

Trauma y estrés en población refugiada en tránsito hacia Europa

Trauma and stress in refugee population in transit to Europe

Ricardo Angora Cañego

Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, España

Resumen. La migración forzada es un fenómeno que se ha incrementado de forma exponencial recientemente con destacado impacto en nuestra sociedad. En el presente artículo se presenta la experiencia de atención a refugiados en tránsito hacia Europa. En concreto durante su paso por las Islas griegas durante el último trimestre de 2015. El objetivo primordial de este artículo es proporcionar directrices a quienes llevan a cabo atención a personas migrantes solicitantes de asilo y ayudar al desarrollo de programas de intervención en el ámbito de la salud mental y apoyo psicosocial con estas personas. El artículo se centra primordialmente en el análisis de los factores traumatizantes y de estrés en esta población y las características de la respuesta llevada a cabo por un equipo de intervención psicosocial de la organización humanitaria Médicos del Mundo.

Palabras clave: refugiados, migrantes forzados, trauma psicológico, trastorno por estrés agudo, salud mental, bienestar psicosocial, intervención psicosocial, directrices, ONGs.

Abstract. Forced migration is a phenomenon which in recent times has exponentially risen and had a prominent impact on our society. The experience of working with refugees in transit toward Europe is set out in this article, in particular while the refugees made their way through the Greek islands, during the last quarter of 2015. The basic aim of this article is to provide guidance to those working with asylum seekers and who are helping to implement intervention programs, in the fields of Mental Health and Psychosocial support for these people. The article focuses primarily on the analysis of factors that cause trauma and stress in this population, and how a psychosocial intervention team that is part of the humanitarian organization Doctors of the World responded.

Keywords: refugees, forced migrants, psychological trauma, acute stress disorder, mental health, psychosocial wellbeing, psychosocial intervention, guidance, NGOs.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor al Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre de Madrid, Avda. de Andalucía s/n, 28041, Madrid

Los movimientos de población forzados se han producido a lo largo de la historia abarcando gran parte de la geografía del planeta. Estos desplazamientos de población fuera de su residencia y espacio habitual suponen una alta exigencia física y mental para estas personas.

En el momento actual asistimos a un crecimiento exponencial de estos movimientos migratorios forzados hasta alcanzar los 60 millones de personas. De estos, se estiman unos 40 millones de desplazamientos internos, dentro de las fronteras del país de origen y unos 20 millones de personas (The United Nations Refugee Agency, 2016). Con estas cifras prácticamente se duplican las existentes al finalizar el pasado siglo XX.

La mayoría de estas personas refugiadas se establecen al otro lado de las fronteras, en países limítrofes, en prácticamente permanentes campamentos de refugiados personas (The United Nations Refugee Agency, 2016). Por el contrario, en el momento actual estamos asistiendo a un masivo desplazamiento de estas poblaciones hacia el continente Europeo, el mayor acaecido desde la II Guerra Mundial.

Los desplazamientos forzados de población fuera de su territorio tienen un importante impacto social y ponen en riesgo la salud de las personas que lo experimentan. La repercusión negativa en la salud mental de estas personas viene siendo objeto de análisis en los últimos años (Bhugra, 2004). Los principales elementos que van a incidir en la salud mental de estas personas comprenden tanto el verse expuestos a sucesos traumáticos, como el alto nivel de estrés, o el desplazamiento a países desconocidos (Hollifield, Warner, Lian, Krakow, Jenkins, Kesler y Westermeyer, 2002) y finalmente el empobrecimiento (Miller y Rasmussen, 2010).

Como consecuencia de esta exposición a factores estresantes y traumatizantes, la mayoría de las personas desplazadas y refugiadas van a experimentar sufrimiento y trastornos emocionales que van a ser capaces de superar en función de la capacidad de resiliencia personal, la capacidad de afrontamiento a las dificultades, y el apoyo social y familiar con que cuenten (Sleijpen, ter Heide, Mooren, Boeije, y Kleber, 2013).

Sin embargo un importante número de personas, no suficientemente establecido en los estudios, presenta síntomas de trauma debido a la violencia a la que han sido objeto en sus países, llegando a presentar en ocasiones episodios disociativos, o trastornos de estrés agudo por las duras condiciones y alta demanda durante la huida y la ruta migratoria, así como síntomas de duelo por las pérdidas materiales y humanas que sufren durante el éxodo.

Un menor porcentaje, en torno al 20%, el doble que en condiciones de normalidad, se ven afectadas por un Trastorno Mental Común (World Health Organization, 2016). Son personas que van a experimentar un trastorno depresivo leve o moderado (Carlson y Rosser-Hogan, 1991), ansiedad o abuso de sustancias adictivas. Otros cuadros incluidos en este apartado serían el Trastorno de Estrés Postraumático (The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2007) o el Duelo Prolongado que puede conducir a tentativas autolíticas.

Un escaso número de personas en torno al 2% de esta población (World Health Organization, 2016) sufrirá reacciones psicóticas, Trastorno Depresivo Mayor o reacciones conversivas. En estos casos suelen existir antecedentes de Trastorno Mental Grave o se encuentra vulnerabilidad biológica estudiando los antecedentes familiares.

Frente a estos trastornos de salud mental, las personas refugiadas presentan la determinación de sobreponerse y continuar su vida en el campamento o centro de acogida donde se encuentren. Los equipos humanitarios que proporcionan ayuda a esta población tienen que tener este aspecto muy en cuenta a la hora de intervenir para reforzar la capacidad de afrontamiento. De esta forma se fomentará el uso de propias capacidades para sobreponerse (Organización Mundial de la Salud, 1997).

