

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Memoria, Trauma y Resiliencia en Refugiados y Solicitantes
de Asilo**

**Memory, Trauma and Resilience in Refugee and Asylum
Seekers**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Marta Guarch Rubio

DIRECTORES

Antonio Lucas Manzanero Puebla
Anca Minescu

Madrid

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Memoria, Trauma y Resiliencia en Refugiados y Solicitantes de Asilo

Memory, Trauma and Resilience in Refugee and Asylum Seekers

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Marta Guarch Rubio

DIRECTORES

Antonio Lucas Manzanero Puebla

Anca Minescu

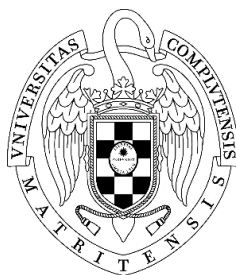
***Memoria, trauma y resiliencia en refugiados
y solicitantes de asilo***

***Memory, trauma and resilience in refugees
and asylum seekers***

Marta Guarch Rubio



Tesis Doctoral



**Universidad Complutense de
Madrid (España)**



**Universidad de Limerick
(Irlanda)**

2020



Directores: Dr. Antonio L. Manzanero Puebla
Dra. Anca Minescu

Agradecimientos

A todas las personas que han participado en esta tesis con sus testimonios. Sin vosotras esto no habría sido posible ni habría tenido razón de ser. Espero haber trasladado de forma fidedigna la realidad que me mostrasteis y me gustaría pensar que, en un futuro, todas las vidas tendrán un mismo valor e igualdad de oportunidades, más allá de los pasaportes que se posean. Igualmente, dar las gracias a quienes me han llamado al llegar a los países de destino y me escriben de vez en cuando contando que les va bien. Del mismo modo, agradecer a quienes me llaman diciendo que regresaron a sus países de origen y a todos aquellos que comparten conmigo de una forma u otra la reconstrucción de sus vidas. Para mí estas llamadas son el indicador de que esto tiene sentido.

A Antonio, porque sinceramente no tengo palabras de agradecimiento suficientes. Gracias por tu bonito corazón, por tu forma de ser y porque has sido el apoyo más incondicional a lo largo de este proceso. En estos años de investigación, como director de tesis y por encima de ello, como persona, me has transmitido fuerza, persistencia, determinación, humildad y sobre todo la enseñanza de cuidar a quienes nos rodean, especialmente con cuestiones tan sensibles como el trabajo con trauma y tortura. Te estaré infinitamente agradecida. El día que dirija una tesis, con hacerlo la mitad de bien que tú, ya haré un buen trabajo.

A Anca, porque fuiste el mejor hallazgo que encontré en Limerick y el que sin duda, quiero conservar. Gracias por tu transparencia, por tu gran corazón y por hacerme la vida tan fácil. Gracias por todas las oportunidades que me has dado y porque todo lo que he conseguido en Irlanda te lo debo a ti. Fuiste una gran sorpresa, que como las mejores, vino de casualidad y no dudo de que perdurará a lo largo de los años. Es un honor que seas un referente para mí, como deseos de mejora y de espíritu de lucha. Gracias, compañera.

A todas las personas con las que he compartido vida de viaje en esta odisea. A Doumaha y a Salek, gracias por todo lo ofrecido en Tinduf y especialmente, por invitarme a formar parte de la esencia saharauí. A Toni, porque todavía hay una canción que debe ser cantada, ocurrió en el Sahara. A todo el equipo de

Idomeni, en especial a Abraham, por captar en imágenes la dulzura y la sensibilidad en ese contexto de miseria y, por elegir acompañarme. A David, porque gracias a ti soporté la dureza del clima violento que vivimos en Bosnia. Gracias a todos, amigos.

A mi hermana, por su amistad e incondicionalidad. A mi madre, porque su amor es el más puro y sincero. A mi padre, por su comprensión y apoyo infinito. Os quiero.

A mis amigas de la facultad, que nunca fueron de psicología, aunque sí de Somosaguas. A vosotras, Bea, Alba y Mariana, seguiremos caminando juntas y construyendo nuevos recuerdos.

A aquellas personas importantes que de un modo u otro me han apoyado en esta historia y me transmiten su orgullo simplemente porque formo parte de sus vidas. A Crespo (Fer), Sara Lamana, Panben, Noe, Andrea (Carabanchel), Ana Rojo, Mono, Ana “mi amiga la abogada”, Guillermo (Txofo), Javi (Rooter), Mamobo, a mi primo Javier y a mis chicas del barrio: Ali y Sara. Gracias. Mención especial a quienes me olvidó, pero saben que están.

Por último y de forma definitiva, a todas aquellas personas que llevan un mundo nuevo en sus corazones y luchan día a día por transformar la realidad y hacer de este planeta un espacio solidario, humano y habitable. A vosotras, gracias porque sois mi fuente de inspiración. ♥.

ÍNDICE

Índice

RESUMEN.....	13
ABSTRACT	17
MARCO TEÓRICO	21
CAPÍTULO 1. Políticas Migratorias	23
Macro perspective. Aspectos Jurídicos de la Migración	23
Perspectiva inclusiva vs Perspectiva residualista.....	23
¿Qué lleva a alguien a huir? De las personas refugiadas a las migrantes irregulares.	26
Sistema Europeo Común de Asilo	30
Políticas migratorias.....	31
Meso perspective. Características de los desplazamientos forzados actuales	38
Países de origen y motivos de los refugiados.....	38
Los desplazados internos.....	40
El riesgo de la cronificación en situaciones de desplazamiento forzado	42
Las mujeres, un caso particular de desplazadas de “segunda categoría”	43
CAPÍTULO 2. Salud física y mental en las personas desplazadas	47
Limitaciones y desafíos en la atención sanitaria a personas desplazadas.....	47
Salud Mental	51
Descuido de la salud mental en contextos de refugio	51
Prevalencias que indican un daño en la salud mental de las personas refugiadas y desplazadas	53
Resiliencia y Crecimiento Post-Traumático.....	66
CAPÍTULO 3: Los recuerdos en el trauma psicológico y su importancia en los procedimientos de asilo. ...	71
El estudio de la memoria	71
Memoria traumática, como un tipo especial de memoria autobiográfica	72
El TEPT como un trastorno de memoria	79
Aplicación del estudio de la memoria en la obtención de asilo. Análisis de credibilidad	84
El manejo de los recuerdos traumáticos en la creación de estrategias resilientes.....	87
CAPÍTULO 4. Estudios.....	89
PLANTEAMIENTO GENERAL	89
Motivación del estudio.....	90
Fortalezas y limitaciones.....	91
Aspectos éticos.....	92

1. EL ÉXODO (VIAJE Y CRUCE DE FRONTERAS)	95
ESTUDIO 1. Experiencias traumáticas, tortura y trauma psicológico en migrantes y refugiados en la frontera Bosnio-Croata.....	97
2. LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS.....	117
ESTUDIO 2. Trauma psicológico y tortura en los campamentos de refugiados de Idomeni (Grecia)..	119
ESTUDIO 3. Cuando la estancia en los campamentos de refugiados se cronifica (El caso de los Campamentos Saharauis).....	137
ESTUDIO 4. Factores de resiliencia en los Campamentos a largo plazo.....	151
3. EN LOS LUGARES DE DESTINO (ACOGIDA).....	161
ESTUDIO 5. Países de destino España // Irlanda	163
DISCUSIÓN GENERAL	187
CAPÍTULO 5. Proposals regarding previous data and research	195
Psychosocial Intervention Programs for Refugees and Asylum Seekers in the West of Ireland	196
Two Psychosocial Interventions: “Women Support Group” and “Sanctuary on Saturday” Programs	198
Credibility Assessment in Asylum Procedures.....	233
REFERENCIAS	243
ANEXOS	281
Anexo 1. Aspectos éticos y autorizaciones deontológicas para el desarrollo de los estudios	283
Anexo 2. Cuestionario de características sociodemográficas. Estudio I. Bosnia.	287
Anexo 3. Descripciones de experiencias traumáticas en los procesos de deportación fronteriza entre Bosnia-Herzegovina y Croacia y denuncia de violencia fronteriza.....	289
Anexo 4. Descripciones de experiencias traumáticas de los participantes. Estudio II. Idomeni	325
Anexo 5. Respuestas de psicólogos y personal sanitario saharauí en el estudio III.	331
Anexo 6. Entrevista clínica adaptada y diseñada para el estudio III.	335
Anexo 7. Escala de Wagnild y Young (1993). Estudio IV.....	337
Anexo 8. Batería de instrumentos de evaluación. Estudio V.....	341
Anexo 9. Consentimiento informado. Estudio V.....	365

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Un aspecto característico de comienzos del Siglo XXI es el incremento exponencial de los flujos migratorios forzados. Pese a que diferentes razones pueden convertir a una persona en un desplazado forzoso, el acceso a la protección internacional no es un proceso directo ni automático. Con frecuencia, los refugiados y los solicitantes de asilo se exponen a situaciones de riesgo, violencia e incertidumbre desde que salen de sus países de origen hasta que consiguen el derecho a asilo. Así, la falta de mecanismos y de vías legales para optar a la protección internacional junto con la escasa voluntad política europea para gestionar de forma humana las actuales migraciones, hace que muchos refugiados nunca lleguen a estar protegidos. En esta dirección, la acumulación de eventos traumáticos es habitual, aunque al mismo tiempo, surgen mecanismos resilientes que minimizan el impacto de los daños psicológicos provocados por la migración forzada y, por todo aquello que se deja atrás (familia en situación de riesgo, país, identidad...). De esta manera, el proceso de adaptación psicológica de los refugiados y de los solicitantes de asilo mantiene en disputa los recuerdos traumáticos que motivaron la migración, con la generación de nuevas memorias que se constituirán como estrategias de afrontamiento.

OBJETIVOS

La salud mental de los desplazados forzosos tiene un carácter acumulativo y las memorias traumáticas que presentan tienen relevancia no solo por la experimentación del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) sino por su rol determinante en la construcción de sus narrativas cuando se solicita asilo. De este modo, los objetivos principales de esta tesis son conocer el estado de salud mental de los desplazados forzosos para promover programas de atención psicosocial adaptados a sus necesidades y el papel que juegan los recuerdos tanto en la generación de trastornos psicopatológicos como en los procesos de solicitud de asilo.

Para ello, esta tesis considera cinco estudios en los que la migración forzada se entiende como un proceso y en los que cada estudio tiene sus propios objetivos específicos, entre los que se incluye la evaluación de experiencias traumáticas y de tortura, el TEPT, la resiliencia, las características fenomenológicas del recuerdo, los factores post-migratorios y necesidades psicosociales y otras patologías y aspectos de salud mental. El análisis de estos elementos proporciona evidencia científica para alcanzar los objetivos iniciales y realizar las propuestas de intervención.

MÉTODO

Para conocer el estado de salud mental de los refugiados y de los solicitantes de asilo se evaluó a 204 personas en diferentes países. En el estudio I, 51 hombres fueron evaluados en su fase de viaje en la frontera de Bosnia con Croacia. En el estudio II, 23 mujeres fueron evaluadas en los campos de refugio temporales de Idomeni (Grecia). En los Estudios III y IV se evaluó la salud mental a largo plazo de 60 mujeres y 13 hombres en entornos de exilio prolongado como los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf. Por último, el Estudio V evaluó a 36 hombres y 20 mujeres en España e Irlanda como países de destino. Todas las entrevistas tuvieron lugar individualmente y las evaluaciones se desarrollaron de forma heteroaplicada.

RESULTADOS

El análisis de los resultados mostró que las personas refugiadas están en riesgo de desarrollar problemas psicológicos relacionados con un origen traumático. Esta probabilidad es mayor si pertenecen a entornos de refugio prolongado y si se encuentran en tránsito o en campos de refugiados temporales. Los entornos de refugio prolongado suponen un deterioro en la salud mental de los refugiados, aunque elementos como la esperanza en el futuro constituyen estrategias resilientes. Por otro lado, se detectó una generalizada falta de recursos para la atención de la salud mental en estos entornos por lo que se hace necesario el desarrollo de estrategias de apoyo psicosocial tal y como esta tesis plantea. A su vez, el análisis de las memorias traumáticas mostró que la gran certeza que se tiene acerca de estos recuerdos, y su elevado nivel de

accesibilidad y de emocionalidad con características propias de memorias vívidas (flashbulb memories) podría afectar a la capacidad de proporcionar información relevante en el proceso de asilo, al tiempo que podrían explicar en parte los trastornos psicológicos de las víctimas de experiencias traumáticas. En suma, la presencia de estos recuerdos refuerza que se requiere una mayor flexibilidad en los análisis de credibilidad que determinan el asilo, dado que la memoria no es fija ni exacta, aunque se perciba como tal.

CONCLUSIONES

En conclusión, los resultados de esta tesis han de interpretarse a la luz de las propuestas de intervención planteadas. Desde un ámbito psicológico y con una incidencia comunitaria, se hace preciso la puesta en marcha de estrategias y de grupos psicosociales que consideren el estado de salud mental de los refugiados desde un prisma acumulativo del daño en su salud mental y orientado a una meta de afrontamiento e integración. Por otro lado, desde el campo de la psicología forense, se plantea la consideración de las memorias traumáticas que estos refugiados y solicitantes de asilo presentan, ya que entender su funcionamiento es clave para interpretar la multiplicidad de discursos que se dan en los juicios de asilo.

Palabras clave: refugiados, trauma, TEPT, resiliencia, memoria, análisis de credibilidad, apoyo psicosocial

ABSTRACT

INTRODUCTION

One of the main relevant aspects of the beginning of this century is the exponential increase concerning forced migratory flows. Despite multiple reasons may drive to refugee conditions, the access to international protection is not a direct nor an automatic process. In a frequent manner, refugees and asylum seekers are exposed to violent scenarios and are in risk since they flee their country until they arrive in the host society and get the refugee status. Moreover, due to the lack of a legal mechanism to get the asylum and the absence of any political interest to manage the current migratory flux, there are refugees who are never under protection. In this vein, the cumulative effect of traumatic event is frequent and affects their mental health, although it can be minimized by the resilient mechanisms that emerge under these circumstances. Refugees need to deal with their traumatic memories in order to cope with the adversity. At the same time, they need to integrate themselves into the new society and create new memories as coping strategies.

OBJECTIVES

Regarding refugees and asylum seekers, traumatic memories are relevant for two reasons. First of all, because they can trigger the symptomatology of PTSD and because they play the main character in Asylum Procedures related to the credibility assessment. Therefore, the main objectives for this thesis are to know the mental health on refugees in order to promote psychosocial programs adapted to their needs and to improve the credibility assessment criteria related to memory.

Therefore, this thesis includes five studies that understand the forced migration as a process and each study owns its specific objectives including assessment of traumatic and torture events, PTSD, resilience, phenomenological characteristics of the memory, post-migration factors, psychosocial needs and other psychopathologies and general aspects related to mental health. The analysis of these elements provides

scientific evidence to reach the main objectives and allows the performance of the proposed intervention programs.

METHODOLOGY

In this thesis, 204 people from different countries were assessed and the vast majority were forcibly displaced. Study I assessed 51 men on transit at the border between Bosnia-Herzegovina and Croatia. Study II assessed 23 women who were confined at the informal Refugee camp in Idomeni (Greece). In Studies III and IV, 60 women and 13 men were evaluated in protected refugee conditions at the Refugee Camps in Tinduf (Algeria). Finally, Study V assessed 36 men and 20 women in destiny countries (Spain and Ireland). All the interviews were carried out face to face and individually.

RESULTS

The analysis of the results showed that refugees are at risk of developing psychological problems related to a traumatic origin. This likely is higher if they belong to long-term refugee settings and if they are in transit or in temporary refugee camps. Long-term refugee settings imply a deterioration in mental health of refugees, although factors such as hope for the future constitutes a sort of resilient strategies. On the other hand, a generalized lack of resources oriented to mental health care was detected in these environments. Therefore, there is a need to develop psychosocial support strategies as this thesis suggests. In turn, the analysis of traumatic memories showed that the great certainty about these memories, and their high level of accessibility and emotionality define them as vivid memories (flashbulb memories). Consequently, this fact could affect the ability to provide information relevant to the asylum process and it could partly explain the psychological disorders of victims of traumatic experiences. Finally, the presence of these memories reinforces that greater flexibility is required in the credibility procedures that determine asylum, given that memory is neither fixed nor exact even though it is perceived as such.

CONCLUSIONS

In summary, the results of this thesis must be interpreted in light on the proposed interventions. From a psychological approach, there is a need to implement strategies and psychosocial groups withing a communitarian and integrative perspective. Therefore, mental health on refugees and asylum seekers requires to be understood as a process with a cumulative effect affected by the traumatic experiences. Similarly, the goals for the recovery must be oriented towards coping and integration strategies as other elements of influence as well. On the other hand, from the field of forensic psychology, the functioning of the traumatic memories needs to be discussed and included in Asylum procedures that assess the testimonies in the credibility analysis.

Keywords: refugees, trauma, PTSD, resilience, memory, credibility assessment, psychosocial support

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. Políticas Migratorias

Macro perspective. Aspectos Jurídicos de la Migración

Perspectiva inclusiva vs Perspectiva residualista

Dibujar la realidad de las migraciones requiere hacer uso de cifras y de conceptos. Con frecuencia, los términos “migrantes”, “refugiados” y “solicitantes de asilo” se emplean de forma indiscriminada, aunque legalmente corresponden a categorías diferenciadas, con distintos derechos y vulnerabilidades. Desde una perspectiva inclusiva, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU (1998) entiende por migrante a cualquier persona residente en un lugar diferente al de su habitual residencia, sea dentro o fuera de las fronteras nacionales y, por una amplia variedad de circunstancias. Bajo esta perspectiva, son migrantes los estudiantes internacionales, los trabajadores extranjeros y las personas refugiadas. En el otro extremo de la pugna conceptual se sitúa el modelo residualista (Carling, 2020), dominante en el estudio de las migraciones dentro del campo del derecho y de la psicología. Este enfoque sostiene que las causas que anteceden y motivan la migración condicionan el proceso migratorio, definen la vulnerabilidad del asentamiento en los países de acogida y, por ende, migrantes y refugiados requieren necesidades específicas diferenciadas. Al igual que el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), esta tesis se apoya en la visión residualista que discrimina entre migrantes y refugiados y atiende a la etiología migratoria, en si es forzada o no, como determinante de si la persona pudiera retornar con seguridad a su lugar de origen o residencia.

La Convención de Ginebra.

En 1951, con objeto de gestionar la reubicación de desplazados forzados europeos tras la Segunda Guerra Mundial se definió el concepto de Refugiado en la Convención de Ginebra. Para proteger a las personas que huyen de situaciones de conflicto y de persecución, las Naciones Unidas establecieron el derecho a Protección Internacional y el principio de no devolución, en francés, “*non refoulement*” (United Nations, 1951, art. 33). En consecuencia, 142 países firmaron la Convención y reconocieron dos vías jurídicas de acceso a la Protección Internacional, que son el estatuto de refugiados y la protección subsidiaria. A esto se añade que, algunos Estados europeos como España, permiten la residencia temporal de solicitantes de asilo por razones humanitarias, siendo esta una figura jurídica de aplicación nacional regulada por la Ley de Extranjería.

De acuerdo con la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados, Naciones Unidas (1951, art. 1) considera refugiado a una persona que “debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a 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”.

Equivocadamente, la tendencia discursiva coloquial y mediática conceptualiza como refugiados a todo el conjunto de personas que se ven forzadas a desplazarse en busca de protección. Sin embargo, no todas las solicitudes de asilo se resuelven con el estatuto de refugiado, siendo este la máxima garantía jurídica de protección con carácter permanente. Como se ha mencionado, la protección subsidiaria permite el asilo cuando el solicitante sin ser apátrida ni cumplir criterios para ser refugiado necesita protección ante el riesgo de sufrir fundados daños si regresa a su lugar de origen o residencia (Ley 12/2009, de 30 de octubre, BOE 263). De acuerdo con los datos de 2019, las resoluciones positivas de asilo otorgadas en

primera instancia por los 27 países miembros de la Unión Europea (UE) concedieron el estatuto de refugiados a 109.000 personas, la protección subsidiaria a 52.000 y la autorización de residencia por razones humanitarias a 45.100 (Eurostat, 2020).

Más allá de las categorías jurídicas mencionadas, fruto de las decisiones en los procesos de asilo, el principio de no devolución es la piedra angular que permite iniciar formalmente la solicitud de asilo. Este principio prohíbe la devolución sistemática de los migrantes a sus países de origen sin una previa valoración de las posibles amenazas que los llevan a solicitar asilo, y su aplicación se ha extendido al Derecho Internacional sobre Derechos Humanos (DIDH) constituyéndose como norma de *ius cogens* (Moraes & Romero 2016). Las Naciones Unidas (1951, art. 33) lo definieron del siguiente modo: “Ningún Estado Contratante podrá, por expulsión o devolución, poner en modo alguno a un refugiado en las fronteras de los territorios donde su vida o su libertad peligre por causa de su raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social, o de sus opiniones políticas”. En la praxis, las competencias de asilo son nacionales, y aún en contra del DIDH, ni el derecho a protección ni el principio de no devolución son siempre garantizados a pesar de su carácter de obligado cumplimiento.

En consecuencia, los procesos de deportación constituyen el último eslabón en la articulación de instrumentos institucionales para poner fin al motivo migratorio y pueden ajustarse a la normativa legal o realizarse bajo protocolos que con frecuencia se acompañan de violencia (Campaña Estatal por el Cierre de los CIEs, 2014). Además, la conformación de la legalidad en forma de protocolos de deportación lo que hace es legalizar el uso de la violencia de forma extrema, que en última instancia no tiene como objetivo la garantía de los derechos de la persona expulsada sino la inmunidad policial en la deportación forzosa. Así, el mecanismo deportador es el reverso de moneda del reconocimiento de asilo y la imposición de regímenes de control y de procesos de deportación en lugar de procesos de protección internacional es una tendencia de extendida aplicación (Orgaz Alonso, 2018). Mientras, la Comisión Europea (2020) entiende por deportación el acto de cualquier estado en el ejercicio de su soberanía para expulsar a un extranjero de su territorio tras una denegación o finalización del permiso para permanecer en él.

En última instancia, con objeto de adaptar los términos y las directrices acordadas en Ginebra a las necesidades de los actuales solicitantes de asilo, se advierten varias consideraciones. Por un lado, urge el reconocimiento por el que los efectos del cambio climático y de los desastres naturales obligan progresivamente al desplazamiento forzado de individuos y comunidades. En esta dirección, se reclama la inclusión de los refugiados medioambientales como una nueva tipología jurídica necesitada de protección internacional (Dutta, 2019). Por otro, se denuncia la desigualdad y discriminación que supone la no consideración transversal del género en las solicitudes de asilo. Así, se hace preciso un mayor reconocimiento de cuestiones de género en los motivos de persecución (p. ej., por oposición a mutilación genital femenina) y una mayor atención a los obstáculos en el acceso a procedimientos de asilo para mujeres (falta de documentación, riesgos y aspectos culturales asociados a ser mujer, ect...).

¿Qué lleva a alguien a huir? De las personas refugiadas a las migrantes irregulares.

El aumento de personas desplazadas forzosamente alcanza máximos históricos año tras año, aunque la migración no se constituya como un fenómeno reciente. La amplia escala de conflictos armados, de consecuencias por el cambio climático y de vulneraciones de derechos humanos por motivos étnicos, políticos, de raza, de género o de conciencia fuerza al desplazamiento de individuos y comunidades. Junto a estos antecedentes, la globalización y el uso extendido de las nuevas tecnologías propician un incremento de los flujos migratorios alrededor del planeta. Así, la confluencia de *push-factors* (guerras, terrorismo, catástrofes medioambientales) y de *pull-factors* (supervivencia, deseo de una vida mejor) fuerza la huida de poblaciones en Oriente Medio, África, Latinoamérica y ciertas regiones de Asia. A su vez, las diferencias económicas y de desarrollo entre el hemisferio Norte y el Sur incrementan las desigualdades y potencian las

migraciones. A menudo, migrantes y refugiados proyectan las sociedades occidentales inspiradas en el “Sueño Americano o en el Sueño Europeo”. La prosperidad económica, la prevalencia de valores democráticos y la esperanza de alcanzar movilidad en la escala social, a base de esfuerzo y trabajo, son factores que atraen a quienes migran del Sur al Norte, más allá de la necesidad de protección. Todo lo anterior denota una ausente correspondencia entre el ideario y la realidad, dadas las actuales políticas restrictivas migratorias. En consecuencia, ser desplazado con carácter voluntario o forzoso requiere la regulación de emociones y expectativas a lo largo de todo el proceso migratorio, lo que supone un elevado coste emocional.

Zimmerman, Kiss y Hossain (2011) estudian los actuales flujos migratorios y establecen cinco fases en la migración forzada: de pre-partida, de viaje, de acogida en los países de destino, de estancia en campos de refugiados y en ocasiones, de deportación. Como se ve, lejos de considerar la migración como un movimiento directo desde una posición “A” hasta otro punto “B”, el desplazamiento forzado requiere la superación de fases y de barreras en un proceso que atraviesa transversalmente a migrantes y refugiados exponiéndoles a riesgos físicos y psicológicos.

A término de 2019, 79.5 millones de personas se encontraban en situación de desplazamiento forzado, 26.0 millones eran refugiadas, 45.7 millones eran desplazadas internas y 4.2 millones eran solicitantes de asilo, casi el doble que en 1990 (ACNUR, 2020). El análisis retroactivo de la afluencia migratoria muestra un exponencial incremento a partir de 2010 incluyéndose en el último decenio los picos más altos de peticiones de asilo y de refugiados (Baldwin-Edwards, Blitz, & Crawley, 2019). Acorde a los datos, a lo largo de 2015 y de 2016, se sobrepasó en ambos casos el 1.200.000 de primeras solicitudes de protección internacional en el territorio europeo (Eurostat, 2017).

La tendencia actual casi duplica el número de desplazados internos frente al de refugiados visibilizando la alta tasa de personas refugiadas dentro del territorio nacional. Atendiendo a la conceptualización del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para refugiados, se considera como desplazado interno “a aquella persona o grupo de personas que han sido forzadas u obligadas a huir y dejar

sus hogares o lugares habituales de residencia, en particular, para evitar las consecuencias de un conflicto armado, de violencia generalizada, de violaciones de derechos humanos, así como de desastres humanos o naturales y que no han cruzado una frontera internacional reconocida” (UNHCR, 1998). En los casos de desplazamiento interno, se ha detectado una mayor vulnerabilidad por la falta de protección internacional, lo que ha llevado al establecimiento de una guía de principios específicos para garantizar su protección (UNHCR, 2004). Este elevado volumen de desplazados internos se explica por diferentes motivos, entre ellos, el efecto de los factores logísticos o demográficos, el coste económico del proceso migratorio y la creciente hostilidad hacia los refugiados en países terceros. Por causas compartidas, la migración transfronteriza tiende a producirse hacia países vecinos y casi 3 de cada 4 refugiados (73%) se desplazaron a países limítrofes en 2019, lo que a su vez contribuye a una concentración de refugiados en los países en vías de desarrollo (el 85%) (ACNUR, 2020).

A su vez, la falta de vías seguras y legales hace que migrantes y refugiados coincidan en la travesía y se encuentren desprovistos de un marco jurídico que les proteja. Así, independientemente de cuál sea la razón migratoria, la naturaleza del proceso conduce a refugiados y a migrantes a una situación de irregularidad en la que requieren el uso de medio ilegales y peligrosos (mafias, explotación laboral, cruce de accidentes geográficos...). La migración irregular agrupa el tránsito de personas fuera de los acuerdos internacionales y de la legalidad que regula los movimientos transnacionales (IOM, 2020). A menudo, en lo que se conoce como migración mixta, migrantes y refugiados transitan en condiciones de irregularidad y, aunque por diferentes motivos, usan las mismas rutas y los medios de transporte (UNHCR, 2020a). A lo largo de la travesía algunos migrantes experimentan violencia por parte mafias y son víctimas de tráfico humano (Silva, Manzanero, Bengoa, & Contreras, 2018). Mientras, la inmensa mayoría de los migrantes irregulares, entre ellos refugiados, sufren violencia perpetrada por las mafias, por la policía, por agentes fronterizos o por otros refugiados (Arsenijević et al., 2017; Crepet et al., 2017; Farhat et al., 2018; Infante et al., 2012; Koning, 2019). En consecuencia, la indefensión jurídica que recae sobre ellos aumenta la

violación de derechos humanos a lo largo del desplazamiento, engrosando la cifra negra dentro del ámbito de la criminología (Guarch-Rubio y Manzanero, 2020).

De entre todos ellos, las mujeres, los niños y los menores no acompañados son los colectivos que presentan mayores riesgos de sufrir daños en todas las fases del proceso migratorio y, por ende, requieren atención y protección específica diferenciada. Sobre la base de datos disponibles, la población femenina representó ligeramente menos de la mitad del total de los desplazados forzosos mientras que el 40%, entre 30 y 34 millones, fueron niños y niñas menores de 18 años (ACNUR, 2020). Dentro del grupo de los/as menores, una vasta mayoría se encuentran separados de sus progenitores, viajando y en asentamientos sin acompañamiento ni supervisión familiar o adulta en lo que se conoce como “menores no acompañados”. El cenit migratorio de 2015 registró más de 95.000 peticiones de asilo de menores no acompañados en los 28 Estados Europeos, observándose una tendencia a la baja en los años posteriores, con apenas 17.675 solicitudes en el transcurso de 2019 (Eurostat, 2020). Al respecto, Europol constató en 2016 la desaparición de 10.000 menores no acompañados en suelo europeo, evidenciando el riesgo al que se exponen para el tráfico humano y la explotación sexual (Save the Children, 2016). En esta dirección, es habitual la emisión de informes por parte de ONGs que trabajan sobre el terreno y denuncian la situación de calle en la que se encuentran los menores no acompañados, como por ejemplo Harriaga en Melilla (Antúnez, Driss, García, & Olcina, 2016). Igualmente, el trabajo de campo da cuenta de la extendida práctica en los sistemas de acogida europeos que protegen a los menores no acompañados hasta su mayoría de edad y, posteriormente, les dejan en situación de desamparo como migrantes irregulares y expuestos a la deportación, especialmente en los países fronterizos del Sur (Villar Caño, 2019).

A modo de conclusión, se destaca la movilidad, la fluidez y el carácter superpuesto de las diferentes categorías migratorias mencionadas, dado que no reflejan conceptualizaciones fijas ni excluyentes. Así, un mismo individuo puede ser solicitante de asilo y convertirse en migrante irregular si se le rechaza la petición y al mismo tiempo, el migrante irregular puede convertirse en refugiado o encontrar un trabajo a través del cual regula su situación migratoria (Mental Health WHO 2018).

Sistema Europeo Común de Asilo

Schengen y Dublín

La presión migratoria de los últimos años ha forzado, sin éxito, a que la Unión Europea consolide un Sistema Europeo Común de Asilo (SECA). El propósito del SECA busca armonizar las políticas de asilo de los estados miembros y garantizar una Protección Internacional ecuatorial y acorde a la Convención de Ginebra y al principio *de no devolución* (Comisión Europea, 2014). En la praxis, el SECA regula el Reglamento de Dublín y se apoya en el área Schengen permitiendo la libre circulación de mercancías, capitales, personas y servicios.

El Convenio de Dublín, en su tercera regulación, establece la responsabilidad de examinar la solicitud de asilo en el primer país miembro de llegada de los solicitantes, la llamada “cláusula de primera entrada” (EUR-Lex, 2013). En los últimos años, la aplicación hegemónica de este criterio ha prevalecido sobre otras consideraciones tales como la preferencia de los solicitantes o el derecho a reagrupación familiar en otros países miembro. Esta cláusula obliga a que el primer país receptor asuma la resolución de asilo del solicitante, y, por tanto, legitima las deportaciones entre países miembros cuando la persona es detectada por el Sistema de Asilo en otro país de la Unión Europea. Como se ve, la aplicación de este criterio contradice el uso del espacio Schengen ya que limita y castiga la movilidad de los solicitantes de asilo impidiendo su libre circulación dentro de la Unión Europea. El Convenio de Dublín ha sido criticado porque sobrecarga a los países fronterizos de la UE, porque denota ineficacia dado que los países de llegada no son necesariamente aquellos en los que se solicita asilo y porque pone en riesgo los derechos de los refugiados ya que no existe garantía de imparcialidad y de resolución uniforme de las solicitudes de asilo presentadas en los diferentes países (Garcés-Mascareñas, 2015). En consecuencia, este conjunto de factores tensa las relaciones europeas

disipando las responsabilidades en materia de acogida y cuestionando los valores solidarios de la UE (Lavenex, 2018). Así, aceptar la premisa de un sistema fallido requiere un abordaje multidimensional y la puesta en marcha de iniciativas compartidas para soportar la carga. Con este fin, la categorización de Noll marca tres direcciones como puntos de partida, una distribución equitativa de las personas acogidas, un consenso en las políticas aplicadas y una provisión de fondos económicos para tales fines (Thielemann, 2008).

Políticas migratorias

Pactos y Acuerdos

La nueva política migratoria busca redistribuir el asentamiento de refugiados y promover su futura aceptación en las sociedades a través de la visibilización de los efectos positivos que la migración tiene en los países de acogida. Prueba de ello son los recientes Pactos Mundiales sobre los Refugiados (UNHCR, 2018) y los Pactos Mundiales para la Migración Segura, Ordenada y Regular (Naciones Unidas, 2018) donde se resaltan las ganancias (económicas, culturales...) que traen consigo migrantes y refugiados. En esta línea, la aprobación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible supuso un hito en el reconocimiento de las oportunidades y de los beneficios de una migración ordenada, segura y regular (Naciones Unidas, 2015). Sin embargo, mientras las Naciones Unidas proponen una macro política migratoria regular con acciones coordinadas, cooperativas, seguras y multilaterales, la realidad migratoria contradice estos supuestos, ya que, mayoritariamente la migración es irregular y acarrea riesgo y peligro para migrantes y refugiados (CEAR, 2019). Como resultado de la ausente correspondencia entre las propuestas teóricas y las prácticas y, sumado a la falta de voluntad política se ha visto dificultada la reubicación de refugiados en los países desarrollados. Un ejemplo ilustrativo fue la propuesta de 2015 de la Comisión Europea para el reasentamiento de 40.000 personas necesitadas de protección internacional y la reubicación de 120.000 refugiados asentados en Grecia, Hungría e Italia (Comisión Europea, 2015). Esta

medida se estableció de obligado cumplimiento en base a un sistema de reparto por cuotas que pretendía “repartir equitativamente” personas refugiadas a cada país europeo. Siguiendo el planteamiento que destaca Thielemann, (2008), el reparto se acompañó de medidas económicas y de cierto consenso y ajuste por países, aunque el compromiso derivó en fracaso. Dos años después del plazo establecido no se había cumplido apenas el 22%, ni una tercera parte de los reasentamientos propuestos para el conjunto de la UE (CEAR, 2018). En un segundo intento, previo a la crisis sanitaria de la COVID-19, se volvió a apostar por la estrategia de la reubicación y de las cuotas compartidas. En esta ocasión se previó para el 2020 el reasentamiento en países europeos de 30.000 refugiados procedentes de Turquía, del Líbano y de Jordania (Comisión Europea, 2019). A día de hoy, pese a la falta de datos, se anticipa una insuficiente satisfacción del cumplimiento del objetivo planteado. Entre otros factores, se destacan los efectos que la pandemia del coronavirus tendrá sobre las políticas migratorias. Además, se vio en los acuerdos de 2015 que la ausencia de sanciones sobre el incumplimiento de estos repartos reforzó la tendencia de los gobiernos a ignorarlos y a adoptar restrictivas medidas nacionales en las políticas de migración y asilo, por lo que podrían ser elementos predictores del fracaso. En consecuencia, “la crisis de refugiados” y la falta de un acuerdo conjunto evidencian el reto de Europa en materia de derechos humanos y cuestionan su unión en términos de proyecto político (Morales y Romero, 2018; Zaun, 2018).

Externalización de las fronteras en Europa

La fortificación del Mediterráneo es otro de los escollos que mayor polémica suscita en materia migratoria. En base a los datos disponibles, se estima que en 2019 más de 123.000 personas llegaron a Europa a través del Mediterráneo y de ellas, un mínimo de 1319 perdió la vida en el intento (ACNUR, 2020). El Mar Mediterráneo actúa como frontera natural geográfica y separa físicamente Europa de África y de Oriente Medio. Ante la inviabilidad de establecer un muro que divida en dos partes el Mediterráneo, la Unión Europea apuesta por la externalización de las fronteras, en base a acuerdos económicos que se constituyen

como herramientas de vigilancia de la migración (Montesino, Avallone, Padilla, Moraes & Romero, 2019). Para ejemplificar esta lógica se destaca la inversión económica europea al Fondo Fiduciario para controlar las fronteras con África (Comisión Europea, 2019; CEAR, 2019), los acuerdos de Italia con Libia para frenar la migración y el Acuerdo de Europa con Turquía (Comisión Europea, 2017).

Hasta la fecha, el Acuerdo con Turquía ha sido el más popular y, por tanto, el que mayores críticas ha suscitado. Este pacto refleja sin fisuras la idiosincrasia europea respecto a las políticas de retorno y de externalización de fronteras en la zona Este del Mediterráneo. En base a este acuerdo, la Unión Europea (2016) se comprometió con Turquía a retornar a los migrantes llegados a Grecia que no hubieran aplicado asilo en Grecia, o que cuyas solicitudes hubieran sido consideradas infundadas o inadmisibles y a cambio, se reasentaría en Europa a un refugiado sirio por cada refugiado sirio deportado a Turquía hasta un máximo de 72.000. Sin embargo, tras cuatro años de su entrada en vigor no existe evidencia de que los reasentamientos se hicieran efectivos. Al mismo tiempo, cualquier lectura o valoración del pacto suscitó críticas tanto a nivel jurídico como en materia de derechos humanos (Moraes & Romero, 2018). Así, se cuestionó la aceptación de Turquía como un Estado seguro en base a las denuncias de Amnistía Internacional (2016) sobre la violación del principio de *non-refoulement*, la falta de protección efectiva y las agresiones a migrantes y refugiados. Por otro lado, se evidenció el criterio de nacionalidad discriminatorio al considerar solo como beneficiarias del pacto a personas sirias y no a otros grupos de población, hecho que promovió el conflicto y la desigualdad. En este sentido, tampoco se incluyó a los ciudadanos apátridas sirios, como palestinos y kurdos, que quedaron sin acceso a esta protección y se vieron abocados al cruce ilegal de fronteras y al servicio de *smugglers* (McGee, 2019). Con todo, Turquía evidenció su rol de defensa externa de la UE e intensificó las respuestas violentas fronterizas basadas en la contención y en la deportación ilegal de migrantes y refugiados, que mantiene hasta la fecha (Amnistía Internacional, 2019). No obstante, la aplicación del pacto con Turquía supuso una drástica reducción del número de solicitudes de asilo en lo sucesivo. En esta dirección, 2019 registró 612700 primeras solicitudes de asilo en los países de la UE,

manteniendo una cifra similar a las registradas en 2017 y 2018, menos de la mitad de las 1.260.900 peticiones de 2016 (Eurostat, 2020).

En conclusión, se ha visto que las estrategias mencionadas de fortificación de la Unión Europea resultaron exitosas en términos de contención y de disipación migratoria, aunque no en términos de Derechos Humanos, y su mantenimiento requiere de permanentes inversiones económicas (Montesino et al., 2019).

Hacia dónde dirigirnos. Diferentes experiencias de acogida

Desde un enfoque histórico contemporáneo, el asentamiento de personas migrantes y refugiadas está suponiendo un reto para las sociedades que acogen. Más allá del reconocimiento del derecho a protección acordado en Ginebra, implementar políticas eficaces de acogida requiere la garantía de una adecuada calidad de vida para los desplazados, su acceso a oportunidades y un conjunto de esfuerzos por evitar que se perpetúen las condiciones socioeconómicas deprimidas asociadas a la migración. Sin embargo, tanto el discurso de la sobrecarga de los estados, que alega incapacidad para hacer frente a esta crisis humanitaria, como la falta de una política común de asilo conducen con mayor frecuencia a la introducción paulatina de restricciones legislativas en materia de migración y asilo. Dentro de esta lógica, Suecia es el ejemplo más representativo dado que en 2015 fue el mayor receptor per cápita de solicitudes de asilo de la Unión Europea y en 2016 aprobó la “ley de restricciones” y redujo garantías y derechos a los solicitantes de protección internacional (CEAR, 2019). Sin embargo, la mayoría de las migraciones son hacia países limítrofes y en los desplazamientos internos los urbanos duplican a los rurales, lo que se traduce en una concentración de población migrada en las principales ciudades de los países en desarrollo (UNHCR, 2020b). Este mencionado informe incluye a Alemania como el único país desarrollado que figura entre los 5 principales países receptores, aunque sus tasas de acogida se sitúen muy por debajo de Aruba donde uno de cada seis habitantes es refugiado, del Líbano donde lo es uno de cada siete o de Turquía donde la proporción es de uno cada veintitrés.

Moraes y Romeo (2016) argumentan el espíritu de acogida alemán atendiendo a diversos factores de convergencia tales como una tendencia histórica de acogida a lo largo del siglo XX, la implantación de recursos estatales, la colaboración de la sociedad civil junto con la Iglesia y el beneplácito inicial de grupos empresariales que apoyaron la incorporación de sirios cualificados como nuevo potencial humano y mano de obra. Otra de las excepciones que constituye un referente de buena praxis en la acogida a refugiados en el hemisferio norte es el caso de Canadá. A lo largo de 2015 y 2016, mediante modelos mixtos de reasentamiento (fondos gubernamentales y privados), más de 40.000 refugiados sirios se reasentaron en Canadá en un plazo de 100 días y, aunque con tasas inferiores a muchos países europeos, se ha observado una creciente tendencia al reconocimiento de asilo en los últimos años (Gobierno de Canadá, 2017,2020). No obstante, a pesar del carácter ejemplar del modelo canadiense se ha sido criticado su actuación tardía, insuficiente y con carácter selectivo en la acogida de los refugiados (Moraes & Romero, 2016). En el otro extremo en cuanto a prácticas de acogida, merecen mención aquellos países con una menor capacidad económica que asumen la llegada de migrantes y refugiados porque denotan una voluntad política de acogida. No obstante, la falta de recursos en estos entornos conduce al deterioro de la calidad de vida de los refugiados y de los migrantes aumentando el riesgo de que el exilio se cronifique si no se resuelven los motivos que lo provocaron. Por ejemplo, la capacidad de algunos países africanos para producir y acoger a refugiados coetáneamente contribuye a que la migración se enquistase en el tiempo. En consecuencia, los países menos desarrollados representan el 1.25% del producto interior bruto mundial, y a excepción de Bangladesh, ocho son africanos y los nueve atienden al 27% del total de refugiados (UNHCR, 2020b). Un ejemplo ilustrativo es la República Democrática del Congo, que, siendo una situación de refugio a largo plazo, se encuentra entre los 10 primeros países de origen de refugiados, es el tercero de desplazados internos y acoge a población refugiada de Rwanda y de República Centroafricana (UNHCR, 2020b). Igualmente, en la línea del refugio prolongado, Argelia permite a los saharauis el asentamiento y la gestión del campo de refugiados en Tinduf desde 1975 (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017). En Asia, Bangladesh mantiene su política de no devolución a los casi un millón de rohingyas que acoge, a pesar de las

dificultades de vida en los campos (Human Rights Watch, 2020). Por último, Colombia es el primer país con mayor número de desplazados internos del mundo y tras Turquía, el segundo estado de acogida mundial a personas refugiadas en 2019, con una acogida de 1.8 millones de personas, fundamentalmente venezolanos (UNHCR, 2020b).

Crónica de posturas enfrentadas. De la acogida al rechazo de refugiados

Pocas dudas existen sobre la centralidad de los movimientos migratorios en las decisiones políticas del siglo XXI (Zimmerman, Kiss, & Hossain, 2011). La actual política migratoria incluye un intenso debate sobre el derecho de asilo que concierne la acogida o el rechazo a migrantes y refugiados. El planteamiento es dicotómico, exclusivo y enfrenta a refractarios y defensores. De un lado, la postura que se opone y considera la migración como una amenaza al concepto Estado-Nación en lugar de como una oportunidad y un reto para la diversidad cultural (Bauman, 2006; Karamanidou, 2016). Un claro reflejo de este posicionamiento es la errónea y común sobrestimación de algunos ciudadanos europeos que sitúan la cifra de migrantes en sus países tres y cuatro veces por encima de los datos reales (WHO, 2018). A su vez, el discurso “anti-migración” legitima la violencia ejercida hacia los migrantes considerando las agresiones como hechos aislados, negando su naturaleza racial o justificando los mismos como reacciones defensivas ante la amenaza migratoria (Karamanidou, 2016). De otro lado, se defiende la migración argumentando las consecuencias positivas para la economía y para el crecimiento demográfico de los países de acogida. Principalmente estos argumentos sostienen que migrantes y refugiados son poblaciones en edad activa, con motivación para la búsqueda de empleo y generan economía fortaleciendo el sistema de bienestar a través de la reducción de la edad de jubilación y la participación en las tasas e impuestos (WHO, 2018). Desde esta posición de “pro-acogida” se incluye a las organizaciones humanitarias y activistas que se exponen a procesos legales en la búsqueda de la aplicación de los Derechos Humanos para con personas refugiadas que llegan por mar y tierra, en lo que se conoce como “criminalización de la solidaridad” (Amnistía Internacional, 2019; Maccanico, Hayes, Kenny, & Barat, 2018).

