



Universidad
de Alcalá

مُنظَمَةُ الدُّوَاةِ الْعَالَمِيَّةِ LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΟΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÈDI
J MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة الأطباء LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO T
医藥師 ARZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MEDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD د
IE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医薬師 ARZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर M
DICI DEL MONDO ΓΙΟΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DE



MÉDECINS D
LÄKARE I VÄ
KTERS VAN D
VÄRLDEN ME
主 医 師 DOCTO

UAH TFM

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

Máster Universitario en Acción Humanitaria Sanitaria

Presentado por:

D./D^a BEATRIZ ANGÓS SÁEZ DE GUINOA

Tutorizado por:

Dr./Dra. D./D^a GUILLERMO LAHERA FORTEZA

Alcalá de Henares, a 30 de Septiembre de 2020.

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA
SALUD

1.- ÍNDICE

Tabla de contenido

1.- ÍNDICE.....	- 2 -
2.- RESUMEN	- 3 -
3.- ABSTRACT	- 4 -
4.- ACRÓNIMOS	- 5 -
5.- INTRODUCCIÓN.....	- 6 -
5.1.- ¿Quién es un refugiado? ¿Qué derechos tienen? ¿Cuáles son los campos más grandes e importantes?.....	- 6 -
5.2.- ¿Qué es una crisis humanitaria? ¿Qué es una emergencia humanitaria, qué tipos hay y cómo se originan los campos de refugiados? ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	- 8 -
5.3.- ¿Qué es un campo de refugiados? ¿Qué condiciones cumplen? ¿Dónde asientan? ¿Cómo se organizan?	- 9 -
5.4.- ¿Cómo se define el tamaño de un campo? ⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾	- 9 -
5.5.- La salud mental en los campos de refugiados ⁽¹¹⁾⁽²³⁾	- 13 -
5.6.- ¿Qué herramientas existen para el manejo de la salud mental en los campos de refugiados? ⁽²³⁾⁽²⁶⁾	- 14 -
5.7.- Organización de la salud mental en los campos de refugiados ⁽²³⁾	- 15 -
5.8.- ¿Afecta igual el mismo estresor a todos los individuos de manera igual? ⁽²⁷⁾	- 15 -
6.- OBJETIVOS	- 17 -
7.- MATERIAL Y MÉTODOS	- 18 -
8.- RESULTADOS	- 20 -
8.1.- Breve descripción de los trastornos mentales graves más frecuentes	- 20 -
8.1.1.- Trastornos de ansiedad	- 20 -
8.1.2.- Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	- 20 -
8.1.3.- Trastorno depresivo mayor.....	- 22 -
8.2.- Incidencia, prevalencia y factores relacionados.	- 22 -
8.3.- ¿Para qué sirve una herramienta de screening en salud mental? ¿Qué es una herramienta de screening y qué características debe tener?.....	- 25 -
8.4.- ¿Cuáles son las principales herramientas de screening que se utilizan en trastorno mental grave en campos de refugiados?	- 25 -
8.5.- ¿Quién debe de realizar el screening en un campo de refugiados?	- 27 -
8.6.- Propuesta de las características de una herramienta de screening para el trastorno mental grave en un campo de refugiados:	- 27 -
8.7.- Propuesta de mitigación de ciertos factores estresantes.	- 29 -
9.- DISCUSIÓN.....	- 30 -
10.- CONCLUSIONES.....	- 32 -
11.- BIBLIOGRAFÍA	- 33 -

2.- RESUMEN

Debido a las guerras y crisis humanitarias que asolan el mundo millones de personas se ven obligadas a abandonar sus hogares buscando un lugar más seguro. Se calcula que en el mundo hay unos 70 millones de desplazados forzosamente de los cuales alrededor de 26 millones son refugiados y la mitad de ellos menores de edad. Proceden en su mayoría de países de Oriente Próximo y Medio, África y el Sudeste asiático y asientan de manera mayoritaria en países limítrofes.

Los trastornos mentales graves que se presentan con mayor frecuencia son la ansiedad, la depresión y el trastorno por estrés postraumático con tasas de incidencia variables entre 40-70%, 50-70% y 20-40% respectivamente. Estas diferencias se deben por una parte a la aplicación de métodos de cribado diferentes y por otra, a las diferencias entre refugiados. Entre estas últimas destacan tanto factores individuales como colectivos-comunitarios.

Dado que no existe un único instrumento de screening de trastornos mentales graves en campos de refugiados se proponen las características que debería de tener una de ellas, con diferentes apartados. Debería de poder aplicarse en el idioma local. Finalmente, se deben tener en consideración las características socio-culturas de cada refugiado.

Palabras clave: trastorno mental grave, refugiados y screening.

3.- ABSTRACT

Due to wars and humanitarian crises that plague the world, millions of people are forced to leave their homes in search of a safer place. It is estimated that there are near 70 million forcibly displaced people in the world, of which about 26 million are refugees and half of them are minors. Most of them come from countries in the Near and Middle East, Africa and Southeast Asia, and mostly settle in neighboring countries.

The most frequent mental disorders are anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder with incidence rates varying between 40-70%, 50-70%, and 20-40% respectively. These differences are due, on the one hand, to the application of different screening methods and, on the other, to differences between refugees. Both individual and collective-community factors stand out among the latter.

Given that there is no screening instrument for severe mental disorders in refugee camps, the characteristics that one of them should have are proposed. It should be applicable in the local language. Finally, the sociocultural characteristics of each refugee must be considered.

Key words: mental disorders, refugees and screening.

4.- ACRÓNIMOS

OUA: Organización para la Unidad Africana.

OCHA: Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

CERF: Fondo Central de Respuesta a Emergencias.

ONG: Organización No Gubernamental.

ACNUR (UNHCR): Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNRWA: Agencia de Naciones Unidas de Oriente Próximo.

TEPT (PDS): Trastorno por estrés postraumático.

IASC: Comité Permanente entre Organismos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OMS-OPS: Organización Panamericana de la Salud.

CEAR: Comisión Española de Ayuda al Refugiado.

M.I.N.I.: Mini International Neuropsychiatric Interview.

BDI: Beck Depression Inventory.

5.- INTRODUCCIÓN

5.1.- ¿Quién es un refugiado? ¿Qué derechos tienen? ¿Cuáles son los campos más grandes e importantes?

Durante la Convención sobre el estatuto de los refugiados adoptada en Ginebra (Suiza) el 28 de julio de 1951 por la Conferencia de Plenipotenciarios sobre el Estatuto de los Refugiados y de los Apátridas (Naciones Unidas) y convocada por la Asamblea General en su resolución 429 del 14 de diciembre de 1950 se acordó aplicar la condición de refugiado a toda persona que⁽¹⁾:

1.- Haya sido considerada como refugiada en virtud de los arreglos del 12 de mayo de 1926 y del 30 de junio de 1928, o de las Convenciones del 28 de octubre de 1933 y del 10 de febrero de 1938, del Protocolo del 14 de septiembre de 1939 o de la Constitución de la Organización Internacional de Refugiados.

2.- Como resultado de los acontecimientos ocurridos antes del 1 de enero de 1951 y debido a fundados temores de ser perseguidos por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país. O que, careciendo de nacionalidad y hallándose a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda, o a causa de dichos temores, no quiera regresar a él.

Además, se determinó cuando el estado de refugiado dejará de aplicarse. En los siguientes casos⁽¹⁾:

1.- Si la persona se ha acogido de nuevo, de manera voluntaria, a la protección del país de su nacionalidad.

2.- Si, habiendo perdido su nacionalidad, la ha recobrado voluntariamente.

3.- Si ha adquirido una nueva nacionalidad y disfruta de la protección del país de dicha nacionalidad.

4.- Si, de manera voluntaria, se ha establecido de nuevo en el país que había abandonado o fuera del cual había permanecido por temor de ser perseguida.

5.- En el caso de haber desaparecido las circunstancias en virtud de las cuales fue reconocido como refugiado, no puede continuar negándose a acogerse a la protección del país de su nacionalidad.

6.- Si se trata de una persona que no tiene nacionalidad y, por haber desaparecido las circunstancias en virtud de las cuales fue reconocida como refugiada, está en condiciones de regresar al país donde antes tenía su residencia habitual.

Por otro lado, se determinó que las resoluciones adoptadas en la Convención no serían aplicables, a las personas que reciban actualmente protección o asistencia de un órgano u organismo de las Naciones Unidas distinto del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Cuando esta protección o asistencia haya cesado por cualquier motivo, sin que la suerte de tales personas se haya solucionado definitivamente con

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

arreglo a las resoluciones aprobadas sobre el particular por la Asamblea General de las Naciones Unidas, esas personas tendrán ipso facto derecho a los beneficios del régimen de esta Convención⁽¹⁾.

Posteriormente, y tras la consideración de que habían surgido nuevas situaciones que afectaban a los refugiados desde que se adoptó la Convención en 1951 y por tanto, habiendo refugiados a los que no se les pudiese reconocer tal situación, se adopta en Nueva York y con fecha el 31 de enero de 1967, el Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados. Así, se elimina la fecha límite del 1 de enero de 1951 y de espacio para el reconocimiento del estado de refugiado⁽²⁾.

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados es el organismo encargado de proporcionar protección internacional a los refugiados que reúnan las condiciones previstas en el Estatuto⁽³⁾.

Años más tarde y debido al mayor número de refugiados en África, los jefes de Estado y de Gobierno de la zona se reunieron durante la Convención de la OUA (Organización para la Unidad Africana) por la que se regularon los aspectos específicos de problemas de los refugiados en África, el 10 de septiembre de 1969, y con entrada en vigor en junio de 1974⁽⁴⁾. Se acordó la ampliación de la categorización de refugiado a toda persona que debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda, o a causa de dichos temores, no quiera regresar a dicho país. El término se aplicará también a toda persona que, a causa de una agresión exterior, una ocupación o una dominación extranjera, o de acontecimientos que perturben gravemente el orden público en una parte o en la totalidad de su país de origen, o del país de su nacionalidad, está obligada a abandonar su residencia habitual para buscar refugio en otro lugar fuera de su país de origen o del país de su nacionalidad⁽⁴⁾. Así pues, las decisiones que se adoptaron durante esta Convención fueron para África un complemento regional eficaz de la Convención de 1951⁽⁴⁾.

Durante el siglo XX otra de las zonas afectadas por las crisis de refugiados fue América Latina, así que como sucedió en África, los países de la zona se reunieron en Cartagena (Colombia) en noviembre de 1984 emanando de aquella reunión la Declaración de Cartagena sobre refugiados. Esta declaración fue adoptada por el Coloquio sobre la protección internacional de los refugiados en América Central, México y Panamá: problemas jurídicos y humanitarios⁽⁵⁾. Algunas de las conclusiones que fueron adoptadas consistieron en que todos los países ratificaran, se adhieran y aplicaran lo que se había acordado durante la Convención de Ginebra y el Protocolo de 1967. Además, siguiendo la línea de la OUA y entre otras medidas, extendieron la condición de refugiado a aquellas personas que han huido de sus países porque su vida, seguridad o libertad han sido

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

amenazadas por la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público⁽⁵⁾.