Junto a la estrategia de fomentar la resiliencia en todas las personas refugiadas, se ha desarrollado la necesidad de prevenir la perpetuación de los síntomas derivados del trauma (Knudsen, Hogsted y Berliner, 1997), así como del estrés agudo y del duelo. El tratamiento está bien establecido en el caso de presentar Trastorno Mental Común (Organization, W. H., y Mental Health Gap Action Programme, 2010) a través de intervenciones psicológicas regladas que pueden ser complementadas con tratamiento psicofarmacológico. En el caso de síntomas compatibles con Trastorno Mental Grave será precisa la intervención psiquiátrica.

Tras múltiples experiencias de trabajo con población refugiada en las últimas décadas, se recomienda llevar a cabo en los momentos iniciales de una crisis humanitaria, como la que ocasiona grandes desplazamientos, una intervención psicosocial protocolizada a diferentes niveles para aliviar el sufrimiento y prevenir el desarrollo de psicopatología en esta población (Brymer et al., 2012).

Sin embargo en el momento actual asistimos a un inusual movimiento de población refugiada, caracterizado por el desplazamiento de cientos de miles de personas que se mueven rápidamente hacia Europa. Dado lo agudo y lo masivo de este éxodo, la capacidad de respuesta psicosocial se ha visto desbordada. Pero al tiempo tampoco existen guías ni protocolos para hacer frente a las necesidades de este singular fenómeno al que asistimos. Las escasas publicaciones por la novedad de los acontecimientos hacen que no se cuenten con resultados contrastados respecto a la eficacia de las intervenciones que se están llevando a cabo. De aquí el interés por que este artículo pueda servir para facilitar la atención a estas personas.

Metodología

La población diana está compuesta por el total de personas que accedieron a través de la isla de Lesbos en el 3º trimestre de 2015.

El total de personas migrantes en busca de asilo que alcanzaron las islas griegas ascendieron en Octubre a 221.374 personas, en noviembre a 154.467 y en diciembre a 43.281. De las cuales el 64% lo hicieron a través de la isla de Lesbos.

La población migrante en tránsito estaba compuesta por 65% hombres; 14% mujeres y 20% menores (The United Nations Refugee Agency, 2015)

Respecto al nivel educativo el 16% por igual entre hombres y mujeres declaraban tener estudios primarios. El 52% de hombres y el 43% de mujeres referían haber completado estudios secundarios. Respecto a estudios superiores referían tenerlos el 27% de hombres y el 36% de mujeres. Mientras que por igual un 4% de hombres y mujeres no habían sido escolarizados (The United Nations Refugee Agency, 2015)

En relación a la procedencia el 45,2% procedían de Siria; el 25,5% de Afganistán; el 16,6% de Irak; 3% de Pakistán; 3% de Irán; y un 6,8% de otros países. En su conjunto el 84% de estas personas provenían de países con algún conflicto (International Organization for Migration, 2015).

El equipo de intervención psicosocial de Médicos del Mundo estaba compuesto por un psiquiatra, 2 psicólogas, 2 trabajadores sociales y una enfermera. Se trataba de profesionales experimentados en intervención psicosocial y de salud mental con poblaciones refugiadas. El equipo cuya composición era multinacional poseía formación en atención a personas con estrés agudo, duelo y trauma.

La intervención se llevaba fundamentalmente a cabo en estructuras de salud equipadas dentro de los Centros de Registro en la isla. En ocasiones de naufragios los equipos de MDM se desplazaban a los puntos de la costa donde los equipos de rescate trasladaban a los supervivientes.

Contexto

El flujo de personas migrantes a Europa cruzando a través del Mediterráneo ha experimentado en 2015 un elevado incremento hasta alcanzar la cifra de 1.015.078 personas (The United Nations Refugee Agency, 2015). Esta cifra supone la suma de quienes llegan a través de las tres rutas principales: Mediterráneo Oriental; Mediterráneo Central y Mediterráneo Oriental.

La ruta oriental que se realiza a través de las islas griegas es la más utilizada, con cerca de 855.000 personas, en comparación con la ruta central que utilizaron 154.000 personas que embarcaron en la costa Libia hasta Italia y con un menor flujo de unas 6.000 personas cruzando por la ruta occidental hacia España (International Organization for Migration, 2015).

La llegada de personas refugiadas a las islas griegas se produce desde la cercana costa Turca, distante una media de 6 millas marítimas que las pequeñas embarcaciones denominadas “dinguis” recorren en unas 2 horas. Las islas de Lesbos, Chios y Samos son las más utilizadas por los traficantes que extorsionan a las personas migrantes con el desorbitado precio de 1.200 Euros por persona.

Estas pequeñas islas se han visto desbordadas durante el otoño de 2015 por la inesperada llegada de una media entre 4.000 a 6.000 personas al día. La respuesta local se ha visto sobrepasada por el numeroso flujo de

personas refugiadas y por la crítica situación socioeconómica en la que se encuentra sumido el país incapaz por sí mismo de cubrir las necesidades básicas de la población refugiada.

Las insuficientes infraestructuras y la debilidad de los servicios sociales y sanitarios de las administraciones locales han requerido la intervención directa de las agencias de Naciones Unidas y el despliegue de organizaciones no gubernamentales del ámbito de la acción humanitaria para prestar asistencia a la alta demanda.

Formando parte de las Organizaciones humanitarias del sector salud, la red internacional de Médicos del Mundo ha movilizó sus recursos para proporcionar atención integral de salud física y mental, así como apoyo psicosocial no solo en los puntos de entrada de las islas griegas, sino a lo largo de la posterior ruta de los Balcanes camino hacia Centro Europa.