Como respuesta a esta disyuntiva de aceptación vs rechazo, se explica la falta de una homogeneidad explícita en la actitud de acogida al migrante en función de la capacidad económica que este pueda ofrecer a la sociedad receptora. Cortina (2017) acuñó el término “aporofobia” para reflejar el rechazo y el desprecio hacia los migrantes y refugiados pobres, quienes a nivel económico pareciera que poco tienen que aportar en las sociedades de acogida. De este modo, esta corriente de pensamiento sostiene que las causas del rechazo hacia migrantes y refugiados en las sociedades actuales tienen un componente económico más que racial o étnico. A pesar de ello, los datos indican que las personas con recursos son las primeras en buscar protección internacional, mientras que las personas con menor poder adquisitivo quedan expuestas a los problemas en sus países de origen, tal y como ocurrió recientemente con los sirios, afganos y somalís (European Union Institute for Security Studies, 2015). Sin embargo, pese a que la gran mayoría de refugiados provienen de clases medias-altas y con un elevado nivel de formación académico, su asentamiento en los países de acogida les conduce a una pérdida de su originario estatus socioeconómico. Además, durante los primeros años del desplazamiento forzoso existe un mayor riesgo de pertenencia a grupos deprimidos económicamente y bajo el umbral de la pobreza, especialmente si son mujeres (Britto Ruiz, 2010).

En suma, el desprecio y la violencia manifiesta hacia migrantes y refugiados tienen un componente de base ideológico y racial (Karamanidou, 2016) que se ve agudizado con un matiz aporofóbico al no generalizar este rechazo y esta subestimación a los desplazados que poseen recursos (Cortina, 2017). A su vez, la base de este sentimiento de antinmigración desplaza la ansiedad social hacia los refugiados sobre quienes recae la responsabilidad de la falta de oportunidades laborales y del deterioro de los estados de bienestar, especialmente en los países fronterizos mediterráneos (Fotaki, 2019). De este modo y mediante la criminalización, se traslada a los refugiados y a los migrantes los problemas de índole nacional convirtiéndolos en chivos expiatorios, enemigos internos del estado y culpables de las crisis que atraviesan las naciones, al tiempo que se refuerza la identidad intergrupala de quien rechaza, en un “nosotros contra ellos” (Campaña Estatal por el Cierre de los CIEs, 2014). En consecuencia, este planteamiento generalizado

y dual de “los ciudadanos del norte” y “los no ciudadanos del sur” enfrenta ambas categorías como sujetos políticos irreconciliables y dificulta la empatía que promueve las acciones solidarias desde el marco de la sociedad civil (Maccanico, et al, 2018). En la psicología social de Tajfel y Turner (1979) se describe una tendencia humana de favorecer a los grupos a los que se pertenece (*in-groups*) y al mismo tiempo, de destacar los aspectos negativos de aquellos de los que no se forma parte atribuyéndoles incluso rivalidad (*out-groups*). De este modo, no es de extrañar que las consideraciones históricas y geopolíticas del país de acogida, junto con la presencia de familiares, sean elementos que condicionan la elección de los países de destino. Además, se ha visto que la existencia de comunidades y de redes de apoyo en el país de acogida influye no solo en la elección del país sino en la forma de entrada en el mismo (European Union Institute for Security Studies, 2015), lo que apunta a una voluntad de pertenencia y de apoyo social dentro del contexto migratorio.

Por último y con objeto de minimizar las consecuencias que el rechazo tiene sobre las personas refugiadas se plantea una revisión del concepto “crisis de refugiados”. Así, esta acepción sugiere una connotación negativa de los migrantes y de los refugiados al atribuirles la responsabilidad de la crisis migratoria en lugar de conceptualizar la misma desde el inadecuado manejo que los países están teniendo en la gestión del fenómeno migratorio (Guarch- Rubio, Byrne and Manzanero, 2020).

Meso perspective. Características de los desplazamientos forzados actuales

Países de origen y motivos de los refugiados

Migrar requiere readaptarse a un nuevo entorno, supone pérdidas (nivel socioeconómico, cultura, lengua, familia...), nuevos riesgos y desafíos. A menudo las personas refugiadas son consecuencia directa o indirecta

de los conflictos armados o de los estados fallidos. A fines de 2019, más de dos tercios de los refugiados (68%) procedían solo de cinco países en crisis: República Árabe Siria, República Bolivariana de Venezuela, Afganistán, Sudán del Sur y Myanmar (UNHCR, 2020b).

Desde 2011 la inacabada guerra en Siria divide a su población. En 2019, 6,6 millones de sirios encabezaron el número de desplazados externos por quinto año consecutivo (ACNUR, 2020). Así, los sirios junto con los apátridas residentes en Siria (kurdos y palestinos), son la comunidad con mayor número de demandas de asilo en Europa desde 2013 (Eurostat, 2020). En segundo lugar, con el estallido de la crisis venezolana se contabilizaron 3.6 millones de desplazados en el extranjero siendo su vasta mayoría refugiados en Colombia y en países latinos (ACNUR, 2020b). A su vez, el incremento de personas que dejan Venezuela no cesa y lleva a una disparidad de cifras en el conteo. En esta dirección, la Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V, 2020) sitúa a fecha de abril de 2020, un total de 5.1 millones de venezolanos refugiados y migrantes, siendo 4.3 millones acogidos en América Latina y en el Caribe. Sin embargo, pese a que esta Plataforma Regional dirige y coordina la respuesta a los migrantes y refugiados venezolanos bajo el permiso del ACNUR y de la OIM, se cuestiona la consistencia de estos datos, al tiempo que se admite que la migración masiva venezolana está generando un nuevo patrón de movilidad latina, con un carácter predominantemente interno dentro del continente (Gandini, Rosas, & Lozano-Ascencio, 2020). Por otro lado, la cronificación de los conflictos armados y políticos no solo provoca un ingente éxodo de poblaciones sino la destrucción de infraestructuras, que son el caldo de cultivo para el surgimiento de estados frágiles, represivos y violentos. En esta línea, Afganistán es el tercer país con mayor número de refugiados, con 2,7 millones (ACNUR, 2020b). A pesar de que la guerra de Afganistán acabó en 2014, las guerrillas, el terrorismo y el narcotráfico generan una situación de inseguridad que se traduce en violencia y en desplazados dentro y fuera del país (CEAR, 2019). En 2019, se documentaron 10.392 casos de violencia sobre civiles, casi un tercio resultaron en fallecimientos y fue el mayor descenso en víctimas desde que acabó la guerra (Naciones Unidas, 2019). En cuarto lugar, Sudán del Sur supera los

2,2 millones de refugiados y acorde a los datos de su último informe regional del ACNUR, el 82% son mujeres y niños, más del 75% están refugiados en Uganda y Sudán y al mismo tiempo, alberga casi el 93% de los refugiados de Sudán (UNHCR, 2020c). Así, la inestabilidad política del país más joven del mundo, el reclutamiento masivo de niños soldado y la violación sistemática de los derechos de las mujeres, que son usadas como armas de guerra, explican el exilio de la población sudsudanesa (CEAR, 2019). Por último, Myanmar con 1,1 millones de desplazados es el quinto país con mayor población refugiada por país de origen (UNHCR, 2020b). En 2017, tras varias décadas de hostigamiento y discriminación se materializó la limpieza étnica contra la minoría rohingya y el éxodo provocó el hacinamiento de más de 900.000 rohingyas en el campo de refugiados de Cox's Bazar (Bangladesh), el más grande del planeta (Human Rights Watch, 2020).

En general, a la espera de que una nueva catástrofe desbanque a la anterior, los países “productores” de refugiados se estancan en el tiempo. Por ejemplo, a partir de 2012 los refugiados sirios superaron en número a los iraquíes (ACNUR, 2013) y las cifras de exiliados siguieron creciendo hasta la fecha. Al mismo tiempo, Afganistán pertenece a los 5 principales países de origen de refugiados desde al menos 2009 (UNHCR, 2020b), junto con Somalia que ha sido desplazada este año de los cinco primeros por la irrupción del éxodo venezolano. De este modo, la revisión de los datos confirma que cíclicamente a una mayor duración del desplazamiento forzado, mayor dificultad para encontrar una solución adecuada al conflicto que provoca la migración (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017).

Los desplazados internos

En referencia a la movilidad forzada interna, con frecuencia es previa al desplazamiento transnacional (Bilak & Shai, 2018). Así, los países a la cabeza en número de desplazados internos también lo suelen ser en refugiados (ACNUR, 2020). Contrariamente, Colombia es particular a este respecto, ya que registra en torno a 8 millones de desplazados internos según los datos gubernamentales acumulados desde 1985 en el

Registro de Víctimas, pero no destaca por un alto volumen de personas refugiadas (Gobierno de Colombia, 2020). En Colombia, pese a de los Acuerdos de Paz recientes, la población civil continúa desplazándose dentro del territorio buscando seguridad, principalmente en las áreas rurales desde hace más de 50 años. Diferentes perspectivas explican el desplazamiento interno colombiano, por un lado, se considera consecuencia directa del conflicto donde la población huye del fuego cruzado y por otro, como una estrategia de control del territorio donde los grupos armados fuerzan el desplazamiento de su población (Gómez Builes, Astaiza Arias, & Souza Minayo, 2008). No obstante, pese a la sobrada evidencia del conflicto colombiano se encuentra disparidad de cifras al respecto, lo que podría apuntar a intereses políticos más que humanitarios, en la misma dirección que ocurre con Venezuela. Así, mientras el ACNUR (2020b) reconoce como válida la cifra oficial del Registro de Víctimas Colombiano, el último informe del Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC, 2020) sitúa a Colombia como el segundo país con más personas desplazadas internamente con 5.6 millones, tras Siria con 6.5 millones. Sin embargo, aunque Colombia y Siria destaquen por el número de desplazados forzosos dentro de su territorio, el desplazamiento interno a causa de persecuciones, conflictos armados y violación de derechos humanos es una característica africana. De los 10 principales países con desplazados internos por estas causas, 6 son subsaharianos y representan el 38.94 % del total (IDMC, 2020). Además, como parte de las consecuencias asociadas al desplazamiento interno africano, la generalizada falta de asistencia junto con las necesidades especiales no cubiertas aumenta el riesgo de mortalidad en las frecuentes crisis humanitarias y, en el padecimiento de enfermedades que con frecuencia sacuden África (Crisp, 2010). Un ejemplo al respecto es Somalia cuya crisis se ha cristalizado como una de las más longevas y extremas, por la concatenación de impactos medioambientales, crisis humanitarias (hambrunas...) y por la violencia interna que azota el país desde hace 30 años (OIM, 2020). En consecuencia, ante el incesante aumento de personas desplazadas internamente y con objeto de frenar el carácter prolongado de estos asentamientos, trabajos como los de Bilak y Shai, (2018) reclaman una aplicación institucional actualizada de la guía de principios de protección para los desplazados internos del ACNUR, 20 años después de su original publicación.

El riesgo de la cronificación en situaciones de desplazamiento forzado

A término de 2019, el 77% de los refugiados se encontraban en una situación de refugio prolongado, lo que se define como aquella en la que 25.000 refugiados o más de la misma nacionalidad se encuentran en el exilio por al menos cinco años (ACNUR 2020). Este riesgo de cronificación de los conflictos lleva a que poblaciones y sociedades enteras se paralicen en el tiempo, dando lugar a generaciones nacidas en el exilio. En consecuencia, el Siglo XXI afronta el reto de atender no solo a los desplazados a largo plazo sino a quiénes se sumarán por nuevos conflictos y por el cambio climático. En 2019 se contabilizaron 5.1 millones de desplazados internos por desastres naturales, principalmente en Asia y en África subsahariana sumando un total de casi 25 millones (IDMC, 2020).

El estudio de casos de desplazamiento forzado a largo plazo (Iraq, Somalia, Afganistán y República Democrática del Congo) sostiene que la cronificación está más relacionada con las olas secuenciales de desplazamientos que con aspectos endémicos (Long, 2011). Sin embargo, para muchos africanos el desplazamiento se ha convertido en una experiencia prolongada que dura años e incluso décadas (Crisp, 2010) ya que África se acepta como el continente con mayor volumen de personas desplazadas forzosamente (ACNUR, 2019). Entre otros factores, la implementación de programas orientados a la asistencia en lugar de a la autosuficiencia (Crisp, 2010) y el olvido político internacional en ciertas regiones africanas (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017) sostienen el refugio a largo plazo. Además, a medida que una población exiliada se estanca en el tiempo, mayores dificultades de reagrupación experimenta. En concreto, las migraciones apátridas son muy sensibles al desplazamiento a largo plazo, la *Nakba* palestina, el exilio saharauí y la diáspora kurda son algunos ejemplos. Otro obstáculo que evita la anticipación del desplazamiento interno prolongado y entorpece la ayuda internacional es la dificultad de identificar a los afectados, especialmente a aquellos en situación de vulnerabilidad: mujeres, menores, discapacitados y ancianos. A menudo, se observan irregularidades en la colaboración de los gobiernos para precisar los datos

sobre las personas desplazadas internas, lo que denota limitaciones en cuanto a la garantía de una protección institucional con esta población (Baal, Kivelä, & Weihmayer, 2018).

En consecuencia, tal y como advierte año tras año el ACNUR (2020) la puesta en marcha de estructuras organizativas para evitar el bloqueo de poblaciones a largo plazo requiere de una intervención internacional. De lo contrario, se responde a la lógica geopolítica de alimentar la espera de los desplazados en un limbo legal donde se suspenden sus derechos de asilo (Hyndman, & Giles, 2011). Además, la aparente paz social de algunas crisis humanitarias en las que no hay guerras ni terrorismo conduce a una falta de atención mediática y con ello, a un descuido de su población civil. De este modo, el hecho de que el desplazamiento se prolongue en el tiempo supone un riesgo para que los conflictos y en paralelo, sus supervivientes, se invisibilicen y con ello, se olviden.

Las mujeres, un caso particular de desplazadas de “segunda categoría”

Las desigualdades de género atraviesan transversalmente el proceso migratorio tanto en el desplazamiento como en la estancia en campos de refugiados (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017). Mientras las mujeres tienden a la huida comunitaria y al reasentamiento cumpliendo las funciones de cuidado social y familiar, los hombres desempeñan actividades bélicas y desde una movilidad individual más que colectiva. En consonancia, determinados puntos del cruce de fronteras en la travesía hacia Europa se caracterizan por una presencia mayoritariamente masculina y en edad joven. En este sentido, no es de extrañar que el desplazamiento interno sea sustancialmente femenino, ya que más de la mitad son mujeres y más mujeres que hombres viven en situación de desplazamiento prolongado (IDMC, 2020). Concretamente en África, las mujeres, los niños y los ancianos permanecen sistemáticamente en situaciones de refugio a largo plazo (Crisp, 2010). Asociado a lo anterior, las crisis humanitarias presentan un rol femenino en la reconstrucción de las sociedades postconflicto (Sami, Williams, Krause, Onyango, Burton, & Tomczyk, 2014). Sin embargo, a pesar de ser las primeras en reaccionar continúan siendo un colectivo sujeto a la desprotección y

a la discriminación. Un ejemplo ilustrativo se da en los programas de reasentamiento dirigidos donde se observa desigualdad de género en tanto y en cuanto que las mujeres tienen menor acceso a la información, a la tierra productiva y a las medidas compensatorias que los hombres (Cornish & Ramsay, 2018).

Simultáneamente, ser mujer merma las oportunidades de participación en redes comunitarias y junto con las limitaciones de acceso a recursos, que proporcionan seguridad y atención, se reducen las garantías de éxito en comparación con los hombres (Ehiri, Gunn, Center, Rouhani, & Ezeanolue, 2014).

Además, las mujeres y las niñas están expuestas a mayores situaciones de violencia fundamentadas en la desigualdad de poder y en los privilegios que otorga la superioridad de género, p.ej., violencia intrafamiliar, prostitución, matrimonio forzado y otros casos de abuso (Hynes, 2004). En esta línea, algunos estudios apuntan a un incremento de la violencia de género en los contextos de refugio asociado a los altos niveles de estrés y de trauma (IDMC, 2020b). Al mismo tiempo, factores como que los hombres migren en solitario, desaparezcan o mueran por situaciones de conflicto u otras asociadas a la migración forzada, hace que muchas mujeres se conviertan en el único soporte familiar, constituyéndose como familias *monomarentales*. En este caso, si ellas son las cabezas de familia, se ha visto una mayor exposición a sufrir violencia, inseguridad, pobreza y discriminación en el acceso a recursos (sanitarios, educativos, de vivienda, trabajo...)(IDMC, 2020b). En suma, un contexto de migración forzada convierte a las mujeres en “desplazadas de segunda categoría” ya que, como se ha visto, se exponen a mayores riesgos y a menores derechos que los hombres. Por contra, ante esta tradicional conceptualización de las mujeres como sujetos pasivos, triunfos de guerra, vulnerables a la agresión y a la esclavitud, y, en definitiva, víctimas protagonistas del abuso y de la violencia sexual en un contexto de conflicto y refugio (Ashford & Huet-Vaughn, 2000; Hynes, 2004; Niaz, 2014), se reclama un enfoque feminista que empodere y visibilice la participación femenina en ambientes de guerra y de postguerra (Begikhani, Hamelink, & Weiss, 2018). Así, bajo este prisma de empoderamiento y de autonomía femenina se promueve el cambio resiliente de víctimas a supervivientes. En esta dirección, experiencias previas sobre el trabajo colaborativo entre mujeres

desplazadas en Colombia han mostrado cómo un rol activo facilita la superación de eventos violentos a través de prácticas solidarias y mediante la creación de redes de apoyo (Britto Ruiz, 2010).

CAPÍTULO 2. Salud física y mental en las personas desplazadas

Limitaciones y desafíos en la atención sanitaria a personas desplazadas.

El estudio de la salud en contextos de migración forzada requiere estrategias que posibiliten una cobertura sanitaria en tanto en cuanto el desplazamiento pone en riesgo de forma acumulativa la salud de los refugiados (Zimmerman, Kiss, & Hossain, 2011). En una misma dirección, la OMS (2018) advierte sobre cómo las limitadas políticas de integración propician la discriminación de migrantes y refugiados, lo que tiene un efecto negativo sobre su salud.

El transcurso del año 2020 ha estado condicionado por la pandemia de la COVID-19 y con ello se ha exacerbado la vulnerabilidad que migrantes y refugiados presentan para contraer la enfermedad, recibir tratamiento y sufrir la estigmatización y el rechazo (Naciones Unidas, 2020). Desde que la Organización Mundial de la Salud declarase el brote de coronavirus (COVID-19) como pandemia global (WHO, 2020) se han puesto a prueba los sistemas de salud mundiales y se ha reflejado la desigual reacción entre países, principalmente condicionada por los aspectos económicos. Con frecuencia la calidad de la atención sanitaria en los campos de refugiados y en los centros de detención pasa desapercibida. Sin embargo, esta pandemia ha mostrado que determinadas condiciones de vida y una debilitada red de recursos sanitarios aumentan la susceptibilidad al contagio del coronavirus (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020; Nott, 2020). La enfermedad de la COVID-19 presenta una sintomatología moderada, aunque es muy contagiosa y la existencia de patologías previas, una avanzada edad o la falta de recursos sanitarios pueden derivar en complicaciones y en la muerte del paciente. Hasta la fecha, se ha probado su transmisión mediante el contacto cercano entre personas, o en menor medida, tocando superficies que contengan el virus y posteriormente tocándose algunas zonas de la cara y, se estudia su transmisión por partículas suspendidas

en el aire y a través del agua (La Rosa, Bonadonna, Lucentini, Kenmoe, & Suffredini, 2020). En consecuencia, la distancia social, el lavado de manos y el confinamiento han sido las estrategias más eficaces para frenar la propagación de la enfermedad viéndose limitado su cumplimiento en entornos de hacinamiento y precariedad, como en los campos de refugiados y en los centros de detención, donde p.ej., el acceso a agua y a productos higiénicos es muy limitado (Nott, 2020). En esta dirección, Júnior et al., (2020) resumen las dificultades de afrontamiento de la pandemia en estos entornos como “la crisis dentro de la crisis” y apuntan a una mayor incidencia de problemas psicológicos derivados de la misma. En suma, se alerta del riesgo que la COVID-19 supone para la salud de las personas desplazadas, principalmente por los factores ambientales que envuelven el proceso migratorio y que dificultan el cumplimiento de las medidas preventivas para evitar los contagios (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020). A su vez, la pandemia del coronavirus trae consigo efectos indirectos cuya negativa incidencia es extrema para los desplazados forzosos. Acorde a lo anterior, Amnistía Internacional (2020) denuncia una restricción más férrea en los cierres de fronteras y en el acceso a los procesos de asilo y de reasentamiento, así como problemas de falta de alimentación, hacinamiento y limitaciones en el acceso a los recursos sanitarios, todo ello, con un mayor impacto en los grupos más vulnerables. Así, la crisis de la COVID-19 requiere de una respuesta globalizada y unitaria que respete los acuerdos de la Convención de Ginebra y proteja los derechos de las personas más necesitadas (Nott, 2020).

A lo largo del ciclo migratorio, existen diferentes limitaciones que obstaculizan el acceso a los servicios sanitarios para migrantes y refugiados, desde que salen de su país de origen hasta que llegan al país de destino (Zimmerman, Kiss, & Hossain, 2011). En algunas zonas de tránsito europeas se ve limitada la cobertura sanitaria bien por cuestiones de discriminación, por la sobrecarga que experimentan algunos países o porque son aspectos raramente incluidos en la agenda política, especialmente la atención en salud mental (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017). En esta dirección y mostrándose como una práctica generalizada, se ha denunciado la falta de atención sanitaria y legal que viven los migrantes latinos en las

zonas de paso entre México y los Estados Unidos (Infante et al., 2012). En consecuencia, entidades no gubernamentales asumen con frecuencia los cuidados sanitarios de migrantes y refugiados en las zonas de travesía (Arsenijević, et al., 2017). Además, se ha visto que su salud se ve condicionada por la violencia y por el factor acumulativo de las experiencias traumáticas (Chan, Young, & Sharif, 2016). Entre otras razones, porque las consecuencias del trauma no se limitan solo a aspectos psicológicos y tienen un impacto sobre el sistema inmunitario y neuroendocrino aumentando el riesgo de enfermedades de salud física (Ramo-Fernández, Schneider, Wilker, & Kolassa, 2015). Al mismo tiempo, la incertidumbre respecto a su proceso de asilo les expone a procesos de deportación y a situaciones inhumanas con un aumento de los riesgos de contagio de enfermedades, lo que contribuye a una atención médica limitada. A su vez, la OMS (2018) advierte que una falta de conciencia sobre los propios derechos y un estatus socioeconómico bajo predice una menor predisposición al reclamo de atención sanitaria en los centros de detención. En Europa y en EE. UU., se ha identificado la cultura (religión), el miedo a la discriminación y a las autoridades migratorias, el estigma, el idioma y los problemas logísticos (desinformación e incertidumbre) como algunas de las dimensiones que impiden el acceso a los sistemas de salud en refugiados reasentados (Szajna, & Ward, 2015; WHO, 2018). Además, a lo largo del proceso de asentamiento no tener acceso a un sistema sanitario predice otros problemas postmigratorios y sociales (Aragona, Pucci, Mazzetti, & Geraci, 2012). Entre otras alternativas, en África para garantizar el acceso, promover la convivencia y evitar una competencia de recursos relativos a la atención médica se implementan modelos sanitarios integrados dirigidos a la población local y refugiada que, a su vez, son respaldados conjuntamente por políticas gubernamentales y por el ACNUR (Orach & De Brouwere, 2006). En suma, la influencia de factores como la violencia experimentada, la posibilidad de recibir atención médica en las zonas de tránsito o en el lugar de destino tienen consecuencias directas en la salud de los desplazados. Por consiguiente, algunas de las repercusiones negativas de la migración llevan a considerar al desplazamiento como un condicionante social que determina la salud de los refugiados y de los migrantes (WHO, 2018). De este modo, las sociedades de acogida afrontan el reto de garantizar la cobertura sanitaria de las personas desplazadas (Bogic et al., 2012;

Beristain, & Dona, 1999; Morina et al., 2017) al tiempo que la puesta en marcha de sistemas de salud que proteja a la población local y a la refugiada es un indicador de desarrollo comunitario. Al mismo tiempo y para lograr este objetivo, es esencial la implementación de programas que potencien la dignidad, la autonomía y la superación de los desplazados como sujetos activos. En esta línea, Beristain y Dona (1999) defienden un enfoque psicosocial de la ayuda humanitaria en el que se trabaje para el pueblo con el pueblo y desde un reconocimiento íntegro de sus necesidades. Así, una de las estrategias para mejorar la salud de los refugiados nace de incentivar su participación social en los entornos de acogida (Niemi et al., 2019). En esta línea, la revisión sistemática de Ehiri et al., (2014) sobre trabajos que muestran el efecto de la capacitación y el entrenamiento sobre salud reproductiva y maternal en mujeres refugiadas y desplazadas internas, concluyó con resultados positivos sobre el impacto global y específico en las mujeres, los niños y las familias usuarias del servicio. A este respecto, se reclama una reformulación en la atención perinatal y obstétrica, que, con frecuencia, expone a las mujeres desplazadas a mayores riesgos físicos y de salud mental relacionados con el embarazo, el parto y la lactancia (Heslehurst, Brown, Pemu, Coleman, & Rankin, 2018). Por ejemplo, en los campos de refugiados de Jordania, el Líbano y Egipto las mujeres sirias han denunciado el alto coste económico y la dificultad de acceso a los servicios obstétricos, hecho que incrementa la mortalidad infantil y materna (Sami et al., 2014). A su vez, en el campo de refugiados de Idomeni (Grecia) la práctica sistemática de cesáreas aumentó la estimulación violenta sobre las mujeres y el riesgo a infecciones y se detectó malnutrición infantil por la falta de leche materna y artificial (Palmquist & Gribble, 2018). Así, estas evidencias dan cuenta de la doble vulnerabilidad que experimenta la salud de las mujeres desplazadas en entornos de refugio e instan a la puesta en marcha de estrategias que garanticen la cobertura de estas necesidades, con una incidencia nada soslayable en el campo de la salud mental (El Arnaout et al., 2019).

Salud Mental

Descuido de la salud mental en contextos de refugio

La salud mental se caracteriza por un estado psicológico de bienestar emocional que implica un adecuado estilo comportamental y una ajustada capacidad para construir las relaciones sociales y gestionar los estresores cotidianos con relativa distancia de la sintomatología ansiosa o incapacitante. En contextos de refugio es una de las disciplinas que menor atención y recursos recibe, a pesar del reconocido impacto que el desplazamiento forzado tiene sobre la salud mental de los desplazados (Lund et al., 2018). Sin embargo, el enquistamiento de las actuales crisis humanitarias, las generaciones nacidas en los campos de refugiados y el incesante estímulo migratorio del Sur hacia el Norte están facilitando la proliferación de investigaciones sobre salud mental en refugiados. A su vez, con carácter pragmático, se plantea usar los resultados sobre prevalencias como screening y promover la atención psicológica en los países de acogida y evitar una cronificación de las patologías (Bogic et al., 2015).

Barreras en el acceso a atención psicológica

El estudio de la salud mental en población desplazada ha encontrado múltiples barreras para que migrantes y refugiados accedan a la atención psicológica, algunas son de carácter logístico como en los casos de atención médica, y otras son más específicas del tratamiento psicológico (Bettmann, Penney, Clarkson & Lecy, 2015; Buckley, 2013; Drummond, Mizan, Brocx, & Wright, 2011; Guarch-Rubio & Manzanero, 2017; Kira, Ramaswamy, Lewandowski, Mohanesh, & Abdul-Khalek, 2015; Niaz, 2014).

Tradicionalmente, se han priorizado los recursos dirigidos al tratamiento de las dolencias físicas en lugar de a las psicológicas. Esta relegación de la salud mental se cristaliza en el hecho de que hasta la primera Guerra Mundial no se reconoció el componente psicológico del trauma (Hunt, 2010) y hasta

entrados los años 80 no se conceptualizó el Trastorno de Estrés Post-traumático como una categoría diagnóstica (Basoglu et al., 2001). Estos hechos contextualizan la aún hoy postergada atención psíquica en entornos de refugio. Un ejemplo ilustrativo fue la inauguración en 2010 de los sistemas de atención psicológica en los campos de refugiados saharauis de Tinduf (Argelia) después de 35 años de asentamiento (Guarch-Rubio y Manzanero, 2017). Otro obstáculo que dificulta la implantación de los sistemas de salud mental en los contextos de desplazamiento forzado son las limitaciones económicas. Dado que la forma en que se expresa el estrés psicológico varía entre culturas (Craig, Mac Jajua, & Warfa, 2009; Giacco & Priebe, 2018), se hace preciso la inversión en recursos que garanticen una adecuada interpretación de las narrativas expresadas por los refugiados en base a su idiosincrasia y simbolismo cultural (Brunnet et al., 2020; Tobin, Di Napoli, & Beck, 2018), aunque no es algo frecuente. Acorde al procedimiento de recogida de datos en el estudio de Arsenijević et al., (2017) se recomienda la colaboración entre psicólogos y mediadores culturales para fomentar el diálogo y la comunicación transcultural. Además, en un entorno clínico el origen del terapeuta y del asilado suelen ser diferentes por lo que se hace esencial considerar la influencia cultural en la expresión de la salud mental y así, esquivar limitaciones (Buckley, 2013). Añadido a lo anterior, se han identificado otras barreras de adhesión al tratamiento tales como el estigma de los problemas psicológicos, el uso de la medicina tradicional, las presiones familiares o la falta de recursos económicos en los entornos de acogida (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017). Igualmente, se ha visto cómo la falta de esta consideración acarrea consecuencias en los juicios de asilo si no se cuida el impacto que la cultura tiene sobre la recuperación de los recuerdos autobiográficos (Herlihy, Jobson & Turner, 2012). Por último, otro elemento influyente encontrado a raíz del trabajo con refugiados yazidíes en Turquía (Tekin et al., 2016) fue que los recursos de atención psicológica eran más utilizados por aquellos desplazados con depresión si, anteriormente habían tenido tratamiento en sus países de origen, lo que sugiere que una previa historia clínica predispone al tratamiento en el país de destino.

Con todo y pese a las limitaciones, persiste la obligación ética de atender la salud mental de quienes han huido tras la experimentación de eventos traumáticos y, en consecuencia, requieren de protección internacional con un mayor riesgo a sufrir desórdenes psicológicos (Steel, Silove, Phan, & Bauman, 2002; Schick et al., 2018). Algunos estudios sugieren que este requerimiento se hace especialmente necesario para los casos de los menores refugiados no acompañados, ya que el apoyo psicológico merma las consecuencias de la soledad y de la violencia amortiguando el inicio de los problemas conductuales y emocionales (Von Werthern, Grigorakis, & Vizard, 2019). Apoyando esta idea, se pronostica una mejor recuperación psicológica del trauma cuando los menores son tratados en una fase inicial, lo que promueve su integración en la sociedad de acogida (Jakobsen, Demott, & Heir, 2014). Así, entre otros beneficios, promover la salud individual mejora el bienestar comunitario. Aun así, persiste la tarea de explorar las necesidades de salud mental y las líneas de intervención más ventajosas para con los refugiados (Giacco & Priebe, 2018). Al mismo tiempo, urge la inclusión de programas de atención psicológica que consideren las barreras culturales y prevengan las secuelas psíquicas a largo plazo (Niaz, 2014, Saleem, & Martin, 2018).

Prevalencias que indican un daño en la salud mental de las personas refugiadas y desplazadas

Incidencia de trauma y de desórdenes relacionados con experiencias traumáticas

Sobrevivir en un contexto de migración forzada expone a numerosos tipos de victimización y pone en riesgo la salud mental y física de las personas desplazadas. A su vez, la incertidumbre y la inestabilidad con la que se afronta el futuro en los entornos de refugio incrementa la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos (Buckley, 2013). La revisión bibliográfica de los estudios sobre salud mental y refugiados destaca una alta vulnerabilidad al padecimiento de trauma, en concreto de Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT), y de otros desórdenes asociados como la ansiedad o la depresión (Basoglu, Jaranson,

Mollica, & Kastrup, 2001; Gootzeit & Markon, 2011; Schick et al., 2018; Bogic et al., 2012; De Jong, Komproe & Van Ommeren, 2003; Priebe et al., 2013; Steel et al., 2009; Schick et al, 2018). Diferentes trabajos sugieren que ser refugiado implica una mayor exposición al desarrollo de problemas psicológicos en comparación con población no afectada por la guerra o desplazada internamente (Priebe et al., 2013; Hollander, Bruce, Burström, & Ekblad, 2011; Schmidt, Kravic, & Ehlert, 2008). En esta línea, el desarrollo de TEPT se ha visto 10 veces más probable en refugiados asentados en sociedades occidentales que en la población general de la misma edad de los países de acogida (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005). Igualmente, ante idénticas características culturales existe una mayor prevalencia de TEPT en la población refugiada que en la población inmigrante, lo que apunta a que una mayor vulnerabilidad traumática predice el TEPT (Arnetz et al., 2003). Además, la revisión de estudios empíricos muestra que la transmisión transgeneracional del trauma está basada en alteraciones epigenéticas mediante la metilación de ADN, lo que confirma la transmisión hereditaria del trauma como un factor de propensión (Ramo-Fernández et al., 2015; Vinkers et al., 2015). En suma, ser refugiado y descendiente de supervivientes de trauma aumenta el riesgo de padecer problemas psicológicos.

El diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013) de TEPT requiere la experimentación de un hecho traumático y se caracteriza por la tendencia en las personas que lo sufren a la re-experimentación (recuerdos intrusivos del acontecimiento y sueños sobre el mismo o sensación de estar ocurriendo de nuevo), la evitación (esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos, recuerdos, lugares o personas relacionados con el suceso), cambios negativos en el estado de ánimo y en la forma de pensar (no tener esperanza en el futuro, sentimiento de culpa, dificultad para sentir emociones positivas o sentirse distante de familiares y amistades) y conductas de hiperactividad (dificultad para dormir, irritabilidad o explosiones de rabia). Estos criterios diagnósticos vinculan la vivencia traumática con su recuerdo y convierten al segundo en algo más que un epifenómeno del primero, lo que plantea controversias en cuanto a la formulación diagnóstica (Rosen, 2004). Pese a ello, existe amplia evidencia de que la sobreexposición a

situaciones de riesgo aumenta el sufrimiento y los trastornos psicológicos relacionados con un origen traumático (Berthold et al., 2018; Gómez, Valdés, & Manzanero, 2016; Ibrahim & Hassan, 2017; Mollica et al., 1992) y que ser refugiado suma probabilidades para el desarrollo de problemas psicológicos en un amplio espectro (Priebe et al., 2013; Schmidt, Kravic, & Ehlert, 2008).

Paralelamente, el estudio de la salud mental en personas refugiadas muestra heterogeneidad en las prevalencias sobre los daños psicológicos de los desplazados. El metanálisis de Steel et al., (2009), que consideró 181 estudios sobre la evaluación de 81.866 víctimas de conflictos armados y desplazamientos forzados, encontró una prevalencia del 30.6% para TEPT y del 30.8 % para depresión. En esta dirección, los resultados del metanálisis de Bogic et al., (2015) estimaron una prevalencia de daños psicológicos superior al 20%, detectando depresión en un rango de (2.3-80%), TEPT (4.4-86%) y trastornos de ansiedad inespecífica (20.3-80%). De forma más concreta, la revisión sistemática sobre población iraquí refugiada en países occidentales encontró un rango de prevalencia para el TEPT de entre el 8% y el 37.2% y de depresión de entre el 28.3% y el 75% (Slewa-Younan et al., 2015). Por fortuna, el análisis de los datos sugiere una recuperación espontánea para la mayoría de los casos, aunque la falta de un diagnóstico no exime la presencia de otras dolencias psíquicas. En esta línea, Bradley y Tawfiq (2006) evaluaron a 97 solicitantes de asilo kurdos, víctimas de tortura, y encontraron una alta ocurrencia de sintomatología psicológica no presente en el DSM.

Factor acumulativo de las experiencias traumáticas a lo largo del ciclo migratorio

La disparidad de prevalencias puede explicarse, entre otros elementos, por los aspectos metodológicos y por el factor acumulativo de las experiencias traumáticas (Steel et al., 2009). Como se ha visto, diferentes estudios (Ayazi, Lien, Eide, Swartz, & Hauff, 2014; Bentley, Thoburn, Stewart, & Boynton, 2011; De Fouchier et al., 2012; Gómez-Varas, Valdés, & Manzanero, 2015; Mollica et al., 1992,

2014; Stanciu & Rogers, 2011; Vinson & Chang, 2012) han mostrado los efectos de la guerra sobre la población civil, entre los que se pueden observar trastornos psicológicos y conductuales relacionados con un origen traumático. Sin embargo, el análisis de prevalencias muestra que no todos los supervivientes desarrollan problemas psicológicos. A pesar de ello, se estima que en las guerras contemporáneas entre el 80-90% de las víctimas son civiles (Roberts, 2010). Asociados a un contexto de guerra, el asedio, la falta de comida, la inseguridad y la violación sistemática de los Derechos Humanos victimizan y desencadenan los desplazamientos.

Frente a la conceptualización de la salud mental en refugiados como única consecuencia de las experiencias estresoras vividas en los países de origen, cada vez con mayor frecuencia surgen estudios (Rodolico et al., 2020; Zimmerman, Kiss, & Hossain, 2011) que determinan el estado psicológico de los desplazados como el resultado acumulativo de las experiencias vivenciales a lo largo de todo el ciclo migratorio. En definitiva, una adecuada aproximación clínica y teórica a la salud mental de los refugiados requiere la consideración de los elementos que componen el todo, como si este constituyese una suma de sus partes. Así, la fase de pre-partida constituye el periodo anterior a la salida del lugar origen, con frecuencia es dónde y cuándo se producen los primeros actos violentos y de guerra (Gómez-Varas et al., 2016; Manzanero, López, Aróztegui, & El-Astal, 2015). Seguidamente, se da la fase de viaje y abarca el tiempo desde que los desplazados dejan su lugar de procedencia hasta que llegan al de acogida. Esta fase puede comprender desde días hasta años, dado que los refugiados pueden pasar por diferentes zonas de tránsito o centros de detención hasta que llegan a su destino. A su vez, durante la fase de viaje existe peligro constante y contacto directo con la muerte. Prueba de ello son los testimonios de migrantes irregulares en el paso fronterizo entre Marruecos y Melilla que destacan la exposición a la muerte, la muerte de compañeros, así como la frecuente existencia de cuerpos perdidos, abandonados y sin identificar en su tránsito hacia Europa (Kobelinsky, 2020). En la misma dirección, diferentes relatos de menores no acompañados señalan que la peor experiencia de todo el ciclo migratorio se produjo durante la fase de viaje, cuando fueron encarcelados

en tránsito por ser migrantes en países como el Líbano, Grecia e Italia (Jakobsen, Demott, & Heir, 2014). La fase de destino comienza cuando los refugiados y migrantes se asientan de forma temporal o permanente en el lugar que pretenden establecerse. En los países desarrollados, en la fase de destino surgen los estudios acerca de la incidencia de los factores post-migratorios sobre la salud mental (Bogic *et al.*, 2012, 2015; Craig *et al.*, 2009; Schick *et al.*, 2016) y, de producirse, es cuándo se ofrece la atención psicológica a los refugiados (Schick *et al.*, 2018). Recientemente, se está evaluando la detección de necesidades de salud mental en solicitantes de asilo recién llegados a Europa y se observa una prevalencia de TEPT sobre otros daños psicológicos, en torno a un 44% de TEPT entre los recién llegados (Rodolico *et al.*, 2019). Con respecto a la fase de intercepción, se entiende desde la institucionalización de las migraciones y así, la estancia en campos de refugiados y en centros de detención constituyen dos herramientas de control de la migración (Zimmerman, Kiss, & Hossain, 2011). Bajo estas circunstancias es frecuente el hacinamiento, la falta de recursos, las condiciones antihigiénicas y la exposición a situaciones de violencia, lo que tiene un efecto acumulativo en la salud mental de los refugiados. En esta línea, se ha visto una clara asociación entre el tiempo que están los refugiados bajo estas condiciones y la severidad de los trastornos psicológicos que presentan, especialmente para aquellos que previamente han estado expuestos a situaciones traumáticas (Keller *et al.*, 2003; Steel *et al.*, 2006). La revisión sistemática de Robjant, Hassan y Katona, (2009) analizó la salud mental de los solicitantes de asilo en centros de detención para migrantes y encontró ansiedad, depresión, TEPT, autolesiones e ideaciones suicidas confirmando una asociación positiva entre el tiempo que permanecían en estos espacios y la compleja intensidad de los trastornos. Por último, la fase de deportación es de ocurrencia ocasional y a pesar de ser relevante en el proceso migratorio, en el desarrollo de esta tesis no se considera su estudio porque escapa de los objetivos planteados. Además, el fracaso del proyecto migratorio hace invisibles a los deportados a medida que vuelven a sus países de origen, siendo frecuentemente estigmatizados e incluso perseguidos y criminalizados, lo que dificulta que cuenten sus experiencias. A menudo, la población deportada no aparece en censos ni en estadísticas y mucho menos se muestra localizable, lo que dificulta su evaluación psicológica.

En suma, dadas las particularidades de cada fase, se hace necesario considerar de forma holística el impacto psicológico que cada una tiene sobre la anterior. Así, la carga acumulativa de las experiencias traumáticas hace referencia a que una mayor exposición a eventos traumáticos aumenta el riesgo de TEPT y disminuye las probabilidades de remisión espontánea (Ramo-Fernández et al., 2015; Wilker, et al., 2015). En consecuencia, el factor acumulativo traumático se ha visto como un alto indicador de la varianza de TEPT y con mayor precisión de otros trastornos como la depresión (Steel et al., 2009).

Factores de influencia en las prevalencias de daño psíquico

El paso del tiempo

Como se ha visto, en general las prevalencias de los desórdenes clínicos y, en particular del TEPT, no son altas, pero sí variables y su mantenimiento a lo largo del tiempo favorecen la cronificación. Entre otros factores, la falta de asistencia psicológica en entornos de refugio junto con la resistencia a recibir apoyo psicológico por aspectos culturales o familiares extiende la cronicidad y la severidad de muchos desórdenes psicológicos (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017). Sousa (2013) y Rodin y Van Ommeren (2009) explican la variabilidad atendiendo a elementos contextuales, a la presencia de desórdenes clínicos anteriores al conflicto, a factores que predisponen o imposibilitan una mejoría, así como a la influencia de aspectos metodológicos. Por esta parte, se insiste en la falta de instrumentos de evaluación transculturales que consideren los aspectos idiomáticos e idiosincrásicos sobre los que las víctimas refieren el trauma y otras sintomatologías como causa de la disparidad de prevalencias en el TEPT (Brunnet, Dos Santos Lobo, Silveira, Kristensen & Derivois, 2020; Mollica, McDonald, Massagli, & Silove, 2004). Sin embargo, pese a la heterogeneidad de datos, existe acuerdo en considerar que el TEPT se hace crónico aproximadamente entre el 15 -20 % de las víctimas de guerras y de otros conflictos (Eytan et al., 2011; Stammel et al., 2013).

Las evaluaciones de trauma demoradas reflejan que las consecuencias psíquicas de la guerra y de la violencia política pueden perdurar incluso años después de los eventos traumáticos (Eytan et al., 2011; Klarić et al., 2007; Priebe et al., 2013). Por ejemplo, 40 años después de la dictadura militar chilena y a consecuencia de las torturas, se encontró ansiedad en el 54.5% de las víctimas evaluadas, síntomas depresivos en el 45.5%, TEPT en el 16.7 % y el 66.6% presentaban pensamientos y recuerdos recurrentes sobre los eventos (Gómez-Varas et al., 2016). En la revisión sistemática de Bogic et al., (2015), se observó que pasados 5 años de la exposición traumática y sumado a una precaria situación socioeconómica en el país de acogida se aumentaban las posibilidades de padecer ansiedad, depresión y TEPT. Igualmente, Steel et al. (2002) encontraron que 10 años después de la exposición a 3 o más eventos traumáticos se incrementaba el riesgo de sufrir desórdenes mentales. Sin embargo, la infrecuente capacidad predictiva del TEPT se materializa tanto en el amplio ratio de prevalencias como en la revisión de los estudios longitudinales, donde no existe una evolución uniforme de la sintomatología postraumática. Así, en los Balcanes con población refugiada albanokosovar, se observó una remisión sintomatológica de trauma comparando los indicadores positivos de 2007 con un 14.5 % frente a un 23 % encontrado en 2001 (Eytan et al., 2011). Por contra, en el Sudeste Asiático, cuatro años después del conflicto de Timor Leste, 1022 refugiados fueron evaluados en los años 2004 y 2010 mostrándose unas prevalencias de TEPT del 2.3 % y del 16.7% respectivamente (Silove et al., 2014).