Estas personas que gozan de la condición de refugiados y que son forzadas a abandonar su hogar pueden instalarse en campos de refugiados o bien en otros países solicitando asilo. En el presente documento nos centraremos en aquellos refugiados que se asientan en campos.

5.2.- ¿Qué es una crisis humanitaria? ¿Qué es una emergencia humanitaria, qué tipos hay y cómo se originan los campos de refugiados?⁽⁶⁾⁽⁷⁾

Una crisis humanitaria es una situación que supone una excepcional y generalizada amenaza para la vida humana incluyendo su salud y su subsistencia. Estas crisis se suelen desarrollar en lugares donde ya existe una situación de desprotección y unos factores favorecedores como la pobreza, la desigualdad o la falta de acceso a servicios básicos que se ven potenciados por un conflicto armado o un desastre natural dando lugar a una emergencia humanitaria.

El organismo responsable y encargado de la coordinación de las respuestas a emergencias es la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) que depende de la Secretaría de la ONU. La OCHA además, se encarga de gestionar el Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF), el organismo responsable de la ayuda humanitaria a los afectados por los desastres naturales y los conflictos armados.

Las emergencias complejas son crisis humanitarias que han sido producidas por el ser humano y que pueden llegar a tener efectos devastadores sobre la vida y salud de las poblaciones afectadas y necesitar una respuesta multisectorial por parte de las agencias de ayuda internacional.

Estas emergencias se deben a crisis originadas en su mayor parte por situaciones de inestabilidad y problemas políticos que afectan a los Estados fracasados, producen un gran número de víctimas (en su mayoría pertenecientes a la sociedad civil), fuerza a la población a desplazamientos forzosos, focos epidémicos y hambrunas, colapsan las estructuras del estado y generan daños en la salud y sistema sanitario y los sistemas económicos y políticos. Si no hay una solución en el tiempo, este tipo de emergencias pueden cronificarse en el tiempo y con ella hacerlo los problemas derivados.

Las emergencias complejas se dividen en 2 fases: la fase aguda que se caracteriza por una mayor morbi-mortalidad por los traumatismos sufridos a raíz de la violencia existente y por enfermedades propias del desplazamiento de la población; y por una fase postemergencia.

En resumen, una emergencia compleja es más lontana en el tiempo, tienen un origen fundamentalmente político y poseen un impacto destructivo y desestructurador en todas las esferas de la vida.

En este tratado nos centraremos en el desplazamiento forzoso tanto interno como externo que producen estas crisis y llevan a las personas a convertirse en refugiados.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

5.3.- ¿Qué es un campo de refugiados? ¿Qué condiciones cumplen? ¿Dónde asientan? ¿Cómo se organizan?

Un campo de refugiados⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾ es un lugar cuya finalidad consiste en albergar a personas que huyen de sus países de origen por alguna de las causas descritas en el Estatuto del Refugiado, con el objetivo de proporcionarles un cobijo donde estar a salvo y responder a las causas de su desplazamiento forzoso.

Esta solución debería ser temporal y la permanencia de los refugiados en los campos limitada hasta que puedan volver a sus países de origen. Pero, desgraciadamente esta solución en algunos casos se ha hecho permanente como ocurre en el campamento de refugiados saharauis o en Gaza, donde varias generaciones han nacido y crecido en ellos sin avistarse una solución a corto-medio plazo.

En la mayoría de los casos la construcción de un campo se hace de manera improvisada dado que la mayoría de los conflictos y circunstancias que obligan a la población a huir no son planificadas. Estos asentamientos deben de proporcionar agua suficiente para vivir y cultivar, ser accesibles tanto para la población necesitada como para los actores humanitarios para que la ayuda pueda llegar, ser seguros y con un entorno y condiciones del terreno adecuadas. En el diseño interviene tanto la Agencia de la ONU para los Refugiados como algunas ONGs.

La administración y gestión de un campo de refugiados es realizada de manera conjunta por ACNUR y el gobierno del país de acogida. Entre sus funciones se engloban la coordinación de la prestación de servicios en los campamentos, el establecimiento de mecanismos de gobierno, participación y movilización, el mantenimiento de las infraestructuras y la gestión, recopilación y difusión de la información.

Idealmente el terreno en el que se levanta un campo debería presentar una leve inclinación para facilitar el drenaje natural de las aguas, debería estar cerca de ciudades y alejado de los centros de guerra o zonas insalubres, inundables o frentes marítimos, evitando la propagación de enfermedades, virus o epidemias.

Cuando la construcción del asentamiento se hace de manera improvisada y sin planificación se generan asentamiento humanos precarios en los que prevalecen condiciones de vida insalubres y esto se debe a la ausencia de infraestructuras básicas, hacinamiento, falta de equipamientos, suelos inadecuados y marginalidad social y urbana. Por otro lado, cuando la construcción se hace de manera planificada se intenta crear una distribución de edificios equilibrada, con un sistema viario, infraestructuras, equipamientos y zonas verdes asemejando ciudades occidentales.

5.4.- ¿Cómo se define el tamaño de un campo? ⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Las dimensiones varían en función de la población y está varía según las circunstancias y la gravedad de la crisis migratoria. Aún previendo la población susceptible de acudir,

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

se trata de una variable dinámica y por tanto, fluctuante, lo que hace que los registros no estén actualizados y la gestión del campo difícil.

Las necesidades básicas son cubiertas desde la llegada de un refugiado al campo. Inicialmente son registrados en el campo, se les proporciona de manera básica un alojamiento, atención médica y psicológica, seguridad, alimentación y agua y educación básica para la población infantil. Dado que en algunos casos la estancia en el campo se alarga, se les proporciona además necesidades a largo plazo como son la construcción de sistemas de abastecimiento de agua y electricidad o la formación laboral para la población adulta.

A cada familia se les proporciona un refugio que tiene una dimensiones de entre 3,5 m² y 6 m² que puede ser una construcción precaria, prefabricadas o en algunos casos tiendas de campaña. Estos alojamientos están separados entre organizados en función de la raza, nacionalidad, religión, etnia, cultura o costumbres de cada familia con el fin de evitar conflictos en el campo.

De la gestión de agua y saneamiento de los campos se encarga UNICEF, excepto en la emergencia que lo hace ACNUR. De manera general en términos de agua se debería asegurar: entre 15-20 litros por persona al día, un puesto de agua potable por cada 200-250 personas y este puesto debe estar a menos de 100-150 metros de distancia de cada alojamiento, entre 30-40 litros de agua por persona y día en los centros de alimentación y entre 30-50 litros por paciente y día en los centros de salud y hospitales.

Por otro lado, los ratios estándares en saneamiento varían en función de la permanencia del asentamiento, si se trata de la situación de emergencia o la postemergencia, la disponibilidad del agua y los recursos disponibles. Así debería haber al menos una letrina por cada 20-30 personas, deben de estar separadas entre sí por al menos 6 metros de distancia y encontrarse a menos de 50-100 metros de cada refugio.

Los residuos que se generan deben ser manejados de una manera adecuada en términos de control de vectores que pudieran causar enfermedades en la población; un manejo eficaz y seguro de los residuos sólidos generados; y finalmente un sistema de drenaje para las aguas residuales domésticas y de las instalaciones médicas y de las posibles adversidades climáticas como pueden ser las lluvias extremas o las inundaciones de manera que no se generen problemas de salud pública.

Otra de las necesidades básicas que debe ser cubierta es la correcta alimentación de los refugiados de manera que exista una seguridad alimentaria y nadie pase hambre. Debe existir disponibilidad y accesibilidad de alimentos tanto de fuentes locales de producción (pesca, ganadería, agricultura...) como de la importación por comerciantes para que las familias puedan adquirirlos. Es habitual la existencia de un mercado donde la población pueda comprar o intercambiar víveres.

Una alimentación básica debe estar formada por raciones básicas generales que puedan satisfacer todas o gran parte de las necesidades alimenticias de las personas teniendo en cuenta los alimentos básicos de sus dietas habituales. Los alimentos se pueden

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

proporcionar bien como raciones secas que pueden ser almacenadas por las familias aunque necesitan de utensilios y combustible para cocinarlas o como raciones preparadas. Además, en algunos casos cuando existen grupos vulnerables o malnutrición probada mayor del 5% en menores de 5 años, se pueden implementar programas de alimentación complementaria añadiendo una o dos raciones diarias a las raciones básicas, con el objetivo de paliarla o prevenirla.

Además, atendiendo al derecho y necesidad de salud, en todo campo deben de existir instalaciones sanitarias de al menos un centro de salud por cada 2.000 personas y un centro hospitalario por cada 200.000 personas. Cuando es necesario realizar un tratamiento de mayor complejidad o una intervención quirúrgica, ésta podrá ser llevada a cabo en el hospital del campo si dispone de los medios para ello o bien en el hospital de referencia de la ciudad donde son acogidos.

Los niños constituyen el grupo de población más vulnerable en un campo de refugiados y a menudo pueden llegar a desarrollar estrés postraumático, por eso es importante intentar normalizar su vida a través de la construcción de colegios, alrededor de una por cada 5.000 personas.

Otras instalaciones que pueden encontrarse en un campo de refugiados son instalaciones de justicia, deportivas, comunitarias, cementerio todas ellas adaptadas a las costumbres, cultura y tradiciones de la población migrante.

A lo largo de la geografía existen multitud de campos de refugiados, algunos de los más grandes son los siguientes:

- a) Kutupalong-Balukhali (Bangladesh) creado a principios de los 90 y con una población rohingyas, minoría musulmana apátrida de Myanmar, de casi 600.000 personas, en su mayoría mujeres y niños, es el más grande del planeta⁽¹³⁾.
- b) Dadaab (Kenia) creado también a principios de los 90 y con una población de unas 200.000 la mayoría de origen somalí. Ha sido recientemente cerrado.
- c) Dollo Ado (Etiopía), con una población de casi 250.000 en su mayoría también de origen somalí, aunque presentes de Sudán del Sur y Eritrea.
- d) Kakuma (Kenia) creado también a principios de los 90, con una población de casi 200.000 personas y con una veintena de nacionalidades, aunque en su mayoría de origen somalí y sudanés del Sur.
- e) Zaatari (Jordania) creado en 2012 tras el estallido de la guerra civil en Siria, siendo ésta la principal nacionalidad y éste el campo que alberga mayor cantidad de refugiados sirios, con una población total de casi 100.000 habitantes, más del doble de la capacidad teórica del mismo.
- f) Jabalia (Gaza) el mayor de los 8 campos de refugiados de Gaza que existen. El campamento se estableció tras la guerra árabe-israelí de 1948 cuando la

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

población palestina fue forzada a abandonar sus casas. Cuenta con una población aproximada de 110.000 palestinos.