Análisis de los factores traumatizantes y de estrés junto al impacto en la salud mental y bienestar psicosocial de la población migrante solicitante de asilo en ruta hacia Europa

De acuerdo con los datos proporcionados por IOM (International Organization for Migration, 2015) un 84% de las personas refugiadas registradas tras alcanzar las costas griegas, huyen de países afectados por conflictos armados, violencia social o persecución por ideología política o creencias religiosas. Estas personas relataban, durante la atención, haber estado expuestas a violencia; habían sufrido amenazas de muerte, habían sido arrestadas, les habían arrebatado sus bienes incluso sus casas, habían resultado heridas o golpeadas, habían sufrido todo tipo de abusos e incluso violencia sexual. En otras ocasiones habían sido testigos de asesinatos o agresiones a familiares, amigos o vecinos.

Como consecuencia de la violencia estas personas sufrían lesiones físicas, en ocasiones incapacitantes pero sobretudo el trauma psíquico (Ehlers y Clark, 2003) era la mayor queja expresada por esta población. Relataban revivencias de las escenas traumatizantes que se acompañaba de clínica de hiperactivación autonómica. También referían recuerdos pensamientos intrusivos relacionados con el suceso junto con sensación de gran temor o reacciones desproporcionadas ante situaciones que les recordaban el suceso.

Prácticamente en su totalidad, las personas refugiadas habían dejado atrás las raíces toda una vida, lo que suponía múltiples pérdidas. Muchos de sus familiares, amistades, compañeros de trabajo, conocidos y amigos permanecían aún en sus países de origen. Sobre todo quienes tuvieron que escapar huyendo de la guerra, denunciaban la pérdida de sus posesiones, casa, pertenencias valiosas, medios de vida, y además el espacio social y cultural.

La salida forzada de su espacio natural de vida está provocando una importante desestructuración familiar y social con la pérdida de estas básicas estructuras de apoyo. Esto está ocasionando una gran sensación de desarraigo que sumado al sentimiento de pérdida incrementa en gran medida el sentimiento de duelo González, V., (2005).

Estas personas migrantes en situación de tránsito estaban experimentando un largo y peligroso viaje durante el que han sufrido toda clase de amenazas. Habían estado expuestas a múltiples estresores debido a no tener cubiertas las necesidades ni servicios básicos. Habían viajado apiñadas en incómodos vehículos en malas condiciones largas distancias. Referían extenuantes caminatas a través de las fronteras para evitar la vigilancia policial. Aquejaban pocas horas de descanso en inapropiados y faltos de higiene alojamientos para dormir. Así como una escasa e inadecuada alimentación especialmente para los menores. En ocasiones habían sufrido heridas o enfermado durante el camino. En su mayoría habían sido objeto de abusos por parte de los traficantes que con sus exigencias habían propiciado en numerosos casos la separación de los miembros de la familia o del grupo que viajaba junto lo que causaba un estrés adicional.

Consecuentemente la gran mayoría había sufrido estrés a lo largo de la ruta migratoria. Un estrés con manifestaciones clínicas de inquietud psíquica, fluctuación en el estado de ánimo, irritabilidad, dificultades de concentración, trastornos del sueño y síntomas somáticos como cansancio extremo, tensión muscular, artroalgias o trastornos hormonales como en el ciclo menstrual. Síntomas que influían en alteraciones del comportamiento y condicionaban problemas de relación con otras personas (The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2007).

Las duras condiciones durante la ruta migratoria estaban teniendo un mayor impacto en los grupos más vulnerables. En concreto se identificaron personas con discapacidades físicas y psíquicas, personas con enfermedades crónicas, personas ancianas, menores no acompañados, familias monoparentales o mujeres que viajaban solas. Se concentraron esfuerzos en la detección de personas que habían sufrido violencia, agresión sexual o se habían producido autolesiones. Requerían una atención especial.

En estas personas en situación de vulnerabilidad estaban en mayor riesgo de ser discriminadas, objeto de abuso, maltrato, negligencia o abandono. Se encontraban más desprotegidas y tenían menos oportunidades que el resto para el acceso a la ayuda humanitaria. Para estos grupos el largo viaje estaba suponiendo una mayor exigencia física y mental (Organización Mundial de la Salud, 1997).

Sin duda la vivencia más angustiante relatada por todas las personas atendidas era la peligrosa travesía desde las costas de Turquía hasta las islas griegas. Un corto pero temido viaje de 2 horas de duración en diminutas y frágiles embarcaciones neumáticas con cabida para 15 personas, pero donde viajaban apiñadas entre 30 y 35. Tras navegar por el temido Egeo, que esconde miles de cuerpos, a merced de las olas y de las inclemencias del tiempo conseguían con fortuna llegar a la costa. En la orilla se podía apreciar una mezcla de expresiones de angustia y satisfacción por haber alcanzado las anheladas playas.

La travesía marítima en condiciones precarias está suponiendo para muchas personas, para las que por primera vez tienen contacto con el mar, una experiencia traumática que les ocasiona temor, especialmente para los menores, y ansiedad, llegando en ocasiones a producirse descontrol emocional y conductual como consecuencia de la intensa experiencia vivida.

Los numerosos naufragios, sobretodo en época de climatología adversa, están suponiendo una verdadera tragedia que pone al límite de la resistencia física y psicológica a quienes la sufren. Permanecer varias horas a flote, en las frías aguas del Egeo, en la oscuridad de la noche, zarandeados por las olas, separados de sus familiares o acompañantes de travesía y con la incertidumbre de llegar a ser rescatados supone un gran reto para la supervivencia de cualquier persona.

Tras ser rescatados y trasladados al puerto, la mayoría de los supervivientes de naufragio presentaban síntomas de hipotermia tras haber permanecido varias horas en el agua, algunos en malas condiciones con síntomas de ahogamiento tras pasar agua a las vías respiratorias, y la gran mayoría aterrorizados tras la extrema experiencia vivida, con la angustia de pérdida de vida inminente. En algunas ocasiones se encontraban personas en estado de conmoción, bloqueo, comportamiento regresivo, desconexión con el medio y otras con episodios disociativos.