En conclusión, este análisis de resultados abre campo a la exploración de los factores que influyen en la salud mental bajo contextos de migración forzada, más allá de la experimentación traumática. Como se ha visto con el caso del TEPT, ya que es el diagnóstico por excelencia en los desplazados forzosos, la convergencia de factores medioambientales y genéticos dificulta la certeza en el pronóstico.

Víctimas vulnerables: Edad y género

Continuando con los factores que inciden en la salud mental, el análisis clásico de prevalencias recae en la edad y en el género. Considerando la edad, durante los primeros años de vida la exposición al trauma incrementa el riesgo en casi todos los problemas psicológicos, aunque existan diferencias individuales (Vinkers et al., 2015). En zonas de conflicto armado la exposición a eventos traumáticos es muy frecuente y consecuentemente, la presencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes (Attanayake et al., 2009; Bronstein & Montgomery, 2011; Dimitry, 2012; Given-Wilson, Hodes, & Herlihy, 2018; Manzanero et al., 2017; Shehadeh, Loots, Vanderfaillie, & Derluyn, 2015; Thabet, Elheloub, & Vostanis, 2015). Al igual que ocurre con los adultos, los menores presentan patologías relacionadas con el trauma (TEPT), la ansiedad y la depresión (Bronstein & Montgomery, 2011; Dimitri, 2012; Slone & Mann, 2016). El análisis de estas revisiones sistemáticas estima un rango de TEPT de entre el 5 % y el 70 % para el conjunto de los estudios incluidos. A su vez, la sintomatología postraumática en los menores refugiados suele presentarse de forma comórbida, con frecuencia junto a la depresión, lo que dificulta un diagnóstico preciso (Reavell, & Fazil, 2017). El reciente metanálisis de Blackmore y cols. (2020), analizó los resultados de 779 menores refugiados y solicitantes de asilo y encontró prevalencias del 22.71% para TEPT, 13.81 % para depresión, 15.77% para trastornos de ansiedad y más específicamente un 8.6% para trastorno de déficit de atención e hiperactividad y un 1.69% para el trastorno de oposición desafiante. Por lo que respecta a los factores de riesgo, no existe un criterio unánime, aunque se acepta que ser menor no acompañado, adolescente y mujer aumenta la probabilidad de sufrir problemas clínicos, dada la triple situación de vulnerabilidad (Von Werthern, Grigorakis, & Vizard, 2019). La revisión sistemática de Fazel, Reed, Panter-Brick y Stein (2012) incluye factores individuales y colectivos tanto de riesgo como de protección y concluye que el apoyo social y un asentamiento estable en el país de acogida amortigua en los menores los efectos psíquicos del trauma.

Por otro lado, se sugiere un diferente afrontamiento del trauma en edades tempranas asociado al género, estudios como los de (Kolltveit et al., 2012; Panter-Brick et al., 2009; Thabet et al., 2014), han visto

que en entornos de guerra como en Gaza, las niñas y las adolescentes son más vulnerables a los eventos estresantes del conflicto que los varones de su misma edad. La revisión de estudios sobre migraciones, género y salud mental parece indicar que las niñas (Heetkamp, & De Terte, 2015) y las mujeres padecen TEPT en mayor medida que los hombres (Alpak et al., 2015; Eytan et al., 2004; Tekin et al., 2016), aunque no todos los trabajos encuentran el sexo como una variable influyente (Steel et al., 2009). No obstante, se refieren diferencias en la forma de expresar el trauma atendiendo a componentes de género, mostrando las mujeres un patrón de respuesta intrusivo, de hiperactivación y con una baja autoestima frente a las respuestas evitativas y disociativas de los hombres (Tekin et al., 2016). Al mismo tiempo, se relaciona el TEPT con la tipología de violencia experimentada, vinculada también al género, siendo las mujeres más vulnerables al abuso sexual (Ashford & Huet-Vaughn, 2000; Hynes, 2004; Niaz, 2014; Rodolico et al., 2020) y estando más expuestas a la muerte traumática de familiares en contextos de guerra (Tekin et al., 2016). En esta dirección, se ha visto que, bajo situaciones de conflicto la ocurrencia de trauma no es azarosa, sino que está determinada por cuestiones de género y por la pertenencia de las poblaciones a ciertos grupos étnicos, raciales, religiosos y socioeconómicos (Muldoon & Lowe, 2012).

Por otro lado, los estudios sobre maternidad y mujeres desplazadas sugieren que la salud mental de las madres predice la de los hijos, especialmente en edades tempranas para los casos de depresión y de ansiedad (Thabet, Abu-Khusah, & Vostanis, 2014). Igualmente ocurre con el TEPT, donde la psicopatología de las madres es el mejor predictor de sintomatología postraumática en niños como resultado de una posible transferencia materna del miedo, de la ansiedad y de otras sintomatologías que aumentan la vulnerabilidad de los menores para padecer problemas psicológicos (Thabet, Abed, & Vostanis, 2001). Al mismo tiempo, ser madre actúa como un factor protector que responde a las funciones sociales e identitarias y minimiza los problemas de salud mental (Niaz, 2014). Sin embargo, algunos estudios han observado una acusada tendencia en las mujeres al silencio y a la somatización de los problemas psicológicos a causa del refugio (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017) y en el caso de las madres, existe una predisposición a relegar sus necesidades por priorizar las de sus hijos lo que empeora su estado psicológico.

Factores postmigratorios y su efecto en el trauma y en la integración

En los últimos años, se ha evidenciado el determinante rol que la experiencia migratoria y los componentes psicosociales tienen sobre la salud mental de los desplazados (Lund et al., 2018). Este argumento se ve reforzado con la proliferación de trabajos sobre el efecto psicológico que los factores pre-migratorios, de travesía y de estancia en centros de detención tienen sobre la salud mental de los refugiados (Arsenijević et al., 2017; Crepet et al., 2017; Farhat et al., 2018; Koning, 2019; Manzanero et al., 2018) y con el análisis de los factores post-migratorios en los países de destino (Aragona, Pucci, Mazzetti, & Geraci, 2012; 2013; Giacco & Priebe, 2018). Así, se ha visto que la exposición traumática es un elemento de riesgo para el bienestar emocional, aunque la sintomatología traumática y depresiva tiende a manifestarse en los países de acogida. La investigación reciente muestra el efecto de la retraumatización a causa de los factores post-migratorios ya que, a causa del historial traumático, algunos migrantes y refugiados encuentran mayores dificultades para gestionar los estresores cotidianos en la sociedad de acogida (Aragona, et al., 2012). Así, el estrés post-migratorio junto con la previa experimentación de situaciones traumáticas conduce a una mayor presencia de problemas psicológicos (Bogic et al., 2015) al tiempo que aumenta la tendencia al abuso de sustancias (Bogic et al., 2012). Además, se ha encontrado sintomatología psicósomática en la atención primaria a migrantes de primera generación, observándose en ellos una tendencia a negar la correlación entre esta patología, el trauma y las dificultades post-migratorias (Aragona et al., 2012; 2013). A su vez, esta inclinación a obviar la psicopatología confirma el silencio como recurso somático y como primera forma de expresar el trauma (Craig et al., 2009).

Tras el TEPT y dentro del espectro depresivo, el trastorno depresivo mayor es el más frecuente en refugiados lo que refleja el impacto que las pérdidas y el trauma tienen sobre esta población (Craig et al., 2009; El Arnaout et al., 2019; Tekin et al., 2016). En un grado leve o moderado, la sintomatología del

trastorno depresivo mayor dura un mínimo de dos semanas y se caracteriza por sentimientos de tristeza o de ánimo depresivo, pérdida de interés o de sentir placer, cambios en el apetito y en el patrón de sueño, fatiga y pérdida de energía, hiperactivación o ralentización de movimientos y discurso, culpabilidad o sentimiento de inutilidad, dificultad de concentración, de pensamiento y para tomar decisiones así como pensamientos o ideas de suicidio (APA, 2013). La sintomatología depresiva surge como respuesta a los estresores medioambientales y puede hacerse crónica asociada a un entorno social deficiente, a una economía precaria y a una alta ideación suicida (Ramos-Fernández et al., 2015). Se ha visto que un estatus socioeconómico bajo predispone a la depresión (Bogic et al., 2015) especialmente a partir de los 5 primeros años de acogida (Giacco & Priebe, 2018). Además, el inadecuado alojamiento, el idioma, la separación familiar por largos periodos de tiempo y las dificultades económicas son los factores postmigratorios que mayor efecto tienen en el desarrollo de depresión en refugiados (Bogic et al., 2012). A su vez, se ha mostrado una relación directa entre el estatus de residencia y la depresión, observándose valores más altos para quienes viven en campos de refugiados (Steel et al., 2009) o tienen permiso de residencia temporal (Bogic et al., 2012). Asimismo, el tiempo de espera en los procesos de asilo es un elemento de riesgo, no solo para la depresión sino para otros problemas psicológicos (Laban, Gernaat, & Komproe, 2004).

A diario los desplazados afrontan estresores agrupados en la falta de derechos, tales como la desigualdad de oportunidades y las posibilidades de detención (Giacco & Priebe, 2018), así como otros del espectro emocional tales como el aislamiento social, la discriminación o la separación familiar (Schick, et al., 2018). Igualmente, se ha visto que la integración y los aspectos relacionados con el empleo son los más influyentes en la salud mental en los desplazados (Aragona 2012, 2013; Bogic et al. 2012, 2015; Craig et al., 2009; WHO, 2018). Matizando esta evidencia, algunos autores como Hollander, Bruce, Burström y Ekblad (2011) apuntan a que las mujeres y los hombres gestionan los factores postmigratorios de forma diferenciada. Por ejemplo, Blight, Ekblad, Persson, y Ekberg, (2006) observaron en 413 bosnios refugiados en Suecia que la ocupación laboral era positiva para la salud de los hombres, pero no para las mujeres, lo que sugiere que las condiciones de trabajo tienen un componente de género con consecuencias diferenciadas

para la integración. No obstante, en términos generales, la independencia económica asociada al empleo junto con el permiso de residencia y un adecuado dominio del idioma facilitan la integración en los países de acogida (Schick et al., 2018). Aun así, es equívoco pensar que la llegada de refugiados y solicitantes de asilo a los países de destino es sinónimo de tranquilidad y adaptación.

En términos de aculturación, una integración social pobre conduce a elevados niveles de ansiedad y a mayores ratios de depresión (Giacco & Priebe, 2018). Un ejemplo ilustrativo es la depresión post-parto que destaca de entre el conjunto de trastornos del espectro del estado de ánimo y está estrechamente relacionada con los factores postmigratorios en mujeres (Heslehurst, et al., 2018; Tobin et al., 2018). En esta dirección, el estudio de Collins, Zimmerman y Howard (2011) mostró que el 42% de las mujeres migrantes desarrollaron depresión postparto frente a un 10-15% de las mujeres no migrantes. Estas diferencias se asocian a factores post migratorios tales como la soledad, el estigma, aspectos culturales o de acceso a los servicios de atención en salud y se extreman en el caso de mujeres refugiadas o solicitantes de asilo (Tobin et al., 2018). Asimismo, la revisión sistemática de Heslehurst, Brown, Pemu, Coleman y Rankin (2018) apunta a que el empeoramiento de la salud física y psíquica asociado al embarazo en mujeres refugiadas puede explicarse por el efecto de factores postmigratorios tales como el estrés o el apoyo social. Por todo lo anterior, aunque la necesidad básica de seguridad tiende a estar cubierta, los refugiados tienen que superar las nuevas dificultades en los entornos de acogida, incluso sin contar con los recursos apropiados para ello (Achotegui, 2009). Por tanto, puede afirmarse que las múltiples barreras psicosociales que los migrantes y los refugiados encuentran en las sociedades de acogida ponen en riesgo su salud mental y pueden precipitar la sintomatología de TEPT, depresión y otras consecuencias psíquicas a largo plazo (Aragona et al., 2012, 2013; Steel et al., 1999). Sin embargo, la consistencia observada en los factores de riesgo para cada trastorno (experiencias de guerra, características sociodemográficas y postmigratorias) arroja esperanza en la consideración de estos como indicadores sobre los que cimentar las futuras intervenciones (Bogic et al., 2012). En esta dirección, Schick et al., (2018) sugieren una intervención psicosocial del trauma orientada a

las dificultades postmigratorias, dado que se han observado beneficios comunitarios a largo plazo y efectos positivos en la ansiedad y en la depresión, aunque no tanto en el TEPT. Además, la experiencia de trabajos previos con población migrante refuerza que las políticas migratorias orientadas a la protección social son las más efectivas para evitar las dificultades post-migratorias y la psicopatología postraumática (Aragona et al., 2012). Desde una perspectiva psicosocial, el proceso de integración de los migrantes requiere un equilibrio entre la elección e incorporación de estrategias para la nueva sociedad y el mantenimiento de la propia cultura de origen y de las tradicionales formas de vida. Acorde con la descripción de Berry (1997) acerca de las cuatro estrategias de aculturación (separación, asimilación, marginalización e integración), se destaca la última como la más beneficiosa, ya que en ella los individuos integran los valores de la sociedad de acogida y preservan los de la cultura de origen. En suma, el proceso de integración ha de dirigirse a la elaboración y el afrontamiento de los estresores psicosociales cuidando la interferencia de aspectos culturales y evitando el posible riesgo que supongan para la salud mental de los desplazados.

Factores post-migratorios y su influencia en otros daños psicológicos complejos.

Considerando las múltiples respuestas al trauma, la más compleja reacción es el *síndrome de resignación*, que está mediatizado por factores posmigratorios y se presenta en niños y adolescentes refugiados acompañados (Bodegård, 2014). Este síndrome se mantiene por indefensión aprendida y se caracteriza clínicamente por un estado de estupor que aísla socialmente a los menores quienes no caminan, no hablan, no se alimentan o no se cuidan durante meses y protagonizan regresiones comportamentales así como un rechazo de asistencia (Nunn, Lask, & Owen, 2014). Aun siendo un síndrome con carácter residual, la revisión sistemática de Otasowie y cols. (2020) encontró que para el 52% de los participantes el principal factor de riesgo que precipitó el debut del síndrome de resignación fue la influencia de una situación inestable en la solicitud de asilo, como una posible amenaza de deportación.

Por otro lado, conservando la significancia de los estresores sociales y personales en la salud mental de los migrantes, se describe el *síndrome de Ulises* o el *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple*. De acuerdo con Achotegui (2009), los estresores tales como la imposibilidad de volver al país de origen o la situación de riesgo en la que los refugiados suelen dejar atrás a amigos y familiares aumenta la posibilidad de sufrimiento y de daño psicológico. De este modo, los factores de riesgo afectan bidireccionalmente al debut de problemas psicológicos, lo que, contribuye a la vulnerabilidad del migrante. Achotegui (2008) caracteriza el Síndrome de Ulises incluyendo al menos 7 duelos en el proceso migratorio: la pérdida de la familia, el idioma, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y la seguridad física. Lo característico de este síndrome es que la elaboración de los duelos determina el cuadro clínico y ubica la sintomatología en el área depresiva, de ansiedad, de somatización y confusional sin cumplir criterios para otros trastornos (Achotegui, 2009). El Síndrome de Ulises busca el reconocimiento de la sintomatología psicológica habitual entre migrantes y refugiados sin ser un campo diagnóstico dentro de la psicopatología (Achotegui, 2008). Hasta la fecha, la prevalencia de este síndrome es superior a uno de cada diez, lo que sugiere la necesidad de una atención psicológica adaptada (Loizate et al., 2010, 2015).

Resiliencia y Crecimiento Post-Traumático

Tradicionalmente, la salud mental de los desplazados se ha examinado desde una visión patogénica, centrada en los trastornos en lugar de en los mecanismos de afrontamiento (Arnetz et al., 2013). Antagónico a esta visión, Antonovsky (1996) planteó el modelo salutogénico con objeto de promocionar la salud y dirigir la atención hacia aquellos elementos que minimizan el impacto del estrés y mejoran la salud física y psicológica. En esta dirección, se examinan los factores de protección y el rol que desempeñan en el bienestar de los refugiados (Aitcheson, et al., 2017; Arnetz, et al., 2013; Chan et al., 2016; Uy & Okubo, 2018). Este argumento se apoya en que, en la mayoría de las veces la gestión del trauma se resuelve sin psicopatologías (Bonnano, 2004; Craig et al., 2009; Levine et al., 2009). Así, surgen los estudios sobre la

resiliencia como la capacidad de superar de forma efectiva la adversidad (Wagnild, 2009) y de mantener estabilidad psicológica y un adecuado funcionamiento tras una pérdida o una vivencia traumática (Bonnano, 2004). Sin embargo, dar por hecho la capacidad de recuperación espontánea en los refugiados puede convertirse en un obstáculo, si los países de acogida delegan en la obligación que tienen para ofrecer servicios de atención psicológica del trauma. Acorde a lo anterior, un abordaje integral de la salud mental en refugiados hace preciso explorar los elementos de protección que atenúan los trastornos psíquicos y que potencian una óptima calidad de vida. Así, la resiliencia y el crecimiento postraumático se asumen como constructos salutogénicos minimizadores del desencadenamiento de los problemas psicológicos (Levine, et al., 2009).

Resiliencia

En los años 90, los primeros estudios sobre resiliencia la consideraban como un factor individual de protección (Wagnild & Young, 1993). Hoy en día resulta difícil describir la capacidad resiliente atendiendo solo a un aspecto individual o a un atributo de personalidad, ya sea de rasgo o de estado. Por ello, el estudio actual de las estrategias resilientes muestra la necesidad de considerar los componentes estructurales y colectivos. En esta dirección, Afana, Tremblay, Ghannam, Ronsbo y Veronese, (2018) destacaron el efecto de la cultura y del apoyo comunitario como impulsores y mediatizadores del proceso resiliente en refugiados en Gaza. La vida en campos de refugiados muestra un complejo sistema resiliente de factores multiculturales, familiares e individuales, a pesar de la existencia de trastornos como la ansiedad y la depresión (Aitcheson, Abu-Bader, Howell, Khalil, & Elbedour, 2017). Al mismo tiempo y como prueba de las dificultades de vida en los campos de refugiados, la reciente evaluación de 42 saharauis mostró que nacer en un campo de refugiados conduce a una menor capacidad resiliente en comparación con quienes nacen fuera de los campamentos y está asociado a una baja perspectiva de futuro (Guarch-Rubio & Manzanero, 2018).

En suma, se destacan elementos individuales y colectivos para afrontar la adversidad del ciclo migratorio entre los que predominan un fuerte sentido de coherencia, el apoyo familiar y comunitario, una sólida identidad colectiva y las creencias religiosas (Siriwardhana, Ali, Roberts, & Stewart, 2014). No por ello, existe amplia evidencia de que el factor acumulativo de las experiencias traumáticas potencia el desarrollo de TEPT y de otras patologías (Bonanno, 2004; Bonanno et al., 2011, Eytan et al., 2004; Steel et al., 2009) a pesar del carácter amortiguador de la resiliencia (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014). Así, mientras algunos estudios atribuyen a la resiliencia la capacidad de frenar el desarrollo del TEPT (Ssenyonga, Owens, & Olema, 2013), otros trabajos no encuentran resultados concluyentes para esta patología, aunque sí para evitar otras dolencias psíquicas (Arnetz., et al 2013). En consecuencia, se ha visto que los factores resilientes no son los únicos responsables del afrontamiento ya que la intensidad y el significado del evento por las consecuencias que éste tuvo para la persona que lo sufrió también es relevante (Huijts et al. 2012; Leaman & Gee, 2012; Massad et al., 2009; Sousa, 2013; Thabet et al., 2009). En esta dirección, el trabajo de Heetkamp y De Terte, (2015) observó que la resiliencia tiene un efecto protector del TEPT, cuando la intensidad del trauma es relativamente moderada pero no cuando es elevada.

Al mismo tiempo, se ha visto que la sobresaliencia de unas variables resilientes sobre otras (apoyo social, estilo cognitivo, comparación social...), depende de los estilos de atribución individuales y determinan el desarrollo de TEPT (Hooberman, Rosenfeld, Rasmussen, & Keller, 2010). En esta dirección, Basoglu et al. (1997) observaron que la preparación para la violencia y el trauma es un elemento resiliente que minimiza la sintomatología de TEPT, de ansiedad y de depresión en los casos de detención política, lo que confirma la actividad política como una estrategia resiliente (Afana et al., 2018). Así, la adversidad del trauma y más específicamente de la tortura se relaciona con la pertenencia a grupos sociales, al tiempo que la identidad y el apoyo social cumplen un rol protector ante el desarrollo de problemas psicológicos (Haslam et al., 2005; Muldoon et al., 2019). Muldoon y Lowe (2012) apuntan a que la experimentación traumática genera un sentimiento de injusticia grupal que consolida la identidad individual y colectiva de los

supervivientes y les empodera psicológicamente a través de un proceso resiliente de identificación compartida.

Crecimiento post-traumático

En paralelo al estudio de la resiliencia, la investigación sobre el crecimiento postraumático se dirige hacia la promoción de la salud en los refugiados (Chan, Young, & Sharif, 2016). Así, mientras el trauma refleja la fractura de los esquemas internos que dificultan la integración narrativa de lo ocurrido (Walter & Bates, 2012), el crecimiento post-traumático integra y da sentido a las experiencias traumáticas (Chan et al., 2016). De este modo, el crecimiento postraumático supone cambios psicológicos positivos con una mayor significancia de las relaciones interpersonales, de la fuerza personal, de la vida espiritual y existencial, así como un cambio en la escala de valores (Tedeschi & Lawrence, 2004). El término va más allá de la adaptación y del afrontamiento propio de la resiliencia, ya que transforma al individuo y supone un cambio en sus valores, sobrepasando y mejorando los niveles adaptativos y funcionales previos al trauma (Tedeschi & Kilmer, 2005; Zoellner & Maercker, 2006). En consonancia, podría ser lógico ubicar al TEPT y al crecimiento postraumático en el extremo de un continuo de reacciones post-traumáticas. Por el contrario, se debate acerca de si ambos fenómenos coexisten en el tiempo, de si tienen relación y de si esta es directa o indirectamente proporcional, lo que se resuelve desde una relación curvilínea en tanto en cuanto se requiere cierto grado de estrés para que se produzca el crecimiento, pero superado ese umbral los altos niveles de estrés prevendrían su desarrollo (Walter & Bates, 2012). A su vez, en la evaluación del crecimiento post-traumático se ha observado que en algunas dimensiones no solo se reportan efectos positivos o ganancias sino también deterioro, en lo que se conoce como “postraumatic depreciation”. Por ejemplo, a causa del trauma puede darse una mayor cercanía en algunas relaciones sociales y un distanciamiento generalizado en otras (Baker, Kelly, Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2008). Así, Cann, Calhoun, Tedeschi y Solomon (2010) plantean una comprensión integral de la transformación traumática mediante la inclusión de los cambios

negativos asociados al proceso, especialmente si se dan en las mismas dimensiones en las que se produce el crecimiento postraumático.

Sin embargo, la incipiente investigación de ambos fenómenos, tanto del crecimiento postraumático, acuñado hace poco más de 25 años (Tedeschi & Calhoun, 1995) como del “posttraumatic depreciation” en la década de los 2000 (Baker et al., 2008) hace necesario el desarrollo de más estudios, especialmente en el ámbito del desplazamiento forzado.

En conclusión, la presencia de factores resilientes ayuda a los supervivientes de trauma a protegerse de sus consecuencias y a volver a los niveles previos de funcionamiento de forma más rápida (Levine et al., 2009) o incluso, a generar fortaleza y aprendizaje impulsados por factores de crecimiento postraumático tales como el apoyo social, las estrategias de afrontamiento, las creencias religiosas y una actitud positiva esperanzadora (Chan et al., 2016). Sin embargo, dada la amplia convergencia de factores es difícil predecir el impacto psicológico de la violencia política, la guerra y el desplazamiento atendiendo solo a los factores de protección y de riesgo (Aitcheson et al., 2017). En esta dirección, la variabilidad de respuestas al trauma orienta su afrontamiento hacia la resiliencia, hacia el crecimiento post-traumático u hacia otras psicopatologías (TEPT, ansiedad y depresión) (Brunnet et al., 2020).

CAPÍTULO 3: El papel de los recuerdos en el trauma psicológico en refugiados y su importancia en los procedimientos de asilo.

El estudio de la memoria

El estudio de la memoria muestra que todo lo que somos es memoria, que constituye una de las principales capacidades humanas y que gracias a ella se contextualiza el pasado, se define el presente y se proyecta el futuro (Manzanero & Álvarez, 2015). Los primeros estudios modernos de la memoria datan de finales del siglo XIX y comienzos del XX, mostrando que el interés por el funcionamiento de la memoria se ha relacionado directa o indirectamente con la capacidad del aprendizaje humano (Ebbinghaus, 1885; Bartlett, 1932). Actualmente, la comprensión estructural y fenomenológica de la memoria bebe de paradigmas del procesamiento de la información y neurocognitivos que sugieren que la memoria no es una entidad unitaria, sino que existen varios tipos, que no es un almacén sino un conjunto de sistemas coordinados, que no es pasiva sino que está en constante evolución y que no refleja la realidad sino parte de ella (Atkinson & Shiffrin, 1968; Broadbent 1984; Cowan, 1988; Schacter, Wagner, & Buckner, 2000; Tulving, 1985). El estudio contemporáneo de la memoria acepta la existencia de los tres sistemas propuestos por Tulvin (1985) atendiendo al grado de conciencia con el que la información se recupera y al contenido de su representación siendo las categorías de memoria episódica, semántica y procedimental. Acorde a lo anterior, la memoria episódica conserva información espaciotemporal sobre experiencias pasadas y se recupera de forma autoconsciente, la memoria semántica alberga información sobre conceptos y se expresa de forma consciente y la memoria procedimental almacena conocimiento acerca de cómo realizar acciones y se recupera de forma inconsciente y automática. A su vez, la taxonomía de Larsen (1992) atribuye a las

memorias episódicas una categoría supraordenada en la que se incluye a las memorias narrativas y a las autobiográficas dotando a las segundas de una contextualidad y de una centralidad personal, que las distingue de las narrativas. Así, las memorias autobiográficas se refieren a hechos, por lo que se consideran episódicas, con un carácter explícito y declarativo en tanto y cuanto que pueden describir un suceso biográfico que tuvo lugar en un espacio y en un momento concreto. Al mismo tiempo, las memorias autobiográficas nacen desde el componente personal que presentan (Conway & Rubin, 1993) y, en consecuencia, las memorias traumáticas se definen como memorias autobiográficas que incluyen recuerdos sobre experiencias con una valencia negativa y un elevado impacto emocional (Manzanero & Recio, 2012; Manzanero & Álvarez, 2015). Además, las memorias autobiográficas son funcionales y facilitan el devenir cotidiano. Pillemer (2009) describió la funcionalidad de las memorias autobiográficas desde la perspectiva social, identitaria y directiva. Vallet, Manzanero, Aróztegui y García-Zurdo (2017) destacan cómo un mismo recuerdo puede cumplir las tres funciones. Aplicado al ámbito de la migración forzada, el recuerdo autobiográfico, incluso traumático de un suceso previo a la migración argumenta el motivo del desplazamiento y dirige sus acciones (función directiva), promueve la empatía al compartir estos recuerdos, genera redes de apoyo (función social) y, por último, atraviesa transversalmente al individuo transformando su “*yo original*” por la nueva identidad del “*yo migrado*” (función identitaria).

Memoria traumática, como un tipo especial de memoria autobiográfica

El estudio científico de la memoria establece que se trata de un proceso constructivo, subjetivo y sujeto a un sinnúmero de distorsiones (Rubin, Berntsen, & Bohni, 2008; Schacter, 2013). El hecho de que un mismo episodio sea contado en diferentes ocasiones a lo largo del tiempo da cuenta de la alteración que sufre la exactitud de los recuerdos por el mero paso del tiempo y por otros factores que los distorsionan (Manzanero, 2010). Al mismo tiempo, la repetición múltiple de una historia puede dar lugar a cambios en la focalización de la atención, dirigiendo esta hacia diferentes elementos o sensaciones y variando así en la cantidad de

detalles y en lo específico de los mismos (Kihlstrom, 2009; Manzanero, 2010; Schacter, 2013; Williams et al., 2007). De esta manera, los recuerdos autobiográficos están más sujetos a la distorsión dado que tienden a recuperarse de forma más frecuente que otro tipo de recuerdos (Manzanero, 2010). A su vez, en el continuo emoción – memoria, se ha visto que la intensidad (alta/baja) de un suceso determina en mayor medida el detalle con el que se recuerda, más allá de la valencia emocional (positiva/negativa) (Talarico, LaBar, & Rubin, 2004). Por extensión, la consecuencia emocional de un acontecimiento autobiográfico importante sugiere una mayor precisión en el recuerdo comparado con un hecho rutinario con baja repercusión emocional, lo que no implica inmunidad al paso del tiempo o que todos los detalles se recuerden de forma precisa (Manzanero & Álvarez, 2015). De entre las memorias emocionales, una de las que mayor atención suscita por la vividez con la que se experimenta, por la accesibilidad que presenta y por la seguridad con la que se relata son las *flashbulb memories*, “aquellos recuerdos que parece que acaben de ocurrir” (Vallet et al., 2017). Brown y Kulik (1977) acuñaron el concepto de *flashbulb memories* e identificaron memorias sobre sucesos con un alto nivel de sorpresa (sin ser esperadas) y con consecuencias para la persona, observando que estas propiedades daban lugar a recuerdos extremadamente vívidos en torno a los detalles y a las circunstancias que rodean el suceso. A su vez, el estudio de las *flashbulb memories* ha llevado a Talarico y Rubin (2003) a confirmar que son memorias episódicas vívidas, duraderas, emocionalmente intensas, que suponen algún tipo de consecuencia para la persona y que más allá de que sean precisas, son relatadas con una elevada seguridad acerca de su precisión. Los resultados de este mismo estudio indicaron que una reacción inicial negativa y emocionalmente intensa ante un estímulo aversivo genera miedo y predice un mayor desarrollo de TEPT, al mismo tiempo, los eventos estresantes se percibieron más coherentes que los ordinarios, sin embargo, a pesar de esa percepción no se garantiza que lo sean.

Con referencia a la revisión bibliográfica sobre la naturaleza de las memorias traumáticas se sostiene una pugna por tres aproximaciones, a) si tienen alguna distintividad respecto a otro tipo de memorias

autobiográficas b) si tienen más o menos exactitud que otras memorias episódicas y c) si pueden ser olvidadas y posteriormente recuperadas (Brewin, 2007; Manzanero & Recio, 2012).

En primer lugar, por lo que respecta a si las memorias traumáticas son cualitativamente diferentes a otro tipo de memorias, se sostiene un controvertido debate que enfrenta a la psicología básica y a la psicología clínica (Manzanero, 2010; Manzanero & Recio, 2012), sin el alcance de una afirmación categórica hasta la fecha. Las dos perspectivas enfrentadas son la de mecanismos básicos y la de mecanismos especiales, mientras la primera explica el desarrollo de TEPT atendiendo a los procesos básicos de la emoción, la memoria y la personalidad, la segunda hipotetiza sobre el carácter distintivo de las memorias traumáticas (Rubin, Boals, & Berntsen, 2008). Dicho de otro modo, la conceptualización del “trauma” define fenomenológicamente las memorias traumáticas, en memorias equiparables o diferenciales, a pesar de la necesaria consideración de los elementos que afectan a las características del recuerdo como el estrés, la intensidad emocional y el nivel de implicación (Manzanero & Recio, 2012). Rubin, Boals y Berntsen (2008) explican las diferencias planteando que el objeto de investigación es distinto, mientras la perspectiva de los mecanismos básicos (equiparables) busca una explicación fenomenológica amplia de la memoria e incluye a las memorias traumáticas, la de mecanismos especiales (diferenciales) busca la comprensión de las memorias traumáticas como parte de la sintomatología del TEPT orientando el conocimiento hacia el pragmatismo en la práctica clínica. A su vez, aunque ambas perspectivas asumen una mayor intensidad y significancia emocional para las memorias traumáticas que para el resto, desde el enfoque de mecanismos básicos esto se explica por un mayor reforzamiento en los procesos de codificación y retención, lo que supone una mayor accesibilidad voluntaria e involuntaria del recuerdo. Sin embargo, ambas perspectivas sostienen que los problemas en la codificación refuerzan la presencia de memorias involuntarias. Por otro lado, uno de los aspectos que mayor interés suscita entorno al concepto de la distintividad de las memorias y su relación con la sintomatología del TEPT es el grado de la centralidad del evento (Rubin et al., 2008). Según Berntsen y Rubin, (2006), a medida que un suceso traumático es central en la identidad y en la vida personal del superviviente, mayor riesgo existe de que se convierta en una

memoria intrusiva traumática y mayor tendencia a la evitación experimentará. En suma, los elementos contextuales que mediatizan la elaboración de las memorias afectan a la formación de los recuerdos vívidos ya sean positivos o negativos (traumáticos) (Brown & Kulik, 1977).

El segundo foco de debate cuestiona si las memorias traumáticas son más o menos exactas que otro tipo de memorias declarativas, lo que requiere la consideración de los procesos de codificación y de recuperación de recuerdos para la formación de las huellas de memoria. Principalmente, una historia personal se convierte en recuerdo cuando se codifica y se almacena en la memoria a largo plazo para que así, pueda ser recuperada y transmitida en forma de relato. A su vez, la presencia de determinados factores cognitivos y ambientales se ha visto que afecta a estos procesos determinando la calidad del recuerdo. Akhtar, Justice, Loveday y Conway (2017) describen dos perspectivas de recuperación espontánea del recuerdo, la perspectiva de campo y la perspectiva de observador. Acorde a este paradigma, la perspectiva en primera persona o de campo es más habitual en recuerdos recientes y los recupera de forma más detallada, más específica, con mayor información sensorial y emocional y con mayor viveza que los recuerdos remotos recuperados desde la perspectiva en tercera persona o de observador. De este modo, la recuperación de recuerdos con mayor o menor precisión en la cantidad de detalles está determinada no solo en si la memoria es traumática o no, sino en el tiempo que hace desde que ocurrió y en la perspectiva de recuperación empleada por quien narra. Por otro lado, la emoción se ha observado como otro de los factores influyentes en la precisión de los recuerdos, observándose que los detalles de las memorias autobiográficas pueden sufrir sesgos en situaciones de inestabilidad emocional (Williams et al., 2007). En esta dirección, la evaluación del recuerdo en el estudio de Rubin y Berntsen (2003) observó que los acontecimientos positivos se fechaban de forma más exacta y se recordaban mejor que los negativos, a lo que se atribuyó un componente cultural de premio a los sucesos agradables. Sin embargo, no existe ninguna evidencia categórica que afirme de forma indiscutible un mejor recuerdo de los eventos positivos que de los negativos (Manzanero & Álvarez, 2015; Manzanero, López, Aróztegui, & El-Astal, 2015). Por su parte, Talarico, LaBar y Rubin, (2004) muestran que las memorias autobiográficas que se recuerdan mejor y con más detalle

son aquellas que tienen mayor implicación e intensidad emocional para el sujeto, independientemente de que sean positivas o negativas. Prosiguiendo con el continuo emoción-memoria, Manzanero y Álvarez (2015) resumen el efecto que los factores emocionales de congruencia y de dependencia tienen sobre la accesibilidad del recuerdo. De este modo, acorde a Blaney (1986) el factor de congruencia explica un mejor recuerdo para las memorias cuyo componente emocional es congruente con el estado anímico del sujeto en el momento de la codificación y, el factor de dependencia posibilita un mejor recuerdo de la información si el estado emocional del sujeto coincide en la fase de codificación y en la de recuperación. Asimismo, otro de los escollos referente al grado de exactitud de las memorias autobiográficas, sean o no traumáticas, hace referencia a las características de la codificación del evento. La investigación de memorias negativas muestra una mayor precisión en la centralidad de los detalles, en comparación con los aspectos periféricos del suceso (Christianson, 1992; Schmidt, 2004) y se explica por los procesos de codificación bajo situaciones estresantes. En esta dirección, Easterbrook (1959) sostiene que la experimentación de una situación negativa produce un estrechamiento del foco atencional cuanto mayor es el arousal o la ansiedad experimentada. Acorde a lo anterior, el elevado impacto emocional del evento se traduce en una mejor codificación y retención de los recuerdos centrales que periféricos y mayoritariamente desde una perspectiva de observador (Manzanero et al., 2015). En paralelo, la reconstrucción posterior de los hechos rellena los huecos de forma no consciente y otorga coherencia al relato, aunque a veces de forma errónea, e igualmente diferentes estrategias contribuyen a la cohesión narrativa. Por ejemplo, para salvar la dificultad de fechar acontecimientos se ponen en relación sucesos personales e históricos relevantes y así se facilita el establecimiento del fechado (Manzanero, 2010). Precisamente, este carácter adaptativo de la memoria conduce a distorsiones, errores o ilusiones subyacentes al propio proceso constructivo del recuerdo. En esta dirección, Schacter (2013) propone siete “pecados” en la memoria, de los que tres son relativos al olvido: transitoriedad (pérdida de retención por el paso del tiempo), distracción (fallos en la atención) y bloqueo (incapacidad para acceder a información disponible), y cuatro conciernen a la distorsión de recuerdos: mala atribución (reconocimiento erróneo), error de sugestión (memorias implantadas por terceros o debido a

información engañosa), sesgos (producto del conocimiento previo, de la emoción en la memoria) y persistencia (invasión de recuerdos intrusivos que la gente no puede olvidar). No obstante, y a pesar de los reconocidos errores, algunos trabajos sostienen un recuerdo más detallado de las memorias traumáticas (Peace & Porter, 2004; Porter & Peace, 2007). Sin embargo, esta mayor precisión del recuerdo traumático es atribuible a la mayor seguridad que las propias características de las flashbulb memories conceden a los detalles. A su vez, Bohn y Berntsen, (2007) analizaron los sesgos entre memorias positivas y negativas sobre acontecimientos históricos, como la caída del muro de Berlín, y encontraron una mayor precisión y una menor reviviscencia en las flashbulb memories negativas que en las positivas y, además, concluyeron que la valencia emocional tiene un efecto en el procesamiento y en la retención a largo plazo de las flashbulb memories. Ante la tendencia a considerar que los hechos con un alto grado de violencia se recuerdan mejor que los no violentos, Clifford y Scott (1978) observaron que los elevados niveles de estrés afectan negativamente a la atención, a la percepción y a la memoria produciendo distorsiones en la integración del recuerdo y, en consecuencia, en la reconstrucción de la memoria del suceso. De este modo, se sugiere que hasta cierto umbral un recuerdo negativo puede facilitar la focalización de la atención y la codificación, sin embargo, superado ese umbral los factores de estrés empeorarían el procesamiento de la información. En cualquier caso, los diferentes aspectos metodológicos (participantes, tipología de los estímulos negativos...) y la multiplicidad de respuestas a los eventos traumáticos sean en forma de TEPT o de estrategias resilientes de afrontamiento del trauma, indican variabilidad individual en las respuestas emocionales y atencionales y, por ende, en las características de las memorias autobiográficas negativas (Manzanero et al., 2015).

Por último, dentro de la discusión epistemológica y fenomenológica acerca de las memorias traumáticas y de otro tipo de memorias, se concluye con la disyuntiva de si las memorias traumáticas pueden ser olvidadas y recuperadas posteriormente. A pesar de la polémica y no resuelta controversia se presuponen unos principios básicos. Por ejemplo, se ha establecido que los recuerdos de hechos traumáticos aparecen frecuentemente fragmentados, probablemente debido a la presencia de dos factores que afectarían

a los procesos de codificación y de consolidación de los recuerdos: la disminución de recursos cognitivos por efecto del estrés, imprescindibles para la generación de las huellas de memoria, y la falta de sueño de calidad (muy frecuente en situaciones de guerra) que afecta a la consolidación de las huellas de memoria a largo plazo y provoca un déficit del funcionamiento de la memoria operativa (Cruz, García, Álvarez, & Manzanero, 2018; Diekelmann & Born, 2010; Walker & Stickgold, 2006). Sin embargo, muy distinta es la afirmación de que una memoria puede olvidarse completamente y ser recuperada tiempo después, en lo que se conoce como “memorias reprimidas” (Van der Kolk & Fisler, 1995). De entre los trabajos que afirman la existencia de este tipo de memorias, Williams (1995) entrevistó a 136 chicas víctimas de abuso sexual y 17 años después, el 50% no lo recordaban o lo negaron, tan solo el 16% reconoció haberlo olvidado y recuperado posteriormente y los resultados mostraron que los recuerdos recuperados eran precisos en elementos centrales, pero ninguno coincidía de forma exacta con el testimonio inicial. Van der Kolk (2017) acepta e interpreta estos resultados como consecuencia del hecho de narrar los sucesos, considerando que los recuerdos pueden permanecer inaccesibles en la memoria y que son modificados en el momento en el que son narrados. Sin embargo, desde el ámbito cognitivo se sostiene la falta de evidencia acerca de estos recuerdos indicándose que podrían ser memorias generadas, inducidas o falsas memorias (Loftus, 1993; Loftus & Davies, 2006; Loftus & Ketcham, 1991). En esta dirección, se sugiere que la represión de las memorias traumáticas tendría más que ver con un intento deliberado de olvido que con un mecanismo supresivo o disociado que permita la posterior recuperación del recuerdo (Porter & Birt, 2001). Así, se ha visto más probable que una memoria traumática genere una flashbulb memoria que una amnesia (Manzanero & Palomo, 2020). Por otro lado, se da por supuesta la distinción de estas memorias con la amnesia asociada al daño cerebral donde una lesión traumática impide la codificación de la información en tanto y cuanto que lo que no se codifica, no se almacena y en consecuencia, no puede ser recuperado (Manzanero, 2010).

En suma, merece la pena recordar la amplia variabilidad individual al afrontamiento de la realidad y de las situaciones aversivas y estresantes, lo que puede provocar diferentes respuestas ante un mismo

estímulo en función de quién lo experimente. Al mismo tiempo y como se ha visto, la memoria es un constructo sujeto a la distorsión independientemente de la huella de memoria que produzca el recuerdo y en consecuencia, se almacenan interpretaciones de la realidad y no la realidad en sí misma (Manzanero & Recio, 2012). De este modo, tanto en la atención psicológica a los refugiados como en los procesos de asilo, el recuerdo debe considerarse desde la subordinada variedad de discursos e interpretaciones que se hace respecto a una experiencia convertida en relato.

El TEPT como un trastorno de memoria

La nosografía psiquiátrica de los trastornos mentales conduce a dos sistemas de clasificación internacional, por un lado y por parte de la OMS, la Clasificación de los trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), y por otro, en los Estados Unidos, el Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 2013). Ambos modelos son categoriales, en tanto en cuanto que implican una clasificación cualitativa disyuntiva de los criterios diagnósticos y, en consecuencia, agrupan críticas en torno a la debilidad e insuficiencia de los sistemas diagnósticos dada la escasa separación entre la sintomatología de algunos trastornos, lo que se traduce en una elevada comorbilidad (Mellor-Marsá & Aragona, 2009). Como alternativa se ha planteado la dimensión diferencial que entiende el trastorno psíquico como un extremo dentro de un continuo de una variable latente, donde los niveles de intensidad y de funcionalidad determinan la distinción entre lo normal y lo patológico (Borsboom, 2008). De este modo, el modelo dimensional es cuantitativo, utiliza un determinado umbral como punto de corte para establecer el grado en que la sintomatología está presente (Vázquez, Sánchez & Romero, 2014) y considera los trastornos como una desviación cuantitativa del adecuado funcionamiento de la salud mental (Hyman, 2010). Así, la aceptación de ambas aproximaciones psicopatológicas pone el foco en la sintomatología como indicadores que subyacen y constituyen los cuadros diagnósticos. A este respecto, se reitera el impacto que la cultura tiene en la expresión

sintomatológica, aunque en casos como en el del TEPT se sugiere una consideración transcultural y atemporal del mismo, presente en todas sociedades a lo largo de la historia (McNally, 2015).