- g) Katumba (Tanzania) creado en 1972 a raíz de la guerra civil que se desató en Burundi que obligó a millones de personas a huir. Llegó a albergar a un total de 200.000 personas.
- h) Panian (Pakistán) creado durante la década de los ochenta debido a la guerra entre la Unión Soviética y Afganistán aunque no fue reconocido hasta el año 2008. La población mayoritaria está formada por afganos.

Entre los países que se encuentran en situación de emergencia nos encontramos:

- a) Uno de los países que más ha sufrido por la violencia de grupos armados que controlaban diferentes zonas del país, es la República Centroafricana. Alrededor de 600.000 personas han sido obligadas a desplazarse a países vecinos y otras 600.000 lo han hecho dentro de sus fronteras. Los países de destino han sido Camerún, Chad, República Democrática del Congo, Sudán y Sudán del Sur⁽¹³⁾.
- b) Desde el año 2013 Sudán del Sur se ha visto envuelto en una gran crisis que ha obligado a 2 millones de sus ciudadanos a abandonar el país y refugiarse en países vecinos como Etiopía, Sudán y Uganda, y a otros 2 millones a desplazarse internamente⁽¹⁴⁾.
- c) Irak es otro de los países que se encuentra viviendo una grave situación desde el inicio de la guerra en 2014, debido a los actos de violencia, ejecuciones y violaciones que se están llevando a cabo a lo largo de todo el país, ha obligado a 3 millones de iraquíes a desplazarse dentro del país y a unas 250.000 personas a convertirse en refugiados⁽¹⁵⁾.
- d) Como último ejemplo destacar la situación de Siria, emergencia de la que recibimos noticias de manera constante y que se ha convertido en la mayor crisis humanitaria y de refugiados actualmente. Desde que en 2011 estallará la guerra civil 5,6 millones de personas han huido del país y lo han hecho a países vecinos como Líbano, Turquía (país con mayor número de desplazados), Jordania, Irak y Egipto. 6,6 millones de personas son desplazadas internas y se estima que unos 13 millones de personas se encuentran en situación de desprotección⁽¹⁶⁾.

Así pues, observamos que la mayor parte de la población que se concentra en campos de refugiados es población que pertenece a países del tercer mundo y en concreto de origen africano y de Oriente Próximo.

Según datos de ACNUR de finales de 2018, unos 70,8 millones de personas han sido desplazadas forzosamente de sus hogares, de los cuales 41,3 millones son desplazados internos, 25,9 millones son refugiados y se encuentran bajo su mandato, más de la mitad menores de 18 años, 3,5 millones solicitantes de asilo, 3,2 millones de apátridas habitando en 75 países (aunque algunas estimaciones hablan de hasta 10 millones)⁽¹⁷⁾. Además de los 5,5 millones de refugiados que se encuentran bajo el mandato de la Agencia de

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

Naciones Unidas de Oriente Próximo (UNRWA)⁽¹⁸⁾. Esto se explica por dos factores clave, por un lado por la complejidad y la gran duración de algunos conflictos como es el caso de Palestina, Afganistán o el Sáhara; y por otro lado por conflictos igualmente complejos pero más actuales como son los casos de Siria, Sudán del Sur, República Democrática del Congo o Myanmar⁽¹⁷⁾. El 80% de los refugiados viven en países vecinos a sus países de origen. El 57% de los refugiados bajo el mandato de ACNUR viene de 3 países: Siria (6,7 millones), Afganistán (2,7 millones) y Sudán del Sur (2,3 millones); mientras que entre los desplazamientos internos los países más afectados son Colombia (7,4 millones), Siria (6,3 millones) e Irak (3,6 millones)⁽¹⁷⁾. Estos datos son por sí alarmantes, pero quizás el mayor de ellos es que cada día 37.000 personas se ven forzadas a huir de sus hogares a causa de conflictos y persecución⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

Por tanto, entre los conflictos de los que huyen y son víctimas la población refugiada encontramos la guerra, la violencia organizada, las persecuciones, las violaciones, los asesinatos etcétera. Estas situaciones afectan sin duda a la salud mental de las personas siendo los grupos más vulnerables las mujeres, niños, las personas mayores y los discapacitados, el estado civil también es importante ya que las personas viudas serán más vulnerables⁽²⁰⁾⁽²¹⁾. La prevalencia de los trastornos en la población se relaciona a su vez con el grado de intensidad del trauma al que son sometidos; de tal manera que a mayor intensidad del trauma más pronunciados serán los síntomas; y el apoyo físico y emocional disponible. Los grandes soportes a nivel emocional son la religión y la familia, por tanto estos factores también dependen de la cultura del sujeto⁽²²⁾.

Estos refugiados se asientan en su mayoría, el 84%, en países empobrecidos ya sea por la proximidad a sus países de origen o por la imposibilidad de acceder a uno de los más prósperos. Así, el país que acoge a un mayor número de refugiados es Turquía (2,9 millones; más que toda la Unión Europea junta), Pakistán (1,4 millones), Líbano (1 millón), Irán (979.400 personas), Uganda (940.800 personas) y Etiopía (791.600); en comparación a su población el país que asume más refugiados por habitante es el Líbano (1 por cada 6 personas) seguido de Jordania (1 por cada 11 personas) y Turquía (1 por cada 28 personas)⁽¹⁷⁾.

5.5.- La salud mental en los campos de refugiados⁽¹¹⁾⁽²³⁾.

Los refugiados que han llegado a los campos han sufrido por el camino una serie de problemas individuales, familiares, comunitarios y sociales que han deteriorado las relaciones y los apoyos psicosociales de protección, lo que produce un agravamiento de los problemas preexistentes y un aumento del riesgo para la aparición de otros nuevos. Estos problemas pueden aparecer en cualquier individuo y que cada persona lo vivirá de una manera diferente por lo que tendrá un diferente impacto sobre él tanto a nivel psicológico como social y eso también dependerá de los recursos y capacidades de los que disponga para hacer frente.

Los problemas relacionados con la salud mental prevalentes en los campos de refugiados se pueden dividir en dos grupos:

- 1.- Patologías ya existentes previamente: graves trastornos mentales, depresión o abuso de alcohol u otras sustancias.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

- 2.- Patologías inducidas por la situación: pena, duelo, aflicción no patológica, abuso de alcohol y otras sustancias, depresión y ansiedad y trastorno por estrés postraumático.
- 3.- Problemas inducidos por la asistencia humanitaria como podría ser la ansiedad por la falta de información en relación con la distribución de alimentos.

Los trastornos mentales graves que más frecuentemente desarrolla la población refugiada son los síndromes ansiosos con especial mención para los trastornos por estrés postraumático (TEPT) y la depresión según lo recogido en la literatura.

Por ejemplo, tras la guerra de Afganistán la tasa de depresión entre la población refugiada se situó entre 40-70%, la de ansiedad entre 50-70% y la de trastornos por estrés postraumático entre 20-40%⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾. El 15% de la población originaria de Camboia desarrolló TEPT y el 55% desarrolló al menos un episodio de depresión⁽²¹⁾. En Ruanda la tasa del TEPT es de casi el 25%⁽²¹⁾, mientras que en Sri Lanka el 27% de la población padecía TEPT, el 26% ansiedad y el 25% depresión⁽²¹⁾.

5.6.- ¿Qué herramientas existen para el manejo de la salud mental en los campos de refugiados?⁽²³⁾⁽²⁶⁾

La IASC ha elaborado una guía para el manejo de la salud mental y el apoyo psicosocial en situaciones de emergencia ya que no existía un marco institucional y sectorial que permitiese la coordinación eficaz y pragmática y que a la vez sirviese para detectar prácticas potencialmente nocivas. En la guía se determinan a su vez diferentes intervenciones psicológicas y psiquiátricas para hacer frente a determinados problemas, con el objetivo de aportar apoyos locales o externos para proteger y promover tanto el bienestar psicosocial como prevenir u ofrecer tratamiento a los distintos trastornos mentales.

El objetivo fundamental de esta guía ha sido la determinación de respuestas mínimas, entendidas como aquellas que son imprescindibles y de alta prioridad que deben desarrollarse con la máxima celeridad posible. Los programas que se desarrollen deberán tener en cuenta los recursos y capacidades disponibles para su mayor aprovechamiento, contar con sistemas de apoyo integrados así como apoyos a niveles múltiples; para ello la atención se servirá de varios niveles de atención en función de las necesidades de la población, como sigue: servicios básicos y seguridad, apoyos a la comunidad y la familia, apoyos focalizados no especializados (incluyen los primeros cuidados en salud mental) y servicios especializados (atención dirigida para la población que padece trastornos mentales graves y cuyos cuidados no pueden ser proporcionados por los equipos de atención primaria).

Cuando se lleva a cabo una estrategia en salud mental es importante tener en cuenta varios aspectos entre los que destacan: las entrevistas deben realizarse en el idioma local y en un ambiente de tranquilidad con el interlocutor; tener en cuenta la situación y contexto local así como su cultura; no todas las personas se ven igualmente afectadas por la misma

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

situación, cada persona puede reaccionar de manera diferente al mismo estresor además de tener en cuenta las diferencias por sexo; apoyar la participación local en los programas de salud mental fomentando sus capacidades, la autoorganización y fortaleciendo los recursos ya presentes (humanos y materiales) así como proporcionar formación y supervisión; minimizar el daño del consumo de alcohol y otras sustancias de abuso en materia de adicción y dependencia; finalmente atender a personas con graves trastornos mentales que están internadas en instituciones psiquiátricas.

5.7.- Organización de la salud mental en los campos de refugiados⁽²³⁾.

La base para el tratamiento de los trastornos mentales es la atención primaria. Los médicos encargados de la salud mental en atención primaria pueden ser médicos especialistas en atención primaria o bien profesionales de la salud mental cuyo puesto de trabajo se encuentre en la atención primaria ya sea dependiente del gobierno o de ONGs. Si los profesionales encargados son personal local, se les proporcionará capacitaciones y supervisión para que sean capaces de integrar la atención a la salud mental en su práctica habitual. Además, uno de estos miembros del equipo de atención primaria se dedicará de manera completa a la salud mental.

Sin embargo, no todos los pacientes pueden ser manejados de manera ambulatoria, habrá algunos que requieran de ingreso psiquiátrico en hospitales y otras instituciones. En la mayoría de las ocasiones estos pacientes no reciben los cuidados necesarios y a menudo son olvidados quedando en estas instituciones o fuera de ellas sin recursos. Una alternativa sería la de proporcionarles una atención comunitaria a la vez que ofrecerles alojamientos alternativos.