Un gran sufrimiento experimentaban quienes habían perdido a personas queridas durante la dura ruta migratoria o durante la travesía marítima. Habían visto desaparecer a padres, hijos, hermanos, amistades, compañeros de viaje. En muchas ocasiones sus cuerpos permanecerán para siempre en el mar y en el mejor de los casos serán enterrados en una isla para ellos desconocida y lejana.

La totalidad de estas personas pasaban por la incertidumbre del rescate de los cuerpos, el trauma de su reconocimiento en la morgue, el estrés de los trámites administrativos a cumplimentar y la ceremonia de despedida y enterramiento de sus seres queridos. En su mayoría suponía una vivencia de pérdida traumática que condicionaba una experiencia intensa de duelo. Muchas de estas personas experimentaban una gran tristeza y apatía, con intensos sentimientos de culpa que condicionaba ideaciones tanáticas, que en ocasiones llegaba a materializarse en autolesiones. A nivel somático aquejaban cansancio extremo con disminución de la actividad física. El bloqueo cognitivo en otros casos implicaba un bajo nivel de funcionamiento. En ocasiones esta disfuncionalidad producía una importante disminución de la capacidad de autocuidado, con abandono de la alimentación e insomnio mantenido. En este estado estas personas no tenían la capacidad para hacer frente a la alta exigencia para continuar la ruta migratoria.

Para todas estas personas migrantes la llegada a un nuevo país implicaba tener que afrontar un idioma desconocido, una nueva cultura, restricciones legales, retos administrativos y un futuro incierto. Este impacto cultural suponía una marcada exigencia física y mental para las personas en tránsito. Un estrés añadido al que hacían frente, pero que en ocasiones eran incapaces de adaptarse al nuevo entorno.

Los centros de registro para estas personas recién llegadas, donde tenían que cumplimentar los trámites administrativos con los funcionarios de fronteras, lejos de contar con las condiciones y servicios adecuados,

no cumplían los estándares humanitarios. Existía una falta de cobertura de las necesidades básicas para la población refugiada. Estos centros no disponían de alojamiento adecuado para hacer frente a las condiciones meteorológicas, particularmente para resguardarse de la lluvia, el viento o el frío en la estación de invierno. Se encontraban abarrotados con malas condiciones de salubridad, acceso limitado a agua potable y ante todo a alimentación en cantidad y calidad. Falta de información e inseguridad

Tras una larga ruta de sufrimiento, la inadecuada acogida a su llegada estaba actuando como factor precipitante de problemas de salud mental, minando las estrategias de afrontamiento que estas personas habían venido aplicando. Se apreciaba desasosiego, descontroles emocionales y conductuales como agresividad o retraimiento social, somatizaciones y en algunos casos clínica depresiva y ansiedad.

Lejos de responsabilizar a la administración griega por no cubrir adecuadamente las necesidades de la población migrante, hay que ser consciente de la limitada capacidad de respuesta del Estado Griego que se encuentra inmerso en una profunda crisis económica, que implica escasos servicios sociales, limitados servicios sanitarios y una falta de disponibilidad de todo tipo de recursos, con profesionales de salud y servicios sociales sobrecargados para hacer frente a la demanda de miles de personas refugiadas que desembarcan a diario en sus costas.

Esta situación de desbordamiento ha provocado una intervención por parte de los agentes humanitarios internacionales para apoyar las estructuras de respuesta local. Junto a las Agencias de Naciones Unidas, las ONG internacionales se han movilizado a lo largo de la segunda mitad de 2015 para proveer asistencia humanitaria y cubrir las necesidades básicas de la población migrante. En este contexto la organización Médicos del Mundo con varios equipos sobre el terreno en las islas griegas ha estado y continúa proporcionando atención sanitaria física y de salud mental a esta población.

Líneas de respuesta en salud mental y bienestar psicosocial

Para Médicos del Mundo la situación de miles de personas migrantes en tránsito ha supuesto un escenario diferente a lo conocido, por lo que ha habido que adaptar las estrategias de intervención ya utilizadas en otros escenarios de migraciones forzadas a la situación actual.

Los equipos de la Red Internacional de Médicos del Mundo consensuamos unas estrategias de intervención que iban desde la incidencia para llevar a cabo actividades competencia de otros agentes y organizaciones y que son básicas para la promoción de la salud mental y el bienestar psicosocial, hasta las actividades asistenciales que la propia organización está desarrollando (Goenjian, 1993).

Actividades de incidencia con las autoridades locales y el sistema de NNUU para garantizar los servicios mínimos y la protección

El estrés puede disminuirse mediante la garantía de las necesidades básicas y la cobertura de la seguridad. Por esto el equipo psicosocial de Médicos del Mundo llevaba a cabo acciones de concienciación en las reuniones de coordinación con las agencias de NNUU, autoridades y resto de organizaciones humanitarias para potenciar las acciones dirigidas a garantizar la proporción de servicios básicos y protección de las personas refugiadas.

La población solicitante de asilo precisaba tener cubiertas las necesidades básicas como primer escalón para garantizar el bienestar psicosocial. Por lo que se debían proporcionar servicios básicos de alojamiento y ropa de abrigo, agua y saneamiento, alimentación, electricidad, sistemas de climatización, comunicación. Además se debían proporcionar servicios adicionales para personas con necesidades específicas

De forma complementaria, eran clave las acciones dirigidas a la seguridad mediante la protección de esta población, al tiempo que se debían poner en marcha medidas para evitar la discriminación de estos colectivos.