No obstante, la tendencia a sobregeneralizar el diagnóstico de TEPT hace que sea la patología que más frecuentemente se asocia a las experiencias traumáticas, en cualquier caso, no es la única y algunos autores han cuestionado sus criterios diagnósticos (p.e., Madariaga, 2002; Manzanero et al., 2017; Marshall, Schell, & Miles, 2012; McNally et al., 2014; Muldoon, & Lowe, 2012; Saigh et al., 2002; Shevlin & Elklit, 2012). La última versión del DSM (APA, 2013) incluye un apartado específico para trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, en el que se incluye el Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT) y se mencionan el Trastorno de apego reactivo, el Trastorno de relación social desinhibida, el Trastorno de estrés agudo, el Trastorno de adaptación, otros trastornos relacionados con traumas y factores de estrés especificado y el Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado. A su vez, la propuesta de 2018 de la OMS para la CIE-11 con respecto a los trastornos específicamente asociados con el estrés incluye el Trastorno de estrés postraumático (TEPT), el Trastorno de estrés postraumático complejo (TEPC), el Trastorno por duelo prolongado, el Trastorno de adaptación, el Trastorno de vinculación reactiva, el Trastorno de compromiso social desinhibido y otros Trastornos con o sin especificación asociados a estrés. Por lo que respecta al TEPT, la tabla 1 y la tabla 2 recogen los criterios diagnósticos del DSM-5 y del CIE-11 respectivamente, y en ambos casos se observa que el algoritmo diagnóstico del TEPT asigna al evento traumático un rol precipitante en el desencadenamiento de la sintomatología.

Tabla 1. Criterios Diagnósticos del TEPT según el DSM

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s).
-

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
-

5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño.

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

Especificar si: con síntomas disociativos o de expresión retardada.

Tabla 2. Criterios Diagnósticos del TEPT según la CIE-11

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles.

Se caracteriza por : 1) volver a experimentar el evento traumático o eventos en el presente en forma de recuerdos vívidos intrusivos, flashbacks o pesadillas, que suelen ir acompañados de emociones fuertes o abrumadoras, en particular el miedo o el horror, y sensaciones físicas fuertes; 2) evitar pensamientos y recuerdos del evento o eventos, o evitar actividades, situaciones o personas que recuerden el evento o eventos; y 3) percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada, por ejemplo, como lo indica la hipervigilancia o una reacción de sobresalto aumentada ante estímulos como ruidos inesperados.

Los síntomas persisten durante al menos varias semanas y causan un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.

Acorde a la descripción, para el DSM-5 el TEPT descansa en cuatro bloques factoriales que surgen como reacción a la experimentación traumática: pensamientos intrusivos, evitación de recuerdos del evento, sentimientos y pensamientos negativos y síntomas reactivos de hiperactivación. Por su parte, la clasificación diagnóstica de la CIE -11 agrupa la sintomatología en torno a tres clústeres, que igualmente requieren de la vivencia de una situación amenazante: reexperimentación, evitación y percepción persistente de amenaza. Frente a estos criterios politéticos, en ambas clasificaciones los eventos traumáticos o estresantes son

causantes del cuadro sindrómico lo que resuelve la no consideración de estas experiencias como factores predisponentes a la sintomatología, sino como causantes de la misma (Soberón, 2020). De hecho, las consecuencias más sobresalientes del trauma hacen referencia a las consecuencias físicas y psicológicas que provoca, más que al propio suceso en sí, dado que el trauma excede las capacidades del superviviente y desorganiza sus recursos de afrontamiento para hacer frente a la cotidianidad (Manzanero & Recio, 2012). Además, la mera experimentación traumática no lleva implícito padecer TEPT, sino que puede suponer el desarrollo de otras patologías o de ninguna, lo que consolida el factor mediatizador de la genética, el ambiente y la resiliencia. Así, la variabilidad de respuestas de afrontamiento cuestiona que sea el evento, el criterio unívoco para diagnosticar este trastorno. En consecuencia, se abre debate acerca de la conceptualización y significancia del evento traumático (Berntsen & Rubin, 2006; Krupnik, 2018) provocando diferentes focos en la evaluación del TEPT (Gootzeit & Markon, 2011) y proponiendo el recuerdo traumático como un factor determinante para el desarrollo del TEPT (Rosen, 2004; Rubin, Berntsen & Johansen, 2008; Rubin, Boals & Berntsen, 2008).

Así, partiendo de la existencia de estudios que ubican la etiología del TEPT como un trastorno de memoria, se distingue la teoría mnémica del TEPT que considera a la memoria responsable de esta patología más que al evento en sí, y sostiene que a mayor presencia del recuerdo traumático mayor posibilidad de sintomatología post-traumática (Rubin, Berntsen & Johansen, 2008; Rubin, Boals & Berntsen, 2008). Como se ha visto, los criterios diagnósticos del TEPT requieren la vivencia de una experiencia traumática lo que lleva a la reexperimentación involuntaria del evento o de los elementos asociados y se traduce en un esfuerzo consciente por evitar estos recuerdos conectados a su vez, con sintomatología de hiperactivación y de afectividad negativa. En consecuencia, el modelo mnemónico de Rubin, Berntsen y Johansen, (2008), plantea que el origen de la sintomatología es el recuerdo del evento pasado que, mediante los procesos de memoria se trae al presente y se requiere el estudio de las memorias traumáticas como foco en la evaluación del trauma en víctimas y en supervivientes. Este planteamiento asume el carácter central de la reexperimentación en el TEPT, en tanto y cuanto concede un rol crucial y sobresaliente a las imágenes

involuntarias del trauma que penetran en la conciencia en forma de recuerdos (Brewin, 2013). De esta manera, se hace preciso el estudio de las características fenomenológicas del recuerdo tanto para condiciones normales como para traumáticas (Bedard-Gilligan, Zoellner, & Feeny, 2017; Byrne, Hyman, & Scott, 2001; Manzanero et al., 2018; Manzanero, López, Aróztegui, & El-Astal, 2015).

Aplicación del estudio de la memoria en la obtención de asilo. Análisis de credibilidad.

A lo largo de esta tesis resulta relevante el estudio de la memoria porque es una pieza clave en el proceso de la obtención de asilo, y a su vez, como se verá en el capítulo V, gestionar los recuerdos traumáticos constituye el primer paso para la recuperación psicológica en los países de destino.

Bajo un contexto de migración forzada, la obtención de asilo constituye la principal herramienta de protección hacia el asilado y a través de entrevistas individuales, se analiza la veracidad del testimonio de los solicitantes. Así, diferentes trabajos subrayan el rol crucial que la memoria autobiográfica desempeña a lo largo del proceso de asilo (Guarch-Rubio & Manzanero, 2020; Herlihy, Jobson, & Turner, 2012).

En Europa, a través de un proceso de análisis de credibilidad se evalúa el testimonio de los solicitantes de protección internacional adultos (UNHCR, 2013) y menores (UNHCR, 2014). De este modo, el relato de las circunstancias y de los motivos que obligan a los refugiados a migrar forzosamente se convierte en su llave de entrada a Europa y se precisa que esta argumentación encaje sin fisuras con la definición de refugiado establecida en la Convención de Ginebra de 1951 (Guarch-Rubio & Manzanero, 2020). A través de su testimonio, el solicitante de asilo debe recordar y narrar los motivos migratorios persuadiendo acerca de la veracidad de estos incluso sin evidencia, en la mayoría de los casos, de una documentación que lo avale. Sin embargo, la interpretación del testimonio está sesgada por los intereses sociales y políticos de los países de acogida (ACNUR, 2014), lo que explica las diferencias en las cifras de

asilo otorgadas por unos países u otros. Con respecto a Europa, en 2019 la inmensa mayoría de las decisiones de asilo fueron tomadas en Alemania y en los 27 países miembros se otorgaron casi tantas resoluciones positivas de asilo en los procesos de apelación (30.7%), como en los de primera instancia (38.1%), lo que da cuenta de la necesidad de revisar la aplicación arbitraria de los criterios (Eurostat, 2020). En consecuencia, el Sistema Europeo Común De Asilo (SECA) busca la aplicación unitaria de los mismos criterios de credibilidad en cada uno de los juicios de asilo que se resuelven (Comisión Europea, 2014) aunque Van Reenen (2018) denuncia la ausencia de imparcialidad y el carácter subjetivo de la aplicación del SECA en las pruebas de análisis de credibilidad.

Por su parte, el ACNUR (2013) insta a una evaluación del asilo individual, objetiva e imparcial y establece los siguientes indicadores para analizar la credibilidad de los testimonios en adultos : cantidad y especificidad de detalles, consistencia interna de las declaraciones, consistencia entre las declaraciones realizadas por otros familiares solicitantes de asilo o testigos, consistencia del discurso con otra información general o específica disponible, plausibilidad del testimonio y análisis del comportamiento y de la actitud. Como se observa, sobre la memoria y su capacidad narrativa descansan los principales criterios de esta prueba y obtener una resolución positiva de asilo prioriza una narrativa con muchos detalles y muy específicos. Además, este protocolo presupone una priorización de la credibilidad de los hechos a la de la persona, a modo de conservación del principio de inocencia (ACNUR, 2013, 2014), aunque no ocurre ni en adultos ni en menores.

La solicitud de asilo se formaliza a través de una entrevista donde el migrante expone su discurso y las autoridades administrativas nacionales prueban la veracidad del testimonio determinando su derecho a asilo. Específicamente, la importancia otorgada a la cantidad y a la precisión de detalles del recuerdo supone que la memoria alberga los recuerdos de forma pormenorizada, activos, accesibles y con capacidad de ser narrados. Sin embargo, como se ha visto a lo largo de este capítulo, esta creencia va en contra de lo que la ciencia ha establecido sobre el funcionamiento de la memoria humana y sobre la exactitud de los testimonios (Manzanero 2010; Manzanero & Recio, 2012). La memoria se conceptualiza como un

constructo frágil, que no representa la realidad sino parte de ella y que acepta que la exactitud de los testimonios se ve alterada por el paso del tiempo, por la recuperación múltiple y por otros factores que distorsionan el recuerdo. De este modo, se explica que en las entrevistas de solicitud de asilo una única historia sea contada por el mismo protagonista de diversas maneras, focalizando la atención en diferentes elementos o sensaciones y, dando lugar a que una misma vivencia varíe en cantidad y especificidad de detalles (Kihlstrom, 2009; Manzanero, 2010; Schacter, 2013; Williams et al., 2007). En paralelo, la revisión de este procedimiento de análisis de credibilidad requiere una mayor consideración del efecto que el trauma y los mecanismos resilientes tienen sobre el funcionamiento de la memoria y sobre sus consecuencias en las decisiones de asilo. En concreto, Guarch-Rubio y Manzanero (2020) destacan estos elementos y su especial influencia en la vulnerabilidad detectada para los menores no acompañados, no solo por sus propias características, sino por no contar con información contrastable por terceros. Asimismo, se destaca la falsa asunción de que las personas que han vivido experiencias traumáticas deben mostrar signos de patologías provocadas por el daño psicológico sufrido. A pesar de que el trauma puede quebrar la identidad de sus supervivientes y que las memorias traumáticas acompañan a los refugiados gran parte de su vida, el deseo de olvidar surge como una estrategia de resiliencia. En esta dirección, el estudio de Manzanero y cols. (2015) con refugiados en la franja de Gaza, encontró que a los recuerdos positivos se les atribuyó una mayor importancia que a los negativos lo que se identificó como un elemento de protección. Igualmente, la falta de signos de afectación y el deseo de “no entrar en detalles” no deben considerarse en los juicios de asilo como indicadores de engaño, ya que puede deberse tanto a factores culturales como a aspectos relacionados con la memoria del trauma y de su afrontamiento. Acorde a Akhtar y cols., (2017) se sostiene que para facilitar con detalles un recuerdo emocionalmente intenso no solo ha de ser reciente, sino que la persona ha de querer asumir una posible reexperimentación fenomenológica de las características del evento a través de su narrativa, y no todos los refugiados están dispuestos a ello. En este sentido, Ní Raghallaigh y Gilligan (2010) sostienen que la supresión emocional actúa como factor resiliente en los menores refugiados no

acompañados. Además, no es lo mismo olvidar que no querer recordar deliberadamente (Manzanero & Recio, 2012).

Por otro lado, pese a que el trauma es un predictor de la salud mental de los desplazados, algunos estudios apuntan a que el riesgo de sufrir TEPT disminuye sustancialmente con el paso de los años (Ehlers & Clark, 2003; Giacco & Priebe, 2018; Ssenyonga et al., 2013). De generalizarse estos hallazgos, el paradigma de las memorias equiparables consolidaría la aceptación de un natural decaimiento de la viveza para todas las memorias, incluso las traumáticas. En suma, se promovería el afrontamiento ordinario del trauma a medida que se sostiene en el tiempo y se aceptaría una mayor variabilidad de narrativas, con menos detalles y más distancia y perspectiva. Por tanto, la revisión de estos criterios de análisis de credibilidad advierte una falta de consideración acerca del funcionamiento de la memoria, así como del efecto que el trauma y la resiliencia tienen en el recuerdo de los solicitantes de asilo (Guarch-Rubio & Manzanero, 2020). En el capítulo V, a modo de conclusión de esta tesis se propone una revisión de los indicadores de credibilidad planteados por el ACNUR. Así, se considera el funcionamiento de la memoria en condiciones normales y traumáticas y los efectos que el trauma y la resiliencia pueden tener sobre la salud mental de los desplazados forzosos en los procesos de asilo.

El manejo de los recuerdos traumáticos en la creación de estrategias resilientes

A su vez, el manejo de los recuerdos traumáticos juega un papel importante en el desarrollo de las estrategias resilientes. Como se ha visto, parte de la sintomatología del TEPT consiste en evitar el recuerdo de las vivencias traumáticas y de otros aspectos relacionados con estas memorias. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por evitar estos pensamientos, la evolución del TEPT no siempre lo permite. De hecho, las estrategias resilientes que evitan recuerdos, así como las orientadas a desconectar con las emociones conducen a un empeoramiento psicológico del trauma que minimiza los beneficios resilientes y agudiza la sintomatología del TEPT (Hooberman, Rosenfeld, Rasmussen, & Keller, 2010). No obstante, en el

afrontamiento sin sintomatología de las vivencias traumáticas, la persona *no las olvida* sino que *las echa al olvido*, alejándolas de su conciencia y no permitiendo que formen parte de su presente ni condicionen su futuro (Echeburúa & Amor, 2019). En este esfuerzo, el apremio cultural de los recuerdos positivos favorece el mantenimiento de las memorias positivas sobre las negativas (Rubin & Berntsen, 2003) y podría jugar un papel importante en el desarrollo de estrategias resilientes. Después de los episodios de guerra de 2014 en la franja de Gaza, Manzanero et al., (2018), encontraron que se producían más memorias intrusivas con respecto a hechos positivos que a hechos negativos en refugiados palestinos, como una forma resiliente de rumiación positiva apuntada por otros trabajos (Li, Starr y Hershenberg, 2017; Rieck, Shakespeare-Finch, Morris, & Newbery, 2005; Sutherland & Bryant, 2007).

En la práctica clínica, la reconstrucción narrativa traumática desempeña un importante rol en el crecimiento postraumático ya que promueve la mejoría psicológica a partir de la recuperación e integración de los recuerdos traumáticos y de sus narrativas (Uy & Okubo, 2018). Trabajos como los de Arnetz et al., (2003) recomiendan el apoyo y la investigación de los traumas post-migratorios desde la promoción de estrategias resilientes antes que desde el estudio de la sintomatología. Bajo esta perspectiva, tiene sentido fomentar los elementos de protección con una mirada preventiva en lugar de paliativa.

CAPÍTULO 4. Estudios

PLANTEAMIENTO GENERAL

La presente investigación se plantea con el fin último de conocer el estado de salud mental de las personas desplazadas forzosamente para: a) fomentar el desarrollo y la puesta en marcha de programas de atención psicosocial que se adecuen a las características y a las necesidades psicológicas de esta población y b) desarrollar adecuados procedimientos en la toma de decisiones para la concesión de protección internacional.

Esta tesis busca propiciar la adaptación e integración de los solicitantes de asilo y de los refugiados para mejorar su calidad de vida y contribuir a su estabilidad psicológica. Además, de manera particular se ve necesario el trabajo psicológico con las personas afectadas por el trauma, las cuales requerirán de necesidades diferenciadas. A lo largo de los cinco estudios que componen esta tesis, se evalúan los factores relacionados con el estado psicológico de los refugiados y de los solicitantes de asilo. Por un lado, se considera relevante la experimentación traumática y de tortura a la que con frecuencia se ven expuestas estas personas y, en consecuencia, su efecto en la salud mental de los desplazados, como por ejemplo con la presencia de TEPT. Asimismo, dado que el desplazamiento forzado tiende a la cronificación y perdura años desde que las personas abandonan su lugar de origen hasta que llegan al de destino, esta tesis evalúa la salud mental en entornos de refugio prolongado y busca los elementos resilientes que promueven la adaptación a estos entornos. De esta manera, algunos de los elementos de afrontamiento encontrados en las situaciones de refugio a largo plazo se espera que puedan tener una aplicación práctica en la propuesta de grupos de apoyo psicosocial para las personas refugiadas en los países de destino.

Por otro lado, dado que las memorias negativas sobre recuerdos traumáticos son muy habituales en los entornos de refugio forzado, precisamente porque muchas veces son las causas de la migración forzada.

Esta tesis propone dos líneas de trabajo con respecto a las mismas. Así, el capítulo cinco recoge dos propuestas prácticas que surgen de la aplicación de los resultados obtenidos en esta tesis. En primer lugar, se plantea la atención psicológica a través de grupos terapéuticos de apoyo psicosocial en los que se promueve la integración en las sociedades de acogida a partir de la generación de nuevas memorias y de recursos resilientes. En segundo lugar, se aporta evidencia empírica para llevar a cabo una revisión teórica de las pruebas de análisis de credibilidad empleadas por el ACNUR con las que se concede la protección internacional. Sumado a lo anterior, se ha visto que el efecto del trauma junto con los procesos de resiliencia tiene un impacto en las memorias traumáticas que los solicitantes de asilo exponen durante los juicios de asilo y esta tesis considera insuficiente la consideración de ambos factores, por lo que se propone la revisión de los criterios de esta prueba.

Motivación del estudio

Esta tesis nace motivada por la situación de vulnerabilidad y de abandono político y humano que experimentan las personas refugiadas y solicitantes de asilo en el Siglo XXI.

Desde el ámbito psicológico, pese a la frecuente exposición traumática y violenta que experimentan los migrantes forzosos es habitual la falta de recursos de apoyo psicosocial para afrontar e integrar adaptativamente estas experiencias traumáticas y la propia situación de exilio. Así, desde que salen de sus países de origen hasta que llegan y se asientan en entornos seguros de refugio, los refugiados suman experiencias negativas, las cuales tienen un efecto acumulativo en su salud mental y la falta de recursos de atención hace que se agrave su sintomatología y se dificulte su integración.

Además, esta tesis considera fundamental la valoración psicológica de las personas solicitantes de asilo y refugiadas. En esta dirección, aunque la tendencia a la recuperación resiliente y a la integración sea un aspecto generalizado en los refugiados y en los solicitantes de asilo, la presencia de trauma y su

afrontamiento tienen un efecto sobre sus recuerdos traumáticos. Por tanto, se ve necesario subrayar el impacto que ambos fenómenos tienen sobre el recuerdo, el cual genera las narrativas expuestas en las pruebas de análisis de credibilidad, y a través de las que los solicitantes de asilo acceden la protección internacional.

En suma, dar respuesta a la necesidad de conocer el estado de salud mental de los refugiados y de los solicitantes de asilo para promover su integración y al mismo tiempo, valorar las características de sus memorias traumáticas y el rol que desempeñan en los procesos de análisis de credibilidad, son los dos factores que sustentan el surgimiento de esta tesis.

Fortalezas y limitaciones

Entre las principales fortalezas de la presente tesis destaca el aportar conocimiento empírico de forma pionera sobre la población concreta evaluada en un momento de espacio/tiempo en el que no existen estudios previos similares. A su vez, los lugares en los que han tenido lugar la recogida de datos, especialmente en los Estudios I, II, III y IV son sitios de difícil acceso. De esta manera, el contacto con esta población es limitado porque se requiere la puesta en marcha de infraestructuras que permitan una evaluación humana en entornos de elevados niveles de violencia y de vulneración de derechos humanos (Estudios I y II). Igualmente, el acceso a la población en entornos de refugio prolongado como en el Sahara, necesitó de los permisos y de la confianza de los grupos políticos que operan en la zona, lo que a su vez, resulta complejo de conseguir (Estudios III y IV). Por tanto, la población participante es muy específica de los grupos a los que representan. Sin embargo, una de las principales limitaciones asociada a la muestra es el tamaño de esta. Este aspecto se explica por la dificultad mencionada del acceso a esta población, incluso en los países de destino (Estudio V), y por la falta de personal con formación en trauma que permita realizar evaluaciones ajustadas a las necesidades de los participantes, lo que a veces resulta complicado para la recogida de datos con objeto de una tesis doctoral.

Por último, esta tesis destaca en su capacidad de abordar la “cuestión de los refugiados” desde un amplio paradigma que contempla las perspectivas macro, meso y micro. De este modo, la presente tesis tiene implicaciones teórico /académicas y contribuciones prácticas con perspectiva para los tres dominios mencionados. Así, se contempla el peso que la psicología tiene sobre los aspectos legislativos que limitan y conceden el asilo a través del análisis de credibilidad, se desarrolla el impacto que el exilio tiene sobre la salud mental de los refugiados y se valora específicamente la transformación de sus necesidades en estrategias de resiliencia e integración a través de las propuestas de grupos psicosociales.

Aspectos éticos

Todos los estudios desarrollados a lo largo de esta tesis forman parte de un amplio Proyecto de Investigación que evalúa el trauma psicológico en refugiados y solicitantes de asilo financiado por el Banco Santander y por la Universidad Complutense de Madrid (PR26/16-20330, PR75/18-21661, PR87/19-22576). Este proyecto ha sido aprobado por el Comité Ético de la Universidad Complutense de Madrid (España), y declarado de interés para el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR) y para la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina (UNRWA). Igualmente, se contó con la colaboración de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado y con la aprobación de la Universidad de Limerick acorde a los permisos de evaluación del ACNUR (Véase Anexo 1).

Asimismo, en todos los estudios se explicó a las personas participantes el carácter investigador de las evaluaciones y se llevó a cabo la lectura del consentimiento informado (disponible en castellano, inglés, árabe y francés) según requirió la situación (Véase Anexo 9). En todas las evaluaciones se explicó claramente a los participantes que su colaboración era voluntaria, que el contenido sería confidencial y que eran totalmente libres de no responder algunos de los ítems o de abandonar la evaluación en el momento en el que lo desearan y sin tener por qué dar explicaciones. Igualmente, se reforzó que la participación de los migrantes/refugiados

no tenía consecuencia alguna en los procesos de asilo y se cuidó el carácter puramente evaluativo de las entrevistas, evitando así una posible modificación en las narrativas de los participantes. Además, en todos los estudios de esta tesis en los que se ha evaluado tortura, la evaluación psicológica se ha desarrollado bajo las recomendaciones del protocolo de Estambul.

Por último, se destaca la especial sensibilidad de los testimonios recogidos y la considerable vulnerabilidad tanto jurídica como psicológica de las personas que han participado en esta tesis. En consecuencia, tal y como ha ocurrido en otros estudios con población refugiada (Ibrahim & Hassan, 2017) por razones culturales y de seguridad el consentimiento informado ha sido recogido de forma verbal en la mayoría de las ocasiones.

1. EL ÉXODO (VIAJE Y CRUCE DE FRONTERAS).

ESTUDIO 1. Experiencias traumáticas, tortura y trauma psicológico en migrantes y refugiados en la frontera Bosnio-Croata.

Hasta hace poco tiempo, Bosnia-Herzegovina quedaba fuera del imaginario colectivo como ruta migratoria referente de llegada a Europa. Sin embargo, desde 2015 con la fortificación de las fronteras por parte de Hungría y de Eslovenia, la llamada “ruta de los Balcanes” se ha reformulado y nuevas vías de paso se han consolidado para llegar a la Unión Europea (Amnistía Internacional, 2019). En este sentido, desde enero de 2018 hasta diciembre de 2019, 53 263 refugiados /migrantes fueron registrados a su paso por Bosnia-Herzegovina, lo que sumó más de 2 200 personas al mes, y la mayoría de ellos se establecieron en Sarajevo y en las zonas cercanas a la frontera oeste de Croacia (UNHCR, 2020). Así, Bosnia-Herzegovina se ha constituido popularmente como un país de tránsito para algunos migrantes y refugiados, quienes a su vez buscan un asentamiento estable más allá de las fronteras bosnias. En esta línea, una investigación reciente del IOM (2020) encontró que a su paso por Bosnia-Herzegovina algunos migrantes/refugiados expresaron interés en establecerse en Italia (27%), Francia (18%), Alemania (14%) u otros destinos (41%). Entre otros factores, desde que en 1995 se puso fin al conflicto armado en Bosnia-Herzegovina, el desarrollo del país arrastra una limitada capacidad de recursos, inestabilidad política y cierta incapacidad institucional para proporcionar un mínimo de condiciones de vida para los migrantes/refugiados (Amnistía Internacional, 2019).

A su vez, esta falta de protección institucional se traduce en un aumento del rechazo y de la violencia a la que se ven expuestos los migrantes y los refugiados. Además, la situación de inseguridad en la que transcurre la cotidianidad de los migrantes y de los refugiados en tránsito, hace que la convivencia con la violencia sea un factor prácticamente imposible de obviar. A su vez, la variabilidad de testimonios, de experiencias e itinerarios de quienes llegan a las fronteras junto con los complejos y volátiles patrones de movilidad convierte a las fronteras en puntos de intercambio donde proseguir con la planificación de la ruta migratoria, minimizando los riesgos y maximizando las oportunidades. Así, la frontera de Bosnia-

Herzegovina con Croacia representa un lugar clave para la documentación de cómo los migrantes y los refugiados están expuestos a situaciones de violencia y trauma corporal en su intento de cruzar a la Unión Europea. Sin embargo, apenas existen datos cuantitativos en esta zona que muestren prevalencias sobre los eventos violentos sufridos por estos migrantes, sobre sus experiencias en la frontera o sobre el periodo de tránsito o el tiempo que pasan en los centros de detención. Respecto a la documentación disponible, el pasado 2019 la *Border Violence Monitoring Network* (2020) registró 3 251 devoluciones ilegales desde Croacia a Bosnia-Herzegovina y desde Grecia a Turquía.

En el estudio presente, los objetivos iniciales fueron la evaluación de los eventos traumáticos y de tortura experimentados por los migrantes/ refugiados, y consecuentemente la presencia de TEPT en esta zona fronteriza. No obstante, a través de la observación de campo se detectó que un buen número de personas eran deportadas ilegalmente y de forma diaria desde Bosnia- Herzegovina a Croacia. En sus devoluciones, normalmente volvían heridas y sin sus pertenencias (teléfonos móviles, dinero y otros objetos personales tales como mochilas, gafas de visión y ropa). Por lo tanto, los objetivos de investigación fueron readaptados a las circunstancias y se focalizó así en la violencia y en el trato inhumano y degradante que los migrantes/refugiados experimentaron en la mencionada frontera. Para lograr este objetivo, se focalizó en los pueblos de Bihać y Velika Kladuša, ubicados en la zona oeste de la ruta balcánica donde se concentraba una importante atmósfera de violencia. A su vez, esta ruta de los Balcanes extiende su trayecto desde Turquía a Grecia pasando por los antiguos estados yugoslavos y en ocasiones, por Hungría (Milan, 2019).

Estos pueblos de Bihać y Velika Kladuša, se sitúan en la frontera noroeste de Bosnia-Herzegovina con Croacia y se han constituido como entornos de acogida temporal para algunos migrantes/refugiados. En 2019, para cuando este estudio tuvo lugar, entre 5 000 y 5 500 personas se encontraban en estos pueblos fronterizos tras haber huido de conflictos, persecuciones o entornos de pobreza en sus países de origen (Amnistía Internacional, 2019). Sin embargo, solo algunas de estas personas fueron acogidas en barracas institucionales, dado que la situación de saturación y de hacinamiento restringió el uso a estos servicios. En consecuencia,

muchos migrantes y refugiados permanecieron en situación de calle o alojados en viejos edificios abandonados a la espera de poder cruzar a la Unión Europea.

Método

Participantes

Cincuenta y cuatro participantes fueron evaluados, 51 fueron hombres (94.4%) y 3 mujeres, con un rango de edad entre los 17 y los 41 años ($M = 26.15$; $DT = 4.72$). La captación de participantes se produjo de dos formas: a) mediante referencias proporcionadas por ONGs que operaban en la zona y b) a través de muestreo de bola de nieve gracias a otros migrantes residentes en Bihać y Velika Kladuša. La muestra se obtuvo preguntando a los miembros de la población migrante si deseaban participar libremente en la investigación, formando parte de esta como muestreo por conveniencia. Todas las personas participantes eran migrantes y refugiados y se consideraron “en movimiento” en tanto y en cuanto se encontraban en tránsito en Bihać y Velika Kladuša (Bosnia-Herzegovina) esperando a llegar a la UE, independientemente de su situación legal institucional. Asimismo, estos dos núcleos son considerados dos “hot points” en la mencionada ruta Balcánica debido al elevado número de deportaciones no oficiales (*pushbacks*) que reciben por parte de Croacia.

En este estudio, se entiende el número de *pushbacks* de Croacia a Bosnia-Herzegovina como la cantidad de intentos que llevaron a cabo para cruzar la mencionada frontera y que, en consecuencia, se materializaron en deportaciones ilegales. En sus propias palabras, en el número de veces que “*habían perdido el juego (lost the game)*”. Finalmente, merece la pena mencionar que todos los migrantes/refugiados del Norte de África habían elegido la ruta balcánica para no cruzar el Mar Mediterráneo.

Instrumentos y procedimiento

En la evaluación se aplicó una versión adaptada para población Iraquí del *Harvard Trauma Questionnaire* (de aquí en adelante HTQ) (Shoeb, Weinstein, & Mollica, 2007) y un cuestionario específico diseñado para este estudio (Véase Anexo 2). Para cumplir con los objetivos planteados, se adaptó la versión del HTQ para recoger las experiencias traumáticas y de tortura sufridas por los migrantes/refugiados durante su estancia en Bihać y Velika Kladuša y, más específicamente durante su detención y *pushback* en sus intentos de cruzar la frontera entre Bosnia-Herzegovina y Croacia. En consecuencia, parte de los episodios de violencia recogidos hicieron mención a la violencia perpetrada por agentes oficiales de la frontera croata (Véase Anexo 3). Por lo que respecta a las experiencias traumáticas, se recogen aquellas que los migrantes/refugiados sufrieron en sus países de origen y durante la travesía, habiendo sido perpetradas por otros migrantes o por traficantes humanos. En suma, el núcleo central de este estudio se centra en la presencia de eventos traumáticos perpetrados en las fronteras externas de la Unión Europea.

En el transcurso de la evaluación se emplearon treinta y cinco respuestas binarias tipo “Sí/No” contenidas en la sección de tortura, por ejemplo, “¿has estado expuesto a entornos de suciedad con consecuencias negativas para tu salud? o ¿has sido humillado y amenazado?”. Igualmente, se seleccionaron tres preguntas relevantes de la primera sección del HTQ porque se trataban de ítems incluidos en el testimonio de los migrantes/refugiados al narrar sus experiencias durante las detenciones y los push-backs en la frontera bosnio-croata. Por lo tanto, estos ítems recogen información relativa a situaciones violentas y daños en la cabeza sufridos durante los push-backs. Sin embargo, el resto de los eventos traumáticos ocurrieron en sus países de origen y a lo largo del viaje sin una concisa especificación. Finalmente, se incluye la sección cuarta del HTQ sobre los síntomas traumáticos que evalúan la presencia del TEPT (Shoeb et al., 2007).

Asimismo, se empleó un cuestionario clínico adaptado (Véase Anexo 2), diseñado para tal fin y que permitió la recogida de características sociodemográficas de los participantes tales como edad, estado civil, motivo migratorio o duración de la migración, entre otros.

Las entrevistas se desarrollaron de forma oral, individualmente, en inglés y se tuvo muy en cuenta el estado emocional de los participantes para evitar cualquier posible reactivación post-traumática. Al mismo tiempo, para las preguntas abiertas se posibilitó la opción de que los participantes cumplimentasen las mismas en árabe o en cualquier otra lengua. Además, los cuestionarios eran bilingües y las preguntas estaban escritas en inglés y en árabe, por lo que los participantes podían leer los ítems en ambos idiomas.

Como estrategia de reclutamiento y de acercamiento a la población se desarrolló una dinámica flexible de aproximación progresiva y en todo momento se consideró las circunstancias cambiantes del contexto migratorio en la región. Además, la colaboración con voluntarios independientes y su trabajo en la zona permitió una mayor cercanía con migrantes/refugiados mayores de 18 años en los municipios de Bihać y Velika Kladuša, a lo largo de julio y agosto de 2019. En consecuencia, se invirtió tiempo en la colaboración con ONGs y fundamentalmente en el trabajo de calle, en los cafés y en los lugares como parques urbanos donde se autoorganizaban improvisados campos de refugiados. Así, estos lugares constituyeron los entornos más adecuados donde la gente se reagrupaba y se mostraba disponible a compartir sus testimonios de forma privada.

Resultados

Las características sociodemográficas de los 54 migrantes/refugiados que participaron en este estudio se muestran en la Tabla 1. Para cuando la evaluación tuvo lugar, todos los entrevistados estaban esperando su oportunidad para cruzar la frontera desde Bosnia-Herzegovina a Croacia, para alcanzar el espacio Schengen y, desde ahí los países de destino deseados en la Unión Europea. Casi toda la recolección de datos se llevó a cabo en Velika Kladuša y, la inmensa mayoría de migrantes/ refugiados fueron hombres por debajo de los 35

años (94.4%). Casi la totalidad de ellos estaban solteros (87%) y ninguno viajó con menores a su cargo. Los participantes de este estudio procedían principalmente de países de Oriente Medio y del Norte de África. Ligeramente más de la mitad de los refugiados / migrantes expusieron como motivos migratorios aspectos relativos a persecuciones y a falta de seguridad en sus países de origen por razones políticas, religiosas o por una situación de conflicto armado (51.9%). En consecuencia y acorde con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y con los acuerdos establecidos en la Convención de Ginebra en 1951, estas personas deberían haber tenido derecho a realizar una solicitud de asilo (UNHCR, 2019).

		N	%
País de origen	Argelia	21	38,9
	Marruecos	10	18,5
	Iraq	8	14,8
	Siria	8	14,8
	Palestina	2	3,7
	Túnez	2	3,7
	Libia	1	1,9
	Paquistán	1	1,9
	Sahara Occidental	1	1,9
Sexo	Hombre	51	94.4
	Mujer	3	5.6
Grupo de edad (años)	18-25	29	53.7
	26-34	22	40.7
	≥ 35	3	5.5
Estado civil	Soltero	47	87
	Casado	5	9.3
	Divorciado	2	3.7
Hijos/as	Sí	6	11.1
	No	48	88.9
Motivo migratorio	Deseos de mejor vida	26	48.1
	Persecución política /religiosa, o guerra	28	51.9

Tabla 1. Características sociodemográficas entre migrantes/refugiados (N = 54) evaluados durante su proceso migratorio durante julio-agosto de 2019.

La mayoría de los participantes provenían de Argelia (38.9%), seguido de Marruecos (18.5%), Iraq (14.8%) y Siria (14.8%). Los países de origen encajan en la actual tendencia de personas que utilizan esta ruta para entrar en la Unión Europea (IOM, 2020; UNHCR, 2020). Sin embargo, este patrón no es necesariamente representativo de todos los flujos migratorios a lo largo del trayecto Balcánico dado que esta ruta tiende a

estar en constante evolución. Así, la revisión bibliográfica muestra a esta ruta como un punto de intersección con otros trayectos, con afluencia de migrantes/refugiados viajando desde Asia Central, Oriente Medio, el Norte de África y el África Subsahariana (Crepet et al., 2017; El-Shaarawi & Razsa, 2019). A su vez, la emergencia de esta ruta del oeste balcánico es un adecuado reflejo de cómo las actuales políticas migratorias reconducen las vías que tradicionalmente llegaban a Europa desde el Norte de África hacia Italia y hacen que se refuerce la llegada a través de Turquía.

Desde una perspectiva nacional, la mayor parte de los argelinos que participaron en este estudio (81%) expresaron haber dejado atrás Argelia buscando una mejora en su calidad de vida, siendo este el principal motivo migratorio encontrado para llegar a Europa. Por el contrario, y de forma predecible, todas las personas sirias (100%) reflejaron la persecución política como el principal desencadenante que les obligó a abandonar su país en guerra, y respecto a los iraquíes, el 75% expresaron la persecución religiosa como un factor decisivo que les empujó a migrar. Por lo tanto, como se ha mencionado anteriormente, ligeramente más de la mitad de los participantes deberían haber tenido la posibilidad de solicitar asilo y de ser considerados como refugiados atendiendo a sus causas migratorias. Por lo que respecta a las fechas de salida desde los países de origen, en el caso de los sirios, se observa consistencia referente a que las migraciones se han producido desde al menos junio de 2012. Con relación a las personas procedentes de Iraq, Marruecos y Argelia las fechas que marcan el inicio de la migración se establecen entre junio de 2017 y junio de 2019. En términos generales, la mayoría de los migrantes/refugiados abandonaron sus países de origen entre diciembre de 2017 y junio de 2019.

Como muestra la Tabla 2, desde que las personas entrevistadas abandonaron el país de origen, la duración media del viaje migratorio fue cercana a los dos años. Sin embargo, el promedio de estancia en Bosnia-Herzegovina apenas fue de 6 meses y tan solo el 22.2% de los entrevistados permanecieron en este país desde hacía un año. El mínimo periodo de estancia en Bosnia-Herzegovina fue de 10 días y el máximo de dos años. Por último, 48 de los 54 participantes habían intentado cruzar la frontera de Bosnia-Herzegovina a Croacia al menos en una ocasión y fueron deportados sin el debido proceso que exige el derecho a solicitar

asilo. Además, el promedio de intentos para cruzar esta frontera fue cercano a 6 y el 24.07% expresó haberlo intentado en diez ocasiones o más. Según los testimonios ofrecidos por los migrantes/refugiados, nadie tuvo la oportunidad de solicitar asilo y fueron deportados de forma no oficial (pushbaks) a Bosnia-Herzegovina desde Croacia sin ningún proceso burocrático (Véase Anexo 3).

	<i>M</i>	<i>DT</i>
Duración del trayecto migratorio (meses)	20.50	17.66
Duración de la estancia en Bosnia-Herzegovina (meses)	5.84	5.03
Número de deportaciones de Croacia a Bosnia-Herzegovina	5.87	5.50

Tabla 2. Características del proceso migratorio entre migrantes/refugiados (N = 54) evaluados durante su proceso migratorio durante julio-agosto de 2019.

Por otro lado, el análisis del motivo migratorio como un factor de influencia no mostró efectos sobre el tiempo que las personas permanecieron en la frontera de Bosnia -Herzegovina con Croacia, $F(1,52) = 0.326$, $p = .570$, $\eta^2 = .006$; ni tampoco se encontró un efecto con el número de veces que habían sido deportados, $F(1,52) = 2.155$, $p = .148$, $\eta^2 = .040$. Así, los migrantes por motivos económicos (mejor vida) permanecieron una media de 187.69 días ($DT = 145.93$) en Bosnia Herzegovina, mientras que el promedio para los refugiados por razones políticas o religiosas se situó en 163.75 días ($DT = 160.86$). Con respecto al número de deportaciones, la media para los migrantes económicos fue de 7.00 veces ($DT = 6.23$) y para los refugiados por razones políticas/religiosas fue de 4.82 ($DT = 4.60$).

Experiencias traumáticas

Los datos muestran que la estancia y las condiciones de vida en Bihać y Velika Kladuša conducen a una alta prevalencia tanto de experiencias violentas como de tortura. Además, la sensación de inseguridad y los continuos *pushbacks* a los que estaban sometidos en sus intentos de cruzar la citada frontera constituían

elementos de preocupación para los migrantes/refugiados. Todos los participantes (100%) manifestaron haber estado expuestos a situaciones traumáticas asociadas a la experiencia migratoria. Además, la inmensa mayoría (98.14%) reportaron haber experimentado algún tipo de violencia física o psicológica durante algún *pushback* o intento de cruzar la frontera bosnio-croata.

Eventos traumáticos	N	%
Testigo de cómo alguien está siendo herido/a físicamente	45	83,3
Saqueo, destrucción o robo de alguna propiedad personal	44	81,5
Sufrimiento por falta de agua limpia o comida	43	79,6
Forzado/a a huir de tu país	40	74,1
Físicamente herido/a, dañado/a	38	70,4
Golpes en la cabeza	25	46,3
Mal estado de salud sin acceso a atención médica o medicinas	35	64,8
Confinamiento en casa debido al caos y a la violencia en el exterior	35	64,8
Asesinato o muerte violenta de un/a amigo/a	34	63,0
Desaparición de un/a amigo/a	33	61,1
Falta de cobijo	32	59,3
Estar en busca, ser perseguido/a	31	57,4
Estar presente mientras alguien buscaba personas o cosas en tu domicilio	30	55,6
Testigo de cuerpos en descomposición	28	51,9
Testigo de tortura	28	51,9
Testigo de asesinato	28	51,9
Opresión por motivos étnicos, religiosos o de pertenencia a minorías	27	50,0
Forzado/a a abandonar tu lugar de origen/residencia y a asentarte en otra parte del país con los servicios mínimos	26	48,1
Testigo del arresto, tortura o ejecución de líderes religiosos o personas importantes en tu comunidad	25	46,3
Testigo de bombardeos, quema o devastación de áreas residenciales	25	46,3
Daño físico serio de algún familiar o amigo/a por situaciones de combate	25	46,3
Torturado/a	22	40,7
Encarcelado/a	21	38,9
Expulsión del país por motivos étnicos, religiosos o de pertenencia a minorías	20	37,0
Testigo de la profanación o destrucción de lugares religiosos	20	37,0
Asesinato o muerte violenta de algún miembro familiar	17	31,5
Recepción del cuerpo inerte de un familiar sin la posibilidad de hacer un entierro o rituales asociados	17	31,5
Amigo/a secuestrado/a o tomado/a como rehén	17	31,5
Testigo de ataques químicos en áreas residenciales	16	29,6
Testigo de abuso sexual o violación	16	29,6
Alguien informó sobre ti, exponiéndote a ti y a tu familia a riesgo de muerte o de daño	16	29,6
Testigo de ejecuciones masivas de civiles	15	27,8
Desaparición de algún familiar (pareja, hijo/a, ect.)	14	25,9
Ser forzado/a a informar acerca de alguien poniéndole en riesgo de muerte o de daño	13	24,1
Algún miembro familiar ha sido secuestrado/a o tomado/a como rehén	11	20,4
Usado/a como escudo humano	10	18,5
Daño físico serio por situación de combate o minas terrestres	9	16,7
Forzado/a a dañar físicamente a alguien	8	14,8
Forzado/a a pagar una bala para matar a alguien de tu familia	6	11,1
Secuestrado/a o tomado/a como rehén	6	11,1
Forzado/a a destruir la propiedad de alguien	5	9,3
Abuso sexual o violación (p.e., actividad sexual forzada)	2	3,7

Tabla 3. Eventos traumáticos entre migrantes/refugiados (N=54) durante su proceso migratorio. Los eventos específicos marcados en negrita ocurrieron en Bihać y Velika Kladuša durante julio-agosto de 2019. Ordenados de mayor a menor frecuencia.

Los resultados de la sección primera del HTQ muestran que el 81.5% sufrieron robo de sus pertenencias, el 70.4% fueron físicamente heridos o dañados y de ellos un 46.3% sufrió golpes intencionados en la cabeza. Además, el 40.7% reflejó haber sido torturado físicamente y se percibió a sí mismo como víctima de tortura. Pese a que la Tabla 3 muestra todos los resultados sobre eventos traumáticos, acorde a los testimonios aportados se destacan las tres experiencias traumáticas marcadas en negrita, junto con la subcategoría extra de “golpes en la cabeza”. Así, sobre ellas se tiene una constancia explícita de que ocurrieron durante el proceso de detención en la frontera de Croacia. Sin embargo, no existe una precisión concreta acerca de cuándo y dónde ocurrieron el resto de las experiencias traumáticas ya que los migrantes/refugiados expresaron haberlas vivido a lo largo de todo el proceso migratorio o en su país de origen. No obstante, estas experiencias traumáticas tienen un efecto acumulativo en la salud mental de los entrevistados (Steet et al., 2009) y están vinculadas a sus experiencias migratorias.

El promedio de experiencias traumáticas sufridas por los migrantes/refugiados fue de 17.74 episodios traumáticos ($DT = 9.34$, rango [1-36]). El análisis comparativo de los grupos mostró diferencias en función de los motivos migratorios, $F(1,52) = 26.604$, $p < .001$, $\eta^2 = .338$. De este modo, los migrantes por razones económicas sufrieron una media de 12.15 experiencias traumáticas ($DT = 6.67$) y los refugiados por causas políticas o religiosas presentaron un promedio de 22.93 experiencias de trauma ($DT = 8.49$).