Para el tratamiento de la patología mental se utilizarán tratamiento farmacológico y no farmacológico. Entre los medicamentos utilizados y que forman parte de la lista de medicamentos básicos de la OMS se encuentran: ansiolíticos, antidepresivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos y antiparkinsonianos (como tratamiento de los efectos extrapiramidales de los anteriores). Se priorizará el uso de genéricos. Todos estos medicamentos se incluyen en la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS.

5.8.- ¿Afecta igual el mismo estresor a todos los individuos de manera igual?⁽²⁷⁾

No todos los estresores afectan de manera igual a los individuos. Y esto, ¿de qué depende? Depende tanto de la capacidad de resiliencia individual como de la familiar y la comunitaria.

La capacidad de resiliencia individual hace referencia a la capacidad de recuperación después de un evento potencialmente traumático, capacidad de funcionamiento estable antes y después del evento traumático. Así, aquellas personas que tienen una alta capacidad de resiliencia, tras haber superado el momento agudo de angustia transitoria que durará horas-días, son capaces de continuar con su vida cotidiana, su trabajo y actividades de ocio y disfrute. Entre los factores relacionados con una alta capacidad de

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

resiliencia se encuentran el sexo masculino, la edad avanzada, alto nivel educativo, menor exposición al factor estresante, menor pérdida de poder económico, menores niveles de estrés actuales o continuos, respuesta reflexiva, sesgo positivo de autopercepción, mayor apoyo social y flexibilidad para regular las emociones y el afrontamiento.

La capacidad de resiliencia familiar se entiende como un proceso activo para resistir, sobreponerse, crecer y adaptarse frente a una crisis dentro de una unidad funcional, la familia. Entre las actitudes que adoptan las familias resilientes se encuadran las perspectivas positivas, buena comunicación, adecuada administración financiera, niveles alto de espiritualidad, tiempo recreativo compartido entre ellos y apoyo mutuo.

Por último, la capacidad de resiliencia comunitaria se define como el conjunto de capacidades de adaptación que incluyen la comunicación, el desarrollo económico y el capital social y las competencias de comunidad. Entre los factores más importantes se encuentran la capacidad de la comunicación para crear una adecuada red de apoyo interindividual que además permita una participación cívica de los individuos y éstos se sientan parte de la comunidad y confíen en la misma.

6.- OBJETIVOS

El objetivo principal que se presenta es identificar los trastornos mentales graves más prevalentes en los campos de refugiados a lo largo de toda la geografía.

Una vez identificados aquellos más frecuentes, se investigará la presencia o ausencia de una herramienta de screening o cribado para la detección de los mismos en los campos de refugiados. Si no la hubiese o fuere insuficiente, se propondrá las características que debería de tener.

Esta nueva herramienta podría ser aplicada a nivel internacional de manera fácil y eficaz, además de poder ajustarse en cada situación a las características única de la población de cada campo de refugiados.

7.- MATERIAL Y MÉTODOS

La confección de este trabajo ha requerido la realización de varios pasos. Inicialmente se realizó una búsqueda bibliográfica con el objetivo de contextualizar el tema, definiendo lo que es una persona refugiada así como la evolución de su categorización a lo largo de las décadas y de la situación geográfica. Para ello se tuvieron en cuenta los documentos emanados de la Convención de Ginebra y de la Convención de la OUA así como del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, el Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados y la Declaración de Cartagena.

Posteriormente, se realizó una búsqueda para determinar qué es un campo de refugiados, cómo se organizan, dónde se asientan y sus características. Para su elaboración se consultaron manuales y tratados de acción humanitaria como el Manual Esfera y documentos de la OMS-OPS sobre organización de hospitales de campaña, y de ONGs: ACNUR (de estos documentos se extrajo información sobre los campos más grandes en el mundo así como de aquellos que se encuentran en una situación de emergencia humanitaria), UNICEF y la Cruz Roja, así como de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) y de algunos gobiernos (Reino Unido y España).

Además, se realiza una búsqueda en el manual DSM-V para elaborar los criterios diagnósticos de los trastornos mentales graves.

Paralelamente, se realizó una búsqueda en bases de datos médicos en internet de los trastornos mentales graves más frecuentemente desarrolla la población refugiada que habita en un campo de refugiados. Los buscadores incluidos fueron Pubmed, Embase o Cochrane. La estrategia de búsqueda fue similar, se aplicaron las siguientes palabras clave de manera combinada: (mental health) AND (refugee) obteniéndose 2,689 artículos, puesto que tras su revisión se vio que hacían referencia a población refugiada asilada se acotó la búsqueda de la siguiente manera: ((mental health) AND (refugee)) AND (camp) quedando 106 artículos. Se descartaron aquellos artículos que no se hubieran desarrollado en población adulta (((mental health) AND (refugee)) AND (camp)) AND (adult) quedando 62 artículos. Esta selección de artículos fue la utilizada para la elaboración del objetivo principal del trabajo.

Para los objetivos secundarios se aplicaron los siguientes criterios: (((((mental health) AND (refugee)) AND (camp)) AND (adult)) AND (screening)) quedando 17 artículos.

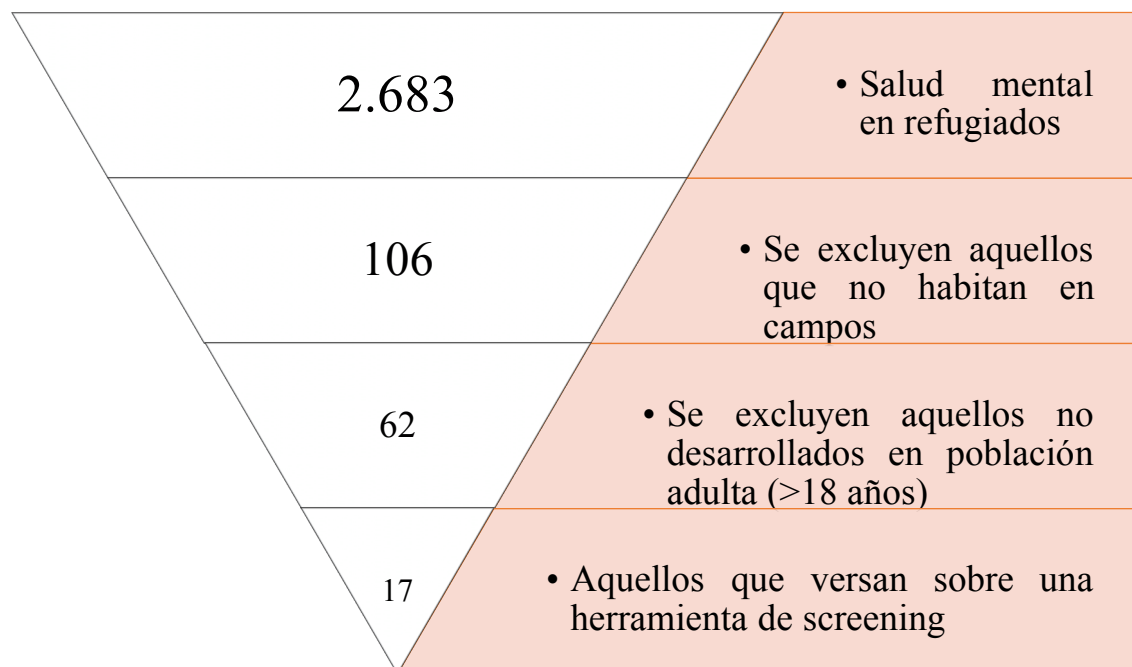
En ningún caso hubo una limitación por fecha de publicación de artículos incluyéndose todos los disponibles, como tampoco hubo limitación en el diseño del estudio ya que se incluyeron tanto metaanálisis como revisión sistemáticas, ensayos clínicos o cohortes.

El idioma de búsqueda en todas las ocasiones fue el inglés.

En este punto es donde surgieron más dificultades ya que la mayor parte de la literatura hace referencia a población refugiada asentada en terceros países pero que no lo hace campos o que han obtenido la categoría de asilados; así se pasó de un volumen de 2,689 artículos a los 17 finales.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

Además, se consultó la guía IASC (comité permanente entre organismos) sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes.



En la revisión de la bibliografía se identifican los factores estresantes que se presentan con mayor frecuencia en la población refugiada (diferenciando entre los presentes antes de la huida y los que aparecen tras el reasentamiento). Se identifican las herramientas de screening-diagnósticas que se utilizan en la detección de trastorno mental grave de manera más frecuente; y, tras comprobar que resultan insuficientes para el cribado general e inicial de esta población, se proponen las características que debería de tener.

Algunas de las revistas médicas consultadas, tanto nacionales como internacionales, y que han sido incluidas en la revisión han sido JAMA, The Lancet, Scielo, Springer, Elsevier, the American journal of ORTHOPSYCHIATRY o BMC psychiatry journal entre otras.

8.- RESULTADOS

8.1.- Breve descripción de los trastornos mentales graves más frecuentes

Los trastornos mentales graves son un grupo de entidades nosológicas que cursan con alteraciones mentales que presentan una duración prolongada, superior a los 2 años, y que acarrear un discapacidad y disfunción familiar, laboral y social global de grado variable (de moderada a grave) y que deben ser atendidos. En este grupo de trastornos se excluyen aquellos de origen orgánico. Si bien es cierto que no existen unos criterios establecidos que sean homogéneos.⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾

Los trastornos mentales graves que se presentan con mayor frecuencia en los refugiados afincados en campos son el trastorno de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión⁽³⁰⁾. También se presentan aunque en menor medida otros trastornos como son el abuso de sustancias o la esquizofrenia.

8.1.1.- Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad⁽³¹⁾ conforman uno de los grupos de trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población general y de los más prevalentes entre los refugiados. Se caracterizan por la presencia de una reacción desproporcionada ante un estímulo que en ocasiones puede llegar a ser inexistente.

Se puede manifestar a través de quejas somáticas, o bien a través de síntomas psíquicos.

Dentro de los trastornos de ansiedad se engloban varios trastornos pero nos centraremos en los dos que se manifiestan de manera más frecuente entre los refugiados:

- 1.- Trastorno por ansiedad generalizada: se caracteriza por la manifestación de ansiedad y preocupación excesivas de varios sucesos y actividades durante la mayor parte de los días y que se manifiestan durante al menos 6 meses.
- 2.- Trastorno de pánico: se caracteriza por la presencia de crisis de ansiedad de manera imprevisible, de intensidad grave y además son recurrentes, inicialmente no se suelen relacionar con una situación concreta pero con el tiempo sí lo hacen. Secundariamente, se puede originar ansiedad anticipatoria, conductas de evitación fóbica de la situación o desesperanza entre otros síntomas.

Entre los factores de riesgo que presentan los refugiados que desarrollan trastorno por ansiedad están haber presenciado una masacre de manera directa, haber sido herido de manera física o haber sufrido más de 7 eventos traumáticos (a mayor cantidad de eventos mayor probabilidad de desarrollan ansiedad)⁽³²⁾.