Había que garantizar un proceso de registro humanizado. Comenzando por gestionar de una forma respetuosa y con dignidad a la multitud de personas que a diario realizaban el procedimiento. Igualmente había que

evitar y, en su caso controlar los conflictos y problemas derivados de la masificación por el incremento de las personas que accedían a las instalaciones proporcionando medidas de seguridad.

Las actividades de incidencia y concienciación se llevaban a cabo con los agentes responsables, autoridades, cuerpos de seguridad, funcionarios de aduana. También se implementaban con el resto de actores humanitarios que estaban interviniendo en la respuesta.

Estas acciones de incidencia sirven/sirvieron para promocionar la salud mental y el bienestar psicosocial de la población refugiada (Inter-Agency Standing Committee, 2007).

Actividades de incidencia para el apoyo psicosocial a nivel grupal, familiar e individual

En el afrontamiento del estrés, el apoyo familiar y social es clave, mucho más si se trata de menores. De la misma manera que para la proporción de servicios básicos, nos ocupábamos de la concienciación del resto de actores humanitarios, para el refuerzo de las acciones en esta línea, pretendíamos poner en marcha actividades que proporcionaran el apoyo mutuo en los ámbitos familiar y grupal.

Era necesario incrementar las medidas para evitar la separación familiar durante el arduo proceso de registro. Con especial énfasis en mantener a los menores junto a su familia en todo momento. Al tiempo que reforzar los programas de reunificación familiar en marcha así como facilitar el contacto con familias en país de origen (Miller, 1989).

Otra de las medidas de base para el apoyo psicosocial, y al que alentábamos a los funcionarios locales y de la UE así como al personal de agencias de NNUU, era el proporcionar y mantener un sistema de información veraz y actualizado a través de puntos informativos o sitios web para todas las personas refugiadas. Esto hacía disminuir la incertidumbre y por tanto el nivel de ansiedad de quienes llegaban a las islas.

En este sentido se proporcionaba información sobre derechos, obligaciones y aspectos legales a nivel local y en el ámbito de la UE. Se proporcionaba particularmente información para el procedimiento de registro en los centros. Así como información sobre servicios disponibles por parte de la administración local, nacional y UE. También se proporcionaba información sobre servicios a los que podían acceder proporcionados por el Sistema de NNUU y ONG internacionales y locales

La información se proporcionaba en diferentes idiomas (árabe, Farsi Darii), para lo que insistíamos en disponer de intérpretes formados como mediadores culturales, capaces no solo de realizar la traducción sino de facilitar la interacción intercultural con las personas solicitantes de asilo.

Otro aspecto importante de cara a la reestructuración grupal y sobre el que asesorábamos a los responsables del centro era el establecimiento de espacios de uso común para prácticas culturales o ritos religiosos así como espacios lúdicos para menores.

Apoyo psicosocial para personas en riesgo psicosocial o con necesidades detectadas por los equipos sanitarios o que han sido referidas por otros agentes humanitarios

Se alentaba a todos los actores humanitarios a estar atentos y sensibles a la detección de casos vulnerables (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies 2015). Aparte de la derivación a las organizaciones especializadas en su atención y apoyo se priorizaba el sistema de registro.

Se llevaban a cabo acciones de concienciación y sensibilización con funcionarios de la administración y resto de agentes humanitarios para garantizar la protección de los derechos de este colectivo de personas.

En la misma línea se promovían actividades para prevenir la discriminación de estas personas y tratarlas en términos de igualdad así como con dignidad y respeto.

También se tenía en cuenta la necesidad de proporcionar apoyo a los cuidadores de estas personas. Su tarea era clave para la estabilidad de las personas en situación de vulnerabilidad. Especial atención había que tener para que permanecieran junto a las personas objeto de su cuidado durante todo el proceso de registro y el tiempo de tránsito hacia el continente.

El equipo de intervención psicosocial mantenía estrecha relación con los funcionarios de la UE para priorizar a estas personas en los programas de realojamiento en los diferentes países europeos.

Dentro del conjunto de personas vulnerables se desarrolló un programa de intervención psicosocial con menores no acompañados (Save the Children, 2013). Se identificó desde los primeros momentos como un grupo de alto riesgo de manipulación, abuso, explotación y violencia.

Tras ser identificados, los funcionarios ponían en conocimiento su situación a la Fiscalía de Protección del Menor de las islas. Se les proporcionaba la información legal sobre sus derechos y los procedimientos que deberían seguir en el país de acuerdo a la legislación nacional y de la UE.

Tras un primer chequeo clínico de los menores, el Equipo Psicosocial de Médicos del Mundo realizaba una valoración del estado psicológico y social del menor que era remitido a la Fiscalía de Menores de la isla.

A continuación se facilitaba el contacto con la familia del menor en el país de origen. Aspecto importante para disminuir la preocupación tanto de los menores como de sus familias.

Se organizaban grupos de menores según nacionalidades para facilitar la cohesión al tiempo que facilitar la comunicación entre ellos. Sobre esta base se llevaban a cabo actividades de información y comunicación con los diferentes grupos

Se proporcionaban programas de actividad complementaria para adolescentes que incluía actividades recreativas, deportivas, educativas, y culturales basadas en necesidades detectadas (Interagency Working Group on Unaccompanied and Separated Children, 2013).

Durante el desarrollo de las actividades en caso de detectar problemas colectivos se llevaban a cabo intervenciones de counseling grupal, así como terapia grupal de manejo de emociones.

En aquellos casos en que se detectaba algún episodio traumático se llevaban a cabo sesiones de counseling individual o sesiones de terapia si se requería.

Aparte de la intervención con menores otras personas a las que se proporcionaba una intervención específica eran aquellas que habían sido objeto de violencia (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2015). Agresión sexual o se había autolesionado. Particularmente quienes habían sufrido violencia de género se le proporciona atención psicológica y eran remitidas a centros de acogida en la isla para una particular protección en el caso que la amenaza se mantuviera activa.