Experiencias de tortura

Como se observa en la Tabla 4, la exposición prolongada a la lluvia y al frío (92.6%) fue la experiencia de tortura más común.

Experiencias de tortura	N	%
Exposición a la lluvia o al frío	50	92.6
Deprivación de agua y comida por largos periodos de tiempo	36	66.7
Deprivación de atención médica	36	66.7
Exposición a condiciones de suciedad que conducen a problemas de salud	35	64.8
Exposición intensa al calor, al sol o a la luz	32	59.3
Ser perforado/a, abofeteado/a, pateado/a o golpeado/a con objetos	30	55.6
Forzado/a a permanecer de pie por largos periodos de tiempo	29	53.7
Humillado/a y amenazado/a	28	51.9
Deprivación de sueño	25	46.3
Exposición a un continuo y penetrante ruido	21	38.9
Estar en una situación en la que no se te ha permitido orinar o defecar	21	38.9
Encadenado/a o atado/a	16	29.6
Forzado/a a desnudarse delante de gente	16	29.6
Obligado/a a permanecer en un saco, caja o en un lugar muy pequeño	15	27.8
Golpeado en las suelas de los pies con varillas o látigos	14	25.9
Obligado/a a permanecer en una celda de aislamiento sin ventilación, sin ropa y sin acceso a un baño	14	25.9
Prohibición para practicar ritos de ablución o de rezo	11	20.4
Trabajo forzado	8	14.8
Testigo de abuso sexual, de violación o de tortura de alguien	8	14.8
Electrocutado/a	7	13.0
Forzado/a a escribir confesiones falsas	7	13.0
Forzado/a a tener posturas humillantes o posiciones sexualmente explícitas	7	13.0
Si es 'sí', ¿fuieste fotografiado/a?	3	5.6
Experiencia de una simulación de ejecución	4	7.4
Venda de ojos	3	5.6
Estirado/a sobre una roca por largos periodos de tiempo	3	5.6
Quemado/a con cigarillos, varillas calentadas electricamente, aceite caliente, fuego o ácido corrosivo	2	3.7
Experiencia de tener la cabeza sumergida en agua, cercano al ahogamiento	2	3.7
Suspensión desde una barra atado por las manos o por los pies durante largos periodos de tiempo	2	3.7
Abuso sexual o violación	1	1.9
Otras experiencias de tortura	1	1.9

Tabla 4. Experiencias de tortura entre migrantes/refugiados evaluados en Bihać y Velika Kladuša (N=54) durante julio y agosto de 2019. Ordenadas de mayor a menor frecuencia.

Mientras, el 59.3% de los participantes expresaron haberse visto expuestos de forma intensa al calor, al sol o la luz. A su vez, más de la mitad (55.6%) reflejaron haber sido golpeados, abofeteados, perforados con objetos o haber recibido patadas en su intento de cruzar la frontera de Bosnia con Croacia. Durante el tiempo que permanecieron detenidos en la frontera, el 66.7% expresó no haber tenido acceso a comida ni agua por largos periodos de tiempo, así como tampoco asistencia médica (66.7%), incluso cuando fue solicitada. Además, la gran mayoría (64.8%) reconoció haberse visto expuesto a condiciones antihigiénicas que hubieran podido derivar en problemas de salud. Acorde a los testimonios de los entrevistados, por lo que respecta a la violencia, experimentada como tortura y recogida en la Tabla 4, fue perpetrada por los agentes fronterizos. Por ejemplo, cuando reflejan que “fueron electrocutados” y “quemados con cigarrillos, varillas eléctricas calientes, aceite caliente, fuego o ácido corrosivo”, todos ellos (13%) describieron haber sido heridos por armas eléctricas tales como tásers, excepto dos personas que sostuvieron haber sido quemadas con cigarrillos. Asimismo, la práctica de acciones que requirieron órdenes o deprivaciones tales como ser forzado/a a permanecer de pie por largos periodos de tiempo, ser fotografiado/a en posturas humillantes o sexualmente explícitas o experimentar una simulación de ejecución, entre otras, tuvieron lugar bajo custodia policial o durante el periodo de tiempo desde el arresto hasta la deportación no oficial.

Por último, la media de experiencias de tortura sufridas fue de 9.02 ($DT = 5.19$, rango [0-27]). No se encontró ningún efecto basado en los motivos migratorios, $F(1,52) = 0.359$, $p = .552$, $\eta^2 = .007$. Así, los migrantes por motivos económicos sufrieron una media de 8.58 ($DT = 4.59$) experiencias de tortura y los refugiados por razones políticas o religiosas superaron ligeramente el promedio con 9.43 ($DT = 5.74$) eventos de tortura, pero sin diferencias significativas.

Sintomatología postraumática

Como se observa en la Tabla 5, con relación a la sintomatología postraumática destacaron los problemas relacionados con la conciliación y con el mantenimiento del sueño (40.7%). Igualmente,

cuestiones emocionales negativas tales como problemas con la falta de confianza en los demás (37%), haber sentido traiciones (29.6%), tener el alma cansada (35.2%) y sufrir agotamiento (31.5%) por las experiencias vividas fueron parte de la sintomatología más extrema entre los participantes. Sin embargo, no se apreciaron síntomas muy elevados de forma generalizada.

Como parte de las puntuaciones más comunes, casi el 30% de los entrevistados presentó pensamientos o recuerdos recurrentes de los eventos dañinos así como dificultades de concentración. A su vez, un 27.8% reconoció problemas de hiperactivación como irritabilidad o ataques de ira y otros sentimientos negativos como la humillación, la falta de esperanza en el futuro, y la indiferencia o distanciamiento de los demás.

En la misma dirección, quince de cada veinticuatro participantes reconocieron experimentar reacciones físicas o emocionales súbitas al recordar los eventos traumáticos o dañinos. Por el contrario, las puntuaciones más bajas hicieron referencia a percibir hostilidad por parte de los demás (7.4%) o a situaciones de problemas de memoria o de conciencia como darse cuenta o ser dicho de que se había hecho algo que no se recordaba (7.4%). Al mismo tiempo y relacionado con la memoria, sentirse incapaz de recordar parte de los eventos más dañinos o traumáticos supuso un problema solo para el 13% de los encuestados y solo una minoría (11.1%) expresó tener una capacidad de memoria pobre.

Síntomas postraumáticos	Nada		Un poco		Bastante		Extremadamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Problemas de sueño	12	22.2	10	18.5	10	18.5	22	40.7
Siente que usted no tiene en quién confiar excepto en Dios	14	25.9	5	9.3	15	27.8	20	37
Siente el alma cansada	7	13.0	20	37	8	14.8	19	35.2
Evita actividades que le recuerdan los eventos dañinos o traumáticos	17	31.5	7	13	13	24.1	17	31.5
Se siente agotado	8	14.8	18	33.3	11	20.4	17	31.5
Pensamientos o recuerdos recurrentes de los eventos más terribles y dañinos	5	9.3	19	35.2	14	25.9	16	29.6
Dificultad de concentración	11	20.4	13	24.1	14	25.9	16	29.6
Siente que alguien de su confianza le ha traicionado	21	38.9	5	9.3	12	22.2	16	29.6
Se siente irritable o tiene ataques de ira	10	18.5	15	27.8	14	25.9	15	27.8
Sentimiento de humillación por su experiencia	20	37	8	14.8	11	20.4	15	27.8
Siente que no tiene futuro	19	35.2	7	13	13	24.1	15	27.8
Sentimiento de indiferencia o distanciamiento de los demás	19	35.2	14	25.9	6	11.1	15	27.8
Tiene reacciones físicas o emocionales súbitas cuando recuerda los eventos más traumáticos o dañinos	14	25.9	13	24.1	12	22.2	15	27.8
Siente que tiene menos habilidades que antes	15	27.8	9	16.7	16	29.6	14	25.9
Rumiaciones, falta de concentración, poca iniciativa, aburrimiento, problemas para dormir, cansancio y quejas somáticas	17	31.5	9	16.7	14	25.9	14	25.9
Ha perdido interés en las actividades diarias	18	33.3	6	11.1	17	31.5	13	24.1
Sentimiento de tener el pecho encogido (palpitaciones)	17	31.5	12	22.2	12	22.2	13	24.1
Se siente en estado de alerta constante	13	24.1	17	31.5	12	22.2	12	22.2
Siente que la gente no entiende lo que le ha ocurrido	16	29.6	13	24.1	13	24.1	12	22.2
Irritabilidad, nerviosismo, pérdida de paciencia, estallidos de rabia	16	29.6	20	37.0	6	11.1	12	22.2
Sensación de opresión en el pecho y asfixia	19	35.2	15	27.8	8	14.8	12	22.2
Pesadillas recurrentes	21	38.9	12	22.2	9	16.7	12	22.2
Evita pensamientos o sentimientos asociados a los eventos dañinos o traumáticos	16	29.6	13	24.1	14	25.9	11	20.4
Sentimiento de culpa y remordimientos por cosas que hayan ocurrido	32	59.3	5	9.3	6	11.1	11	20.4
Siente impotencia para ayudar a otros	25	46.3	11	20.4	7	13	11	20.4
Se siente incapaz de planificar sus días	25	46.3	12	22.2	7	13	10	18.5
Siente como si estuviera dividido en dos personas y una estuviera mirando lo que la otra hace	22	40.7	15	27.8	7	13	10	18.5
Siente que los hechos están ocurriendo de nuevo	18	33.3	14	25.9	12	22.2	10	18.5

Siente que pierde el tiempo pensando por qué Dios permitió que estos sucesos le ocurrieran a usted	29	53.7	8	14.8	7	13	10	18.5
Sentimiento de desconfianza en otros	7	13	19	35.2	19	35.2	9	16.7
Siente que es <i>gafe</i> para usted y para toda su familia	30	55.6	9	16.7	6	11.1	9	16.7
Tiene dificultad para afrontar nuevas situaciones	26	48,1	14	25.9	6	11.1	8	14.8
Dificultad para prestar atención	23	42.6	15	27.8	8	14.8	8	14.8
Siente que quisiera vengarse	36	66.7	5	9.3	5	9.3	8	14.8
Incapacidad para recordar partes de los eventos más dañinos o traumáticos	26	48.1	11	20.4	10	18.5	7	13
Incapacidad de sentir emociones	28	51.9	14	25.9	5	9.3	7	13
Preocupado por problemas físicos	32	59.3	9	16.7	6	11.1	7	13
Sentimiento de culpa por haber sobrevivido	34	63	5	9.3	8	14.8	7	13
Falta de esperanza	8	14.8	8	14.8	3	5.6	7	13
Siente vergüenza por el suceso dañino o traumático que le ha ocurrido	30	55.6	15	27.8	2	3.7	7	13
Pobre memoria	32	59.3	10	18,5	6	11.1	6	11.1
Siente que usted es el único que sufrió estos sucesos	38	70.4	4	7.4	6	11.1	6	11.1
Se siente nervioso, aprensivo y se sobresalta fácilmente	26	48.1	10	18.5	13	24.1	5	9.3
Se ha dado cuenta o le han dicho que ha hecho alguna cosa que no recuerda	29	53.7	15	27.8	6	11.1	4	7.4
Siente que otros son hostiles con usted	26	48.1	19	35.2	5	9.3	4	7.4

Tabla 5. Sintomatología postraumática entre migrantes/refugiados evaluados en Bihać y Velika Kladuša (N=54) durante julio y agosto de 2019. Ordenadas de mayor a menor frecuencia.

Efectos psicológicos

El análisis de los resultados sobre trauma refleja que 27 de los 54 migrantes/ refugiados (50%) cumplen criterios para el diagnóstico de TEPT según el HTQ. Además, el efecto acumulativo de las experiencias traumáticas está positivamente asociado con el TEPT $F(1,52) = 9.006, p < .01, \eta^2 = .148$. Por el contrario, el número de experiencias de tortura no fue determinante para predecir el mencionado trastorno. En consecuencia, para quienes no sufrieron TEPT el número de experiencias de tortura fue de 8.56 ($DT = 5.20$) comparado con la presencia de 9.48 ($DT = 5.22$) episodios de tortura en quienes sí cumplieron los criterios para el diagnóstico $F(1,52) = 0.425, p < .01, \eta^2 = .148$. Por último, no se encontraron diferencias atribuibles a los motivos migratorios, $\chi^2(1, N = 54) = 2.670, p = .173$. De este modo, de las 54 personas evaluadas la

mitad presentaron TEPT en el momento de la evaluación, 10 fueron migrantes económicos y 17 fueron refugiados.

Discusión

La más evidente virtud de este estudio es que constituye la primera investigación psicológica cuantitativa realizada con población migrante/refugiada en la zona fronteriza de Bosnia-Herzegovina con Croacia. La presente investigación es relevante porque examina la prevalencia de los eventos traumáticos experimentados por migrantes/refugiados a lo largo del proceso migratorio y durante su estancia en sus países de origen. Además, se muestra el impacto que estas experiencias tienen sobre la salud mental de los entrevistados, especialmente en el desarrollo de TEPT. Asimismo, acorde a los testimonios de los entrevistados, se muestran las prevalencias de otros eventos de violencia perpetrados por la policía y por agentes fronterizos durante julio y agosto de 2019 en las zonas fronterizas de Croacia con Bihać y Velika Kladuša.

Los resultados mostraron diferencias en la cantidad de eventos traumáticos experimentados por los migrantes económicos y por los refugiados por causas políticas y religiosas. Así, los segundos experimentaron casi el doble de experiencias traumáticas que los migrantes por causas económicas. Por el contrario, no se encontraron diferencias asociadas al motivo migratorio y a la experimentación de tortura o de TEPT. Además, los datos muestran que ambos grupos han permanecido en Bosnia aproximadamente el mismo tiempo y que han sufrido un número parecido de deportaciones. Estos datos podrían sugerir que para los refugiados por causas políticas o religiosas la travesía hacia la UE supone una acumulación de eventos traumáticos que suman a aquellos que se produjeron en el país de origen. Al mismo tiempo, como apenas existen diferencias en la vivencia de experiencias de tortura, podría asumirse que estas ocurrieron durante el viaje y durante los momentos de arresto en la frontera.

Así, la interpretación de los resultados concluye con que los migrantes/refugiados estuvieron expuestos a situaciones de vulneración de derechos humanos incluyendo tratos inhumanos y degradantes y con frecuencia siendo víctimas de violencia física. Los hallazgos en este estudio son importantes porque arrojan evidencia sobre la ausencia de dispositivos de acogida y sobre las prácticas de los agentes fronterizos en la frontera croata. En este sentido, se hace necesario reforzar la importancia de los datos que proporcionan una mejor comprensión de las dinámicas desarrolladas por los países de acogida y por el personal de seguridad fronterizo (Crepet et al., 2017). Sin embargo, y dada la fuerte motivación para conseguir el asilo, algunos estudios apuntan una tendencia a reportar de forma exagerada la sintomatología de TEPT (Peace & Masliuk, 2011). Este hecho, puede explicar potencialmente las diferentes prevalencias de TEPT encontradas (Steel et al., 2009). Por otro lado, la población migrante en ambas localidades fue predominantemente soltera y masculina, lo que no sorprende dado que el género tiene un impacto en el proceso migratorio. En este sentido, la población más vulnerable como mujeres solteras, menores no acompañados o familias tiende a concentrarse en otros puntos de tránsito más seguros, o en zonas donde el control migratorio está dirigido a la protección de los migrantes/refugiados (Crepet et al., 2017; Guarch-Rubio & Manzanero, 2020). Por ejemplo, Bouhenia et al. (2017) encontraron en su trabajo en Calais (Francia) que las autoridades locales establecieron una instalación diferenciada para alojar a las mujeres y a los niños. En este sentido, no sorprende que en este estudio la mayoría de los participantes fuesen hombres, sin responsabilidades familiares lo que les facilitó el desplazamiento individual por esta zona fronteriza donde se concentran elevados niveles de violencia.

En este estudio, se describe de forma detallada la violencia, y en concreto la tortura experimentada, en las zonas fronterizas y durante el viaje. En la misma dirección que apuntaron Arsenijević et al. (2017), nuestros resultados indican que el descenso en el número de llegadas por la ruta balcánica tiene más que ver con el incremento de la violencia y de la tortura que, con el cierre de fronteras. En consecuencia, es mencionable el rol y la responsabilidad de las políticas europeas basadas en acuerdos políticos que promueven la externalización de las fronteras al tiempo que no se condena abiertamente el uso de la violencia como herramienta disuasoria. Además, la violencia fronteriza va más allá de la vivencia de los procesos psicológicos

a través de los cuales los migrantes/refugiados reprimen y somatizan el daño psíquico experimentando. En este sentido, este proceso de violencia fronteriza se contextualiza en el marco contemporáneo de las “geopolíticas de la migración” (Hyndman, 2012), caracterizadas por un proceso global a través del cual se empeoran las condiciones de la migración con políticas migratorias selectivas, restrictivas, represivas y punitivas, junto con un reforzamiento de la vigilancia, de la detención y de la precariedad legal y económica. Investigaciones previas refuerzan esta práctica y revelan la frecuente violencia y tortura que los migrantes y los refugiados sufren en su intento de alcanzar la Unión Europea (Arsenijevic et al., 2017; Crepet et al., 2017; Farhat et al., 2018; Koning, 2019). Psicológicamente, la exposición a estos eventos de violencia durante el tránsito se añade a las previas experiencias traumáticas e incrementa el riesgo de problemas de salud física y mental para los migrantes y refugiados. Al mismo tiempo, se ha mostrado en personas de todas las edades que existe consistencia en la relación entre TEPT y cantidad de eventos traumáticos (Dimitry, 2012; Manzanero et al., 2017).

De otro modo y pese a la violencia institucional y a la tortura mencionada, tan solo el 40.7% se percibió a sí mismo como víctima de tortura, aunque eso no exime que sufrieran humillación. Acorde a lo anterior, el 51.9% de los entrevistados sintió humillación y sentimiento de maltrato por las experiencias relatadas. Los resultados de este estudio apoyan la consideración de los migrantes como una población vulnerable, sometida con frecuencia a altos e ignorados ratios de violencia (Bouhenia et al., 2017).

Por lo que respecta a la exposición a la lluvia y al frío fueron las experiencias de tortura más generalizadas (92.6%) y esto puede explicarse por dos motivos. Primero, porque en el momento de la evaluación muchos de los entrevistados residían en fábricas abandonadas que habían sido transformadas en improvisados alojamientos sin los dispositivos que cubren las necesidades más básicas. A su vez, este hecho contribuyó a una mayor exposición a condiciones antihigiénicas que aumentó el riesgo de infección en la salud de los migrantes/refugiados. En segundo lugar, es comprensible entender la frecuente exposición a la lluvia y al frío por la propia naturaleza del proceso migratorio. Por ejemplo, el viaje desde Bosnia a Croacia

implica el recorrido a pie de largas distancias en condiciones extremas, generalmente con poca agua y comida. En esta dirección, el 59.3% se había expuesto al calor, al sol o a la luz solar de forma continua a lo largo del trayecto y el 66.7 % reportó falta de agua y comida por largos periodos de tiempo durante el cruce de fronteras y durante los *push-backs*. En esta dirección, el trabajo de Ibrahim and Hassan (2017) con población siria-kurda refugiada mostró igualmente una alta exposición a la lluvia o al frío en personas refugiadas en campos de Iraq. En consecuencia, las experiencias de trauma y de tortura encontradas en este estudio pueden explicarse por las condiciones del proceso migratorio y por la violencia institucional.

Por otro lado, se destaca la limitada capacidad estatal de Bosnia para responder a las necesidades de los flujos migratorios. De este modo, en el momento de la evaluación los centros para atender a las personas migrantes/refugiadas estaban saturados sin que existiese otro tipo de alternativas (Naciones Unidas, 2018). Además, los resultados y los testimonios recogidos (Véase Anexo 3) sugieren la existencia de una discriminación sistémica y organizada hacia los migrantes/refugiados, por ejemplo, el 66.7% reflejó no haber tenido acceso a atención sanitaria en Bosnia-Herzegovina. De forma similar, en el estudio de Bouhenia et al. (2017) en Calais (France) encontraron deterioro en la salud de los migrantes ocasionado por las dificultades de acceso a los sistemas de salud, a menudo debido a ciertos obstáculos tales como el miedo a la detención, las barreras con el idioma, los problemas con el transporte o el miedo al racismo. Sumado a lo anterior, esta investigación apoya el planteamiento de Freedman (2016), quien refiere que la actual “crisis” de refugiados evidencia el fallo de la Unión Europea para ofrecer protección a quienes huyen de conflictos y buscan asilo en Europa.

En suma, este estudio aporta evidencia empírica a los trabajos previos que sostienen la práctica sistemática de deportaciones no oficiales, en las cuales se utiliza violencia hacia los migrantes, en concreto en la frontera entre Bosnia-Herzegovina y Croacia (Amnistía Internacional, 2019; Border Violence Monitoring Network, 2020). Asimismo, se hace un reflejo de la vulnerabilidad que presentan las personas “en movimiento” a lo largo de su travesía hacia Europa y se destaca la violencia y el trauma como aspectos

centrales que definen las experiencias del viaje y del cruce de fronteras. A su vez, esta investigación sostiene el efecto acumulativo que las experiencias traumáticas tienen sobre la salud mental de migrantes/refugiados y subraya la importancia de estas experiencias como factores desencadenantes del TEPT. Así, este estudio muestra cómo la violencia perpetrada por los agentes fronterizos se cristaliza en el cruce de fronteras y cómo estos hechos constituyen el reflejo de las políticas migratorias sostenidas por la Unión Europea en su conjunto. Así, pese a que existe cierta documentación bibliográfica al respecto, se destaca la necesidad de continuar con este tipo de investigaciones para examinar las condiciones de vida y la violencia que afrontan los migrantes/refugiados a su paso por la frontera bosnio-croata y en otros puntos fronterizos similares. Además, la realidad de estas travesías no solo supone discriminación y tratos inhumanos y degradantes, sino que expone a migrantes y refugiados a situaciones de abuso, precariedad y salarios mínimos una vez que llegan al país de destino. Sin embargo, para la gran mayoría de migrantes continuar el viaje en lugar de regresar a sus países de origen es la única opción debido a razones culturales y personales tales como el orgullo y la vergüenza.

2. LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS

ESTUDIO 2. Trauma psicológico y tortura en los campamentos de refugiados de Idomeni (Grecia).

Desde 2011, la guerra en Siria ha llevado al desplazamiento forzoso a más de la mitad de su población dando lugar a 13,6 millones de desplazados, tanto internos como externos y, estando la inmensa mayoría necesitados de ayuda internacional (ACNUR, 2020). En la que se ha llegado a llamar “la guerra de la aniquilación”, Siria se ha convertido en un campo de batalla internacional donde las violaciones de derechos humanos son sistemáticas (Amnistía Internacional, 2018). Además, ha resultado inefectivo proteger a la población civil, dado que ni la publicación periódica de informes de organizaciones no gubernamentales (Amnistía Internacional, 2019; Human, Right Watch, 2020), ni la denuncia sobre los crímenes inhumanos y de lesa humanidad que hoy en día siguen siendo perpetrados ha parado el transcurso de la guerra (Amnistía Internacional, 2020).

Con todo y pese a las obligaciones acordadas en Ginebra, por las cuales se debiera ofrecer protección a todos los refugiados de guerra, las actuales políticas migratorias dificultan el acceso a los procesos de solicitud de asilo. Además, junto con la creciente hostilidad hacia los refugiados y la habitual falta de recursos en los países de acogida, muchos sirios están retornando a su país de origen, el cual, a su vez, está sumido en el caos y en la destrucción. La UNOCHA (2019) estima que 11.7 millones de personas se encuentran en situación de necesidad, desprovistos de atención humanitaria dentro de Siria, y que cerca de 1.4 millones de personas han regresado a sus hogares a pesar de la falta de seguridad en los mismos. Sin embargo, desde que en 2015 y 2016 se produjese el punto álgido del éxodo migratorio sirio hacia la Unión Europea, todavía son muchas las personas sirias que permanecen varadas en campos de refugio fronterizos de la UE esperando procesos de reubicación, tales como las citadas cuotas.

Por lo que respecta a Grecia, solo en 2015 y 2016, llegaron respectivamente 856 723 y 173450 migrantes de forma irregular por el Mediterráneo, muchos de ellos refugiados sirios, dato que contrasta con las 59 726 llegadas del pasado 2019 (UNHCR, 2020). Así en los últimos años, la entrada por la que fuera la

vía principal de acceso a la Unión Europea se ha visto transformada por las medidas y los pactos de contención fronteriza, diseñados y ejecutados por la Unión Europea, así como por el desvío de las rutas migratorias (Zaragoza-Cristiani, 2017), p.ej., como se ha visto en el estudio anterior con el surgimiento de la nueva ruta balcánica. De este modo, pese a que algunas políticas migratorias pretenden la conservación de una Europa “*sin extraños llamando a la puerta*”, el presente de las migraciones muestra que es un fenómeno constante y que, por ende, está pendiente de una futura gestión humana (Bauman, 2016).

Así, tras el Acuerdo en marzo de 2016 de la Unión Europea con Turquía, Macedonia cerró sus fronteras con Grecia y 60.000 refugiados quedaron atrapados sin posibilidad de avanzar hacia ningún otro país europeo (Bjertrup et al., 2018). En este contexto, el campo de refugiados de Idomeni, ubicado en la zona fronteriza de Grecia con Macedonia, pasó de ser un campo transitorio e improvisado, con los mínimos servicios de atención sanitaria como zona de paso (Gargavanis et al., 2019), a ser un campo de refugiados en el que diariamente aumentaba la acumulación de personas por el cierre de fronteras. En marzo de 2016, se estima que entre 11.000 y 13.000 migrantes/refugiados estaban confinados en Idomeni en un campo de refugiados informal que tenía capacidad para 2.500 personas con 180 retretes y duchas, lo que supuso unas condiciones de vida miserables (Amnistía Internacional, 2016). Sin embargo, pese a las dificultades, muchos refugiados se resistieron a abandonar Idomeni por el miedo a ser trasladados a campos oficiales donde tenían que ser registrados (Convenio de Dublín) y temían empeorar sus condiciones de vida (Donnelly, & Muthiah, 2019). No obstante, en mayo de 2016, se procedió al desmantelamiento oficial y forzado del campo de refugiados de Idomeni (Grecia) y se generaron situaciones de violencia e intervenciones policiales con gases lacrimógenos, lo que forzó a que Médicos Sin Fronteras evacuase a sus pacientes y trabajase desde entonces fuera del campamento por razones de seguridad (Médicos Sin Fronteras, 2016). A su vez, el uso simbólico de la violencia institucional, como el sobrevuelo de aviones cazas y la llegada de tanques de combate macedonios a las inmediaciones del campo, tuvo un efecto en la salud mental de los refugiados, generando situaciones de reactivación postraumática. En este contexto, y en los días previos al

desmantelamiento del campo de refugiados de Idomeni tuvo lugar este estudio. Asimismo, la doble vulnerabilidad, previamente estudiada con mujeres en este tipo de asentamientos, hizo que los objetivos de investigación se dirigiesen hacia ellas. Además, a diferencia del estudio anterior de Bosnia-Herzegovina en donde los niveles de violencia e inseguridad eran elevados y el entorno concentraba principalmente a hombres, en el campo de refugiados de Idomeni había un amplio volumen de familias. Por esta razón, pese a que dentro del campo se producían situaciones de violencia, esta tenía un carácter más latente que manifiesto por la mayor presencia de mujeres y de menores. Así, este estudio se orientó exclusivamente hacia las mujeres por la dificultad que suele haber en estos entornos para acceder a sus testimonios y por la facilidad de acceso a ellas que había en el campo de refugiados de Idomeni.

De este modo, en la presente investigación los objetivos iniciales fueron la evaluación de los eventos traumáticos y de tortura experimentados por las mujeres refugiadas en Idomeni y la prevalencia de TEPT. En este sentido, durante el transcurso de las evaluaciones se observó una alta presencia de trauma en las mujeres evaluadas y se quiso observar y comparar la posible predominancia de un tipo de síntomas sobre otros (reviviscencias, evitación, afectividad negativa e hiperactivación). Todos los resultados recogen de forma conjunta los episodios de trauma y de tortura asociados a la guerra en Siria, al trayecto migratorio y a la estancia en los campos de refugiados de Idomeni (Grecia). Además, a lo largo del proceso de evaluación se observaron respuestas resilientes y de afrontamiento, tanto a nivel individual como colectivo, y pese a que no fueron cuantificadas con ninguna herramienta diagnóstica se recogen reflexiones al respecto en el apartado resultados. En conclusión, los objetivos iniciales de investigación se mantuvieron fijos en todo momento y se añadió el estudio de nuevas variables (tipología sintomatológica) y se observaron procesos asociados a la evaluación (desarrollo resiliente).

Método

Participantes

En este estudio se contó con la participación voluntaria de veintitrés mujeres confinadas en el improvisado campo de refugiados de Idomeni (Grecia). Todas las mujeres tenían nacionalidad siria, aunque tres de ellas se autoidentificaron como kurdas. En general, la muestra se compuso por mujeres jóvenes en edad adulta cuya horquilla de edad se situó entre los 18 y los 66 años ($M=28.9$, $DT=12.6$) y la mayoría estaban casadas (91.30%). El proceso de captación de las participantes se produjo: a) por muestreo aleatorio simple, pidiendo de forma directa y aleatoria la participación a aquellas mujeres que se encontraban viviendo de forma circunstancial en el campo de refugiados de Idomeni y b) a través de muestreo de bola de nieve por referencias de otras mujeres refugiadas que tenían alguna vinculación entre sí (vecinas en el campo de refugio, paisanas, familiares...).

Previo a los días en los que tuvo lugar la evaluación se procedió a la evacuación del campo de refugiados de Idomeni (Grecia) lo que impidió que la muestra fuese más numerosa.

Instrumentos y procedimiento

En este estudio se utilizó la misma versión anterior del *Harvard Trauma Questionnaire* (en adelante HTQ), por ser una herramienta adaptada a la evaluación de los efectos del trauma en la población de Oriente Medio (Shoeb, Weinstein & Mollica, 2007).

La evaluación tuvo lugar en mayo de 2016, en el campo de refugiados de Idomeni (Grecia). El proceso de recogida de datos se realizó sobre el terreno y la cumplimentación del cuestionario se hizo de forma heteroaplicada. Las entrevistas se desarrollaron en inglés y al igual que ocurrió con el estudio I de los Balcanes, los ítems estaban traducidos en árabe y en inglés facilitando cualquier posible dificultad con el lenguaje. Dada la extrema sensibilidad del contenido evaluado, se estableció como objetivo prioritario

garantizar que las participantes mantuviesen un adecuado estado de salud mental, evitando cualquier posible efecto que les revictimizase como consecuencia del carácter traumático de los recuerdos recuperados.

Consecuentemente, en una ocasión se decidió paralizar una entrevista porque se observó emocionalidad excesiva en el relato de una de las mujeres y, en un ejemplo de dignidad por su parte solicitó continuar añadiendo: *“He sufrido mucho como para que mi sufrimiento caiga en el olvido. Quiero que se entere todo el mundo y toda Europa, que nos tienen las puertas cerradas. Por favor, vamos a seguir”*. Dicho lo anterior, todas las entrevistas se desarrollaron sin interrupciones y con buena acogida por parte de las participantes.

Las evaluaciones se realizaron de forma individual en las tiendas de campaña de las mujeres o en los porches de las mismas. Por otro lado, se hace preciso señalar que pese a la existencia de ONGs y activistas independientes que trabajaban en el campo de refugiados de Idomeni, en el momento en el que este estudio tuvo lugar, no existía ninguna entidad que abordase la atención en salud mental. De este modo, esta investigación se desarrolló de forma unilateral sin la colaboración con otros organismos a los que poder derivar a las mujeres refugiadas evaluadas.

Con objeto de alcanzar los objetivos formulados, se aplicaron las cinco partes de la escala para evaluar la exposición a acontecimientos traumáticos (parte I, 43 ítems), y de tortura (parte V, 34 ítems), para discriminar la presencia de daños cerebrales (parte III), para recoger la experiencia descriptiva de los eventos traumáticos (parte II) y para evaluar la sintomatología postraumática (parte IV, 45 ítems). En este estudio se incluyen descriptivamente las secciones I, IV y V del HTQ y se utilizó el formato binario de respuesta “Sí/No” para reflejar respectivamente la experimentación de eventos traumáticos (sección I) y de tortura (sección V) a lo largo de la vida de las entrevistadas. Igualmente, la sección IV estuvo compuesta por 45 ítems que describieron la presencia de sintomatología postraumática durante la última semana y se empleó una escala Likert de 1 (nada) a 4 (extremadamente). Asimismo, la parte III del HTQ se analizó para evitar la inclusión de pacientes con daño neurológico y la parte II relativa a las narrativas traumáticas puede leerse en el Anexo 4.

Respecto al diagnóstico de TEPT, se obtiene a través del promedio de los síntomas postraumáticos del HTQ, utilizando 2.5 como punto de corte clínico. Así, las puntuaciones mayores de 2.5 indican una mayor probabilidad de padecer TEPT (Ibrahim & Hassan, 2017; Rasmussen, Verkuilen, Ho, & Fan, 2015). El presente estudio, utiliza para el diagnóstico del TEPT dos índices: a) uno que considera sólo los criterios del DSM-IV e incluye 16 ítems de la sección IV agrupados en cuatro categorías diagnósticas: Reviviscencias= ítems:1,2,3,16; Evitación= ítems: 11, 15; Afectividad negativa = ítems: 4, 5, 12, 13, 14 e Hiperactivación= ítems: 6, 7, 8, 9, 10 (Rasmussen et al., 2015); b) un índice ampliado propio del HTQ que incluye 29 ítems adicionales basados en la experiencia clínica y estudios clínicos y recoge criterios de DSM-5. Los análisis de fiabilidad de las distintas partes evaluadas mediante el HTQ para la muestra analizada indican en la subescala de eventos traumáticos un α de Cronbach = .90 (excelente, según la clasificación de George y Mallery, 2003); en la subescala de tortura un α de Cronbach = .70 (aceptable); en la subescala de TEPT-16 un α de Cronbach = .75 (aceptable); y en la subescala de TEPT-45 un α de Cronbach = .91 (excelente).

Resultados

Prevalencias en la experimentación traumática

Los resultados mostraron una alta prevalencia de TEPT, que oscilaba entre 78.26 % para los criterios diagnósticos del HTQ y 91.30 % para el DSM-IV. Las puntuaciones alcanzadas en la sintomatología de TEPT evaluada mediante los criterios del DSM-IV correlacionaron significativamente (Pearson bilateral) con las de los criterios del HTQ, $r = .803$, $p < .001$.

Eventos traumáticos	N	%
Forzado/a a huir de tu país	23	100
Especificación de una vivencia traumática en la que la vida haya estado en riesgo	23	100
Forzado/a a abandonar tu lugar de origen/residencia y a asentarte en otra parte del país con los servicios mínimos	22	95.7
Sufrimiento por falta de agua limpia o comida	22	95.7
Testigo de bombardeos, quema o devastación de áreas residenciales	22	95.7
Expuesto/a a situaciones de combate o minas antipersona	21	91.3
Confinamiento en casa debido al caos y a la violencia en el exterior	21	91.3
Asesinato o muerte violenta de un/a amigo/a	21	91.3
Testigo de ataques químicos en áreas residenciales	19	82.6
Falta de cobijo	18	78.3
Testigo de tortura	17	73.9
Estar en busca, ser perseguido/a	16	69.6
Saqueo, destrucción o robo de alguna propiedad personal	16	69.6
Desaparición de un/a amigo/a	16	69.6
Mal estado de salud sin acceso a atención médica o medicinas	16	69.6
Testigo del arresto, tortura o ejecución de líderes religiosos o personas importantes en tu comunidad	16	69.6
Daño físico serio de algún familiar o amigo/a por situaciones de combate	16	69.6
Testigo de cómo alguien está siendo herido/a físicamente	15	65.2
Estar presente mientras alguien buscaba personas o cosas en tu domicilio	15	65.2
Testigo de la profanación o destrucción de lugares religiosos	15	65.2
Testigo de asesinato	15	65.2
Opresión por motivos étnicos, religiosos o de pertenencia a minorías	10	43.5
Testigo de cuerpos en descomposición	13	56.5
Testigo de ejecuciones masivas de civiles	13	56.5
Expulsión del país por motivos étnicos, religiosos o de pertenencia a minorías	12	52.2
Asesinato o muerte violenta de algún miembro familiar	12	52.2
Desaparición de algún familiar (pareja, hijo/a, ect.)	11	47.8
Algún miembro familiar ha sido secuestrado/a o tomado/a como rehén	10	43.5
Torturado/a	8	34.8
Recepción del cuerpo inerte de un familiar sin la posibilidad de hacer un entierro o rituales asociados	7	30.4
Amigo/a secuestrado/a o tomado/a como rehén	7	30.4
Alguien informó sobre ti, exponiéndote a ti y a tu familia a riesgo de muerte o de daño	7	30.4
Usado/a como escudo humano	7	30.4
Daño físico serio por situación de combate o minas terrestres	7	30.4
Físicamente herido/a, dañado/a	5	21.7
Forzado/a a pagar una bala para matar a alguien de tu familia	4	17.4
Ser forzado/a a informar acerca de alguien poniéndole en riesgo de muerte o de daño	3	13
Testigo de abuso sexual o violación	3	13
Encarcelado/a	2	8.7
Forzado/a a dañar físicamente a alguien	2	8.7
Forzado/a a destruir la propiedad de alguien	1	4.3

Tabla 1. Eventos traumáticos entre mujeres refugiadas (N=23) durante su estancia en el campo de refugiados de Idomeni (Grecia). Los eventos traumáticos fueron recogidos durante mayo de 2016. Ordenados de mayor a menor frecuencia.

Las mujeres refugiadas en Idomeni experimentaron un rango de 7-32 eventos traumáticos ($M=19.47$, $DT= 6.68$). Como se muestra en la Tabla 1, destacó el abandono forzado del país de origen para el 100% de las evaluadas siendo 22 mujeres (95.7%) desplazadas internas previamente. Acorde a los resultados,

predominaron las experiencias traumáticas asociadas a la violencia directa del conflicto armado. Por ejemplo, el 95.7 % expresaron haber sido testigos de bombardeos, de la quema y de la destrucción de áreas residenciales y, un 91.3% expresó haberse visto expuesta a situaciones de combate o minas antipersona, así como a la necesidad de confinarse en casa debido al caos y a la violencia en el exterior. En este sentido, un amplio porcentaje de mujeres (82.6%) denunciaron haber sido testigos de ataques químicos en áreas residenciales.

Por otro lado, los datos muestran una amplia experimentación traumática por eventos indirectamente relacionados por la guerra tales como el sufrimiento por la falta de agua limpia o comida (95.7%), la falta de cobijo (73.9%), el saqueo o la destrucción de alguna propiedad personal (69.6%) así como la falta de acceso a atención médica o medicinas (69.6%) cuando las han necesitado, entre otros. Además, las mujeres reconocieron haber sido testigos o víctimas directas de episodios violentos sobre terceros o sobre ellas mismas. Por ejemplo, el 91.3% sufrió el asesinato o la muerte violenta de un amigo/a, el 73.9% fueron testigos de tortura y el 65.2% fueron testigos de asesinatos. Asimismo, una amplia mayoría, el 69.6% de las mujeres reconoció estar en busca o haber sido perseguida, haber sufrido la desaparición de un amigo/a, haber sido testigo de la tortura o de la ejecución de líderes religiosos o personas importantes en sus comunidades y, por último, haber tenido familiares que han sufrido daños físicos importantes a causa de situaciones de combate.

Experimentación de tortura

Por lo que respecta a la experimentación de tortura, exceptuando a una de las participantes que no señaló ninguna vivencia, el número de eventos osciló entre 4 y 16 ($M = 9.78$, $DT = 3.35$), observándose un rango inferior al encontrado en la exposición a eventos traumáticos. Pese a ello, los resultados muestran altas puntuaciones asociadas a eventos de tortura vinculados a la exposición forzada a factores ambientales y a la ausencia de cobertura de necesidades básicas a consecuencia del proceso migratorio y de la guerra. Así,

los eventos más generalizados fueron la exposición a la lluvia o al frío (87%), la exposición forzada al calor, a la luz y al sol (82.6%), la exposición a continuos y penetrantes ruidos (82.6%), la privación de asistencia médica de forma sistemática (82.6%) y la prohibición para practicar ritos de ablución o rezos (82.6 %). Igualmente, abundaron las experiencias relativas a estados de privación tales como la falta de agua y comida por largos periodos de tiempo (78.3%) o de sueño (78.3%).

Experiencias de tortura	N	%
Exposición a la lluvia o al frío	20	87.0
Prohibición para practicar ritos de ablución o de rezo	19	82.6
Exposición intensa al calor, al sol o a la luz	19	82.6
Privación de atención médica	19	82.6
Exposición a un continuo y penetrante ruido	19	82.6
Privación de agua y comida por largos periodos de tiempo	18	78.3
Privación de sueño	18	78.3
Exposición a condiciones de suciedad que conducen a problemas de salud	16	69.6
Forzado/a a permanecer de pie por largos periodos de tiempo	13	56.5
Estar en una situación en la que no se te ha permitido orinar o defecar	11	47.8
Trabajo forzado	11	47.8
Humillado/a y amenazado/a	7	30.4
Obligado/a a permanecer en un saco, caja o en un lugar muy pequeño	5	21.7
Testigo de abuso sexual, de violación o de tortura de alguien	4	17.4
Experiencia de tener la cabeza sumergida en agua, cercano al ahogamiento	3	13
Venda de ojos	3	13
Ser perforado/a, abofeteado/a, pateado/a o golpeado/a con objetos	3	13
Obligado/a a permanecer en una celda de aislamiento sin ventilación, sin ropa y sin acceso a un baño	3	13
Experiencia de una simulación de ejecución	2	8.7
Forzado/a a tener posturas humillantes o posiciones sexualmente explícitas	2	8.7
Forzado/a a desnudarse delante de gente	1	4.3
Golpeado en las suelas de los pies con varillas o látigos	1	4.3
Electrocutado/a	1	4.3
Encadenado/a o atado/a	1	4.3
Estirado/a sobre una roca por largos periodos de tiempo	1	4.3

Tabla 2. Experiencias de tortura entre mujeres refugiadas (N=23) durante su estancia en el campo de refugiados de Idomeni (Grecia). Los eventos traumáticos fueron recogidos durante mayo de 2016. Ordenados de mayor a menor frecuencia.

A su vez, más de la mitad de las mujeres expresaron haber estado expuestas a condiciones antihigiénicas que pudieran conducir a problemas de salud (69.6%) y un 56.5% expresó haber tenido que permanecer de pie por largos periodos de tiempo. Por lo que respecta al resto de episodios de tortura, tal y como se observa en la Tabla 2, quedan representados de forma más residual.

Sintomatología postraumática

A menudo, el impacto psicológico por la exposición a la muerte y la indefensión percibida en entornos de guerra genera una huella psíquica que acompaña a los refugiados a lo largo del tiempo. No obstante, como se ha visto, el afrontamiento del trauma está mediatizado por múltiples factores y, en consecuencia, las manifestaciones clínicas pueden variar de unas personas a otras. A lo largo de este estudio, el objetivo subyacente fue observar si existía una sintomatología que prevaleciese sobre las demás, dado el alto volumen de personas con criterios para el TEPT. Así, la comparación de medias señaló una ligera menor presencia de afectividad negativa en comparación con las reviviscencias como parte de la sintomatología de TEPT según el DSM-IV, $t(22) = 2.811, p < .01$ (ver Tabla3). En la misma dirección que Tekin y cols. (2016), este estudio encontró que los ítems de reviviscencias agrupados en las siguientes preguntas (tiene reacciones físicas o emocionales súbitas cuando recuerda los eventos más dañinos y traumáticos, pensamientos o recuerdos recurrentes de los eventos más dañinos y traumáticos, siente que los hechos están ocurriendo de nuevo y pesadillas recurrentes) destacaron sobre la sintomatología expresada en mujeres, aunque en esta investigación no hubo un grupo comparativo para ver diferencias en la forma de respuesta según el género.

Por último, el diagnóstico de TEPT mediante el DSM-IV y el HTQ no correlacionó con haber sufrido tortura ($r = .269, p = .215$; $r = .095, p = .667$; respectivamente) ni haber vivido experiencias traumáticas ($r = .263, p = .225$; $r = .051, p = .817$; respectivamente). En suma, la correlación entre cada una de las cuatro categorías diagnósticas (reviviscencias, evitación, afectividad negativa e hiperactivación) con

la presencia de eventos traumáticos y de tortura solo fue significativa para reviviscencias y número de experiencias traumáticas vividas ($r = .469, p < .05$), de modo que a mayor número de experiencias traumáticas mayor puntuación en reviviscencias.