8.1.2.- Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

El trastorno por estrés postraumático ⁽³³⁾⁽³⁴⁾ nosológicamente y siguiendo las clasificaciones de DSM-V y CIE-10, se incluye dentro de los trastornos de ansiedad pero dado que se trata de uno de los trastornos más frecuente que se manifiestan entre la

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

población refugiada y del que probablemente haya más literatura, se describirá en un apartado diferente.

El trastorno de estrés postraumático es un trastorno que se produce después de que una persona haya experimentado o presenciado un acontecimiento traumático extremo, aterrador o peligroso, o bien que exista una exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático, y que presenta una duración superior a 4 semanas. El inicio de los síntomas suele producirse durante los 3 meses posteriores al evento causal.

Las manifestaciones clínicas que se producen interfieren en el desarrollo normal de la vida de la persona tanto en sus relaciones sociales como en el ámbito laboral.

Los síntomas que se producen son los siguientes:

1.- Síntomas de reviviscencia: se producen flashbacks del acontecimiento de manera involuntaria, recurrente e intrusiva, además pueden aparecer pesadillas o pensamientos aterradores entre otros. Pueden desencadenarse al recordar el episodio a través de situaciones, objetos o palabras. Producen gran mal estar en el sujeto.

2.- Síntomas de evitación y embotamiento.

3.- Síntomas de hipervigilancia y reactividad: el sujeto está hiperalerta ante cualquier estímulo llegando a desarrollar una hiperreactividad frente a los estímulos. Además, también puede desarrollar otros síntomas como insomnio, dificultades para alimentarse o concentrarse, un comportamiento imprudente o autodestructivo entre otros.

4.- Síntomas cognitivos y del estado de ánimo: se manifiestan como dificultades en el recuerdo de detalles de la situación traumática, pensamientos negativos, sentimientos de culpa, desesperanza o remordimiento y pérdida de interés en actividades que previamente eran placenteras o como una incapacidad para experimentar emociones positivas. Pueden llegar a ser los más importantes ya que el sujeto puede, con el tiempo, encontrarse aislado del entorno a causa del trastorno.

Además se pueden producir síntomas somáticos.

Cuando se produce una alta acumulación de eventos traumáticos las posibilidades de remisión del TEPT son cada vez menores, así existe un efecto acumulativo entre situaciones traumáticas, especialmente los traumas de guerra y la tortura, y la aparición, el desarrollo, el mantenimiento y la duración del trastorno. Además, se han relacionado algunos factores de riesgo con la aparición del trastorno como son ser mujer, la mediana edad y el estado civil de viudedad o haber tenido previamente problemas familiares.
(35)(36)(37)

Esta afección mental se ha desarrollado de manera desigual entre las poblaciones de refugiados, así está presente en alrededor de un 48% de los refugiados asentados en Somalia, 37% de los afincados en Argelia, 32% en aquellos que lo hacen en Ruanda, 28% de los residentes en Camboia, 18% en la zona de Gaza y un 15% en Etiopía. Además, en

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

el caso de los campamentos localizados en Gaza y Argelia, a las ya de por sí duras condiciones de vida y la situación basal de los refugiados se une la pobre calidad de los campos, existiendo por tanto una relación entre el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad con la calidad de los campos⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾.

Algunos refugiados utilizan estrategias evitativas con el fin de no hablar sobre el problema estas estrategias han sido descritas en refugiados sudaneses⁽⁴⁰⁾.

8.1.3.- Trastorno depresivo mayor

Este trastorno⁽⁴¹⁾ se incluye como los anteriores dentro de los trastornos mentales graves. Se caracteriza por la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades diarias o que antes resultaban placenteras, cambios en el peso o en el apetito, cambios en los parámetros del sueño (insomnio o hipersomnia), agitación o retraso psicomotor, falta de energía, sentimientos negativos de culpa o desesperanza, disminución de la capacidad para concentrarse, disminución de la capacidad para tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas o un intento formado de suicidio.

Los síntomas deben de estar presentes durante al menos dos semanas y además deben interferir en la vida cotidiana del sujeto tanto en el ámbito laboral como en el social.

8.2.- Incidencia, prevalencia y factores relacionados.

La prevalencia de estos trastornos entre la población refugiada y los migrantes presenta una variabilidad considerable que depende de la población estudiada y de la metodología y herramienta de screening que se utilice para realizarla⁽⁴²⁾.

La incidencia de trastorno por estrés postraumático es sustancialmente mayor en la población refugiada que en la población de acogida. Las incidencias de ansiedad y depresión también son mayores en la población refugiada, sin embargo resulta más complejo determinar en qué grado dada la variabilidad en la metodología utilizada, ya que no en todos los estudios se han utilizado las mismas herramientas diagnósticas, autocuestionarios o entrevistas clínicas estructuradas. El equipo de Mollica et al realizó un estudio en el año 1998 entre 993 refugiados camboianos asentados en Tailandia utilizando el Harvard Trauma Questionnaire or the posttraumatic diagnostic scale (PDS) objetivando una prevalencia de trastorno por estrés postraumático del 14,7%, mientras que para el diagnóstico de depresión utilizó la Hopkins symptom checklist-25 objetivando una prevalencia del 55%. Por otro lado, en los campos de refugiados Kashmiris hindúes en la India la herramienta utilizada ha sido la escala MINI International Neuropsychiatric Interview, breve entrevista psiquiátrica, con la que se detectó un 21,5% de casos de depresión mayor, 13,8% de trastorno de ansiedad y un 6,8% de trastorno por estrés postraumático.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

Los factores estresantes que sufre una población desplazada se pueden dividir en dos categorías⁽⁴⁹⁾. Pueden ser factores estresantes que les hacen huir o factores debidos a su huida conocidos como factores de desplazamiento. Entre los primeros se encuentra cualquier evento potencialmente traumático así como las pérdidas materiales o las consecuencias directas de la guerra. Mientras que entre los segundos se engloban todos aquellos que se producen a consecuencia del reasentamiento pero no directas por el conflicto, como son la falta de acceso a servicios sanitarios, recursos, seguridad etcétera. Se han descrito factores que pueden producir un agravamiento de los síntomas como son ser mujer, el estado civil de viudedad, haber sido testigo directo de desapariciones de otras personas o haber experimentado siete o más eventos traumáticos o el grado de satisfacción en el campo⁽⁴³⁾.

Si bien es cierto que estos factores de riesgo pueden haber sido experimentados antes del proceso de migración, se debe tener en cuenta la carga psicológica adicional que suponen para estas personas el reasentamiento⁽⁴⁴⁾.

Además, las malas condiciones de vida, sobre todo las socioeconómicas (desempleo o aislamiento del resto de la sociedad) influyen en las tasas de depresión tras el reasentamiento⁽⁴²⁾.

Las revisiones bibliográficas que se han realizado sobre el tema han concluido que la prevalencia de los diferentes trastornos mentales varía en función de la población estudiada atendiendo a sus características singulares. Así, la prevalencia de depresión se encuentra entre un 5-44%⁽⁴⁵⁾ y la de ansiedad entre 20,3-88%. La prevalencia de estrés postraumático varía de entre 9-36%⁽⁴²⁾ hasta un 83,4%⁽⁴⁶⁾ según la fuente consultada. Finalmente, en relación a la esquizofrenia no se pueden dar cifras de prevalencia ya que no se han realizado estudios poblaciones en refugiados.

Algunos ejemplos concretos son los siguientes:

1. Uganda es quizás el país africano que más personas refugiadas acoge, alrededor de 1,5 millones, que provienen de varios países vecinos a consecuencia de los diferentes conflictos bélicos y políticos acontecidos en la zona como son República Democrática del Congo (44%), Sudán del Sur (38%), Somalia (7%), Ruanda (8%) y Burundi (3%).

Existen 11 campos para refugiados en el país. Nakivale⁽⁴⁷⁾ está localizado al suroeste de Uganda donde se calcula que habitan unas 100.000 personas, aproximadamente el 17% del total e incluyen 9 nacionalidades distintas.

Los estudios relacionados en campos de este país han arrojado tasas más elevadas de estrés postraumático que en otros países^{(48),(49),(50)}, además en función de la nacionalidad estas cifras varían entre 32% a un 61,7%. En Nakivale las tasas para los diferentes trastornos fueron las siguientes: un 73% presentaba trastorno por ansiedad generalizada, 67% presentaba trastorno por estrés postraumático, un 58% depresión mayor y un 30% trastornos por abuso de sustancias⁽⁵¹⁾. Sin embargo, los investigadores se encontraron que los pacientes en la mayoría de los casos no presentaban únicamente 1 trastorno, sino que iba asociado a otro; así de

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

entre los que presentaban trastorno por estrés postraumático un 70% presentaba además depresión mayor, un 82% ansiedad generalizada y un 30% abusaba de drogas.

Los investigadores encontraron una relación entre las necesidades psicosociales (percepción de estrés, seguridad y protección para las mujeres por parte de la comunidad, acceso a agua y comida, cuidado de la familia y tener un lugar donde vivir) percibidas de la población con el desarrollo de trastornos mentales. Además de existir diferencias por sexo, así las mujeres se preocupaban más por la seguridad o la educación de los niños.

2. Sudán es otro país asolado por la guerra, donde al menos 300.000 personas han perdido la vida debido a las guerras recientes, y 2,5 millones se han visto obligadas a abandonar sus hogares hacia otros países, entre ellos Chad, país que ha acogido a 250.000 personas en 11 campos. En un estudio realizado en dos campos en esta población determinó la relación entre la percepción de inseguridad y el desarrollo de trastornos mentales posteriores fue mayor que el trauma sufrido^{(52), (53)}. Entre los eventos sufridos que contribuyeron a desarrollar posteriormente trastornos mentales se encontró que en el 75% de los casos era el propio sujeto el que había sufrido el evento (haber sido perseguido, bombardeado o agredido) y en el 98% habían sido el testigos del mismo (persecuciones, tiroteos o peleas).

Los participantes afirmaron poseer de media unos 6 estresores. Entre los que están relacionados con el reasentamiento todos los participantes identificaron al menos uno de ellos (los más frecuentes en relación con el dinero, la comida y medios de abrigo) y en un 98% de los casos al menos uno estaba relacionado con la seguridad. Demográficamente no hubo diferencias entre sexos y sí en relación a la edad y el nivel educativo, así las personas de mayor edad y con niveles educativos más bajos fueron más afectadas.