Intervención psicosocial con supervivientes de naufragios

Se animaba inicialmente a las personas a ocuparse de satisfacer sus necesidades básicas acudiendo a los servicios disponibles y a buscar el apoyo de sus familias, amistades y grupo de viaje. En estos casos precisaban un apoyo extra ya que habían perdido todas sus pertenencias en el naufragio.

Se implementaban intervenciones de Primera Ayuda Psicológica (World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011) centradas en la escucha activa y el apoyo emocional, para reducir el impacto del evento traumático y prevenir problemas emocionales a largo plazo.

También se realizaban acciones de psicoeducación grupal haciéndolas coincidir con sesiones informativas, manifestándoles que las emociones que estaban experimentando, como labilidad emocional o fácil irritabilidad, eran reacciones normales ante un evento traumático como el que habían vivido, y que estas irían disminuyendo de intensidad con el apoyo del entorno (Inter-Agency Standing Committee (2015). Se les hacían indicaciones para alimentarse descansar y realizar moderado ejercicio para recuperar el estado físico previo. Así como implicarse en tareas grupales tan pronto como se encontrasen con ánimos para ello.

Igualmente se llevaban a cabo breves sesiones de counseling individual. Se animaba a las personas a no permanecer solas sino acompañadas por familiares o amigos. Se les explicaba que expresar con familiares las emociones sentidas en el naufragio podría ayudarles a sobrellevar el sufrimiento. Se les recordaba que el peligro había pasado y se encontraban a salvo. Se les indicaba no tener miedo de sus propios temores. Se les recomendaba a aceptar el apoyo de otros, especialmente de la familia. Se les advertía sobre evitar el uso de sustancias como el alcohol con objeto de mitigar el estrés o del consumo de estimulantes para recobrar el nivel de actividad previo. Igualmente se les animaba al autocuidado.

Con aquellas personas que manifestaban inquietud, irritabilidad o tensión se llevaban a cabo intervenciones psicológicas dirigidas al manejo del estrés agudo. Se implementaban técnicas de control de estrés, relajación, ejercicios de respiración, y técnicas de reestructuración cognitiva. Intervenciones dirigidas a mejorar la capacidad cognitiva para conseguir un nivel de concentración adecuado, ser capaces de pensar y la toma de decisiones.

Quienes mostraban síntomas de ansiedad, trastorno de pánico, clínica depresiva, somatizaciones o episodios disociativos y sobre todo cuando estos síntomas les provocaban gran sufrimiento o importantes limitaciones en su funcionamiento, se les proporcionaba atención psicológica especializada junto a tratamiento psicofarmacológico. Se informaba al paciente sobre el trastorno que presentaba, así como a sus familiares para que pudieran comprender el estado de la persona y sus alteraciones conductuales y proporcionar su apoyo. Estas personas permanecían siendo atendidas hasta recuperar la capacidad de autocuidado y en su caso de los menores a su cargo, antes de continuar su camino.

Finalmente en todos los casos a estas personas se les facilitaba ayuda legal porque habían perdido su documentación en el naufragio, así como sus contactos, teléfonos móviles y recursos económicos.

Intervención psicosocial con quienes han perdido a seres queridos durante la ruta migratoria o en un naufragio

Estas personas se encontraban muy afectadas y precisaban desde el inicio proporcionarles un alojamiento adecuado donde pudieran sentirse tranquilos, sin ser molestados y con las necesidades básicas cubiertas. En estos espacios protegidos se alojaban las diferentes familias con sus respectivos miembros agrupados.

Se realizaban intervenciones de Primera Ayuda Psicológica con las familias, o por separado en caso de ser necesario. Focalizada en el apoyo emocional, para sentirse acompañadas en momentos de gran sufrimiento ante la pérdida brusca y traumática de sus seres queridos, y permitiendo la expresión de sentimientos de tristeza o ira. Especial atención y cuidado precisaban los menores en función de la edad.

Se les mantenía informado acerca de las labores de búsqueda en caso de que los cuerpos de los desaparecidos aun no hubieran sido hallados, y asistencia legal en caso de necesitarlo. Se proporcionaba apoyo psicológico durante el proceso de foto-reconocimiento en la oficina de la Guardia Costera. Se continuaba con el apoyo psicológico durante el proceso de identificación del cuerpo en la morgue. Estas acciones específicas eran precisas para unos momentos de gran expresión emocional en personas que en ocasiones se encontraban solas.

Se llevaban a cabo sesiones de counseling familiar y si era preciso individual. Se les recomendaba mantenerse unidos y aceptar el apoyo de amistades. Se les animaba a permitirse expresar el dolor y la tristeza que experimentaban. Se les animaba al autocuidado, alimentarse de forma adecuada y dormir el tiempo necesario. Así como retomar, en la medida de lo posible en un tiempo prudente las actividades cotidianas.

Se les facilitaba llevar a cabo las ceremonias de despedida, actos religiosos y expresiones públicas de duelo, y donde el apoyo del resto del grupo en estos momentos de intenso dolor es de gran ayuda para hacer a la familia sentirse reconfortada.

Se les facilitaba los trámites administrativos para la certificación del fallecimiento de sus familiares. También se les proporcionaba información sobre los procedimientos legales para el enterramiento del cuerpo en Grecia o para su traslado a su país de origen.

Los familiares que presentaban gran tristeza, intensa añoranza de la persona querida, desasosiego y desesperanza se les realizaba intervenciones psicológicas dirigidas al manejo del duelo. Se implementaban técnicas de terapia interpersonal y de aceptación y compromiso en formato breve. En los frecuentes casos de predominar sentimientos de culpa por no haber sido capaces de evitar la muerte del familiar se llevaban a cabo intervenciones de reestructuración cognitiva.