	M	DT
Reviviscencias	3.45	0.53
Evitación	3.17	0.98
Afectividad negativa	3.06	0.65
Hiperactivación	3.31	0.69

Tabla 3. Medias (M) y Desviación Típica (DT) para cada categoría de la sintomatología. La muestra se compuso de mujeres refugiadas (N=23) durante su estancia en el campo de refugiados de Idomeni (Grecia) en mayo de 2016.

A su vez, la Tabla 4 muestra la sintomatología postraumática presente en las mujeres confinadas en Idomeni (Grecia). Casi todas las mujeres (91.3%) expresaron tener el alma cansada y la inmensa mayoría (87%) reconoció sentir falta de esperanza en el futuro, así como la sensación de tener el pecho encogido y de experimentar rumiaciones, falta de concentración, poca iniciativa, aburrimiento, problemas para dormir, cansancio y quejas somáticas. Igualmente, la sensación de asfixia y de opresión en el pecho destacó al ser referida por diecinueve de las veintitrés mujeres y el 78.3% refirió preocupación por problemas físicos y agotamiento. En torno al 73.9% de las participantes reconoció tener de forma extrema reacciones físicas o emocionales súbitas al recordar los eventos dañinos, dificultades para afrontar nuevas situaciones, problemas con el sueño, con la falta de esperanza y con tener la sensación de perder el tiempo pensando en por qué Dios permite que estos hechos les estén ocurriendo. Así, pese que a la gran mayoría presentó puntuaciones elevadas en todos los ítems, las categorías menos destacadas hicieron referencia a la experimentación de vergüenza por las experiencias vividas y a los sentimientos de hostilidad percibidos (17.4%). En la misma dirección, inferior a una de cada cuatro mujeres, el 21.7% sintió no ser la única persona que sufría estos eventos ni reconoció haber hecho cosas que no recordase. En una proporción ligeramente superior, los sentimientos de venganza estuvieron presentes en el 26.1% de las mujeres y de la

misma forma, seis de cada veintitrés entrevistadas expresaron sentimientos de ser gafes para sí mismas y para su familia. Relacionado con el recuerdo, el 34.8 % expresó tener un poca capacidad de memoria o una memoria pobre y el 39.1% expresó incapacidad para recordar partes de los eventos más dañinos o traumáticos. Además, una elevada proporción de mujeres, aunque sin alcanzar el 50% del total, presentó sintomatología negativa tal como sentimientos de culpa, humillación, distanciamiento de los demás, falta de confianza e incluso irritabilidad, nerviosismo, rabia y pérdida de paciencia.

Síntomas postraumáticos	Nada		Un poco		Bastante		Extremadamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Siente el alma cansada	1	4.3	0	0	0	0	21	91.3
Siente que no tiene futuro	0	0	1	4.3	1	4.3	20	87
Sentimiento de tener el pecho encogido (palpitaciones)	2	8.7	0	0	0	0	20	87
Rumiaciones, falta de concentración, poca iniciativa, aburrimiento, problemas para dormir, cansancio y quejas somáticas	2	8.7	0	0	1	4.3	20	87
Sensación de opresión en el pecho y asfixia	1	4.3	3	13	0	0	19	82.6
Preocupado por problema(s) físico(s)	2	8.7	1	4.3	2	8.7	18	78.3
Se siente agotado	2	8.7	2	8.7	1	4.3	18	78.3
Tiene reacciones físicas o emocionales súbitas cuando recuerda los eventos más dañinos y traumáticos	1	4.3	1	4.3	4	17.4	17	73.9
Tiene dificultades para afrontar nuevas situaciones	1	4.3	2	8.7	2	8.7	17	73.9
Siente que pierde el tiempo pensando por qué Dios permitió que estos sucesos le ocurrieran a usted	4	17.4	1	4.3	1	4.3	17	73.9
Problemas de sueño	1	4.3	4	17.4	1	4.3	17	73.9
Falta de esperanza	3	13	1	4.3	1	4.3	17	73.9
Pensamientos o recuerdos recurrentes de los eventos más terribles y dañinos	2	8.7	1	4.3	4	17.4	16	69.6
Se siente incapaz de planear sus días	2	8.7	4	17.4	1	4.3	16	69.6
Ha perdido interés en las actividades diarias	4	17.4	2	8.7	1	4.3	16	69.6
Dificultad de concentración	1	4.3	4	17.4	3	13	15	65.2
Siente que los hechos están ocurriendo de nuevo	3	13	5	21.7	0	0	15	65.2
Pesadillas recurrentes	1	4.3	5	21.7	2	8.7	15	65.2
Evita actividades que le recuerdan los eventos dañinos o traumáticos	3	13	3	13	2	8.7	15	65.2
Siente que usted no tiene en quién confiar excepto en Dios	4	17.4	1	4.3	3	13	15	65.2
Se siente irritable o tiene ataques de ira	3	13	3	13	2	8.7	15	65.2
Se siente nervioso, aprehensivo o asustadizo y se sobresalta fácilmente	5	21.7	2	8.7	1	4.3	15	65.2
Sentimiento de culpa por haber sobrevivido	6	26.1	1	4.3	1	4.3	15	65.2

Evita pensamientos o sentimientos asociados a los eventos dañinos o traumáticos	5	21.7	2	8.7	2	8.7	14	60.9
Se siente en estado de alerta constante	2	8.7	3	13	4	17.4	14	60.9
Dificultad para prestar atención	5	21.7	2	8.7	2	8.7	13	56.5
Siente que tiene menos habilidades que antes	4	17.4	4	17.4	2	8.7	13	56.5
Siente impotencia para ayudar a otros	4	17.4	3	13	2	8.7	13	56.5
Incapacidad de sentir emociones	5	21.7	3	13	3	13	12	52.2
Sentimiento de desconfianza en otros	6	26.1	3	13	2	8.7	12	52.2
Siente que la gente no entiende lo que le ha ocurrido	4	17.4	3	13	4	17.4	12	52.2
Siente que alguien de su confianza lo ha traicionado	5	21.7	4	17.4	3	13	11	47.8
Sentimiento de indiferencia o distanciamiento de los demás	6	26.1	5	21.7	1	4.3	11	47.8
Irritabilidad, nerviosismo, pérdida de paciencia, estallidos de rabia	5	21.7	4	17.4	3	13	10	43.5
Sentimiento de humillación por su experiencia	11	47.8	1	4.3	1	4.3	10	43.5
Sentimientos de culpa y remordimientos por cosas que hayan ocurrido	10	43.5	3	13	0	0	10	43.5
Siente como si estuviera dividido en dos personas y una estuviera mirando lo que hace la otra	10	43.5	1	4.3	2	8.7	9	39.1
Incapacidad para recordar partes de los eventos más dañinos o traumáticos	7	30.4	4	17.4	3	13	9	39.1
Pobre memoria	8	34.8	3	13	4	17.4	8	34.8
Siente que quisiera vengarse	15	65.2	1	4.3	0	0	6	26.1
Siente que es gafe para usted y para toda su familia	15	65.2	0	0	1	4.3	6	26.1
Siente que usted es el único que sufrió estos sucesos	13	56.5	2	8.7	3	13	5	21.7
Se ha dado cuenta o le han dicho que ha hecho alguna cosa que no recuerda	13	56.5	2	8.7	2	8.7	5	21.7
Siente vergüenza por el suceso dañino o traumático que le ha ocurrido	12	52.2	4	17.4	2	8.7	4	17.4
Siente que otros son hostiles con usted	12	52.2	4	17.4	3	13	4	17.4

Tabla 5. Síntomas postraumáticos entre mujeres refugiadas (N=23) durante su estancia en el campo de refugiados de Idomeni (Grecia). Los datos fueron recogidos durante mayo de 2016. Ordenados de mayor a menor frecuencia.

Discusión

La contribución más importante de este estudio es ser la primera aproximación con carácter exploratorio y descriptiva sobre el estado de salud mental de las mujeres refugiadas en Idomeni (Grecia), en los días previos al desmantelamiento del campo de refugiados. Esta investigación es relevante por mostrar la

prevalencia de la sintomatología postraumática y porque refleja descriptivamente todas las situaciones traumáticas y de tortura experimentadas a consecuencia de la guerra y de la migración, incluyendo la estancia forzada de estas mujeres en el campo de refugiados de Idomeni. Además, evidencia a nivel político-sociológico el grado de desprotección que afrontan estas personas a su llegada a la Unión Europea (Guarch-Rubio & Manzanero, 2020).

A su vez, es representativo que la presencia de TEPT en este estudio no solo se explica por la cantidad de experiencias traumáticas sino además porque el momento y el lugar de la evaluación supusieron un efecto de estrés añadido. Así, se obtuvieron puntuaciones elevadas en todas las categorías sintomatológicas (reviviscencias, evitación, afectividad negativa e hiperactivación). Pese a observarse una mayor presencia de reviviscencias, lo que se explica por la centralidad de los eventos y por su impacto en la vida de las mujeres, ya que según Berntsen, & Rubin, (2006) estos factores aumentan el riesgo de que una memoria traumática se convierta en intrusiva. En esta dirección, desde marzo a mayo de 2016 el desmantelamiento forzado del campo de refugiados de Idomeni (Grecia) supuso un proceso de desgaste psicológico. En consecuencia, las narrativas recogidas en el Anexo 4, que incluyen la descripción personal de las experiencias traumáticas más relevantes, hacen mención a los episodios violentos asociados a situaciones de guerra y de combate y, destacan el cierre de fronteras y la situación de vulnerabilidad y de desprotección vivida en Idomeni. Lo que corrobora que la estancia en Idomeni implicó violencia, falta de víveres y presión para que los refugiados decidieran acerca de un futuro incierto. Este hecho añadió estrés a su salud mental aumentando la intensidad de los síntomas de TEPT. En este sentido, el mantenimiento del TEPT no sólo estuvo asociado a la experimentación de violencia sino también a las dificultades de la vida diaria o a la calidad de vida en los campos en el momento de la evaluación (De Jong, Komproe, & Ommeren, 2003).

Por otro lado, el análisis de los resultados de este estudio muestra una prevalencia de TEPT mayor a la encontrada en otros estudios sobre TEPT y sobre población civil siria en campos de refugiados limítrofes

a Siria (Alpak et al., 2015; Ibrahim & Hassan, 2017; Kazour et al., 2017). Así, Alpak y cols. (2015) evaluaron a 532 sirios refugiados en Turquía y encontraron una prevalencia del 33.5%, que ascendía a un 71% si se trataba de mujeres con una historia personal o familiar de diagnóstico psiquiátrico y con una previa experimentación de dos o más traumas. Ibrahim y Hassan (2017) encontraron que un 38.46% de los refugiados sirios-kurdos evaluados en la región kurda de Irak reunían criterios diagnósticos para TEPT según los criterios del HTQ, frente a un 35.16% de los del DSM-IV. Kazour et al. (2017) evaluaron trauma en sirios confinados en el Líbano y obtuvieron una prevalencia del 27.2%. Esta comparativa sugiere que los entornos de refugio que no son tan intermitentes como Idomeni, que son sostenidos en el tiempo y que tienen una cultura similar (países vecinos), minimizan el malestar en mayor medida que los campos de refugiados lejanos del país de origen y con un clima de hostilidad como el cierre de fronteras y la discriminación.

Por último, la interpretación de sus narrativas desprendió una alteración básica de su sistema de creencias ya que inicialmente consideraron que el hecho de huir de un país en guerra les proporcionaría refugio y protección sistemática en Europa. Sin embargo, como se ha apuntado, el cierre de fronteras y las condiciones de vida en Idomeni alteraron su percepción del mundo y de la seguridad en él, agravando los traumas sufridos y exponiéndoles a nuevas situaciones de riesgo. Así, este estudio aporta argumentos al planteamiento de Kimerling, Ouimette y Wolfe (2002), quienes sostienen que los traumas que generan mayores disrupciones emocionales son aquellos cuyo recuerdo afecta al esquema de valores acerca de uno mismo, del mundo o del futuro.

Desmantelamiento de Idomeni

Para cuando tuvo lugar la evaluación, pese a que todas mujeres cumplían criterios para ser refugiadas, todas se encontraban en situación de migrantes irregulares. Ninguna había podido solicitar asilo ni había tenido entrevista alguna con agentes de inmigración para valorar su estado y todas habían llegado a Grecia a pie, en vehículos de motor o en barcas, previo pago a mafias. En el momento de la evaluación,

definieron su situación de refugio en Idomeni como circunstancial y deseaban proseguir la ruta migratoria hacia la Unión Europea. Mientras algunas ansiaban el reencuentro y la reagrupación familiar con otros miembros directos de su familia (maridos, hermanos, hermanas...) otras buscaban iniciar una nueva vida sin apoyos de referencia en los países de destino. Sin embargo, todas querían dejar atrás la guerra de Siria de la que huían. Al mismo tiempo, dado que el momento de la recogida de datos para este estudio coincidió temporalmente con los días previos al desmantelamiento de Idomeni, estas mujeres se enfrentaron a una carga de estrés añadido. Así, fueron instadas por personal del ACNUR y por el gobierno griego a tomar decisiones de forma inmediata acerca de su futuro. En consecuencia, se les presionó oficialmente a solicitar asilo (bajo Convenio de Dublín) en Grecia e ingresar en centros griegos militares adaptados como campos institucionales de detención para refugiados o a regresar a Siria con programas de retorno. Sin embargo, para muchos refugiados la opción fue proseguir la ruta hacia la Unión Europea como migrantes irregulares sin haber tenido acceso a mecanismos legales para solicitar la reagrupación familiar. En este estudio, por la propia dificultad de acceso al campo de refugiados y por el caos y la violencia generado en los días posteriores a las evaluaciones ya obtenidas, no se pudo hacer efectivo el registro oficial de las decisiones que las mujeres participantes tomaron. Sin embargo, de forma no oficial, consta que de las 23 mujeres evaluadas hubo casos para las tres opciones, asilo en Grecia, retorno a Siria y continuación del proyecto migratorio en la UE en situación de irregularidad.

Observaciones de campo que denotan resiliencia inherente al propio proceso de evaluación

A continuación, se destacan algunas notas de campo de las conductas resilientes observadas en la mayoría de las mujeres participantes en este estudio. En primer lugar, muchas mujeres expresaron sentir alivio al poner nombre a estados emocionales que pensaban sentir de forma exclusiva y cuya sintomatología la gestionaban en silencio. Así, el mero reconocimiento de que su estado emocional era una reacción normal, extrema y que con seguridad remitiría con el tiempo, redujo los niveles de activación intensa y promovió el *insight* de la sintomatología. Asimismo, el hecho de que las entrevistas se produjesen de forma

individual y proporcionando un espacio para la reflexión y la recuperación tras cada evaluación, dio lugar a que muchas mujeres manifestaran sentirse comprendidas y calmadas. En este sentido, la lectura de las circunstancias y la atribución de factores ambientales a los estados emocionales marcó un predominante locus de control externo frente al interno, lo que suavizó entre otros, los sentimientos de culpabilidad. Además, el hecho de que las mujeres se sintiesen satisfechas tras la finalización de la entrevista facilitó la captación de otras refugiadas. En consecuencia, y solo en algunos casos, tras los procesos de evaluación individuales las mujeres compartían preguntas y respuestas entre sí con el resto de las refugiadas con las que convivían (vecinas, amigas, familiares...). Así de forma improvisada, surgieron brotes de resiliencia colectiva desde donde ellas compartían emociones y rompían con el tabú asociado a las mismas. Por último, algunas mujeres expresaron utilidad y confianza en este estudio, ya que la inmensa mayoría consideraban que la situación que vivían era inhumana y que la comunidad internacional no reaccionaba por desconocimiento. De esta forma, a través de sus testimonios quisieron contribuir a visibilizar su situación.

ESTUDIO 3. Cuando la estancia en los campamentos de refugiados se cronifica (El caso de los Campamentos Saharauis).

El refugio prolongado a largo plazo

A lo largo de esta tesis se ha estudiado el efecto que la experimentación traumática, asociada a situaciones de guerra y de violencia migratoria, tiene en la salud mental de los refugiados/as en su intento de alcanzar la UE. A su vez, se ha visto que la estancia en los espacios de detención, como en los campos de refugio, lleva a un deterioro en la salud de los refugiados por las propias condiciones de vida y por la incertidumbre con la que se anticipa el futuro desde estos entornos. Además, ambos estudios hacen referencia a la situación migratoria en Europa y contextualizan los presentes flujos migratorios. Sin embargo, el estudio a largo plazo de la migración forzada tiende a la cronificación de los conflictos, lo que da lugar a situaciones de refugio prolongado. Cada vez hay más personas refugiadas que tienen menos posibilidades de volver a sus lugares de origen, en lo que el ACNUR (2020) entiende como la era de los nuevos y los prolongados desplazamientos. Así, pese a que los campos de refugiados surgieron como centros temporales de detención para controlar los flujos migratorios, tienen un efecto negativo en la salud mental de los refugiados (Zimmerman, Kiss, & Hossain, 2011), de modo que se convierten en síntoma y cura al mismo tiempo (Turner, 2016).

Por ello, con objeto de proponer un programa de apoyo psicosocial adaptado a la mayor heterogeneidad de desplazados forzosos, se ve necesario incluir en esta tesis estudios realizados en entornos de refugio a largo plazo, dado que son muy representativos del fenómeno migratorio actual. Así, pese a la conciencia de que es imposible la generalización de las necesidades y de las evoluciones que la salud mental presenta en estos contextos, se ve necesario proponer un modelo psicosocial que plantee los efectos positivos generalizados de ciertos elementos postmigratorios desde el reconocimiento de que están sujetos a múltiples idiosincrasias y factores culturales. Por ello, en esta tesis se incluyen dos estudios que

han tenido lugar en entornos de refugio a largo plazo, en concreto, en los campos de refugiados saharauis de Tinduf.

Los campamentos de refugiados saharauis

Desde que en 1975 comenzase la guerra entre Marruecos, Mauritania y el Frente Polisario, por la competencia territorial del Sahara Occidental, la población saharai se encuentra dividida. Los primeros desplazamientos se produjeron dentro del territorio, mayoritariamente a Um Draiga, Tifariti y Guelta Zemmur y tras el bombardeo de estos con bombas de napalm y fósforo blanco, los saharauis fueron acogidos en los asentamientos de Tinduf (Argelia), donde permanecen hasta la fecha (Fiddian-Qasmiyeh, 2011). A su vez, el alto al fuego de 1991 produjo un éxodo masivo de su población y la situación de refugio en Tinduf comenzó su proceso de cronificación dando lugar a generaciones nacidas en los campos de refugiados.

Hoy en día, el campo de refugiados de Tinduf está incluido territorialmente en Argelia, pero el Frente Polisario, que es el Movimiento de Liberación Nacional del Sahara Occidental, gestiona y gobierna los campamentos. Así, se estructura en torno a cinco wilayas o municipios con Rabuni como centro administrativo. De este modo, al igual que ocurre con otros territorios de la Franja de Gaza, en los últimos lustros el carácter temporal de los campamentos se ha transformado en lugares de residencia a largo plazo, desafiando las distinciones entre ciudad y campamentos y, entre ciudadanos y refugiados (Woroniecka-Krzyzanowska, 2017). A su vez, existe disparidad de cifras en el número de refugiados residentes en Tinduf. Mientras el ACNUR considera que alrededor de 116000 personas son refugiadas o población con características similares, el gobierno de Argelia eleva la cifra a 165 000 saharauis residentes en los campamentos (ACNUR, 2020). Esta diferencia de datos tiene consecuencias en las ayudas internacionales ofrecidas y en las necesidades detectadas. Así, el caso saharai es una crisis olvidada acorde a la clasificación del ECHO (2019), que define las crisis olvidadas como aquellas prolongadas, graves y sin ninguna ayuda internacional o con ayudas insuficientes (Comisión Europea, 2019).

La estancia a largo plazo en Tinduf ha llevado a que los saharauis asimilen la vida en el exilio y las mujeres han liderado la construcción de los campamentos y la organización de la sociedad civil (Sobero, 2010), como ha ocurrido en otros contextos de refugio (Sami et al., 2014). Desde su establecimiento en el territorio de Tinduf, las mujeres desempeñaron figuras de poder y de toma de decisiones, en 1997 la plantilla de las guarderías era un 100% femenina, la de administración un 85% y la de educación un 70% (Dukic & Thierry, 1998). Sin embargo, la perpetuación del exilio y el desempeño exclusivo por mujeres de las tareas no remuneradas, como el cuidado familiar, está retornando a los patrones tradicionales de la organización patriarcal y genera desigualdad (AECID, 2020). Pese a ello, en el área de la salud y en el de la educación, muchas mujeres saharauis trabajan como profesionales cualificadas. Igualmente, desde que en 2010 se creó el Departamento de Salud Mental, con el que se introdujo oficialmente la atención psicológica en las wilayas, de los cinco psicólogos en activo, cuatro son mujeres.

El presente trabajo tiene un carácter exploratorio y su objetivo principal fue evaluar qué tipo de trastornos psicológicos se encontraban presentes en la población saharauí refugiada a largo plazo. Pese a que los estudios anteriores de esta tesis giraron en torno a la experimentación traumática, de tortura y a la prevalencia de TEPT, en esta ocasión se descartó la evaluación de trauma porque la guerra acabó en 1991 y mucha gente reside en los campamentos desde 1975. Además, al tratarse de la primera evaluación de salud mental en refugiados saharauis se consideró adecuado realizar un screening y obtener una panorámica general de las posibles prevalencias. A su vez, dado que en el Estudio II se encontraron altas tasas de TEPT y de sintomatología postraumática en las mujeres confinadas en Idomeni, surgió la hipótesis de si esa prevalencia se debía a la situación y de si pudieran estar exagerando los síntomas. Así, entre otros factores, el estar un tiempo prolongado en los campamentos de Idomeni pudiera haber contribuido a generar una mayor afectación psicológica. De este modo, se buscó una muestra de mujeres que estuvieran en campos de refugiados de larga estancia. Sin embargo, ante la falta de estudios previos concluyentes se planteó la dicotomía de si estas mujeres tenían un mal estado de salud mental por el largo confinamiento o un buen

estado de salud mental por adaptación, y, dado que las dos opciones fueron plausibles se desarrollaron los estudios III y IV con carácter exploratorio. Así mismo, se quiso saber cómo influye la atención en salud mental y otros factores en el estado psicológico de las mujeres confinadas en los Campamentos Saharauis. Además, dada la reciente implantación de los servicios de atención psicológica en los campamentos, se consideró oportuno reflexionar sobre conceptos tales como la salud mental, perspectiva de futuro, medicina tradicional y otros elementos idiosincrásicos de la sociedad saharai que pudieran jugar un papel relevante en su salud mental.

Método

Participantes

La muestra de este estudio estuvo compuesta por treinta y una mujeres saharauis residentes en el campo de refugiados de Tinduf (Argelia). En el momento de la evaluación, la edad promedio de estas participantes fue de 43.32 años ($DT=12.34$) y el tiempo de estancia en situación de refugio fue de 33.55 años ($DT=7.31$), excluyendo a una participante que no contestó y a otra que aportó un dato incongruente.

Este estudio se permitió gracias a la colaboración del Frente Polisario y del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud en Rabuni. En consecuencia, el proceso de captación de las participantes estuvo coordinado principalmente por los centros de salud de las diferentes *wilayas* (municipios de los campamentos). De este modo, la participación de las mujeres en el estudio se definió de la siguiente manera: a) por derivación del centro de salud de la *wilaya* y, b) por muestreo aleatorio simple de las mujeres residentes en los campamentos.

Instrumentos y procedimiento

En la evaluación se utilizaron tres herramientas para la recogida de datos: una historia clínica adaptada y diseñada a tal efecto, el *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)* y entrevistas orales que fueron grabadas y en las que se entrevistó a parte del personal sanitario de los campamentos (Véase Anexo 5).

Previo a la aplicación de los instrumentos de evaluación con las participantes, se llevó a cabo la capacitación del equipo de psicólogos de los campamentos, dado que se contó con su colaboración para la selección de mujeres y para la recogida de información. Así, durante seis horas se impartió en el Ministerio de Salud de Rabuni un ciclo de sesiones explicativas sobre los cuestionarios y se incluyeron prácticas simuladas para la recogida de datos. Además, se hizo una revisión conjunta de las traducciones hechas sobre los cuestionarios gracias a la colaboración de cuatro de los psicólogos referentes de Tinduf. En esta dirección, pese a que el árabe es la lengua materna en los campos de refugiados del Sahara, el hassaní es el dialecto hablado con mayor regularidad, por tanto, se comprobó que las traducciones eran concisas y legibles. Igualmente, el hecho de que los psicólogos hablasen castellano, ya que la mayor parte de ellos habían estudiado en Cuba, facilitó mucho la comunicación profesional. Para alcanzar los objetivos planteados, se procedió a la recogida de información con los diferentes instrumentos arriba mencionados.

En primer lugar, se aplicó la parte de la *Historia clínica* relativa a las características sociodemográficas. Este cuestionario fue diseñado para recoger los datos relativos al género, al lugar y a la fecha de nacimiento, así como cuestiones relacionadas con la salud de las personas encuestadas: conocimiento de sus enfermedades actuales, significado de la salud mental, uso de la medicina tradicional y posibilidades de acceso a los servicios de salud mental en los campamentos. Por otro lado, se recogieron seis preguntas abiertas, relativas a la condición de refugiadas, al tiempo que llevaban en los campamentos de Tinduf, a la percepción de su situación y del futuro, a la presencia de sentimientos relacionados con el Sahara Occidental y a otros posibles miedos. Tras la cumplimentación de la historia clínica, se administró el cuestionario del *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)* que valora la presencia de 90 ítems en una escala tipo Likert desde la ausencia total (0) hasta la máxima intensidad (4). Este cuestionario cuantifica en población clínica y normal nueve dimensiones somáticas, tres índices globales de malestar psicológico y siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones pero que tienen relevancia clínica. Las dimensiones evaluadas son: somatizaciones, obsesivo-compulsivo, suspicacia interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además, los tres índices globales analizados son el

Índice Global de Severidad, Total de Síntomas Positivos (TSP) e Índice de Malestar (Sánchez & Ledesma, 2009). Por último, respecto a los índices de fiabilidad (α de Cronbach) de la prueba, oscilan entre 0,80 para ansiedad social y 0,95 para depresión, a excepción de la dimensión psicoticismo/ansiedad que presentó un $\alpha=0,66$; siendo la fiabilidad total de la escala de 0,98 (Bados, Balaguer, & Coronas, 2005).

Respecto a los testimonios del personal sanitario, se registraron mediante grabaciones por voz a través de *entrevistas orales, semiestructuradas y abiertas* y, se seleccionó lo más relevante de acuerdo a los objetivos del estudio (Véase Anexo 5). Las temáticas abordadas fueron la implantación y el funcionamiento de los servicios de salud mental en los campamentos, el estigma asociado a la enfermedad mental y el uso de la medicina tradicional para paliar las dolencias de índole psíquica. En estas entrevistas participaron las cuatro psicólogas de Tindouf (de las wilayas de Auserd, Aiún, Dajla y Bojador, esta a su vez es directora del Departamento de Salud Mental); un médico generalista miembro del Frente Polisario y técnico del Ministerio de Salud; el médico y director de Sanidad de la wilaya de Bojador y el médico de Auserd. En general, la recogida de datos tuvo lugar en los hospitales y en los dispensarios sanitarios de cada una de las wilayas o en ocasiones, en el contexto doméstico de las participantes. Las evaluaciones se desarrollaron forma voluntaria, confidencial e individual, y en los casos en los que hubo dificultades con el lenguaje colaboraron las psicólogas de las wilayas.

Resultados

Características sociodemográficas

El análisis de las variables sociodemográficas, como se muestra en la Tabla 1, indica que la mayoría de las mujeres (87%) nacieron en el Sahara Occidental y participaron en el proceso migratorio, mientras que solo el 12 % nacieron en los campamentos. Además, de las mujeres evaluadas, más de la mitad estaban casadas (64.52%) frente a un 19.35% que estaban separadas o divorciadas. Respecto a la escolaridad, destacaron los estudios primarios incompletos para el total de la muestra (58.06%) y predominó el

desempleo (80.64 %). Por último, veinticinco de las treinta y una participantes, lo que constituyó el 80.64% del total, habían recibido asistencia psicológica en algún momento de sus vidas.

	N	%
Lugar de nacimiento		
Sahara Occidental	27	87.10
Campamentos de refugiados	4	12.90
Tiempo como refugiada		
Desde 1975	12	38.70
Posterior a 1975	13	41.93
Desde nacimiento	4	12.90
No contesta/dato inconexo	2	6.45
Estado civil		
Soltera	3	9.68
Casada	20	64.52
Separada o divorciada	6	19.35
Viuda	2	6.45
Estudios		
Primarios incompletos	18	58.06
Primarios completos	2	6.45
Secundarios incompletos	7	22.58
Secundarios completos	3	9.68
Universitarios	1	3.22
Ocupación laboral		
Sin empleo	25	80.64
Incapacitada	2	6.45
Trabajo remunerado	4	12.90
Usuarías de servicios de salud mental	25	80.64

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N=31). Mujeres refugiadas a largo plazo en los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia). Los datos de este estudio fueron recogidos a lo largo de abril y mayo de 2014.

Evaluación de salud mental general. Dimensiones y otros índices del SCL-90 (R)

En relación con los hallazgos sobre el screening en salud mental, quedan representados en la Tabla 2 y reflejan los resultados obtenidos en el cuestionario SCL-90 (R). Las dimensiones analizadas muestran que el 100% de las mujeres refugiadas en Tinduf puntuaron positivamente en somatizaciones, el 90.3% en trastornos obsesivo-compulsivos, el 93.5% en suspicacia interpersonal, el 96.8% en depresión, el 93.5% en ansiedad, el 77.4% en hostilidad, el 87.1% en ansiedad fóbica, el 90.3% en ideación paranoide y el 90.3% en psicoticismo. Como se observa, las puntuaciones son elevadas para todas las categorías, obteniéndose una

media de 8.12 ($DT = 1.78$) dimensiones puntuadas positivamente por persona. Así, excepto una de las mujeres que puntuó positivo sólo en somatizaciones y otra que puntuó en somatizaciones, ideación paranoide, depresión y psicoticismo, el resto de las mujeres alcanzó criterios diagnósticos, según la escala, para la presencia de 6 a 9 trastornos.

A su vez, el *total de síntomas positivos* es un índice de la escala que refleja la tendencia a exagerar la patología si es superior a 60. En este estudio, este índice tiene un valor de 61.84 ($DT = 18.88$). En la misma dirección, el *índice de malestar* determina una ligera tendencia a la exageración del malestar, cuya amplitud teórica oscila entre 0 y 4, y en este estudio se encontró una puntuación de 2.13 ($DT = 0.56$). Por último, para reflejar la percepción global del malestar se halló el *índice global de severidad*. Este índice tiene una amplitud teórica de 0 a 4 y su análisis en las mujeres evaluadas tuvo un valor de 1.19 ($DT = 0.65$).

	N	Rango	Mínimo	Máximo	M	SD	% diagnóstico positivo
Somatizaciones	31	2.0	1.0	3.0	1.77	0.76	100
Obsesivo compulsivo	31	3.0	0.0	3.0	1.68	0.79	90.3
Susplicacia interpersonal	31	3.0	0.0	3.0	1.42	0.92	93.5
Depresión	31	3.0	0.0	3.0	1.74	0.85	96.8
Ansiedad	31	3.0	0.0	3.0	1.39	0.92	93.5
Hostilidad	31	3.0	0.0	3.0	0.97	0.87	77.4
Ansiedad fóbica	31	3.0	0.0	3.0	1.32	0.83	87.1
Ideación paranoide	31	4.0	0.0	4.0	1.39	0.95	90.3
Psicoticismo	31	3.0	0.0	3.0	1.32	1.01	90.3
Índice global severidad	31	2.0	0.0	2.0	1.19	0.65	
Total síntomas positivos	31	62	23	85	61.84	18.88	
Número de trastornos positivos por sujeto	31	8.0	1.0	9.0	8.19	1.78	
Índice de malestar	31	2.0	1.0	3.0	2.13	0.56	

Tabla 3. Dimensiones del screening sobre salud mental y otros índices de la escala SCL-90 (R). Mujeres refugiadas a largo plazo en los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia), (N=31). Los datos de este estudio fueron recogidos a lo largo de abril y mayo de 2014.

Historia clínica

Los resultados obtenidos en la *historia clínica* pueden observarse en las Tablas 4 y 5, que fue cumplimentada de forma completa por el 58% de las mujeres. Exceptuando las preguntas relativas a las características sociodemográficas (Tabla 1), el resto de las cuestiones de la historia clínica se preguntaron tras la cumplimentación del SCL-90(R). Así, se hipotetiza que muchas refugiadas no contestasen a todas las preguntas por el efecto de la fatiga.

Con relación al área de salud mental, las respuestas mostraron que un 32% de las refugiadas desconocían el significado del concepto “salud mental” y se observó un generalizado desconocimiento en torno a ese campo. Por lo que respecta al acceso que las mujeres tenían a los servicios de atención psicológica, un 61.29 % de las mujeres reconoció no tener problemas de acceso, frente a un 9.68 % que consideró que el acceso a este servicio era limitado y un 29.03% que no respondió. A su vez, más de la mitad de las refugiadas que estaban siendo tratadas o habían solicitado asistencia en estos servicios (60%) no conocían su diagnóstico de salud mental y/o lo confundían con enfermedades físicas, mientras que un 16% no contestó a la pregunta. Además, la práctica de medicina tradicional fue referida por el 35.48% de las mujeres.

	N	%
Desconoce el significado de salud mental	10	32.26
No contesta acerca del significado de salud mental	10	32.26
Reconoce tener acceso a los sistemas de salud mental	19	61.29
Expresa tener acceso limitado a los sistemas de salud mental	3	9.68
No contesta referido al acceso a los sistemas de salud mental	9	29.03
No conoce su diagnóstico de salud mental	15	48.39
No contesta en referencia a conocer su diagnóstico de salud mental	4	12.90
Expresa haber usado medicina tradicional	11	35.48

Tabla 4. Respuestas relativas al campo de la salud mental recogidas en la historia clínica. Mujeres refugiadas a largo plazo en los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia), (N=31). Los datos de este estudio fueron recogidos a lo largo de abril y mayo de 2014.

Referente a la historia clínica, la Tabla 5 refleja los resultados obtenidos en relación con la percepción de su situación como refugiadas, con la perspectiva de futuro y con posibles miedos asociados a su condición de refugiadas. En consecuencia, un 45.16% de las mujeres consideró su situación como positiva pese a que la pérdida de esperanza en el futuro representó el 41.93% de la opinión de las mujeres encuestadas, frente a un 35.48 % que la percibió como buena o que no contestó (22.58%). A su vez, en relación con los miedos que presentaron las mujeres saharauis refugiadas, más de la mitad (64.52%) expresaron miedo por la situación de sus familiares en el Sahara Occidental, un 48.39% refirió sentimientos de tristeza, y un 48.39% odio o rabia por no poder volver al Sahara Occidental. En última instancia, tan solo un 32.26% de las mujeres reconoció sentir miedo de que se cortase la asistencia externa, mientras que el 19.35% lo vio como improbable.

	N	%
Percepción de su situación		
Positiva	14	45.16
Negativa	11	35.48
No contesta	6	19.35
Percepción de futuro		
Buena	11	35.48
Sin esperanza	13	41.93
No sabe/ no contesta	7	22.58
Miedo por la situación de sus familiares en el Sahara Occidental	20	64.52
Sentimientos de tristeza, odio o rabia por no poder volver al Sahara Occidental	15	48.39
Miedo de que se corte la asistencia externa		
Reconoce sentir miedo	10	32.26
Lo ve improbable	6	19.35

Tabla 5. Respuestas relativas a la percepción de su situación como refugiadas a largo plazo, de su futuro y del temor a que se limitase la asistencia externa. Mujeres refugiadas a largo plazo en los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia), (N=31). Los datos de este estudio fueron recogidos a lo largo de abril y mayo de 2014.

Entrevistas con los profesionales de asistencia sanitaria

De los datos recogidos a raíz de las entrevistas realizadas a los profesionales sanitarios (Véase Anexo 5), los testimonios se dirigieron a tres ámbitos: la atención psicológica en las wilayas y la ausencia de psiquiatras, el rechazo y la estigmatización social del trastorno mental en la cultura saharai y el uso de la medicina tradicional. Así, uno de los aspectos más destacados de las entrevistas hizo referencia a la necesidad de ampliar y de consolidar la atención psicológica en los campamentos, al tiempo que se evidenció la ausencia de psiquiatras en los campos de refugiados de Tinduf. A su vez, acorde a los testimonios obtenidos, las campañas de sensibilización promovidas por el Departamento de Salud Mental lograron una mayor aceptación de la psicología y de la salud mental en los campamentos y contribuyeron a un aumento en el número de los pacientes. Sin embargo, el estigma asociado a la “salud mental” dentro de la cultura saharai contribuye a la interpretación de esta como un castigo divino o como una enfermedad incurable. En consecuencia, los sanitarios destacaron que existe mucho tabú y juicio social en torno a la asistencia a terapia. Muchos reconocieron que sus pacientes acuden a consulta tapadas y con miedo a ser estigmatizadas permanentemente. De este modo, los facultativos justificaron la tendencia que existe en Tinduf a considerar los tratamientos psicológicos como la última opción y que su uso suele producirse una vez se hayan contemplado otras intervenciones basadas en la medicina tradicional o en las lecturas del Corán.

Discusión

La principal aportación de este estudio es que consiste en la primera evaluación psicológica realizada con población saharai. En consecuencia, el manuscrito asociado a este estudio (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017) fue la primera publicación científica sobre psicología y población saharai refugiada en Tinduf. Así, a lo largo de la discusión de estos resultados resulta imposible comparar el presente trabajo con estudios previos que evalúen a la misma población.

Esta investigación es relevante porque refleja el estado de salud mental en el que se encuentran las mujeres refugiadas en Tinduf y aporta evidencia de los factores culturales que rodean la interpretación de la sintomatología (Craig, Mac Jajua, & Warfa, 2009; Giacco & Priebe, 2018) y que limitan los accesos a los sistemas de atención psicológica (Tekin et al., 2016).

Por otro lado, del total de las 31 participantes hubo 25 que habían recibido apoyo psicológico por el Departamento de Salud Mental de los campamentos. Así, este hecho contextualiza las elevadas puntuaciones encontradas en todas las dimensiones de la salud mental, más allá de la posible tendencia a exagerar la afectación psicológica. Otros estudios desarrollados con población árabe han observado que la vergüenza y el estigma son factores comunes que predisponen a la somatización, dado que se tiende a ocultar las dolencias psíquicas (Jamil et al., 2002). Este planteamiento es acorde con los resultados de este estudio, ya que todas las mujeres puntuaron positivamente en somatizaciones y, según los testimonios de los sanitarios, el estigma asociado al binomio salud/enfermedad mental en Tinduf es una realidad. En este sentido, el silencio asociado al estigma dificulta la atención temprana y agrava la sintomatología, lo que explica las elevadas puntuaciones en el conjunto de la muestra. Asimismo, teóricas como Niaz (2014), subrayan una fuerte presión social para las mujeres refugiadas que implica el cumplimiento exhaustivo de los patrones tradicionales. Por tanto, las mujeres refugiadas no solo afrontan los problemas psicológicos sino toda la carga sociocultural que les impide y les juzga en el acceso a los sistemas de salud mental (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017). Pese a ello, un 61.29% de las mujeres reconocieron no tener problemas en el acceso a los servicios de atención psicológica en Tinduf, aunque la inmensa mayoría preferían *llevar en secreto* su asistencia a terapia. Por otro lado, este estudio muestra altas prevalencias en depresión (96.8%), suspicacia interpersonal (93.5%) y ansiedad (93.5%). Estos datos apoyan la mayoría de trabajos que sostienen que junto con el TEPT, la ansiedad y la depresión son los trastornos mayormente encontrados en personas refugiadas (Basoglu, Jaranson, Mollica, & Kastrup, 2001; Bogic et al., 2012; De Jong, Komproe, & Ommeren, 2003; Gootzeit & Markon, 2011; Priebe et al., 2013; Schick et al., 2018; Steel et al., 2009). La suspicacia personal, en el SCL-90 (R) queda recogida como aquellos “sentimientos de inadecuación e

insuficiencia personal, en especial al compararse con otras personas (autocensura, incomodidad y malestar en las interacciones sociales)” (Sanchez, & Ledesma, 2009). En este sentido, las elevadas puntuaciones se atribuyen a sentimientos de baja autoestima, contextualizados en el generalizado abandono político hacia el pueblo saharauí, lo que impide su proyección y desarrollo personal y laboral, ya que desde 1991 espera una solución al conflicto. En contraste, el carácter hospitalario de esta sociedad, su fuerte arraigo identitario y la necesidad de una convivencia forzada en el exilio concentra las menores puntuaciones en la dimensión de hostilidad (77.4%), siendo positiva para tres de cada cuatro mujeres. En resumen, se observan altas puntuaciones en todas las dimensiones y en los índices globales de la escala, lo que apunta a una ligera tendencia en la exageración del malestar. Así, estas altas puntuaciones pueden venir determinadas por la necesidad de visibilizar la situación en la que se encuentran (Peace & Masliuk, 2011) o por la falta de instrumentos adecuados (Brunnet et al., 2020; Mollica et al., 2004).

Por otro lado, se observa un fuerte desconocimiento con relación a su propio diagnóstico (60%) que se contextualiza por la reciente implantación de los programas de atención psicológica. Además, acorde a los testimonios de los sanitarios, el sistema de creencias saharauí atribuye connotaciones negativas a los trastornos psicológicos y promueve el uso extendido de la medicina tradicional. Asimismo, un 45.16% de las mujeres percibió su situación como positiva y un 58.07% de las refugiadas mostraron esperanza en el futuro, hecho que motivó el desarrollo del siguiente estudio para esta tesis. En conversaciones con la directora del Departamento de Salud Mental de Tinduf, atribuía el bienestar de las mujeres y la esperanza en el futuro a la ausencia de un conflicto armado y a los factores de afrontamiento y adaptación. Así, explicaba que, ante la imposibilidad de manejar su destino, casi la mitad de las mujeres se resignaban a percibir su situación como buena pese a la adversidad, apuntando hacia algún elemento de indefensión aprendida. Con respecto a los sentimientos negativos expresados por las mujeres saharauíes, todos hicieron referencia a la situación política del Sahara Occidental. En consecuencia, el 64.52% expresaron temor por la situación de sus familiares en los Territorios Ocupados, tristeza y rabia por no poder volver al Sahara Occidental (48.39%), y una minoría del 32.26% reconoció temor ante un supuesto corte de asistencia humanitaria

internacional. Acorde a Martín-Beristain y González-Hidalgo (2012), la sociedad saharauí necesita un doble afrontamiento, por un lado, el de las dificultades del exilio y por otro, el de la violación de derechos humanos tanto en el Sahara Occidental como en los campamentos.

En suma, las aportaciones de este estudio abren múltiples vías para una aplicación práctica de estos resultados en los campamentos de refugiados saharauíes. Así, se sugiere el desarrollo de programas de psicoeducación para abordar las somatizaciones, dado que es una patología extendida. Se apoya la necesidad de continuar con las campañas de sensibilización para aproximar la psicología y sus tratamientos al pueblo saharauí, así como para minimizar el impacto del estigma y evitar la cronicidad y la agravación de las dolencias. Además, se insta a trabajar en estudios de prevalencia con mayor población para considerar las fortalezas y las debilidades del pueblo saharauí en el exilio y contribuir a una mejora en su estado de salud mental. Por último, se llama a la reflexión de las decisiones políticas migratorias que, desde lo macro, tienen un impacto en lo micro, entendido por la vida y la salud mental de las personas.

En conclusión, para mejorar la salud mental de las personas refugiadas urge la revisión de: a) las problemáticas asociadas a la violencia fronteriza como estrategia disuasoria (estudio I), b) los cierres de fronteras que empujan a los refugiados a permanecer en campos de refugio en condiciones inhumanas y acumulando historias de trauma (estudio II) y c) abrir el diálogo a todos aquellos conflictos estancados en el tiempo y buscar una posible solución (estudio III).

ESTUDIO 4. Factores de resiliencia en los Campamentos a largo plazo. La importancia de la esperanza en el futuro.

Desde una perspectiva salutogénica, los hallazgos encontrados en el estudio III reflejan que más allá de las altas puntuaciones en todas las dimensiones psicopatológicas, casi la mitad de las mujeres refugiadas (45.16%) definieron su situación como positiva y un 58.07% de las refugiadas mostraron esperanza en el futuro (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017). De este modo, surgió la inquietud por explorar los factores resilientes que subyacen a este positivo pensamiento, con objeto de utilizar este conocimiento desde una aplicación práctica en los grupos de apoyo psicosocial para con las personas refugiadas. Como se ha visto, un proceso de migración forzada por definición expone de diversas maneras a riesgos para la salud mental de los refugiados. Sin embargo, la perspectiva de un futuro esperanzador es un factor inherente al propio proceso, existe esperanza en el momento en el que se deja atrás el país del que se huye, existe esperanza cuando se espera a cruzar una frontera y existe esperanza cuando se anhela un futuro mejor. Sin embargo, la esperanza en el futuro ha sido poco estudiada en contextos de refugio, aunque se considera un elemento de predisposición para el crecimiento postraumático (Chan, Young, & Sharif, 2016). A su vez, en el caso del Sahara dado que la mayoría de los refugiados que actualmente viven en los campamentos no sufrieron la guerra ni el desplazamiento, se hace más aconsejable relacionar la esperanza en el futuro con los factores resilientes.