3. La región de Kashmir⁽⁵⁴⁾ se encuentra en la India, en una zona limítrofe con China y Pakistán, debido a su riqueza ha sido objeto de disputa entre los 3 países originando 3 guerras en los últimos 70 años, la última en el año 1999. Desde el año 1990 se estima que casi 60.000 familias Kashmiris hindúes se han visto obligadas a abandonar sus hogares y trasladarse hacia otras zonas más seguras, principalmente en Delhi y Jammu, ambas en India. De todas ellas se estima que unas 250 viven en campos de refugiados en Delhi (en 5 campos) y unas 5.000 en Jammu (en 11 campos diferentes). En este caso se utilizó la herramienta MINI (International Neuropsychiatric Interview) para la detección de trastorno mental. El trastorno más prevalente fue la depresión mayor detectada en el 21,5% de los casos seguido del trastorno por ansiedad generalizada en el 13,8% de los casos, el trastorno por estrés postraumático en el 6,83%, riesgo de suicidio en el 5,66% de los casos, agorafobia en un 3,66%, alcoholismo en el 3,5%, episodios maníacos en el 3% y finalmente episodios psicóticos en un 0,66% de los casos. Por otro lado, destacar que la incidencia de trastornos mentales fue mayor en la mediana edad (45-54 años), así como la menor en población altamente cualificada, en línea con los casos anteriores.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

8.3.- ¿Para qué sirve una herramienta de screening en salud mental? ¿Qué es una herramienta de screening y qué características debe tener?

Una herramienta de screening en salud mental es un instrumento que sirve para detectar signos de malestar psicológico y social (incluyendo problemas emocionales y de comportamiento), signos de perturbación en el desempeño de las actividades cotidianas, debilitamiento de los mecanismos de solidaridad y de apoyo social e información de las personas que padecen trastornos mentales graves.

Esta herramienta debe ser fácil de usar por parte del personal así como tener una elevada sensibilidad y especificidad. Además, idealmente debe de estar en el idioma de la población sobre la que se va a aplicar.

La primera herramienta que se utilizó en trastorno mental fue el autocuestionario que desarrolló la OMS en 1994⁽⁵⁵⁾. Este cuestionario estaba formado por 20 preguntas con las que se podían detectar síntomas de depresión, ansiedad y quejas somáticas. Una puntuación total entre 6 y 8 puntos era constitutiva de la presencia de un trastorno mental. Podría ser realizado de manera autónoma por el sujeto o bien realizarlo un entrevistador entrenado (opción preferida cuando el nivel cultural de la población es bajo).

Una herramienta ideal de screening debe poder ser utilizada de manera amplia en diferentes contextos, debería de cumplir los siguientes requisitos⁽⁵⁶⁾:

- Realizar medidas de manera equivalente, medir lo mismo y de la misma manera aunque se aplique en diferentes culturas y contextos. Se deben cumplir además 4 criterios, a saber, equivalencia funcional, equivalencia estructural (en relación a la presentación de síntomas), equivalencia métrica y equivalencia de escala o puntuación completa⁽⁵⁶⁾.
- El cuestionario o entrevista debe ser sencillo, de fácil aplicabilidad, reproducible, barata, seguro y aceptable para pacientes y entrevistadores.
- Accesible para toda la población.
- Realizar una aplicación previa.
- Alta sensibilidad y especificidad.
- Buena relación coste-efectividad.
- Balance positivo entre riesgo y beneficio.

8.4.- ¿Cuáles son las principales herramientas de screening que se utilizan en trastorno mental grave en campos de refugiados?

Existen varias herramientas de screening para la detección de trastornos mentales graves que han sido utilizadas en población refugiada. Algunas son: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) para la detección en términos generales, la escala Hopkins symptom checklist-25 para el screening de depresión y ansiedad, la Harvard Trauma Questionnaire or the posttraumatic diagnostic scale (PDS) para la detección del trastorno por estrés postraumático, Impact of Event Scale para el trastorno por estrés postraumático, Beck Depression Inventory para la depresión o la General Health Questionnaire para el trastorno por estrés postraumático entre otras.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

1. La escala Hopkins symptom checklist-25⁽⁵⁸⁾⁽⁵⁹⁾⁽⁶⁰⁾ surgió durante los años 50 en la Universidad Johns Hopkins y ha sido validada tanto para la detección de ansiedad como de depresión. Se evalúan 25 ítems divididos en dos partes. La primera de ellas está constituida por 10 ítems y sirve para evaluar síntomas de ansiedad, mientras que la segunda parte está formada por los 15 ítems restantes y con ella se evalúan los síntomas de depresión. Cada pregunta puede puntuar de 1 a 4 puntos. La puntuación que se obtiene de los ítems destinados a la valoración de la depresión, han sido correlacionados con episodios de depresión mayor. Esta escala ha sido traducida a varios idiomas para una aplicación más sencilla y utilizada en campos de refugiados.
2. Harvard Trauma Questionnaire or the posttraumatic diagnostic scale⁽⁶¹⁾ es un checklist que se utiliza con tres objetivos, para la medición del impacto tras haber sufrido torturas, para la detección de eventos traumáticos y finalmente la presencia o ausencia de trastorno por estrés postraumático. Data de 1992 y fue diseñada por Mollica y su grupo de trabajo. La escala ha sufrido varias modificaciones para su aplicación en diferentes situaciones. La primera de ellas que fue aplicada a población refugiada en el sudeste asiático, naturales de Camboia, Laos y Vietnam está dividida en cuatro secciones. La primera de ellas compuesta por preguntas acerca de la presencia o ausencia de 17 eventos traumáticos que podrían haber sufrido, cada uno de ellos con 4 posibles respuestas. La segunda de ellas está compuesta por una pregunta abierta de carácter subjetivo sobre el evento más traumático que hayan experimentado. La tercera parte pregunta sobre posibles eventos que les hayan podido producir heridas físicas o psíquicas. Mientras que en la última de ellas hay 30 ítems consistentes en la valoración de la presencia o ausencia de síntomas traumáticos; los 16 primeros son derivados de los criterios del trastorno de estrés postraumático, mientras que los 14 restantes fueron diseñados para valorar síntomas traumáticos de manera específica en población refugiada. En esta última parte también se barema de 1 a 4.
Posteriormente se han ido desarrollando versiones, los eventos de la primera parte pasaron a ser entre 46 y 82 y las posibles respuestas pasaron de cuatro a ser dicotómicas (sí o no); la segunda parte no sufrió modificaciones; la tercera parte en algunas versiones fue extendida y en otras no se modificó; y en la cuarta parte, los primeros 16 síntomas de trauma se mantienen invariables y se añadieron 24 ítems adicionales para la valoración de síntomas focalizados en el impacto que un evento traumático haya podido tener en la percepción del sujeto para su funcionamiento diario. Los síntomas que implican repercusión en la vida diaria del sujeto son los más importantes ya que las personas que sufren este trastorno focalizan más su atención en el funcionamiento social que en las alteraciones emocionales que puedan estar sufriendo.
3. Impact of Event Scale^{(61),(62)} es un herramienta que es realizada de manera autónoma por el sujeto y que consta de 22 ítems con los que se intenta valorar la

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

angustia subjetiva debida a eventos traumáticos (trastorno por estrés postraumático). Fue diseñada en el año 1979 por un grupo de científicos liderados por Horowitz. En la nueva versión se añadieron 7 ítems que guardan relación con síntomas de hiperactividad.

En el cuestionario se pide a los sujetos que identifiquen un evento traumático-estresante y específico en su biografía para intentar cuantificar esa angustia de manera numérica (entre 0 y 5 en cada ítem, hasta hacer un total de 88 posibles puntos) en la última semana.

Además, 14 ítems se refieren de manera directa con 14 síntomas de estrés postraumático reflejados en el DSM-IV.

4. BDI.⁽⁵⁶⁾ escala desarrollada en 1987 por el grupo de trabajo liderado por Beck y Steer, se trata de otro autocuestionario cuyo fin es evaluar la gravedad de los síntomas de depresión durante las últimas 2 semanas en base a 21 ítems.
5. General Health Questionnaire-12⁽⁶³⁾ es un cuestionario que se puede realizar de manera autónoma e incluye una serie de ítems distribuidos de la siguiente manera: cuestiones socio-demográficas y autobiográficas (edad, sexo, estado laboral, estado civil, hijos, tiempo desde el desplazamiento...); 11 cuestiones en relación al grado de satisfacción personal del sujeto y finalmente una serie de cuestiones relacionadas con síntomas psiquiátricos no psicóticos. Esta escala ha sido utilizada para la detección del trastorno por estrés postraumático. Ha sido utilizada en la población desplazada en Nakuru, Kenia en el año 2015.
6. M.I.N.I..⁽⁶⁴⁾ se trata de una breve entrevista psiquiátrica que se realiza en no más de 15 minutos y sirve como primera herramienta para evaluar la presencia o ausencia de alguno de los 17 trastornos mentales más comunes.

8.5.- ¿Quién debe de realizar el screening en un campo de refugiados?

Las personas encargadas de la salud mental, ya sean locales o externas, deberán ser las encargadas de realizar el screening inicial. Además, deben de cumplir una serie de requisitos para garantizar una atención de calidad: entre ellos destacan la posesión de un título acreditativo para la atención (medicina, enfermería, especialista en salud pública...), conocimientos y experiencia en salud mental en emergencias y situaciones complejas, ser capaces de comunicarse en el idioma local, conocer las diferentes identidades culturas con las que se va a trabajar así como las prácticas y las redes de apoyo social de la comunidad y sensibilidad cultural.

Todas aquellas actividades y tareas que requieran de un apoyo psicosocial directo deben ser realizadas por personal local en la medida de lo posible ya que son los más adecuados para ello.

8.6.- Propuesta de las características de una herramienta de screening para el trastorno mental grave en un campo de refugiados:

Debido a la gran variedad de herramientas de screening y que no existe una sola que sirva para la detección de cualquier trastorno mental grave, se proponen las características que debería de tener para la detección precoz en base a las características especiales de cada

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

población y teniendo en cuenta los factores estresores que más se relacionan con la presencia de los trastornos.

La herramienta se podrá realizar de manera autónoma por la población a la que va dirigida así como tener una parte realizada por una persona con conocimientos de salud mental que permita evaluar aspectos subjetivos en la entrevista que podrán tener relación con el comportamiento del sujeto en la misma. Además, esta herramienta podrá ser traducida en cualquier idioma facilitando de esta manera su accesibilidad y comprensión por todos los sujetos.

La primera fase que recogerá aspectos de la biografía de cada uno, a saber:

- Sexo.
- Edad.
- Nivel educativo.
- Estado civil.
- Religión.
- Asentamiento del campo: en el mismo país o en uno extranjero.
- Núcleo familiar: tener descendencia o no, cuántos, si viven juntos o no y si ha fallecido alguno y en qué circunstancias.
- Situación laboral previa y actual.
- Pérdida o ausencia de seres queridos durante la huida.
- Intereses previos a la huida: relacionados con sus actividades lúdicas y de ocio fundamentalmente.
- Perspectivas que tenían para el futuro y si han cambiado: laborales, familiares, sociales etcétera.
- Factor principal que les ha hecho tomar la decisión de abandono de su hogar y cuándo fue (tiempo de toma de decisión hasta la huida).
- Necesidades percibidas actuales: seguridad, alimentación, educación, trabajo etcétera.