Aquellas personas que sufrían clínica depresiva moderada o grave, episodios disociativos, somatizaciones o alteraciones conductuales y que les provocaba una marcada alteración en su funcionamiento, se proporcionaba atención psicológica especializada complementada con tratamiento farmacológico. En estos casos las personas refugiadas junto a su familia permanecían en Grecia recibiendo atención psicológica hasta recobrar la capacidad de funcionamiento para poder proseguir su camino hacia el país de destino.

Cuidado de cuidadores

En el funcionamiento de los equipos de atención clínica y psicosocial de Médicos del Mundo en el terreno se produjo una importante sobrecarga por el incremento del flujo de personas refugiadas provocando agotamiento físico y fatiga mental. Además la alta demanda de atención provocaba un estrés mantenido sobre el equipo que incidía en su capacidad de funcionamiento y respuesta. En algunos casos el tener que atender a situaciones extremas o asistir a incidentes críticos o ser testigos de eventos potencialmente traumatizantes provocaba en el equipo una repercusión emocional.

Para dar respuesta a esta situación se desarrolló una estrategia para prevenir y gestionar los problemas de salud mental y bienestar psicosocial de los cooperantes. En esta línea se mejoraron las condiciones para facilitar un espacio de trabajo saludable. Se establecieron directrices para gestionar adecuadamente estresores potenciales relacionados con la actividad en salud del equipo. Se proporcionaba apoyo a los cooperantes que habían sufrido o habían sido testigos de situaciones extremas.

Discusión

Existen algunas características en la llamada crisis de personas refugiadas solicitantes de asilo en Europa que la hacen diferente a otras anteriores. Por lo que es conveniente discutir estas diferencias para obtener una panorámica más ajustada de lo que está aconteciendo y poder proporcionar una respuesta acorde con la misma.

La principal debilidad de este artículo consiste en no contar con datos cuantitativos de la intervención que hayan sido tratados estadísticamente.

Estamos asistiendo a un novedoso fenómeno de migración forzada consistente en un desplazamiento masivo en rápido tránsito desde los países afectados por conflictos bélicos hacia los países de asilo. Esto contrasta con los clásicos asentamientos en campos de refugiados en los países fronterizos con el país en crisis. Este cambio de comportamiento de las personas refugiadas implica diferentes problemas de salud y por consiguiente diferentes abordajes y respuestas de atención.

La atroz violencia en los países de origen está provocando un alto impacto traumático en la estructura psíquica individual así como una desoladora desestructuración social. Se ha producido un salto cualitativo en los recientes conflictos armados en los que no se respeta el Derecho Humanitario Internacional. Se cometen flagrantes atentados contra la población civil, al margen de los combatientes y que es objeto de todo tipo de torturas y violencia sin freno. De estos hechos se derivan graves daños en la estructura psicológica de las víctimas con posibles mayores consecuencias a largo plazo por lo que van a precisar una intervención terapéutica precoz con un enfoque preventivo.

El desplazamiento de población refugiada desde sus países de origen hacia los países de asilo no está siendo organizado, como en anteriores ocasiones, por las Agencias de Naciones Unidas, sino gestionada por grupos criminales organizados. Este hecho, que constituye un lucrativo negocio ilegal con el tráfico de personas, hace que las rutas migratorias sean bastante peligrosas, y propensas a todo tipo de abusos, lo que las convierte en enormemente estresantes para quienes las recorren en busca de refugio.

A diferencia de los clásicos campamentos de refugiados, la ruta migratoria actual hacia Europa pone en riesgo elevado a las personas en busca de refugio. Especialmente el cruce masivo del Mediterráneo en precarias embarcaciones está produciendo un elevado número de naufragios. Los supervivientes de estos dramáticos sucesos están sufriendo las consecuencias de una situación altamente traumatizante ante el riesgo inminente de pérdida de vida. Un hecho que acontece en personas ya traumatizadas previamente. Conocemos los graves efectos inmediatos en las emociones, conducta y funcionalidad de quienes logran sobrevivir en las peligrosas aguas del Egeo, pero desconocemos los efectos a medio y largo plazo en cuanto al desarrollo de Trastornos de Estrés Postraumático por no existir suficiente casuística. Pero parece adecuado llevar a cabo intervenciones psicológicas preventivas en la traumatización por naufragio.

El duelo por la pérdida de seres queridos durante la travesía del Mediterráneo aparte de producirse de forma trágica, tiene unas características específicas, en tanto en cuanto en ocasiones los cuerpos no se llegan a recu-

perar por lo que legalmente son tratados como desaparecidos y las familias no llegan a cerrar nunca el proceso de pérdida. En el caso de los cuerpos recuperados, son enterrados en una isla desconocida y lejana de un país de paso, lo que implica un mayor sentimiento de pérdida. Los enterramientos en muchas ocasiones se realizan sin llevar a cabo las ceremonias pertinentes según la cultura y las creencias familiares. A esto se añade el gran sentimiento de culpa por haber tomado la decisión de arriesgar la vida de la familia al cruzar las aguas del Egeo. En definitiva un acúmulo de factores que van a influir negativamente en la intensidad y perduración del duelo.

Entre las personas en situación de vulnerabilidad destacaban los menores no acompañados por el elevado número de estos que están llegando a las costas griegas. Miles de adolescentes que han abandonado su país, viajando solos o en grupo es un nuevo fenómeno en las migraciones forzosas. Por la particular vulnerabilidad, la posibilidad de manipulación, de abuso, explotación y violencia este grupo necesita un programa de intervención psicosocial especial.