En general, los traumas existentes en Tinduf están relacionados con las muertes y los daños producidos por las minas antipersona, siendo este un estudio proyectado y a la espera de su ejecución por la actual situación de pandemia. Por establecer un contexto, desde la ocupación militar marroquí de 1975 el Sahara Occidental está dividido por un muro de 2700 km que se encuentra rodeado de minas y con frecuencia, las víctimas se producen en la parte Este del muro, en la zona controlada por el Frente Polisario y colindante a los campamentos de refugiados de Tinduf (Beristain, Sepúlveda, & Escobar, 2017). En consecuencia, los supervivientes a las explosiones de minas inician su recuperación médica en los

campamentos y en colaboración con el Departamento de Salud Mental de Tinduf se plantea el desarrollo futuro de un proyecto de evaluación y de asistencia psicosocial a las víctimas minadas. Sin embargo, previo al planteamiento de este proyecto, se ve necesario observar los niveles de resiliencia, así como los principales apoyos y vulnerabilidades en la población general refugiada en Tinduf. En esta dirección, pese a que el concepto de resiliencia está sujeto a múltiples interpretaciones, se asume que se trata de un continuo presente en diferentes grados, que atraviesa diferentes dominios y que incluye determinantes biológicos, psicológicos, sociales y culturales que interactúan para responder a las experiencias estresantes (Southwick, et al., 2014).

Con estos propósitos se postulan las siguientes hipótesis para este estudio: H1) Las personas nacidas en los campos de refugiados tendrán un nivel de resiliencia bajo. H2) Las personas con una baja esperanza en el futuro tendrán un nivel de resiliencia bajo. H3) El sentimiento de integración implicará mayores niveles de resiliencia. H4) Haber recibido atención psicológica es un factor que mediatizará el desarrollo de resiliencia.

Método

Participantes

En este estudio se evaluó a cuarenta y dos refugiados saharauis residentes en el campo de refugiados de Tinduf (Argelia), 29 fueron mujeres y 13 hombres con una media de edad de 34.50 años ($DT = 12.26$). En el momento de la evaluación, los refugiados llevaban una media de 30.71 años ($DT = 9.96$) viviendo bajo condición de refugio. La captación de los participantes se produjo gracias a colaboración del Ministerio de Salud, y en concreto del Departamento de Salud Mental de los campamentos de refugiados de Tinduf. Así, los participantes accedieron a este estudio por la derivación desde el centro de salud de las wilayas de Bojador y Auserd y, por muestro aleatorio simple de personas refugiadas en los campamentos de Tinduf.

Instrumentos y procedimiento

Los refugiados saharauis cumplimentaron de forma individual, confidencial y heteroaplicada una *historia clínica*, diseñada a tal efecto, y la escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993) (Véase Anexo 7). Las evaluaciones fueron desarrolladas en colaboración con el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud de los campamentos de refugiados y, en consecuencia, se capacitó a una psicóloga local que participó en la recogida de datos. Además, al igual que en el estudio III se revisaron las traducciones y se comprobó su validez, dado que los cuestionarios estaban impresos simultáneamente en árabe y castellano. Posteriormente, se procedió a la recogida de datos en los domicilios (jaimas) de algunos participantes y en los dispensarios del centro de salud de Bojador y de Auserd. Las evaluaciones tuvieron lugar entre diciembre de 2017 y enero de 2018.

En primer lugar, se aplicó la *historia clínica* que contuvo veintitrés preguntas agrupadas en tres bloques temáticos. Por un lado, se recogieron datos sociodemográficos referentes al sexo, la edad, el lugar de nacimiento de los participantes, el tiempo en situación de refugio, el estado civil y algunos aspectos relacionados con el núcleo de convivencia, con la educación, con el empleo, con el estado de salud general y con los recursos económicos. En segundo lugar, se recopiló información relativa a cuestiones específicas del tratamiento psicológico en Tinduf, como el estigma asociado al mismo, el uso previo de los recursos de atención psicológica o de la medicina tradicional. Por último, la *historia clínica* recogió elementos relacionados con el afrontamiento y con la vulnerabilidad. Así, se reflejan los principales apoyos de los refugiados, la percepción de integración en Tinduf, la falta de esperanza en el futuro y la presencia de las principales preocupaciones, miedos e inseguridades.

En referencia a la Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993) consistió en 25 ítems con una modalidad de respuesta tipo Likert y una consistencia interna buena y excelente (.76-.91). En su aplicación se pidió a los entrevistados que valorasen el grado de acuerdo que tenían con cada ítem desde el 1 que era en desacuerdo hasta el 7 que era en máximo acuerdo. El propósito de la escala refleja el grado de resiliencia

individual obtenida, considerada como una característica positiva de la personalidad que promueve la adaptación (Wagnild & Young, 1993). Esta escala considera la resiliencia acorde a dos factores: a) la *competencia personal*, que incluye valores tales como capacidad la personal, la independencia, las habilidades, los dominios, ser perseverante, y b) la *aceptación de sí mismo y de la vida*, entendida como capacidad de adaptación, y de ser flexible (Rodríguez et al., 2009). Además, establece una puntuación global que determina el grado de resiliencia cuyos valores teóricos van de 25 a 175. Así, los valores superiores a 147 denotan una mayor capacidad resiliente, entre 121-146 moderada y menor a 121 una baja resiliencia.

Resultados

Características sociodemográficas

Como muestran los datos sociodemográficos de la Tabla 1, el 66% de los saharauis participantes en este estudio nacieron en los campamentos de refugiados de Tinduf y el 33% en el Sahara Occidental. La inmensa mayoría de los refugiados estaban casados/as (45.2%) y solteros/as (45.2%) frente a un 9.5 % que eran viudos/as, separados/as o divorciados/as. Además, a excepción de una persona, el resto (97.6%) convivían con otros familiares y de entre ellos, el 45.23% residían con su pareja. Respecto a la escolaridad, predominaron los estudios secundarios ya fueran completos (35.71%) o incompletos (26.19%) y el desempleo destacó para el conjunto de la muestra (47.61%). Por último, el 23.80% de los refugiados habían utilizado con anterioridad los recursos de apoyo psicológico ofrecidos en los campamentos y el 35.71% tenían algún tipo de patología física sin una gravedad extrema.

A su vez, la *historia clínica* recogió aspectos orientados al uso de los servicios de atención psicológica en Tinduf y otros elementos de afrontamiento y de vulnerabilidad asociados a la condición de refugio, tal y como se observa en la Tabla 2. De los participantes en este estudio, un 23.8% habían sido usuarios del servicio de atención psicológica de los campamentos y el 52.4% de los encuestados habían utilizado medicina tradicional para algún tipo de dolencia psíquica. Además, un porcentaje ligeramente

superior (57.14%) expresó conocer a personas que usaban la medicina tradicional como tratamiento psicológico y en torno al 45.9 % reconocieron que existía una actitud generalizada de rechazo al tratamiento psicológico en la sociedad saharauí.

	N	%
Lugar de nacimiento		
Sahara Occidental	14	33.33
Campamentos de refugiados	28	66.66
Estado civil		
Soltero/a	19	45.25
Casado/a	19	45.25
Viudo/a, separado/a o divorciado/a	4	9.52
Estudios		
Primarios incompletos	9	21.42
Primarios completos	2	4.76
Secundarios incompletos	11	26.19
Secundarios completos	15	35.71
Universitarios	5	11.90
Fuente de ingresos		
Desempleado/a	27	69.2
Empleado/a	12	30.8
Convivencia		
En familia	41	97.6
Con la pareja	19	45.23
Enfermedades físicas		
	15	35.71

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N=42). Factores de resiliencia entre los refugiados a largo plazo en los campamentos de Tinduf (Argelia). Los datos de este estudio fueron recogidos a lo largo de diciembre de 2017 y enero de 2018.

Por lo que respecta a las cuestiones de afrontamiento y de vulnerabilidad, la familia fue para el 81% de los participantes el apoyo principal, frente a otro tipo de apoyos (amigos/vecinos, la propia persona, el pueblo saharauí u otros). Además, el 63.41 % expresó sentirse integrado/a en Tinduf, entendiendo por integración el proceso de formar parte de un grupo de gente y de su territorio. Por otra parte, la preocupación por la familia en el Sahara Occidental y un posible cese de la cooperación fueron los principales miedos e inseguridades para el 50% de los entrevistados. A su vez, un 54.8% reconoció que estos miedos le ocupaban mucha parte de su pensamiento, un 23.80% reconoció que no les prestaban atención y un 21.42% no contestó la pregunta. Por último, un 42.9% de los refugiados expresó tener falta de esperanza en el futuro, mostrándose la mayoría optimistas con relación a un futuro esperanzador (54.8%).

	N	%
Tratamiento psicológico		
Uso previo de los sistemas de atención psicológica de Tinduf	10	23.8
Uso previo de la medicina tradicional como tratamiento psicológico	22	52.4
Conocimiento de terceros que usan la medicina tradicional como tratamiento psicológico	24	57.14
¿Cree que existe rechazo al tratamiento psicológico en Tinduf?		
Sí	19	45.2
No	18	42.9
No sabe/ No contesta	5	11.9
Afrontamiento y vulnerabilidad		
Apoyo familiar		
Sí	34	81.0
No	8	19.1
¿Se siente integrada en Tinduf?		
Sí	26	63.4
No	15	36.58
Preocupaciones, miedos e inseguridades		
Cese de la cooperación y situación de la familia en el Sáhara Occidental	21	50
Otros	13	31
¿Estos miedos le ocupan mucha parte de su pensamiento?		
Sí	23	54.8
No	10	23.80
No contesta	9	21.42
Esperanza en el futuro		
No	18	42.9
Sí	23	54.8

Tabla 2. Aspectos relacionados con el uso del tratamiento psicológico en Tinduf y otros elementos de afrontamiento y vulnerabilidad (N=42). Factores de resiliencia entre refugiados a largo plazo en los campamentos de Tinduf (Argelia). Los datos de este estudio fueron recogidos a lo largo de diciembre de 2017 y enero de 2018.

Escala de Resiliencia

Por último, los resultados obtenidos en la Escala de Resiliencia de Wagnild and Young muestran que el 38.09 % de los participantes obtuvieron un nivel bajo de resiliencia, el 33.33 % un nivel medio y el 28.57 % niveles altos de resiliencia. Los únicos factores que correlacionaron con resiliencia fueron haber nacido en los campamentos de refugiados, $\chi^2(2, N = 42) = 8.424, p < .05$ y tener una baja esperanza en el futuro, $\chi^2(2, N = 41) = 7.782, p < .05$. No se encontró ninguna relación entre la resiliencia y el género, $\chi^2(2, N = 42) = 0.947, p = .623$; la edad, $F(2,39) = 1.342, p = .273, \eta^2 = .064$; los años de refugio, $F(2,39) = 0.003, p = .997, \eta^2 = .000$; tener hijos, $\chi^2(2, N = 42) = 1.249, p = .535$; el número de hijos que tienen, $F(2,39) = 0.921, p = .407, \eta^2 = .045$; los problemas de salud, $\chi^2(2, N = 42) = 3.553, p = .169$; haber recibido tratamiento psicológico, $\chi^2(2, N = 39) = 3.510, p = .173$; los sentimientos de integración en la comunidad, $\chi^2(2, N = 41)$

= 1.387, $p = .500$; el apoyo familiar, $\chi^2(2, N = 42) = 2.876, p = .237$; o estar empleado, $\chi^2(2, N = 39) = 5.782, p = .056$. En consecuencia, de las hipótesis planteadas se aceptan la primera y la cuarta respectivamente, según las cuales las personas nacidas en los campos de refugiados de Tinduf y las personas con una baja esperanza en el futuro tendrán menor resiliencia. Igualmente, se rechaza la tercera y la cuarta hipótesis.

Discusión

Este estudio resulta relevante porque aporta por primera vez evidencia científica acerca del grado de resiliencia presente en los saharauis refugiados en Tinduf. Además, pese a su carácter exploratorio, este estudio constituye un primer paso para la puesta en marcha de evaluaciones futuras. Además, se buscará en un futuro una mayor implicación de personas, cuyos resultados puedan ser utilizados para la implantación de grupos de apoyo psicosocial en los campamentos.

Por lo que respecta a los participantes, las características sociodemográficas sugieren que se trata de una muestra representativa. Así, la mayoría son nacidos en los campamentos de refugiados (66.66%) con una media de edad de 34.50 años ($DT = 12.26$), acorde a la estimación del (UNHCR, 2016), que sugiere que el 60% de los refugiados en los campamentos de Tinduf son menores de 30 años siendo casi dos generaciones las nacidas en estos campos de refugiados. Al mismo tiempo, predomina el desempleo en la muestra (47.61%) lo que es habitual en este campo de refugio y el 97.6% convive con algún miembro de la familia.

Por lo que respecta a las cuestiones relacionadas con el tratamiento psicológico, en consonancia con los resultados del estudio III, se destaca un extendido uso de la medicina tradicional (52.4) y la percepción del estigma asociado al tratamiento psicológico en los campamentos de refugiados (45.2%). La interpretación de estos resultados sugiere que se requiere continuar con las campañas de sensibilización que acerquen la psicología a los saharauis refugiados en Tinduf y que eviten la estigmatización. Además, una

mayor aceptación del tratamiento psicológico atribuirá una mayor eficacia y confianza al mismo, lo que pudiera generar un factor mediatizador de resiliencia en el futuro. Dado que se ha visto que haber recibido atención psicológica no es un factor que mediatiza el desarrollo resiliente en los campamentos de refugiados de Tinduf. Asimismo, el apoyo familiar fue referido por el 81% de los refugiados y el sentimiento de integración por el 61.9%, lo que, en consonancia con otros trabajos previos (Afana et al., 2018; Siriwardhana, et al., 2014) son factores que predisponen al desarrollo resiliente. Sin embargo, en este estudio no se ha encontrado un efecto del apoyo familiar ni del de la integración con los niveles altos o moderados de resiliencia.

Por lo que respecta a los factores de vulnerabilidad, el 81% reconoció tener pensamientos sobre miedos, preocupaciones o inseguridades asociados a su condición de refugio y el 50% los relacionó con un posible cese de la cooperación y con la situación de la familia en el Sáhara Occidental. Asimismo, un 54% de los saharauis expresaron que estos pensamientos negativos les ocupaban mucha parte de su pensamiento, en el sentido de que tenían estos pensamientos de forma recurrente. Por último, e igualmente asociado a la condición de refugio a largo plazo, surge el indicador de la falta de esperanza en el futuro. Así, el 42.9% de la opinión de las refugiadas expresó falta de esperanza en el futuro, encontrándose una cifra similar a la encontrada en el estudio III (41.93%) y este hecho sí tuvo un efecto en los refugiados con una baja resiliencia. De forma similar, en el estudio de Weinberg et al., (2016) se encontró que los niveles de esperanza y de apoyo social referidos por los supervivientes de ataques terroristas se asociaban de forma inversa con la sintomatología traumática de sus esposas. Acorde a ello, se hipotetiza que la esperanza en el futuro pudiera ser una estrategia resiliente a nivel comunitario, dentro de la sociedad saharauí en tanto y cuanto minimizaría el desarrollo de problemas psicológicos. Sin embargo, la falta de estudios con esta población y la dificultad que estriba en comparar estos resultados con trabajos previos hace que sea difícil establecer generalizaciones.

No obstante, este estudio no solo aporta conocimiento sobre una realidad no estudiada, sino que abre nuevas vías de investigación. Así, estos resultados apoyan las investigaciones previas que sugieren que la condición de refugio conlleva un deterioro en la salud mental de los refugiados (Basoglu et al., 2001; Bogic et al., 2012; De Jong, Komproe, & Ommeren, 2003; Gootzeit & Markon, 2011; Priebe et al., 2013; Schick et al., 2018; Steel et al., 2009) y especialmente si se ha nacido en un entorno de desplazamiento forzado. Además, este estudio insta a la implantación de programas de apoyo psicológico que palien las consecuencias del exilio y que minimicen el estigma asociado a la salud mental en los campos de refugiados de Tinduf. En último término, se destaca que la vulnerabilidad emocional de los refugiados saharauis está muy mediatizada por el conflicto político, dado que los principales miedos y pensamientos negativos giran en torno a él, aunque pese a ello, mantengan la esperanza en el futuro.

3. EN LOS LUGARES DE DESTINO (ACOGIDA).

ESTUDIO 5. Países de destino España // Irlanda

El reconocimiento de asilo es la culminación exitosa de todo proceso migratorio forzado. Por el contrario, la deportación al país de origen supone un fracaso y un retorno al punto original sin haberse resuelto, en la mayoría de los casos, la razón que motivó el desplazamiento. A su vez, obtener la protección internacional no es un procedimiento automático y con frecuencia, el tiempo de espera añade desgaste psicológico a las personas solicitantes.

A partir de los datos recogidos hasta el momento, podemos afirmar que los migrantes y los refugiados en su etapa de viaje sufren una gran cantidad de experiencias traumáticas, que en algunas ocasiones pueden considerarse tortura. Estos traumas tienen un efecto negativo sobre la salud mental de los migrantes provocando una gran variedad de síntomas postraumáticos y en ocasiones trastornos de estrés postraumático (TEPT). En consonancia con estudios previos, se ha podido establecer una relación directa entre la cantidad de experiencias traumáticas y el diagnóstico de TEPT. No obstante, son mayoría los migrantes que no parecen sufrir esta patología, lo que estaría indicando altas tasas de resiliencia. Igualmente, a lo largo de esta tesis se ha visto que la estancia en campos de refugiados tiende a cronificarse y este hecho añade deterioro en la salud mental de los refugiados, más allá de una posible experimentación traumática concreta. De este modo, la estancia en campamentos a largo plazo, pese a la ausencia de historias previas de trauma tiende a provocar psicopatización, ansiedad y depresión, especialmente ante la falta de recursos de atención psicológica o de un uso limitado de los mismos. Al mismo tiempo, se ha observado que la esperanza en el futuro surge como factor de protección que promueve la resiliencia.

De esta manera, esta tesis busca los elementos que tienen una influencia en la salud mental de los refugiados para contribuir como objetivo final al planteamiento de una propuesta de atención psicosocial adaptada a sus necesidades. En consecuencia, este estudio está motivado por saber en qué medida algunos factores pueden contribuir a la resiliencia frente a las experiencias traumáticas y el papel que las narrativas

(recuerdos) juegan en esta patología. En este sentido, merecen mención teorías como las de (Rubin, et al., 2008; Rubin, et al., 2008) para las que la memoria juega un papel fundamental en el TEPT, así como tener en cuenta que la memoria es el elemento clave en los procesos de asilo. En el presente estudio los objetivos iniciales fueron la evaluación de las necesidades psicosociales, de los elementos post-migratorios, de los eventos traumáticos y de tortura experimentados, del TEPT y de las características fenomenológicas de los recuerdos traumáticos. En este estudio se ha evaluado a solicitantes de asilo y a refugiados en Europa, en concreto en España e Irlanda. En consecuencia, se obtuvo información sobre el estado de salud mental de estas personas en esta fase de destino.

Además, la elección de España e Irlanda vino condicionada por ser dos países de acogida muy distantes en las formas de acceso y en las cifras de solicitudes de asilo registradas. En este sentido, España es un país fronterizo y situado en el Mediterráneo, lo que permite un mayor acceso al territorio para los migrantes forzosos en situación de irregularidad y, debido al Convenio de Dublín muchas personas se ven obligadas a solicitar asilo en este país. Mientras, Irlanda es una isla situada en el Norte del Atlántico y el acceso a la misma, simplemente por razones geográficas es más difícil. Pese a ello, existen casos de migración irregular, aunque se da en menor proporción que en España. En consecuencia, España registró 115.175 primeras solicitudes de asilo (principalmente de países de Latinoamérica) en 2019 e Irlanda 4.745 (mayoritariamente de países del este de Europa y sudafricanos) (Eurostat, 2020).

Método

Participantes

Cincuenta y siete personas participaron en este estudio descartándose uno de ellos por la falta de respuestas en algunos de los aspectos evaluados. De los cincuenta y seis participantes, 36 fueron hombres (64.3 %) y 20 mujeres (35.7%). La media de edad para el conjunto de la muestra fue de 33.69 años ($DT =$

11.15) con un rango de edad de los 18 hasta los 72 años. La media de tiempo expuestos al conflicto fue de 30.5 meses ($DT = 52.47$).

Acorde a las características sociodemográficas, véase Tabla 1, el 39.28 % procedían de Oriente Medio con una mayoría de personas sirias (26.8 %) frente a otros países de la región. Seguidamente, un 28.57% procedían de países de Latinoamérica, con mayoría de Nicaragua (26.8%), un 21.42% procedían del África Sub-Sahariana donde destacó Zimbabue (12.5%) como país mayoritario y el 10.71% restante eran originarios de otros países del norte de África (Argelia), de Europa del Este o del Sur de Asia (Pakistán).

	<i>N</i>	%
Sexo		
Hombre	36	64.3
Mujer	20	35.7
Lugar de origen		
Oriente Medio	22	39.28
Latinoamérica	16	28.57
África Subsahariana	12	21.42
Otros	6	10.71
Estado de solicitud de asilo		
Admisión a trámite	38	67.9
Protección Internacional		
Estatuto de refugiado	9	16.1
Protección subsidiaria	7	12.5
Razones humanitarias	2	3.6

Tabla 1. Características sociodemográficas entre los solicitantes de asilo y refugiados residentes en España e Irlanda (N=56). Evaluaciones realizadas entre enero de 2018 y noviembre de 2019.

Todas las personas evaluadas habían realizado las entrevistas de análisis de credibilidad para obtener la protección internacional. La mayoría (67.9%) se encontraban pendientes de resolver su situación, aunque estaba admitida a trámite, por lo que legalmente eran personas solicitantes de asilo. El resto de los participantes tenían concedida algún tipo de protección internacional (32.2 %). De estos, el 16.1 % habían obtenido el estatuto de refugiado, el 12.5% la protección subsidiaria y el 3.6% la protección por razones humanitarias. A su vez, todas las personas se encontraban residiendo en Irlanda (53.6 %) y en España (46.4 %). La captación de los participantes tuvo lugar de dos maneras: a) mediante referencias proporcionadas por colectivos que

trabajaban con personas refugiadas en Irlanda y España, tales como el Sanctuary Health Hub en Limerick, la Red de Apoyo a nicaragüenses en Zaragoza y la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) y, b) a través de muestreo de bola de nieve por referencia de otros refugiados o solicitantes de asilo.

Instrumentos y procedimiento

En este estudio se utilizó una batería de herramientas de evaluación que incluyó diferentes instrumentos. Por un lado, se aplicó un cuestionario orientado a detectar las necesidades psicosociales en los refugiados y en los solicitantes de asilo, los cuales podrían influir en su estado mental y en el desarrollo de TEPT. Igualmente se administró la escala de Post Migration Living Difficulties (PMLD), el HTQ y el Cuestionario de Características Fenomenológicas del Recuerdo Autobiográfico (CCFRA, Manzanero et al., 2015)(Véase Anexo 8).

En primer lugar, se aplicó el cuestionario diseñado a tal efecto que contenía preguntas relativas a aspectos demográficos y a necesidades psicosociales asociadas a la condición de desplazamiento forzado. Este cuestionario contuvo 42 preguntas y para el análisis de datos se han destacado los resultados más relevantes.

Posteriormente, se aplicó la Escala de Postmigration Living Difficulties (PMLD) de Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar y Steel (1997) que consiste en un cuestionario con 24 preguntas sobre experiencias adversas y dificultades asociadas al estrés postmigratorio. Esta escala evalúa el grado de problema que han supuesto los episodios postmigratorios para los migrantes/refugiados durante los últimos 12 meses y es ampliamente usada con esta población. La cumplimentación de la Escala fue de tipo Likert con un rango de 1 a 5, donde 1 significó ningún problema y 5 supuso un problema muy grave para cada uno de los ítems planteados. Para este estudio, el análisis de fiabilidad hallado sobre los 24 elementos del PMLD mostró un α de Cronbach = 0.86.

Igualmente, se administró el *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) (Shoeb, Weinstein, & Mollica, 2007), como ocurrió en los estudios I y III y se han recogido los datos cuantitativos de la parte I, III, IV y V. De este modo, este estudio refleja los resultados obtenidos en experimentación traumática, posibles daños neurológicos, sintomatología de TEPT y experimentación de tortura. Para el diagnóstico de TEPT, los participantes deben obtener puntuaciones medias de 2.5 o superiores en los 16 primeros síntomas postraumáticos (Ibrahim & Hassan, 2017; Rasmussen, Verkuilen, Ho, & Fan, 2015). En esta escala, los análisis de fiabilidad mostraron que los alphas de Cronbach reflejaron un valor de 0.95 para los 42 elementos de los síntomas postraumáticos, de 0.88 para los 45 elementos de experiencias traumáticas y de 0.90 para las 26 experiencias de tortura analizadas.

Por último, se aplicó el *Cuestionario de Características Fenomenológicas del Recuerdo Autobiográfico* (CCFRA, Manzanero et al., 2015). Este cuestionario se compone de 41 preguntas estructuradas en dos bloques. La primera sección recoge 8 preguntas relacionadas con información sobre el evento (lugar de ocurrencia, implicaciones, edad, duración...). La sección segunda contiene 32 preguntas tipo Likert de 1 a 5, donde 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = neutral, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. Las dimensiones evaluadas fueron: calidad del recuerdo (grado de detalle, vividez, fragmentación, comprensión, definición, complejidad, perspectiva de recuperación, dudas, información visual, color, sonido, olor, tacto, sabor,); emociones asociadas (implicaciones, intensidad de los sentimientos, valencia, relevancia, sentimientos durante el suceso y ahora, pensamientos durante el suceso); y accesibilidad (esfuerzo de recuperación, olvido de detalles, reviviscencia, episodios de amnesia, flashbacks, recuerdo de hechos previos y posteriores, pensar y hablar sobre el suceso). El coeficiente de fiabilidad del cuestionario, mediante alfa de Cronbach, fue de .83. Por tanto, según la clasificación realizada por George y Mallery (2003), el índice de consistencia interna del cuestionario sería bueno.

Las evaluaciones se desarrollaron entre enero de 2018 y noviembre de 2019, en España e Irlanda y a través de entrevistas individuales, heteroaplicadas y confidenciales en espacios seguros apropiados para tal

fin. En España, las evaluaciones tuvieron lugar en dependencias ofertadas por la Comisión Española de Ayuda al Refugiado y en espacios privados tales como la sala de reunión del Centro Social Librería La Pantera Rosa (Zaragoza). En Irlanda, las evaluaciones se desarrollaron en lugares proporcionados por la Universidad de Limerick (Irlanda).

Por lo que respecta al idioma de los cuestionarios, la versión original fue en castellano, aunque se tradujo al árabe, al inglés y al francés. No obstante, las evaluaciones se desarrollaron en castellano, en inglés o en francés. Por último, se recogieron de forma verbal todos los consentimientos informados y en algunas ocasiones los participantes los aceptaron de forma escrita. Todos los consentimientos estaban traducidos a todos los idiomas (Véase Anexo 9). A su vez, la recogida de datos tuvo su aprobación por la Universidad de Limerick (Irlanda) y por la Universidad Complutense de Madrid (España), acorde a la autorización emitida por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados para esta tesis (Véase Anexo 1).

Resultados

A continuación, se destacan en la Tabla 2 algunos de los factores de integración más sobresalientes para los 56 solicitantes de asilo/refugiados.

Respecto al lugar de residencia, la mayoría habitaban en domicilios privados (55.35%) frente a un 44.7% que lo hacían en centros de detención para migrantes y refugiados y en alojamientos institucionales de forma temporal (17.9%) o a largo plazo (26.8%). Otros aspectos relacionados con la integración mostraron que el dominio del idioma fue entre medio y muy alto o materno para la gran mayoría (87.5%). Además, el 46.42% se sintieron moderadamente aceptados por la sociedad de acogida y el 32.14% refirió bastante aceptación. Un 33.9% se sintieron nada integrados y un 66.04% destacaron una integración moderada, bastante o plena. Sin embargo, la percepción de apoyo en la sociedad de acogida estuvo distribuida entre malo (33.9%), regular (32.1%) y bueno (33.9%). Por último, de las personas evaluadas, el 69.6% no habían recibido

tratamiento psicológico frente al 30.4% que sí lo habían recibido en los países de acogida y por cuestiones relativas a la migración forzosa.

	<i>N</i>	%
Alojamiento		
Institucional temporal	10	17.9
Institucional larga estancia	15	26.8
Privado	31	55.35
Dominio de la lengua		
Muy bajo o bajo	7	12.5
Medio o alto	21	37.5
Muy alto o materno	28	50
Percepción aceptación		
Nada/ligeramente	9	16.1
Moderado	26	46.42
Bastante/totalmente	21	37.5
Percepción integración		
Nada/ligeramente	19	33.9
Moderado	19	33.9
Bastante/totalmente	18	32.14
Percepción de apoyo		
Malo	19	33.9
Regular	18	32.1
Bueno	19	33.9
Tratamiento psicológico		
Sí	17	30.4
No	39	69.6

Tabla 2. Elementos influyentes en la integración de los solicitantes de asilo y refugiados residentes en España e Irlanda (N=56). Evaluaciones realizadas entre enero de 2018 y noviembre de 2019.

Post-Migration Living Difficulties (PMLD)

Con relación a los resultados obtenidos en la Escala del PMLD, se destacan las frecuencias en la Tabla 2. De entre el conjunto de respuestas, la preocupación por los familiares en el país de origen y la incapacidad para retornar al mismo en caso de emergencia fueron los problemas de mayor prevalencia para el conjunto de la muestra. La soledad y el aburrimiento también fueron elementos destacados por muchos de los participantes, así como la separación de los familiares y la sensación de aislamiento. Por lo que respecta a cuestiones relacionadas con el empleo, no disponer de un permiso de trabajo y no ser capaz de encontrar un

empleo fueron problemas que sufrieron una gran cantidad de refugiados. Asociado a lo anterior, la pobreza constituyó un problema grave o muy grave para más de la mitad de las personas evaluadas. Con relación a los posibles conflictos con agentes de migración y con el miedo a ser detenidos, en general no supusieron un problema para la mayoría, aunque para más del 60% una repatriación sería un problema grave o muy grave y el 41.1% consideraron un problema de gran gravedad los retrasos en los procesos de resolución de asilo. Además, hay que recordar que todos los evaluados tuvieron algún tipo de protección concedida. Las barreras de acceso a atención médica y a recursos no supusieron un problema para la mayoría de los participantes. Así, el 57.2% no mostró problemas o consideró un problema ligero la preocupación por no tener acceso a atención médica, ni de urgencia (73.2%) ni a largo plazo (58.9%), ni de salud dental (55.4%). De la misma forma, no supuso un problema o fue leve el acceso a servicios de asesoramiento (51.8%), la satisfacción con la asistencia estatal recibida (44.6%) o el acceso a alimentos (44.6%). Por último, las dificultades de comunicación (10.7%) y otros problemas de discriminación (10.7%) tuvieron una baja prevalencia.

PMLD	Ningún problema		Problema ligero		Problema moderado		Problema grave		Problema muy grave	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Preocupación por familiares que permanecen en país de origen	2	3.6	4	7.1	5	8.9	12	21.4	33	58.9
Incapacidad para retornar a su lugar de origen en caso de emergencia	5	8.9	1	1.8	5	8.9	10	17.9	35	62.5
Soledad y aburrimiento	5	8.9	2	3.6	12	21.4	10	17.9	27	48.2
Separación de familiares	5	8.9	4	7.1	16	28.6	5	8.9	26	46.4
Aislamiento	7	12.5	5	8.9	11	19.6	10	17.9	23	41.1
Miedo a la repatriación	16	28.6	2	3.6	4	7.1	6	10.7	28	50
No ser capaz de encontrar un empleo	12	21.4	3	5.4	5	8.9	18	32.1	18	32.1
Pobreza	10	17.9	9	16.1	6	10.7	11	19.6	20	35.7
No disponer de permiso de trabajo	19	33.9	2	3.6	3	5.4	8	14.3	24	42.9
Retrasos en el procesamiento de su solicitud de asilo y refugio	18	32.1	4	7.1	8	14.3	3	5.4	23	41.1
Malas condiciones de trabajo	22	39.3	5	8.9	5	8.9	11	19.6	13	23.2
Escaso acceso a alimentos que le gustan	21	37.5	4	7.1	11	19.6	7	12.5	13	23.2

Escasa asistencia social por parte del Estado	25	44.6	0	0	11	19.6	5	8.9	15	26.8
Escaso acceso a servicios de asesoramiento	22	39.3	7	12.5	10	17.9	7	12.5	10	17.9
Escasa asistencia social por parte de asociaciones benéficas	27	48.2	3	5.4	8	14.3	3	5.4	15	26.8
Preocupaciones por no obtener tratamiento para problemas de salud	25	44.6	7	12.5	7	12.5	6	10.7	11	19.6
Escaso acceso a atención dental	28	50	3	5.4	9	16.1	6	10.7	10	17.9
Escaso acceso a atención médica a largo plazo	27	48.2	6	10.7	8	14.3	7	12.5	8	14.3
Entrevistas con agentes de inmigración	32	57.1	6	10.7	4	7.1	5	8.9	9	16.1
Ser detenido/a	33	58.9	6	10.7	3	5.4	5	8.9	9	16.1
Discriminación	29	51.8	8	41.3	10	17.9	3	5.4	6	10.7
Dificultades en la comunicación	29	51.8	11	19.6	7	12.5	3	5.4	6	10.7
Escaso acceso a atención médica de urgencia	37	66.1	4	7.1	6	10.7	7	12.5	2	3.6
Conflictos con agentes de inmigración	45	8.4	2	3.6	1	1.8	2	3.6	6	10.7

Tabla 3. Resultados Post-Migration Living Difficulties entre los solicitantes de asilo/asilados residentes en España e Irlanda (N = 56). Ordenado de mayor a menor preocupación.

Eventos traumáticos

En la Tabla 4 pueden observarse las experiencias traumáticas sufridas por los refugiados y por los solicitantes de asilo ordenadas de mayor a menor frecuencia. La media de eventos traumáticos hallada fue de 15.66 ($DT = 7.21$, rango [1-33]). La totalidad de los migrantes vivió situaciones que pusieron en peligro su vida. La mayoría sufrieron limitaciones de movimiento de diferentes tipos y fueron obligados a desplazarse de manera forzosa. Se aprecia que las agresiones psicológicas fueron más frecuentes que las físicas, y destacan los daños a familiares y amigos. Como en otros estudios con refugiados, las personas evaluadas afirmaron haber sufrido torturas (32.1%) o presenciado como otros las sufrían (46.4%). Asimismo, informaron de abusos o humillaciones sexuales (26.8%), violaciones (17.9%) y haber presenciado agresiones sexuales a otros (14.3%). No se encontraron efectos de género ni de país de destino sobre la cantidad total de experiencias

traumáticas sufridas. La media de eventos traumáticos sufridos por las mujeres fue de 15.15 ($DT = 7.01$) y de 15.94 ($DT = 7.40$) en el caso de los hombres; $F(1,52) = 0.199$, $p = .657$, $\eta^2 = .004$. Así, por ejemplo, encontramos que hombres y mujeres habrían sufrido por igual violencia sexual, 30.0% mujeres y 11.4% hombres denunciaron haber sido violados, $\chi^2(1, N = 55) = 2.951$, $p = .086$; 25.0% mujeres y 28.6% hombres sufrieron abusos sexuales $\chi^2(1, N = 55) = .082$, $p = .775$. Solo se encontraron efectos del género sobre las torturas (15.0% mujeres y 41.7% hombres), $\chi^2(1, N = 56) = 4.192$, $p = .041$; falta de hogar (65.0% mujeres y 19.4% hombres), $\chi^2(1, N = 56) = 11.622$, $p = .001$; falta de comida o agua (60.0% mujeres y 30.5% hombres), $\chi^2(1, N = 56) = 4.606$, $p = .032$; enfermedad sin acceso a atención médica (55.0% mujeres y 22.2% hombres), $\chi^2(1, N = 56) = 6.162$, $p = .013$; aislamiento forzado (33.3% mujeres y 74.2% hombres), $\chi^2(1, N = 46) = 7.086$, $p = .008$; desaparición o secuestro de la pareja (20.0% mujeres y 2.8% hombres), $\chi^2(1, N = 56) = 4.69$, $p = .030$; daño físico serio de un miembro de la familia o amigo debido a combates (90.0% mujeres y 55.5% hombres), $\chi^2(1, N = 56) = 6.994$, $p = .008$; testigo de golpes en la cabeza (45.0% mujeres y 75.0% hombres), $\chi^2(1, N = 56) = 5.040$, $p = .025$. Así, parece que en ocasiones son más frecuentes en los hombres un tipo de traumas y en las mujeres otro (Tekin et al., 2016).

Por país de destino, los refugiados evaluados en España sufrieron una media de 16.07 experiencias traumáticas ($DT = 7.38$) y los de Irlanda 15.30 ($DT = 7.17$), $F(1,52) = 0.004$, $p = .952$, $\eta^2 = .000$. Solo se encontraron diferencias en función del país de destino sobre situación de guerra (73.1% España y 36.7% Irlanda), $\chi^2(1, N = 56) = 7.424$, $p = .006$; francotirador (65.0% España y 30.8% Irlanda), $\chi^2(1, N = 46) = 5.339$, $p = .021$; desaparición o secuestro de un hijo (0% España y 16.7% Irlanda), $\chi^2(1, N = 56) = 4.758$, $p = .029$; daño físico serio de un miembro de la familia o amigo debido a combates (84.6% España y 53.3% Irlanda), $\chi^2(1, N = 56) = 6.249$, $p = .012$.

Eventos traumáticos	N	%
Situación que pusiera en peligro su vida	56	100
Encerrado en casa porque había peligro afuera	47	83.9
Forzado a esconderse	42	75
Separación forzada de miembros de su familia	39	69.6
Daño físico serio de un miembro de la familia o amigo debido a la situación de combate	38	67.9
Evacuación forzada en condiciones de peligro	38	67.9
Testigo de golpes en la cabeza o cuerpo	36	64.3
Asesinato o muerte de otro miembro de la familia o amigo debido a violencia	34	60.7
Expropiación o destrucción de propiedad personal	30	53.6
Situación de guerra (p.ej. ataque de granada o bomba)	30	53.6
Aislamiento forzado de los demás	28	50
Testigo de tortura	26	46.4
Desaparición o secuestro de otro miembro de la familia o amigo	25	44.6
Extorsión o robo	23	41.1
Falta de comida o agua	23	41.1
Alguien fue forzado a traicionarlo y lo puso a usted en situación de riesgo de muerte o peligro	23	41.1
Golpeado físicamente	22	39.3
Testigo de muerte/asesinato	21	37.5
Expuesto a disparos frecuentes de un francotirador implacable	21	37.5
Falta de hogar	20	35.7
Lavado de cerebro	20	35.7
Presente mientras registraban su casa, buscando a personas o cosas	20	35.7
Mala salud /enfermedad sin acceso a atención médica	19	33.9
Tortura (p.ej. golpes, mutilaciones, cortes, crucifixión, azotes, privación de la visión, desnudado a la fuerza)	18	32.1
Otros tipos de abuso sexual o humillación sexual	15	26.8
Encarcelamiento	13	23.2
Usado como escudo humano	13	23.2
Forzado a cantar canciones que usted no quería cantar	11	19.6
Violación sexual	10	17.9
Daño físico severo debido a la situación de combate (p.ej. quemaduras, heridas de bala, puñaladas, etc.)	10	17.9
Trabajo forzado (como animal o esclavo)	10	17.9
Forzado a hacer daño físico a alguien que no era familiar ni amigo	9	16.1
Forzado a traicionar a alguien que no era familiar ni amigo poniéndolo en riesgo de daño o muerte	9	16.1
Le impidieron enterrar a alguien	8	14.3
Asesinato o muerte de esposo/a o conviviente debido a violencia	8	14.3
Testigo de violación o abuso sexual	8	14.3
Acuchillado o cortado con hacha o machete	7	12.5
Secuestrado	7	12.5
Forzado a traicionar a algún miembro de su familia o amigo, poniéndolo en situación de riesgo de daño o muerte	7	12.5
Forzado a destruir pertenencias o propiedades de otros	6	10.7
Asesinato o muerte de hijo/a debido a violencia	6	10.7

Forzado a herir físicamente a miembros de su familia o amigos	5	8.9
Desaparición o secuestro de esposo/a o conviviente	5	8.9
Desaparición o secuestro de hijo/a	5	8.9
Forzado a buscar y enterrar cuerpos	3	5.4
Forzado a profanar o destruir los cuerpos o tumbas de personas fallecidas	3	5.4

Tabla 4. Experiencias de trauma en los solicitantes de asilo/asilados residentes en España e Irlanda(N=56). Ordenados de mayor a menor frecuencia.

Experiencias de tortura

La media de episodios de tortura fue de 5.08 ($DT = 4.91$, rango [0-18]) sucesos por persona. Como puede observarse en la Tabla 5, las humillaciones y las amenazas fueron la principal experiencia relacionada con tortura. Las agresiones físicas, el aislamiento, la prohibición de dormir y la exposición a inclemencias meteorológicas fueron sufridas entre el 30 y el 46% de las personas evaluadas. En torno a un cuarto de los refugiados fueron forzados a estar de pie, confinados en un saco, caja o lugar muy pequeño, expuestos a condiciones antihigiénicas que implicaron enfermedades, obligados a ser testigo de tortura a otros y expuestos a mucho calor o luz intensa. Algo más de un 20% fueron golpeados en las plantas de los pies con varas y forzados a trabajar. Un 17% sufrieron ejecuciones simuladas, padecieron inanición y fueron encadenados y el 12% sufrieron violencia sexual.

A su vez, los resultados no mostraron diferencias de género en la cantidad de experiencias de tortura sufrida. La media en las mujeres fue de 4.05 torturas ($DT = 3.87$) y en los hombres de 5.66 ($DT = 5.38$), $F(1,52) = 1.076$, $p = .304$, $\eta^2 = .020$. Solo se encontró efectos de género sobre dos tipos de torturas. Así, el 25% de las mujeres y el 58.3% de los hombres sufrió golpes y patadas, $\chi^2(1, N = 56) = 5.744$, $p = .017$ y el 15% de mujeres y el 41.6% de hombres sufrieron aislamiento, $\chi^2(1, N = 56) = 4.192$, $p = .041$. No obstante, no se encontraron otras diferencias en función del género.

Con respecto al país de destino, no hubo diferencias en la cantidad de torturas sufridas, siendo la media en España de 4.26 ($DT = 4.50$) y de 5.8 ($DT = 5.22$) en Irlanda. Considerando cada tipo de

experiencia de tortura, solo se encontraron diferencias en aislamiento (15.4% España y 46.7% Irlanda), χ^2 (1, N = 56) = 6.249, $p = .012$; y prohibición de dormir (15.4 España y 46.7 Irlanda), χ^2 (1, N = 56) = 6.249, $p = .012$.

Eventos de tortura	N	%
Amenazas, humillación	46	82.1
Golpes, patadas, golpes con objetos	26	46.4
Aislamiento, reclusión a solas.	18	32.1
Prohibición de dormir	18	32.1
Exposición a lluvia, frío, hundimiento del cuerpo en agua	17	30.4
Forzado a estar de pie	16	28.6
Puesto en un saco, caja o lugar muy pequeño	14	25
Exposición a condiciones antihigiénicas que conllevan a infecciones u otras enfermedades	13	23.2
Obligado a ser testigo de tortura a otros	13	23.2
Exposición a mucho calor o luz intensa	13	23.2
Golpear las plantas de los pies con varas	12	21.4
Extenuación física, trabajo forzado	12	21.4
Simulacro de ejecución	10	17.9
Hambre, inanición	10	17.9
Encadenado o atado a otros	10	17.9
Escribir confesiones muchas veces	9	16.1
Violación sexual, mutilación de genitales	7	12.5
Administración de medicamentos sin fines terapéuticos	7	12.5
Vendar los ojos, privación de la visión	6	10.7
Colgado de una barra con pies y manos atados	6	10.7
Casi fue ahogado, sumergieron su cabeza en agua	6	10.7
Golpes en los oídos	4	7.1
Choques eléctricos repetidos	4	7.1
Asfixia	4	7.1
Echar orina o heces a una víctima, u obligado a echarlas a otros prisioneros	3	5.4
Quemaduras	1	1.8
Agujas debajo de las uñas de los pies y manos	0	0

Tabla 5. Experiencias de tortura entre los solicitantes de asilo/asilados residentes en España e Irlanda(N=56). Ordenados de mayor a menor frecuencia.