Otra fase que constará de preguntas dicotómicas para la detección de síntomas groseros y graves como pueden ser las alucinaciones, la anhedonia, la desesperanza, síntomas psicóticos, ideas de suicidio etcétera, todos ellos descritos previamente.

Otra fase en la que se tratará de detectar todos los posibles factores estresantes tanto previo a la huida como tras el reasentamiento. Se hará especial hincapié en la detección de problemas que presenten los sujetos como la seguridad puesto que es el factor estresante que se presenta con mayor frecuencia entre la población refugiada según lo recogido en la literatura.

Una última fase de entrevista subjetiva en la que el entrevistado pudiese expresar sus inquietudes y necesidades para que puedan ser subsanadas por el personal.

Si en algún caso se detectase algún trastorno mental o síntomas compatibles se debería de realizar un segundo cuestionario más específico con el objeto de terminar de filiardiagnosticar el trastorno, pudiendo aplicarse alguna de las herramientas específicas arriba

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

mencionadas, como son la escala Hopkins symptom checklist-25, The Harvard Trauma Questionnaire or the posttraumatic diagnostic scale, Impact of Event Scale o BDI. Una vez identificado el mismo, lo ideal sería poder realizar un tratamiento y seguimiento del mismo en la medida de lo posible.

Además, debería de existir en cada campo un lugar donde los pacientes que necesitasen de cuidados externos ya sea porque la presencia de autoagresividad, heteroagresividad o cualquier otra circunstancia que requiriese de un tratamiento agudo pudiesen ser atendidos por el personal especializado.

8.7.- Propuesta de mitigación de ciertos factores estresantes.

Con la herramienta podremos detectar aquellos factores estresantes que se presentan con mayor frecuencia en cada contexto, y con eso, intentar modificarlos.

Por ejemplo, según se ha descrito previamente el estresor más frecuentemente relacionado es el grado de seguridad percibido por los refugiados; una acción eficaz contra ello sería la potenciación de la seguridad teniendo en cuenta la opinión de la población.

Otra acción que podría mejorar la salud mental sería el establecimiento de actividades de ocio según la cultura, aumento de escuelas, centros religiosos etcétera. Dado que tras el reasentamiento se ha descrito que el factor estresante más importante es la desinformación que padecen los refugiados una buena solución sería el establecimiento de una red comunicativa de carácter oficial contando con el apoyo de los líderes locales que podría realizarse a través de un medio o bien de manera más informal en los lugares de reunión de la población.

Paralelamente a los resultados individuales se podrá realizar un estudio poblacional detectando debilidades y fortalezas que permitan adaptar los servicios del campo a las necesidades manifestadas por la población.

La detección y manejo de estos factores estresantes ayudará para en el tratamiento de los trastorno.

9.- DISCUSIÓN

Se calcula que en el mundo hay aproximadamente unos 25,9 millones de refugiados según los últimos informes de ACNUR de los cuales al menos la mitad son menores de edad; los organismos encargados de la protección de estas personas son ACNUR y UNRWA según el lugar de asentamiento de los mismos. En su huida, los refugiados asientan de manera mayoritaria, el 80%, en países limítrofes al suyo natal. Proceden fundamentalmente de 3 países: Siria, Afganistán y Sudán del Sur. El país que acoge el mayor número de refugiados en el mundo es Turquía, seguido de Pakistán y Líbano, sin embargo, los campos de refugiados más grandes se encuentran en Bangladesh, Etiopía, Kenia, Jordania, Tanzania o Pakistán.

Los trastornos mentales graves que más frecuentemente se han identificado en esta población han sido: depresión con tasas de incidencia variables entre 40-70%, ansiedad entre 50-70% y trastornos por estrés postraumático entre 20-40%.

Sin embargo, cuantificar la incidencia y prevalencia de trastornos mentales graves en esta población es sumamente complejo y han existido una serie de dificultades. Por un lado, la mayor parte de la literatura hace referencia a población asilada o bien a refugiados que asientan en un tercer país pero no en un campo. Por otro lado, la salud mental está muy estigmatizada en muchas partes del mundo atendiendo a diferencias culturales y religiosas fundamentalmente, por lo que los conceptos de salud física y mental no son estándares y varían. Además, la autoestigmatización de estos problemas es mayor entre la población migrante y refugiada por lo que su comportamiento afecta de manera directa sobre las tasas de hospitalización⁽⁶⁵⁾.

Hoy, sabemos que no todos los trastornos mentales se presentan de igual manera en toda la población refugiada ya que en ella intervienen factores biográficos (incluyendo sexo y edad), culturales y sociales así como factores estresantes tanto en la aparición como en el desarrollo de las mismas. Así pues, intervienen factores individuales propios de la persona que estarán relacionados con su capacidad de resiliencia y factores comunitarios y sociales. Por tanto, algunos de estos factores no podrán ser modificados ni mitigados.

A pesar de todas las dificultades que existen en el estudio de los trastornos mentales graves, existen diferentes herramientas para el diagnóstico de algunos de ellos, los más frecuentes, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático: la escala Hopkins symptom checklist-25 con la que se pretende diagnosticar ansiedad y depresión, the Harvard Trauma Questionnaire or the posttraumatic diagnostic scale con la que se detectará el trastorno por estrés postraumático, the Impact of Event Scale permite la detección de la angustia percibida por el sujeto en base a una serie de eventos traumáticos, BDI se aplica a pacientes que han sido diagnosticados de depresión y permite evaluar su gravedad.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

Debido a la variabilidad intercultural e interindividual en cada contexto se ha ido aplicando una herramienta diferente según se precisase del estudio de uno o varios trastornos mentales graves, sin embargo no existe un único instrumento de screening con las mismas puntuaciones diagnósticas.

Surge de aquí la necesidad de elaborar una herramienta de cribado inicial para la detección de cualquier trastorno mental.

Se proponen las características que debería de presentar una herramienta de cribado, un apartado biográfico individual, intereses de cada uno y expectativas, ya que no todos los trastornos se manifiestan uniformemente en la población. Por ejemplo, en el caso de la depresión⁽⁵⁴⁾ no siempre se manifiestan los mismos síntomas. Un segundo apartado en el que se hace hincapié en la detección de síntomas graves que pueden poner en peligro la vida del sujeto o pueden llegar a ser limitantes e incapacitantes para su vida diaria. Con los dos últimos apartados se pretende escuchar las necesidades y expectativas de los individuos.

La herramienta se debe de aplicar en el idioma local para un mejor entendimiento por parte de los sujetos; la parte final correspondiente a la entrevista subjetiva deberá realizarse así mismo si se pudiese en el idioma local por un profesional local con el objetivo de crear una atmósfera de complicidad entre sujeto y técnico. Si no se pudiese se contaría con la ayuda de un traductor.

Reseñar la importancia de contar con unos profesionales externos o locales expertos en salud mental que además tengan conocimiento en el manejo de situaciones agudas.

Una vez conseguido el cribado y la detección de la patología es fundamental realizar un tratamiento y seguimiento. Así como modificar aquellos factores estresantes que pueden empeorar el estado mental. Sin embargo, si no se puede realizar un seguimiento de la patología es preferible no proponer terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento y realizar únicamente uno farmacológico.

El diseño de la herramienta de screening inicial que se propone y se compone de preguntas básicas deberá ser completado y validado por expertos.

Como limitación fundamental del trabajo destacar la escasa literatura existente en relación al trastorno mental grave en campos de refugiados y como consecuencia el escaso consenso en la utilización de una sola herramienta de cribado para estas patologías.

Finalmente destacar que una vez identificados los trastornos mentales graves y los factores relacionados con su desarrollo, se podría actuar sobre ellos con el objetivo de evitar la aparición de los trastornos, acortar su duración, mitigarla o ayudar en su tratamiento.

10.- CONCLUSIONES

Tras revisar la literatura sobre el el trastorno mental grave en campo de refugiados se identifica la escasa información al respecto, quedando patente que la mayoría de los estudios que se han realizado han sido en población asilada o en refugiados que no están afincados en campos.

Tras el estudio se concluye que el trastorno mental que se presenta con mayor frecuencia en campos de refugiados es el trastorno por estrés postraumático, seguido de la depresión. Otros con menor incidencia son el abuso de sustancias, la ansiedad o la esquizofrenia, este último quizás el más desconocido.

Se proporciona un diseño de una herramienta de cribado, quedando por definir las cuestiones específicas del cuestionario que deberán hacerse, de manera ideal, por un grupo de expertos en la materia con experiencia en terreno y en diferentes contextos. Al tratarse de una propuesta de diseño, una vez elaborada deberá ser validada en terreno, en diferentes contextos, culturas, circunstancias y poblaciones.

Los trastornos mentales detectados podrán ser tratados si existen recursos disponibles y puede realizarse el seguimiento.

Para concluir, con la herramienta no se quiere únicamente detectar trastornos mentales, se pretende además, identificar aquellas situaciones y factores estresantes susceptibles de ser modificados para mejorar la vida de los refugiados y su salud mental.

11.- BIBLIOGRAFÍA

1. ACNUR. Convención sobre el Estatuto de los Refugiados. 1951. [Internet]. [Consultado Jan 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0005.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/0005>
2. ACNUR. Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados. 1966. [Internet]. [Consultado Jan 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/5b076dcd4.pdf>
3. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Estatuto de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. 1950. [Internet]. [Consultado en Jan 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0004.pdf?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0004>
4. OUA. Convención de la OUA por la que se regulan los aspectos específicos de problemas de los refugiados en África. 1969. [Internet]. [Consultado Jan 2020]. Disponible en: <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50ac934b2>
5. Declaración de Cartagena sobre Refugiados. 1984. [Internet]. [Consultado Jan 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/5b076ef14.pdf>
6. Carrillo Jaimes CS and Arcos González PI. Prioridades de intervención para la fase aguda de las emergencias complejas formuladas por nueve agencias de ayuda humanitaria. Rev. Esp. Salud Publica. 2004;78:6.
7. Escola de cultura de Pau [Internet]. Crisis Humanitarias y ayuda Humanitaria. 115-129. [Consultado Feb 2020]. Disponible en: <https://escolapau.uab.cat/img/programas/alerta/alerta/10/cap04e.pdf>
8. El Proyecto Esfera. Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria. [Internet]. 2000. [Consultado Feb 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/8206.pdf?view=1>
9. Pilar Estébanez, Carolina Jiménez, Jorge Alvar, 2017. Asistencia Sanitaria en Crisis Humanitarias. Editorial Díaz de Santos. ISBN: 978-84-9052-059-8
10. OMS-OPS. Guía de la OMS y la OPS para el uso de hospitales de campaña extranjeros en caso de desastres. Dufour D, et al. Surgery for victims of war.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

Ginebra. CICR. 1998.