Conclusiones

El proceso migratorio actual de personas refugiadas en busca de asilo en Europa se caracteriza por tres factores. Estos son: lo masivo del desplazamiento, que ha superado el millón de personas en el año 2015, el encontrarse en tránsito moviéndose rápidamente hacia los países de destino, y el peligro de tener que salvar el Mediterráneo en su ruta. Esto está suponiendo un reto para poder proporcionar atención en salud mental y apoyo psicosocial adecuado. Además el tipo de necesidades y por tanto las respuestas a proporcionar son distintas a las llevadas a cabo hasta ahora con población refugiadas.

Entre todas las necesidades detectadas y las múltiples intervenciones llevadas a cabo, destaca la atención a tres grupos particulares de personas necesitadas de ayuda psicosocial y que son característica de este novedoso fenómeno. Estas son las numerosas personas supervivientes de naufragio que han experimentado un gran trauma al estar a punto de perder sus vidas; aquellas personas y familias que han perdido a seres queridos de forma traumática durante el éxodo y en la travesía del Mediterráneo para las que supone una intensa reacción de duelo, y el gran número de menores no acompañados en tránsito altamente vulnerables durante el largo trayecto.

En estos tres grupos la experiencia del equipo psicosocial de Médicos del Mundo es la de recomendar intervenciones psicológicas de diferente nivel pero precoces para evitar la cronificación de los síntomas derivados del trauma, el estrés y el duelo.

Para las personas con mayor afectación funcional la recomendación es la de permanecer en alojamiento protegido en la isla y acompañados por la familia. Se les debe proporcionar atención psicológica hasta la recuperación funcional que les permita continuar por una ruta migratoria altamente exigente. En los casos graves es preciso gestionar y acelerar los trámites administrativos que permitan ser acogidos lo antes posible y volar directamente para continuar la atención psicológica en el país de acogida.

Por último, dada la multiplicidad de países de origen del actual proceso migratorio, se precisa un abordaje multicultural para el que los equipos de intervención psicosocial precisan disponer de varios intérpretes en diferentes idiomas. Una significativa aportación cualitativa, de gran importancia es el conocimiento de la cultura de origen por parte de los intérpretes que facilite las intervenciones psicológicas y el apoyo psicosocial que se lleva a cabo.

Referencias

- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243–258. doi:10.1046/j.0001-690x.2003.00246.x.
- Brymer, M., Taylor, M., Escudero, P., Jacobs, A., Kronenberg, M., Macy R., ... Vogel J. (2012). *Psychological First Aid for Schools: Field Operations Guide*. Los Angeles CA.: National Child Traumatic Stress Network. Recuperado de <http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid-schoolspfa>
- Carlson, E. B. y Rosser-Hogan R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1548–1551. doi:10.1176/ajp.148.11.1548.
- Ehlers, A. y Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adults survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53, 817–826. doi:10.1016/s0006-3223(02)01812-7

- Goenjian, A. (1993). A mental health relief programme in Armenia after the 1988 earthquake. Implementation and clinical observations. *The British Journal of Psychiatry*, 163(2), 230–239. doi:10.1192/bjp.163.2.230.
- González, V., (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social. Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad de Colombia*. 7, 77–97.
- Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J. y Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 611. doi:10.1001/jama.288.5.611.
- Inter-Agency Standing Committee (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Inter-Agency Standing Committee (2015). *Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum-seekers and Migrants on the Move in Europe. A Multi-agency Guidance*. IASC. Ginebra, Suiza: Autor.
- Interagency Working Group on Unaccompanied and Separated Children, (2013). *Alternative Care in Emergencies Toolkit*. Published by Save the Children on behalf of the Interagency Working Group on Unaccompanied and Separated Children.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2015). *Rapid Assessment Guide for Psychosocial Support and Violence Prevention in Emergencies and Recovery*. Ginebra, Suiza: Autor.
- International Organization for Migration. (2015). Recuperado de <http://www.iom.int/>
- The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2007). *Emergency Mental Health and Psychosocial Support. Public Health Guide in Emergencies*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Knudsen, L., Hogsted, R. y Berliner, P. (1997). Psychological first aid and human support. Copenhagen, Dinamarca: Danish Red Cross.
- Miller, K. E. y Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70(1), 7–16. doi:10.1016/j.socscimed.2009.09.029.
- Miller, M. J. (1989). Book review: International and comparative: Migrants in Europe: The role of family, labour and politics. *ILR Review*, 42(2), 311–312. doi:10.1177/001979398904200228.
- Organización Mundial de la Salud (1997). *La salud mental de los refugiados*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Save the Children. (2013). *Manual de capacitación sobre primeros auxilios psicológicos para profesionales de la niñez*. Copenhague. Dinamarca: Autor.
- Sleijpen, M., ter Heide, F. J. J., Mooren, T., Boeije, H. R. y Kleber, R. J. (2013). Bouncing forward of young refugees: A perspective on resilience research directions. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. doi:10.3402/ejpt.v4i0.20124
- The United Nations Refugee Agency (2015). Refugees/migrants emergency response - Mediterranean. Recuperado de <http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php>
- The United Nations Refugee Agency (2016). *Global Report 2015*. UNHCR, recuperado de <http://www.unhcr.org/resources-and-publications.html>
- World Health Organization. (2016, March 15). *Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/emergencias/es/
- World Health Organization y Mental Health Gap Action Programme (2010). *Mh GAP intervention guide for mental neurological and substance-use disorders in non-specialized health settings: Mental health gap action Programme (mh GAP): Version 1.0* (10th ed.). Ginebra, Suiza: Autor.
- World Health Organization, War trauma Foundation y World Vision International (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Ginebra, Suiza: Autor.

Artículo recibido: 28/05/2016

Revisión recibida: 07/06/2016

Artículo aceptado: 07/06/2016