11. Burnham GM, et al. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent Public health guide in emergencies. 2a edición. Ginebra. FICR. 2008.
12. ACNUR. Emergencia rohingyas. [Internet]. España. [Consultado Feb 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/es-es/emergencia-rohingyas.html>
13. ACNUR. Situación de la República Centroafricana. [Internet]. España. [Consultado Jan 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/es-es/emergencia-en-la-republica-centroafricana.html>
14. ACNUR. Emergencia en Sudán del Sur. [Internet]. España. [Consultado Jan 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/es-es/emergencia-en-sudan-del-sur.html>
15. ACNUR. Emergencia en Irak. [Internet]. España. [Consultado Jan 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/es-es/emergencia-en-irak.html>
16. ACNUR. Emergencia en Siria. [Internet]. España. [Consultado Jan 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/es-es/emergencia-en-siria.html>
17. Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). Informe 2018: Las personas refugiadas en España y Europa. [Internet]. España;2018. [Consultado Feb 2020]. Disponible en: <https://www.asylumineurope.org/sites/default/files/resources/informe-anual-cear-2018.pdf>
18. ACNUR. Refugiados. [Internet]. España. [Consultado Jan 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/refugiados.html>
19. ACNUR [Internet]. Datos básicos. España. 2020. [Consultado Jan 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/datos-basicos.html>
20. UNHCR. World at War. UNHCR Global Trends Forced Displacement in 2014. [Internet]. 2015. [Consultado May 2020]. Disponible en: <https://www.unhcr.org/statistics/country/556725e69/unhcr-global-trends-2014.html>
21. Srinivasa Murthy R, Rashmi Lakshminarayana. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. World Psychiatry. 2006 Feb; 5(1):25-30.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

22. Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *Br J Psychiatry*. 1998 Jan;172:90-4.
23. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias humanitarias: ¿Qué deben saber los actores humanitarios en salud? [Internet]. Ginebra;2010 [Consultado Jul 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_spanish.pdf
24. Lopes Cardozo B, Bilukha OO, Gotway Crawford CA, Shaikh I, Wolfe MI, Gerber ML and Anderson M. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA*. 2004 Aug 4;292(5):575-84.
25. Scholte WF, Olf M, Ventevogel P, De Vries GJ, Jansveld E, Lopes Cardoso B and Gotway Crawford CA. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *JAMA*. 2004 Aug 4;292(5):585-93.
26. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. [Internet]. [Consultado Aug 2020]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/iasc_checklist_spanish.pdf
27. Ministerio de Salud (MINSAL), Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI), Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGI-DEN), & Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA). Modelo de protección de la salud mental en la gestión del riesgo de desastres. [Internet]. Santiago de Chile; 2019. [Consultado Jun 2020]. Disponible en: https://www.preventionweb.net/files/64210_64192modeloproteccionsaludmentall.pdf
28. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave. Documento de consenso. [Internet]. España. 2003 [Consultado Jul 2020]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionintegracionsocial.pdf>
29. Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid. Cuadernos Técnicos 6;5-118. Disponible en: <https://www.aen.es/docs/ctecnicos6.pdf>

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

30. Mollica RF, Sarajlic N, Chernoff M, Lavelle J, Vukovic IS and Massagli MP. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *JAMA*. 2001 Aug 1;286(5):546-54.
31. Kaplan-Sadock. Sinopsis de Psiquiatría 9ª Edición. Edit. Panamericana, 2004.
32. Sabin M, Lopes Cardozo B, Nackerud L, Kaiser R, Varese L. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA*. 2003 Aug 6;290(5):635-42.
33. National Institute of Mental Health. Trastorno por estrés postraumático. [Internet]. 2020. [Consultado Jul 2020]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/index.shtml>
34. Royal College of Psychiatrists. Post-traumatic stress disorder. [Internet]. Dr. Philip Timms. 2010. [Consultado Aug 2020]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/Trastorno%20por%20Estres%20Postrauma%203%83%C2%ADtico.pdf>
35. Kollassa IT, Ertl V, Eckart C, Kolassa S, Onyut LP, Elbert T. Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy* 2. 2010(3):169-174.
36. Johnson H, Thompson A. The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review. *Clin Psychol Rev*. 2008 Jan;28(1):36-47.
37. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and metaanalysis. *JAMA*. 2009 Aug 5;302(5):537-49.
38. De Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, Khaled N, Van De Put W, Somasundaram D. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA*. 2001 Aug 1;286(5):555-62.
39. Onyut LP, Neuner F, Ertl V, Schauer E, Odenwald M, Elbert T. Trauma, poverty and mental health among Somali and Rwandese refugees living in an African refugee settlement-an epidemiological study. *Confl Health*. 2009 May 26;3:6.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

40. Tempany M. What research tells us about the mental health and psychosocial wellbeing of Sudanese refugees: a literature review. *Transcult Psychiatry*. 2009 Jun;46(2):300-15.
41. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
42. WHO. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH. [Internet]. Denmark;2018. [Consultado Aug 2020]. Disponible en: <http://www.infocoponline.es/pdf/SALUD-REFUGIADOS.pdf>
43. Sabin M, Lopes Cardozo B, Nackerud L, Kaiser R, Varese L. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA*. 2003 Aug 6;290(5):635-42.
44. Giacco D, Laxhman N, Priebe S. Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Semin Cell Dev Bio*. 2018;77:144–52.
45. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15(1):29.
46. Acarturk C, Cetinkaya M, Senay I, Gulen B, Aker T, Hinton D. Prevalence and predictors of posttraumatic stress and depression symptoms among Syrian refugees in a refugee camp. *J Nerv Ment Dis*. 2018 Jan;206(1):40-45.
47. Mwira Bapolisi A, Song SJ, Kesande C, Rukundo GZ, Ashaba S. Post-traumatic stress disorder, psychiatric comorbidities and associated factors among refugees in Nakivale camp in southwestern Uganda. *BMC Psychiatry*. 2020 Feb 7;20(1):53.
48. Ssenyonga J, Owens V, Olema DK. Posttraumatic growth, resilience, and posttraumatic stress disorder (PTSD) among refugees. *Procedia Soc Behav Sci*. 2013;82:144–8.
49. Onyut LP, Neuner F, Ertl V, Schauer E, Odenwald M, Elbert T. Mental Health among Somali and Rwandese refugees living in an African Refugee Settlement: an Epidemiological Study. *Conflict and Health*. 2009;doi:10.1186:1752–505–3-6.
50. Karunakara UK, Neuner F, Schauer M, Singh K, Hill K, Elbert T, et al. Traumatic events and symptoms of post-traumatic stress disorder amongst Sudanese

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON
TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

- nationals, refugees and Ugandans in the West Nile. *Afr Health Sci.* 2004;4(2):83–93.
51. Hanna FB. Alcohol and substance use in humanitarian and postconflict situations. *EMHJ.* 2017; 23(3):231–5.
52. Rasmussen A, Nguyen L, Wilkinson J, Vundla S, Raghavan S, Miller KE, et al. Rates and impact of trauma and current stressors among Darfuri refugees in eastern Chad. *The American journal of orthopsychiatry.* 2010;80(2):227–36 Epub 2010/06/18.
53. Rasmussen A, Nguyen L, Wilkinson J, Vundla S, Raghavan S, Miller KE, Keller AS. Rates and impact of trauma and current stressors among darfuri refugees in Eastern Chad. *Am J Orthopsychiatry.* 2010 Apr; 80(2):227-236.
54. Banal R, Thappa J and Thappa S. Pshychiatric morbidity in adult Kashmiri migrants living in a migrant camp at Jammu. *Indian J Psychiatry.* 2010 Apr-Jun;52(2):154-158.
55. Bell SA, Lori J, Redman R, Seng J. Development of a brief screening tool for women’s mental health assessment in refugee settings: a psychometric evaluation. *Int J Nurs Stud.* 2015 July; 52(7):1202-1208.
56. Jayawickreme N, Verkuilen J, Jayawickreme E, Acosta K, Foa EB. Measuring depression in a non-western war-affected displaced population: measurement equivalence of the Beck Depression Inventory. *Frontiers in Psychology.* 2017 Sep; 8:1670.
57. Fischer, R., and Fontaine, J. R. J. (2011). “Methods for investigating structural equivalence,” in *Cross-Cultural Research Methods in Psychology*, eds D. Matsumoto and F. J. R. Van de Vijver (New York, NY: Cambridge University Press), 179–215.
58. Harvard Program in Refugee Trauma. Hopkins Symptom Checklist (HSCL). [Internet] [Consultado Aug 2020]. Disponible en: <http://hprt-cambridge.org/screening/hopkins-symptom-checklist/>
59. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S, Lavelle J. The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 1992;180(2):111-116.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON
TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

60. Sigvardsdotter E, Malm A, Tinghög P, Vaez M, Saboonchi F. Refugee trauma measurement: a review of existing checklists. *Public Health Rev.* 2016;37:10.
61. Refugee Health Technical assistance center. Assessments for Trauma and Mental Health in Refugees. [Internet]. [Consultado Aug 2020]. Disponible en: <https://refugeehealthta.org/physical-mental-health/mental-health/adult-mental-health/assessments-for-trauma-and-mental-health-in-refugees/>
62. Gayle Beck J, Grant DM, Read JP, Clapp JD, Coffey SF, Miller LM and Palyo SA. The Impact of Event Scale-revised: psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *J Anxiety Disord.* 2008;22(2):187-198.
63. Getanda EM, Papadopoulos C, Evans H. The mental health, quality of life and life satisfaction of internally displaced persons living in Nakuru County, Kenya. *BMC Public Health.* 2015;15:755.
64. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, Janavs J, Dunbar GC. The MINI international neuropsychiatric interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry.* 1997;12(5):224–31.
65. Makowski AC, von dem Knesebeck O. Depression stigma and migration: results of a survey from Germany. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):381.

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

por Beatriz Angós Sáez de Guinoa

Fecha de entrega: 30-sep-2020 10:20p.m. (UTC+0200)

Identificador de la entrega: 1401617349

Nombre del archivo:

2V11R19_85229254_1099581073_DETECCIÓN_E_INTERVENCIÓN_ESPECÍFICA_EN_PERSONAS_CON_TRASTORN.pdf
(496.93K)

Total de palabras: 15244

Total de caracteres: 84491

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN CAMPOS DE REFUGIADOS

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.acnur.org Fuente de Internet	2%
2	www.acnur.es Fuente de Internet	1%
3	docplayer.es Fuente de Internet	1%
4	fr.scribd.com Fuente de Internet	1%
5	www.scribd.com Fuente de Internet	1%
6	pt.scribd.com Fuente de Internet	1%
7	cdn01.pucp.education Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Loyola Andalucia Trabajo del estudiante	<1%
9	Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS Trabajo del estudiante	<1%