Efectos psicológicos

El análisis del HTQ mostró que el 30.4% de los participantes cumplieron criterios para el diagnóstico de TEPT según el DSM-IV. El análisis factorial no mostró diferencias por sexo para el total de síntomas postraumáticos, $F(1,54) = 0.009$; $p = .927$; $\eta^2 = .000$ y tampoco se encontraron diferencias de género en el

diagnóstico de TEPT, $\chi^2(1, N = 56) = 40.422, p = .516$. Como puede verse en la Tabla 6, la cantidad de episodios de trauma y de tortura experimentados estaba relacionado con la presencia de TEPT. De igual modo los participantes con TEPT presentaban una mayor cantidad de síntomas postraumáticos. Así, la puntuación media para el total de la sintomatología en ambos grupos fue de 4.18 ($DT = 1.71$, rango [1-8]). No se encontraron efectos del tiempo de exposición al conflicto sobre la presencia de TEPT.

	TEPT		No TEPT		Total		<i>F</i> (1, 54)	<i>p</i>	η^2
	N=17, 30.4%		N=39, 69.6%		N= 56, 100%				
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Episodios de trauma	21	7.25	13.33	5.90	15.66	7.21	17.344	.000	.243
Episodios de tortura	8.76	4.49	3.49	4.22	5.08	4.91	17.792	.000	.248
Sintomatología postraumática	5.23	1.48	3.72	1.60	4.18	1.71	11.071	.002	.170
Tiempo de exposición al conflicto (meses)	36.52	78.34	27.23	37.06	30.05	52.46	0.368	.547	.007

Tabla 6. Resultados Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) entre los solicitantes de asilo/asilados residentes en España e Irlanda(N=56).

Respecto a la sintomatología postraumática, la Tabla 7 muestra las frecuencias para cada uno de los ítems evaluados en la sección IV del HTQ. Así, los síntomas más presentes fueron la sensación de tener menos habilidades de las que se tenían antes de los eventos traumáticos y dañinos, los problemas relacionados con el sueño y con la sensación de incompreensión que se mantuvo estable en el 32.1% de los participantes. Igualmente, sin ser puntuaciones muy generalizadas, pero con una considerable frecuencia, el 30.4% expresó sentimientos de culpa y de remordimientos, el 28.6 % expresó falta de esperanza en el futuro y el 26.8 % reconoció la presencia de pesadillas recurrentes. A su vez, una de cada cuatro personas reconoció tener pensamientos o recuerdos recurrentes a modo de reviviscencias de los hechos traumáticos, lo que los llevó a evitar pensamientos o sentimientos asociados y ese mismo 25% sintió no tener nadie en quien confiar. El agotamiento y la impotencia para ayudar a otros supuso una dificultad extrema para el 23.2% y el 21.4% expresó reacciones súbitas al recordar los eventos traumáticos. Igualmente, once de cada cincuenta y cuatro participantes (19.6%) expresaron falta de esperanza, sentimientos de desconfianza y de traición, estados de

alerta, evitación y pérdida de interés en ciertas actividades, dolores en el cuerpo, pérdida de tiempo en pensamientos de por qué se experimentaron las vivencias traumáticas y vergüenza sobre lo vivido. Sin embargo, como se observa, la inmensa mayoría de las puntuaciones extremas son bajas. En esta dirección, las categorías menos referidas fueron darse cuenta de haber hecho algo que no se recordaba o llevar a cabo conductas peligrosas en la que se puso en riesgo la vida (3.6%). Igualmente, apenas el 5.4 % de los participantes expresó sentir incapacidad para recordar partes de los eventos traumáticos, sentimientos de hostilidad o refirió verse a sí mismo como la única persona que sufrió los sucesos mencionados.

Síntomas postraumáticos	Nada		Un poco		Bastante		Extremadamente	
Siente que tiene menos habilidades que antes	19	33.9	13	23.2	6	10.7	18	32.1
Problemas de sueño	13	23.2	11	19.6	14	25	18	32.1
Siente que la gente no entiende lo que le ha ocurrido	17	30.4	9	16.1	12	21.4	18	32.1
Sentimiento de culpa y remordimientos por las cosas que han sucedido	22	39.3	11	19.6	6	10.7	17	30.4
Siente que no tiene futuro	21	37.5	12	21.4	7	12.5	16	28.6
Pesadillas recurrentes	23	41.1	11	19.6	7	12.5	15	26.8
Pensamientos o recuerdos recurrentes de los eventos más terribles y dañinos	14	25	9	16.1	19	33.9	14	25
Siente que usted no tiene en quién confiar	21	37.5	13	23.2	8	14.3	14	25
Evita pensamientos o sentimientos asociados a los eventos dañinos o traumáticos	16	28.6	14	25	12	21.4	14	25
Se siente agotado	17	30.4	12	21.4	14	25	13	23.2
Siente impotencia para ayudar a otros	22	39.3	11	19.6	10	17.9	13	23.2
Tiene reacciones físicas o emocionales súbitas cuando recuerda los eventos más dañinos y traumáticos	13	23.2	17	30.4	14	25	12	21.4
Falta de esperanza	25	44.6	11	19.6	9	16.1	11	19.6
Sentimiento de desconfianza en otros	16	28.6	17	30.4	12	21.4	11	19.6
Evita actividades que le recuerdan los eventos dañinos o traumáticos	23	41.1	9	16.1	13	23.2	11	19.6
Ha perdido interés en las actividades diarias	19	33.9	17	30.4	9	16.1	11	19.6
Dolores en el cuerpo	21	37.5	12	21.4	12	21.4	11	19.6
Siente que pierde el tiempo pensando por qué es posible que estos sucesos le ocurrieron a usted	21	37.5	14	25	10	17.9	11	19.6

Se siente en estado de alerta constante	20	35.7	18	32.1	7	12.5	11	19.6
Siente que alguien de su confianza lo ha traicionado	28	50	7	12.5	10	17.9	11	19.6
Siente vergüenza por el suceso dañino o traumático que le ha ocurrido	25	44.6	10	17.9	10	17.9	11	19.6
Sentimiento de humillación por su experiencia	25	44.6	12	21.4	9	16.1	10	17.9
Se siente irritable o tiene ataques de ira	24	42.9	15	26.8	7	12.5	10	17.9
Siente que los hechos están ocurriendo de nuevo	25	44.6	11	19.6	10	17.9	10	17.9
Sentimiento de indiferencia o distanciamiento de los demás	19	33.9	17	30.4	11	19.6	9	16.1
Se siente nervioso, aprehensivo o asustadizo y se sobresalta fácilmente	23	41.1	19	33.9	5	8.9	9	16.1
Pobre memoria	24	42.9	13	23.2	11	19.6	8	14.3
Dificultad de concentración	13	23.2	21	37.5	14	25	8	14.3
Sentimiento de culpa por haber sobrevivido	34	60.7	8	14.3	7	12.5	7	12.5
Siente que quisiera vengarse	36	64.3	10	17.9	3	5.4	7	12.5
Tiene dificultades para afrontar nuevas situaciones	25	44.6	13	23.2	11	19.6	7	12.5
Dificultad para prestar atención	24	42.9	13	23.2	12	21.4	7	12.5
Se siente incapaz de planificar sus días	21	37.5	19	33.9	9	16.1	7	12.5
Siente como si estuviera dividido en dos personas y una estuviera mirando lo que hace la otra	30	53.6	8	14.3	11	19.6	7	12.5
Hay momentos en que siente que las cosas que pasan a su alrededor son irreales o muy extrañas.	20	35.7	15	26.8	5	8.9	6	10.7
Incapacidad de sentir emociones	32	57.1	9	16.1	9	16.1	6	10.7
Preocupado por problema(s) físico(s)	22	39.3	14	25	16	28.6	4	7.1
Incapacidad para recordar partes de los eventos más dañinos o traumáticos	33	58.9	15	26.8	5	8.9	3	5.4
Siente que otros son hostiles con usted	31	55.4	19	33.9	3	5.4	3	5.4
Siente que usted es el único que sufrió estos sucesos	38	67.9	5	8.9	10	17.9	3	5.4
Se ha dado cuenta o le han dicho que ha hecho alguna cosa que no recuerda	31	55.4	16	28.6	7	12.5	2	3.6
Lleva a cabo conductas que sabe que son peligrosas o que pueden causarle algún daño.	38	67.9	3	5.4	3	5.4	2	3.6

Tabla 7. Sintomatología postraumática entre los solicitantes de asilo/asilados residentes en España e Irlanda(N=56).

Factores de resiliencia

Para analizar posibles factores de resiliencia se analizó el efecto que algunas de las necesidades psicosociales tenían sobre la presencia de TEPT. No se encontraron efectos del estado de la solicitud de asilo (admitida a trámite vs concedida), $\chi^2(1, N = 56) = 0.083, p = .773$; el grado de apoyo percibido, $\chi^2(2, N = 56) = 2.905, p = .234$; el grado de aceptación, $\chi^2(1, N = 56) = 0.141, p = .708$; el grado de integración, $\chi^2(2, N = 56) = 0.236, p = .889$; o el idioma, $\chi^2(1, N = 56) = 0.572, p = .449$. Recibir tratamiento psicológico tampoco fue un elemento relevante en el diagnóstico de TEPT, $\chi^2(1, N = 56) = 3.221, p = .073$. Solo se observó efectos sobre la presencia de TEPT en función del lugar de residencia, $\chi^2(1, N = 56) = 3.976, p = .046$. Las personas residentes en entornos institucionalizados estaban más predispuestas a desarrollar TEPT.

De igual modo, se analizó el papel de los problemas post-migratorios (evaluados mediante el PMLD), sobre la presencia de TEPT, encontrando efectos significativos en función de las dificultades de comunicación, $F(1,54) = 6.508; p = .014; \eta^2 = .108$; la discriminación, $F(1,54) = 4.230; p = .045; \eta^2 = .073$; la separación familiar, $F(1,54) = 4.925; p = .031; \eta^2 = .084$; no ser capaz de encontrar un empleo, $F(1,54) = 7.767; p = .007; \eta^2 = .126$; las malas condiciones de trabajo, $F(1,54) = 5.210; p = .026; \eta^2 = .088$; no obtener tratamiento para problemas de salud, $F(1,54) = 14.384; p = .000; \eta^2 = .210$; la soledad, $F(1,54) = 4.581; p = .037; \eta^2 = .078$; y el aislamiento, $F(1,54) = 6.389; p = .014; \eta^2 = .106$. En todos los casos, las mejores condiciones en estas áreas estuvieron relacionadas con una menor presencia de TEPT. Así, parece que los factores relacionados con el trabajo, la salud física y las relaciones sociales podrían jugar un papel resiliente.

A parte del diagnóstico de TEPT, y considerando más globalmente la salud mental de los refugiados a partir de la cantidad de síntomas postraumáticos que presentan, se encontró una correlación positiva con la discriminación ($r = .279, p = .037$), la separación familiar ($r = .319, p = .017$), el miedo a ser detenido ($r = .276, p = .040$), las entrevistas con agentes de inmigración ($r = .308, p = .021$), el miedo a ser repatriado ($r = .436, p = .001$), escaso asesoramiento ($r = .326, p = .014$), y escasa asistencia social por parte del estado ($r =$

.309, $p = .020$). En todos los casos unas mejores condiciones implicaron menor cantidad de síntomas postraumáticos.

Características del recuerdo

Las características del recuerdo fueron evaluadas en cuarenta (26 sin TEPT y 14 con TEPT) de los cincuenta y seis participantes, ya que solo se aplicó el CCFRA a aquellas personas que voluntariamente aceptaron la autoevaluación de sus memorias traumáticas o a quienes experimentaron un hecho amenazante en primera persona, con una clara percepción de situación de riesgo para su vida. Las características descriptivas de las memorias evaluadas pueden observarse en la Tabla 8. Si consideramos que el punto central (3) indicaría que no es posible afirmar que una característica se cumple, valores estadísticamente significativos menores indicarían que el recuerdo se caracteriza por la ausencia de ese rasgo y valores mayores que se caracteriza por su presencia (corrección Bonferroni $p < .002$).

Calidad

Así, podemos afirmar que los recuerdos de los hechos traumáticos vividos por los refugiados y solicitantes de asilo son percibidos como definidos, vívidos, detallados y complejos. No tuvieron dudas sobre la exactitud de sus recuerdos y existió una tendencia a recordar los hechos desde una perspectiva de observador (en tercera persona). Desde un punto de vista de las características sensoriales, los recuerdos se mostraron visuales, sonoros y carentes de sabor. Contextualmente, los evaluados recordaron dónde ocurrieron los hechos, el año y la hora.

Emoción asociada

Respecto a la emocionalidad que supusieron para los refugiados y para los solicitantes de asilo los hechos traumáticos, los resultados muestran gran relevancia, implicaciones y emociones negativas e intensas asociadas al recuerdo. Así, mostraron recuerdos asociados al contexto en tanto y cuanto expresaron lo que sintieron y pensaron en el momento del suceso. Además, al solicitarles el recuerdo reflejaron la presencia de sentimientos intensos asociados.

Accesibilidad del recuerdo

Con respecto a la capacidad para recordar los hechos traumáticos, los solicitantes de asilo y refugiados expresaron que en general los recordaban fácilmente. Al mismo tiempo, el análisis de las características del recuerdo mostró que algunos detalles del suceso eran recuperados con frecuencia de forma automática (flashbacks) y que los participantes no habían tenido episodios de amnesia. De hecho, no sintieron que tuvieran dificultades para recordar algunos de los elementos importantes del suceso. En esta dirección, dijeron recordar los sucesos anteriores y posteriores a la experiencia traumática y pensaron a menudo en lo ocurrido. Así pues, parece que estos recuerdos se mostraron como muy accesibles.

Por otro lado, el efecto de la sintomatología de TEPT como variable independiente que afecta al recuerdo se obtuvo a través del análisis estadístico de ANOVA. Los resultados mostraron efectos estadísticamente significativos únicamente en la dificultad para expresar en palabras lo sucedido, $F(1,39) = 30.957, p < .001, \eta^2 = .449$. Las personas que no presentaban TEPT alcanzaron un valor medio de 2.34 ($DT = 1.41$), por debajo del punto de corte (3), mientras que los que presentaban TEPT tuvieron una puntuación de 4.57 ($DT = 0.65$). Es decir, los primeros no tenían dificultades al hablar de los hechos, $t(25) = -2.360, p = .026$; mientras que los que tenían TEPT tuvieron dificultades al expresar qué les había ocurrido, $t(13) = 9.099, p < .001$.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i> (39)	<i>p</i>	
CALIDAD	Definición	4.52	0.78	12.301	<.001*
	Vividez.	4.47	0.84	11.015	<.001*
	Detalle	4.20	0.96	7.856	<.001*
	Fragmentación	2.85	1.59	-.595	.555
	Comprensión	2.62	1.67	-1.416	.165
	Complejidad	3.70	1.20	3.681	.001*
	Dudas	2.20	1.36	-3.713	.001*
	Deterioro memoria	2.57	1.53	-1.752	.088
	Perspectiva	3.82	1.50	3.478	.001*
	Color	3.45	1.56	1.815	.077
	Visual	4.37	0.92	9.401	<.001*
	Sonido	4.10	1.29	5.364	<.001*
	Olor	2.72	1.63	-1.065	.293
	Tacto	3.17	1.58	.699	.489
	Sabor	2.05	1.56	-3.832	<.001*
	Donde	4.40	1.17	7.553	<.001*
	Cuando (año)	4.40	1.17	7.553	<.001*
	Cuando (día)	3.65	1.64	2.504	.017
	Cuando (hora)	3.92	1.42	4.116	<.001*
EMOCIÓN	Implicaciones	4.35	1.09	7.769	<.001*
	Valencia	1.32	0.91	-11.556	<.001*
	Intensidad	4.32	1.16	7.204	<.001*
	Relevancia.	4.70	0.79	13.593	<.001*
	Sentimientos suceso	4.52	0.81	11.818	<.001*
	Sentimientos ahora	4.32	1.02	8.196	<.001*
	Pensamientos suceso	3.72	1.41	3.243	.002*
ACCESIBILIDAD	Facilidad recuperación	4.22	1.14	6.777	<.001*
	Flasbacks	3.82	1.37	3.794	.001*
	Episodio amnesia	2.15	1.44	-3.728	.001*
	Difícil expresarlo	3.12	1.60	.493	.625
	No recuerdo detalle	2.05	1.31	-4.554	<.001*
	Sucesos previos	4.27	0.87	9.198	<.001*
	Sucesos posteriores	4.27	0.93	8.640	<.001*
	Pensar el suceso	4.32	1.02	8.196	<.001*
	Revivir el suceso	3.42	1.48	1.812	.078
	Hablar del suceso	3.22	1.56	.912	.367

* Significativo $p < .002$ (ajuste de Bonferroni para comparaciones múltiples)

Tabla 8. Prueba de significación estadística (estadístico t y p) en relación con el punto medio teórico de cada elemento.

Discusión

Los participantes de este estudio fueron representativos de la amplia variabilidad de procedencias en los refugiados y solicitantes de asilo en Europa, con una predominancia de personas de Oriente Medio. A su vez, se observó que unas nacionalidades predominaron sobre otras. Por ejemplo, el gran número de nicaragüenses en este estudio se debió a que Nicaragua es el uno de los cinco principales países latinos que tienden a solicitar asilo en España, con 5 840 solicitudes en 2019 (Eurostat, 2020).

Por lo que respecta a las resoluciones de asilo, los resultados de este estudio son acordes a los datos estadísticos de la Comisión Europea recogidos en el capítulo 1. Así, destacó el Estatuto de Refugiados (16.1%) frente a otras formas de asilo aunque la mayoría (67.9%) se encontraron pendientes de obtener una respuesta a la solicitud. Pese a ello, tan solo el 44.7% residían en estancias institucionales lo que apunta a factores como un entorno social en los países de acogida o a la posesión de recursos económicos que facilitaron el pago de un alquiler. De este modo, y como se vio previamente en el capítulo 1, la elección de un país u otro de acogida estuvo determinado por aspectos culturales o por la presencia de grupos de apoyo. En esta dirección, el dominio del idioma se mantuvo en un nivel de medio a materno para casi nueve de cada diez participantes (87.5%), hecho que facilitó una aceptable aceptación e integración en las sociedades de acogida tal y la percepción de apoyo.

A su vez, los principales problemas encontrados en los solicitantes de asilo y en los refugiados en este estudio hicieron referencia a aspectos exclusivos de la migración forzada. De este modo, la mayoría de las personas reflejaron preocupación por sus familiares en su país de origen (58.9%) y consideraron un problema muy grave la imposibilidad de retornar a su país en caso de emergencia (62.5 %), siendo ambos aspectos muy frecuentes en personas de gran vulnerabilidad como los refugiados o los solicitantes de asilo. Igualmente, se observó que la situación de pobreza, la soledad, el aburrimiento y el aislamiento fueron problemas frecuentes y graves para los participantes, lo que sugiere la necesidad de promover recursos psicosociales que se dirijan a la cobertura de estos aspectos. Otro elemento frecuente fue la preocupación

por la dilatación temporal en los procesos de asilo ya que muchas personas esperaron su resolución sin muchas actividades que desempeñar y “*viviendo a la espera*”, lo que generó un malestar grave en el 41.1% de los participantes.

Además, se encontraron preocupaciones relacionadas con aspectos laborales, como la falta de un permiso de trabajo (42.9%) y la incapacidad para encontrar un empleo (64.2%). Por el contrario, apenas hubo dificultad en el acceso a servicios médicos y tampoco se observaron preocupaciones con relación a las entrevistas de asilo. Por otro lado, el 58.1% no consideró un problema el ser detenido, lo que denotó una sensación de protección, aunque para el 50% sería un problema muy grave una posible deportación a su país de origen.

Con respecto a la presencia de TEPT, cumplieron criterios diagnósticos el 30.4% de los participantes y se observó una relación positiva entre la cantidad de eventos traumáticos, de tortura y de sintomatología postraumática. De este modo, las personas que experimentaron mayores situaciones de violencia presentaron mayores síntomas y más probabilidades de desarrollar TEPT y fueron las que habían recibido o recibían tratamiento psicológico (30.4%). Así, en este estudio la atención psicológica se ajustó a la población que padecía TEPT. Sin embargo, no se encontró una mayor presencia de TEPT atribuible a cuestiones de género, ni a la aceptación e integración en los países de acogida, ni a los apoyos o al estado de solicitud de asilo. De este modo, haber recibido o no la protección internacional no supuso un factor de predisposición o de protección para el TEPT, aunque sí se observó que vivir en entornos institucionalizados tuvo peores consecuencias para la salud mental. Tal y como se ha argumentado a lo largo de la tesis, este estudio confirma que los entornos de residencia tienen un efecto en la salud mental de los refugiados. Igualmente, se encontró que el dominio del idioma tuvo efectos en la sintomatología, lo cual puede interpretarse como una menor capacidad para dominar la expresión de signos y síntomas, lo cual conduce a un empeoramiento de la salud. Además, se ha visto que la falta del conocimiento de un idioma dificulta el acceso a recursos, entre ellos los de carácter sanitario.

Por otro lado, más allá del diagnóstico de TEPT, la salud mental de los refugiados se vio afectada por las experiencias de discriminación en los países de destino, por los efectos de la separación familiar y por el escaso asesoramiento percibido.

En último término, considerando las tres dimensiones evaluadas acerca de las características del recuerdo, que son: la calidad, la emoción y la accesibilidad, este estudio afirma que el recuerdo de los eventos traumáticos evaluado cumple con las características que definen a las memorias vívidas (flashbulb memories). En este sentido, la alta accesibilidad y emocionalidad que presentan estas memorias junto con la capacidad sensorial y contextual que las define, hace que sean memorias que se recuerden con mucha exactitud aun cuando ha pasado tiempo desde que sucedieron los hechos. Sin embargo, tal y como ocurre con estas memorias vívidas la subjetiva sensación de seguridad con la que se recuerdan no refleja la realidad sino interpretaciones de la misma. Es decir, la excesiva confianza que se tiene acerca de este tipo de recuerdos traumáticos no implica que los sucesos ocurriesen tal y como se recuerdan, de hecho, pese a la certeza subjetiva que se tiene sobre estas memorias, se ha visto que son imprecisas. De este modo y aplicado al análisis de credibilidad, los recuerdos traumáticos pueden dar lugar a memorias incongruentes percibidas de forma errónea pero con mucha seguridad por los solicitantes de asilo. A su vez, las memorias evaluadas encajaron en lo que se esperaba acorde a los criterios para el diagnóstico de TEPT (recordar en tercera persona-disociación-, flashbacks, pensamientos recurrentes...). Sin embargo, se detectó una mayor dificultad para expresar en palabras lo sucedido en aquellas personas que padecían TEPT. Así, este estudio refuerza la necesidad de considerar la presencia de patologías previas como factores influyentes en la evaluación del recuerdo.

DISCUSIÓN GENERAL

En su conjunto, esta tesis aporta novedad y valor científico porque no existen datos previos sobre esta población desplazada forzosamente en los puntos concretos de espacio y tiempo desde donde se abordan los diferentes estudios. Además, las características de los participantes se ajustan al carácter heterogéneo de los actuales desplazados forzosos. Así, el Estudio I recoge los testimonios de personas refugiadas en situación de migración forzada y bajo condición de irregularidad por la falta de mecanismos legales para la aplicación de asilo. El Estudio II considera a los refugiados confinados a las puertas de Europa en campos de refugio informales. Los Estudios III y IV evalúan a refugiados a largo plazo que permanecen en el exilio de forma crónica y el Estudio V incluye a refugiados y a solicitantes de asilo residentes en países europeos tales como España e Irlanda. De este modo, los participantes en esta tesis son representativos de los múltiples escenarios desde los que se puede solicitar asilo en el Siglo XXI.

A su vez, contrario al prejuicio occidental con el que se tiende a incluir en una sola categoría a todas las personas necesitadas de protección internacional, esta tesis muestra que, pese a la amplia heterogeneidad de procedencias e idiosincrasias, la experimentación de trauma es frecuente y produce una sintomatología compartida. Además, esta tesis destaca los efectos que estos síntomas, fundamentalmente los que conciernen al recuerdo, tienen sobre las narrativas traumáticas cuya articulación e interpretación es clave para obtener el asilo a través de los procedimientos de análisis de credibilidad.

En primer lugar, las características descriptivas de los refugiados confirman en el Estudio I que existe una tendencia masculina a la individualización de los desplazamientos, especialmente en zonas de violencia y de cruce peligroso de fronteras. Así, se refleja que en estos sectores la predominancia de hombres, sin familia a cargo y en edad joven favorece la movilidad individual. Por el contrario, en los Estudios II, III, IV y V se encontró una mayor facilidad de acceso a las mujeres solicitantes de asilo o

refugiadas, lo que es propio en entornos de refugio a corto y a largo plazo. De esta manera, los resultados obtenidos van acorde a la bibliografía citada en el marco teórico de esta tesis. Así, se confirma la feminización del refugio prolongado (Estudios III y IV) y la tendencia de las mujeres al desplazamiento colectivo familiar más que al tránsito individual (Estudio II y V).

En referencia a la edad, las medias obtenidas en los estudios oscilan entre un mínimo de los 26 años en el Estudio I y un máximo de los 33 años en el Estudio V. Estas cifras reflejan el carácter joven de los refugiados y de los solicitantes de asilo. Además, de manera especial, los desplazados en tránsito hacia la Unión Europea son gente joven y en edad activa (Estudio I y Estudio II), lo que hace que cuando se asientan en los países de destino busquen iniciar una nueva vida y encontrar un trabajo que les proporcione independencia (Estudio V). No obstante, en los países de acogida (Estudio V) y en las zonas de refugio a largo plazo (Estudio III y IV) es más habitual encontrar grupos de población adulta más mayores.

A su vez, no solo tienen la posibilidad de huir de situaciones de guerra o de persecución individual aquellas personas con recursos económicos en sus países de origen, sino aquellos refugiados jóvenes con salud física y emocional suficiente como para afrontar la dureza del proyecto migratorio. En este sentido, y como se ha visto, el desplazamiento forzado supone un elemento de riesgo para la salud de los refugiados (). Al mismo tiempo, a lo largo del proceso migratorio la dificultad de acceso a los recursos sanitarios es otro elemento que impacta en la salud física y emocional de los desplazados. En esta dirección, la privación sanitaria fue reconocida por el 66.7% de los participantes en tránsito (Estudio I) y por el 82.6% de las mujeres refugiadas en Idomeni (Estudio II), mientras que en los países de destino (Estudio V) los refugiados tuvieron un mayor acceso a los recursos de atención médica y tan solo el 14.3% consideró un problema grave la dificultad de acceder a estos servicios. Sin embargo, es frecuente que los entornos de refugio se caractericen por tener dificultades y limitaciones en la cobertura sanitaria, tanto física como psicológica. Como se ha visto, tras más de cuarenta años de refugio en Tinduf, el departamento de Salud Mental de los

campamentos saharauis se inauguró en 2010 y pese a ello, en el Estudio III un 9.68 % manifestó que persistían los problemas con el acceso a estos servicios.

Con respecto al lugar de procedencia de los refugiados en esta tesis predominaron los sirios, excepto en los estudios III y IV desarrollados en Tinduf, donde la población es exclusivamente saharauí. En el estudio I los participantes de Siria constituyeron el 14.8%, en el estudio II el 100% y en el estudio V el 26.8% del total. Este hecho añade evidencia a la situación de exilio permanente que vive esta población desde comienzos de la guerra en 2011 y que hace que se encuentren visibles en los múltiples escenarios de refugio. Al mismo tiempo, pese a que diferentes causas pueden convertir a alguien en refugiado, la procedencia de un país en guerra como Siria o de un Estado no reconocido como el Kurdistán o la República Árabe Saharaui Democrática conducen a mayores probabilidades de obtener la Protección Internacional. En consecuencia, en los entornos de desplazamiento forzado tienden a generarse lazos comunitarios de ayuda que responden a cuestiones identitarias como la procedencia. Así, se explica que en el estudio I y II de esta tesis, haya mayor predominancia de unas nacionalidades sobre otras, dado que el muestreo por bola de nieve facilita la derivación entre personas que comparten el mismo origen.

Respecto a los factores que afectan a la salud mental de los desplazados, esta tesis evidencia la frecuente exposición a sucesos violentos a lo largo de las diferentes fases de la migración forzada. Por un lado, se ha observado experimentación traumática o de tortura ocasionada en los países de origen como motivo desencadenante del proyecto migratorio (Estudio I, II y V). Igualmente, en zonas de tránsito como en Bosnia se detectó violencia institucional y esta tuvo un efecto acumulativo en la salud mental de los refugiados (Estudio I) como parte de la geopolítica de externalización de fronteras de la Unión Europea. De este modo, para las personas que huían de entornos de conflicto armado o de persecución individual, la violencia sufrida en el viaje y en la frontera de Bosnia con Croacia incrementó las probabilidades de desarrollar problemas psicológicos con un origen traumático como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Al mismo tiempo, los factores externos como el lugar y el momento de la evaluación supusieron un

estrés añadido para las refugiadas confinadas en Idomeni y tuvieron una repercusión en su salud mental como se observa en el Estudio II. Así, en ese contexto donde se intentó dismantelar el campo de refugiados de Idomeni, se detectó la prevalencia más elevada de TEPT (91.30%) hallada en esta tesis. Además, este resultado no se explicó por un factor acumulativo de las experiencias traumáticas sino por un efecto techo de los resultados, el cual se explica por la presión que vivieron las mujeres en el momento de la evaluación. De esta manera, la prevalencia de TEPT fue del 91.30% para las mujeres confinadas en Idomeni (Estudio II), lo que supuso una distancia significativa del 50% de TEPT encontrado en los migrantes/refugiados en la fase de viaje (Estudio I) y del 30.4% de TEPT entre los refugiados y solicitantes de asilo en los países de destino (Estudio V). Sin embargo, los resultados obtenidos en España e Irlanda (Estudio V) se aproximaron a la prevalencia encontrada por el metanálisis de Steet et al., (2006), lo que sugiere que las mediciones han sido las adecuadas y que las diferencias se explican por el contexto de la recogida de datos y porque los participantes del estudio V se encontraban en situación de protección a diferencia de los del estudio I y II que estaban sujetos a procesos de deportación y de migración irregular.

No obstante, las elevadas puntuaciones encontradas en el Estudio II sugirieron una posible tendencia a la exageración del malestar como una forma reivindicativa para visibilizar la situación de abandono en la que estas mujeres se encontraban. Con este propósito, se buscó la evaluación del estado de salud mental en mujeres confinadas a largo plazo y se analizaron los índices que pudieran indicar una tendencia a exagerar el malestar. Así, el estudio III evaluó el refugio cronificado en mujeres saharauis y analizó los índices que confirmarían una predisposición a exagerar el malestar, tal y como Peace y Masliuk, (2011) habían apuntado. De esta manera, el índice de malestar analizado reflejó que existió cierta tendencia en las mujeres saharauis a mostrar un estado de salud peor del que tenían. Así, esta tesis plantea que las condiciones que envuelven el proceso de evaluación tal y como el cierre de fronteras (Estudio II) o una situación de refugio crónico (Estudio III) pueden conducir a una exageración del malestar psicológico como parte de las estrategias resilientes de afrontamiento y de visibilidad de la situación.

A su vez, este mismo Estudio III encontró que el 45.16% de las mujeres evaluadas percibió su situación como positiva pese al refugio prolongado y a la falta de oportunidades en los campamentos de refugiados de Tinduf. Además, la mayoría de las mujeres expresaron tener esperanza en el futuro (58.07%), lo que planteó que junto con la presencia de daños psicológicos asociados al refugio existen elementos de adaptación resiliente en los entornos de asentamiento y de desplazamiento prolongado. Con este objetivo surgió el Estudio IV en los campamentos de refugiados a largo plazo de Tinduf donde se observó una esperanza en el futuro similar (57.1%) a la encontrada en el Estudio III y un sentimiento de integración positivo para el 61.9% de los participantes. Asimismo, en la fase de viaje la falta de esperanza y la sensación de no tener futuro fue representativo para el 27.8% y para el 13 % respectivamente (Estudio II). Igualmente, en los países de destino la ausencia de esperanza y la sensación de no tener futuro supuso un 19.6 % y un 28.6% (Estudio V), cifras que contrastaron con el 73.9 % y 87 % hallado en los campos de refugio de Idomeni (Estudio II). La interpretación de estos resultados sugiere que la presencia de un entorno de apoyo favorece la generación de afrontamiento y de esperanza en el futuro (Estudio IV y V). Sin embargo, un contexto de desprotección genera pesimismo, especialmente en las mujeres (Estudio II), lo que podría entenderse, entre otros factores, por las cargas familiares y por la tendencia a la movilidad familiar más que a la individual, característica a su vez de los hombres en el Estudio I.

La sintomatología presente en las personas refugiadas mostró que pese a la multiplicidad de eventos que pueden provocar la presencia de TEPT existe una sintomatología compartida lo que, a su vez, puede explicarse por el uso de las mismas herramientas de evaluación en los Estudios I, II y V. Sin embargo, la presencia de síntomas compartidos facilita su estudio para el desarrollo de programas de atención psicosocial centrados en la superación de la sintomatología. Por ejemplo, en los Estudios I, II y III se encontraron como principales síntomas comunes los problemas relacionados con el sueño, los pensamientos o recuerdos recurrentes sobre los hechos traumáticos o dañinos, la falta de confianza en los demás y la sensación de agotamiento. Por el contrario, el sentimiento de hostilidad fue uno de los síntomas menos comunes en todos los estudios excepto en el Estudio IV que no se evaluó.

Por otro lado, se hace preciso considerar la sintomatología de TEPT vinculada al recuerdo de los hechos traumáticos, especialmente por el relevante rol que desempeña la memoria en los juicios de análisis de credibilidad para la obtención de asilo. Así, en los estudios I, II y V se observó que las frecuencias de la sintomatología asociadas al recuerdo se produjeron de forma similar y estable en todos los estudios. En esta dirección, predominaron las reviviscencias en forma de pesadillas o de recuerdos, los pensamientos recurrentes sobre los eventos traumáticos y las reacciones físicas o emocionales al recordar los eventos. A su vez, estas manifestaciones clínicas llevaron a una evitación de los pensamientos y de los sentimientos asociados al recuerdo y en menor medida, las personas tuvieron re-experimentaciones como si los hechos ocurriesen de nuevo y de forma mucho más residual atribuyeron a su memoria una capacidad pobre.

En último término, se hace preciso reflexionar acerca de cómo las memorias traumáticas evaluadas cumplieron los criterios de las *flashbulb memories* en tanto y cuanto que fueron memorias emocionales, vívidas, con una extrema confianza acerca de su exactitud y muy accesibles. Sin embargo, pese a la subjetiva exactitud que se le atribuye a este tipo de memorias, su estudio muestra que no son tan exactas (Vallet et al., 2017). Así, el estudio V encontró que las personas con diagnóstico de TEPT, presentaron un recuerdo claro y con detalle, con ciertas reviviscencias que aparecían de forma automática, con dificultad para expresar lo sucedido y con la sensación de haber pensado mucho sobre los eventos. De este modo, las características de estas memorias avalaron la teoría mnémica del TEPT, ya que el recuerdo parece ser el elemento clave sobre el que se cimenta la sintomatología. Visto desde una perspectiva del estudio de la memoria, la presencia del TEPT influyó sobre la accesibilidad. De este modo, de cara a las pruebas de asilo y a los análisis de credibilidad, si no es accesible la información es muy difícil hablar de ella. Así, pese a que exista un recuerdo claro y detallado, si existen dificultades para hablar sobre los eventos traumáticos que motivaron o acompañaron la migración forzada, las narrativas pueden no ser tan precisas como los criterios de credibilidad exigen. Además, el haber pensado mucho sobre los hechos traumáticos puede distorsionar los recuerdos. Igualmente, se ha visto que la rumiación y los silencios pueden contribuir a una

transformación resiliente del recuerdo (Ní Raghallaigh, & Gilligan, 2010), suponiendo factores de incidencia en la calidad narrativa de lo que se cuenta en los juicios de asilo.

CAPÍTULO 5. Proposals regarding previous data and research

In the current PhD, we have also identified how particular stages in the migration journey affect the mental health of migrants, men and women, of different origin nationality, and at the cross-roads or in asylum in different countries, during the crossing of borders (Study I), in the situation of short (Study II) or long term residence in refugee camps (Studies III and IV), as well as post-migration, in Spain and Ireland as countries of destination (Study V). It is clear in order to promote inclusion of refugees and asylum seekers in the host societies we need to focus on the mental health needs of this population. If integration is the process by which migrants increasingly become able to participate in the economic, social and civic/political life of the receiving country (Joppke & Seidle, 2012), then host societies have to invest in building this ability, and supporting the overall well-being as well as overcoming of past traumatic experiences among the population of displaced people (Kirmayer et al, 2011). Our research brings additional evidence that some refugees and migrants might need specialised support to overcome their traumatic journeys (Study I and study II), for some, not addressing their mental health needs in time has consequences in transforming their plight into chronic and long term suffering (Study III). Yet others discover resources with themselves and their social environment and reveal resilience and hope for future (Study IV). Others still, once they reached their countries of resettlement, may need only non-specialised forms of support to facilitate their integration and well-being in the host society (Study V). This chapter discusses the situation of those without serious traumatic symptomatology and presents two programs designed to provide social-psychological supports to them as individuals, groups and families. We discuss the benefits as well as the limitations of these psycho-social interventions. Moreover, the second part of this chapter included a revision of the credibility assessment in Asylum Procedures. As noted, the results of this PhD give evidence that a reformulation of these credibility criteria based on the function of memory is needed.

Psychosocial Intervention Programs for Groups of Refugees and Asylum Seekers in the West of Ireland

Post-migration Adaptation and Support for Mental Health for Refugees and Asylum Seekers

Policymaking on migration rarely focuses on migrants' health, especially mental health (Zimmerman, Kiss, & Hossain, 2011) despite the widely known fact that refugees are at higher risk of developing ill health compared to host populations. In European countries, providing appropriate psychotherapeutic care to refugees is a nationwide concern as well as a gap and a challenge. A recent report analysing the mental health care assistance for refugees in 14 European countries (including Ireland) revealed negative long-term consequences on migrant's mental health, such as non-treatment and the lack of skilled professionals and resources.

According to the Geneva Convention Relating to the Status of Refugees, the meaning and status of "refugee" seems to imply the experience of at least one traumatic event that forces people to seek protection out of their original country. Even if, the majority of refugees actually do not need psychological services, especially if they live in adequate social, economic and health conditions, programs should be available that facilitate the broader social well-being of migrants, and especially those who have been forcefully displaced, i.e., refugees and asylum seekers. A broader focus on integration would promote resilience, which is a known protective factor against the development of psychological disorders in refugees (Arnetz et al., 2013; Lavie-Ajayi & Slonim-Nevo, 2016; Phan, 2006), and which can facilitate well-being despite the discrimination and social exclusion often encountered by migrants (Marinucci & Riva, 2020a,b; James, Iyer, & Webb, 2019).

Need for Psychosocial Interventions in Post-Migration Phase

The World Health Organization Action Plan for 2013-2020/2030 declares a commitment to the creation of "comprehensive, integrated and responsive mental health and social care services in community-

based settings” for migrants (Saxena et al., 2013). These are particularly necessary as post-migratory stressors have been documented to significantly contribute to migrants and refugees mental health and social inclusion (Chen et al., 2017; James et al., 2019; Porter & Haslam, 2005). For example, long periods of detainment and decision making with respect to granting asylum (Robjant et al., 2009; Von Wethern et al., 2018), the resident status (Heeren et al., 2014), unaddressed grief and trauma (Comtese & Rassner, 2019) have all been documented to have detrimental effects on the wellbeing and ability to integrate of refugees. As mentioned before, experiencing discrimination and lack of acceptance in the host society further affects the mental health of migrants and refugees (Chen et al., 2017; Noh, Kaspar, & Wickrama, 2007; Schmitt, Branscombe, Postmes, & Garcia, 2014). While host countries might not be able to mitigate the impact of many factors affecting the pre-departure and migration journey, they can control the degree of support and provision of services in the post-phase (Kirmayer et al., 2011, Table on Factors related to migration that affect mental health at different stages: premigration, migration and postmigration, E961).

Psychologically, for most migrants and refugees, it is the safe haven of the country of destination that allows them to process their previous experiences, to find safety and hope in the future, and to focus on rebuilding their lives (Sleijpen et al., 2013), and regain control over their lives (Atiyeh et al., 2020). One of the most important aspect in the postmigration phase is to address the refugees’ ability to cope with the traumatic or torture stressors experienced before their arrival in the host country, which exposed them to a high risk of the development of mental disorders (Steel et al., 2009).

Fortunately, most people forcibly displaced, (approximately 70 %) will not need long-term psychological treatment thanks to their own resilience and other psychological human resources (Steel et al., 2009). However, even those who do not develop serious psychiatric symptomatology, need support to help them normalise their experience and understand the consequences of these experiences. Psychosocial interventions are designed to promote well-being and resilience in multiple domains, and provide support to displaced populations to re-establish a sense of normality and discover their resilience. Health is not merely

the “absence of disease and infirmity”, but “a state of complete physical, mental and social well-being” (according to the WHO constitution, cited in the IFRC, 2009), thus a more holistic approach is needed to understand how best to support people in the post-migration phase.

The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies defines psychosocial support as “ a process of facilitating resilience within individuals, families and communities”, which also promotes the restoration of social cohesion, infrastructure and a regained sense of normality for people who suffered traumatic events or displacement . The intervention pyramid for mental health and psychosocial support (IFRC, 2009) presents four levels of interventions: the foundation is the most basic provision of basic services and security addressing basic needs (level 1). Level 2 includes supporting communities and families with psychosocial support activities, while level 3 focuses on individuals, families or groups with focused but non-specialized support. Lastly, level 4 interventions involve the provision of specialized services involved professional treatment (e.g., referral to psychiatric psychological specialists) for those most severely affected and presenting trauma symptomatology.

In the West of Ireland, we designed and implemented two programs, corresponding to Levels 3 and 2. We present and discuss these programs aimed to facilitate the inclusion and well-being of recently arrived refugees as well as longer term migrants.

Two Psychosocial Interventions: “Women Support Group” and “Sanctuary on Saturday” Programs

The University of Limerick (UL) was designated as a University of Sanctuary in 2017, taking on a commitment to provide access to further education through bursaries and tuition fee waivers for refugees and asylum seekers¹. Part of the larger action plan of this designation was also to promote a climate of

¹ <https://universities.cityofsanctuary.org/>

inclusion in the region, support integration and acceptance of migrants more generally, and increase the intercultural competence and levels of tolerance of the general public. The Department of Psychology engaged with several local NGOs to set up a project called “Sanctuary with Psychology”, where a group of trained volunteers were going to provide social-psychological supports to local groups of migrants, refugees and asylum seekers, in addition to training in intercultural competence skills provided to public sector workers, and research around issues of social inclusion.

The two psychosocial interventions we present here were part of this larger “Sanctuary with Psychology” project and were implemented between 2017-2019. In the spring of 2017, the “Sanctuary on Saturdays” Program started as an initiative, which provided social-psychological support for newly arrived refugee families through leisure activities. This was at the request of the local program officer responsible with the program refugee resettlement of up to 20 families from Syria and Iraq in the Limerick city and county. This would qualify as a Level 2 intervention according to the classification described above (IFRC, 2009). Later on, in Spring of 2019, the “Women Support Group” program was developed to provide more in-depth psychoeducation about migration, health and resilience from a strength-based and group counselling approach, under the supervision of a trained clinical psychologist and co-facilitator.

This would qualify as a Level 3 intervention according to the classification described above (IFRC, 2009). In Table 1 we present the basic characteristics of the two Interventions in terms of the target group, recruitment and assessment of needs of people who participated, duration and program rules and facilitators and type of procedures and activities run in both programs. It is very important to emphasize the necessary alignment of the local migrant needs with the design and implementation of the programs. This was particularly relevant in terms of assessment of needs. This assessment dictated the design of the programs, as well as guided our recruitment for participants in each program. While the Sanctuary on Saturday Program would be suitable for people with a wide range of trauma symptomatology, the Women Support group program was directed to a group of women with only moderate to no PTSD symptoms, but who nonetheless wanted to engage more with the Sanctuary Project.

	Women Support Group Program	Sanctuary on Saturdays Program
Target Group	Small group of women (5-8 people) Refugees & Asylum Seekers Voluntary Migrants	Families and Volunteers (20-50 people) Resettled (Program) Refugee Families Asylum Seekers (in the Direct Provision system in Ireland)
Duration of Stay in Host Country	Minimum 1 year - suitable for psychological and social support irrespective of length of stay or reason for migration, aimed at the psychoeducational needs of migrants	Within 1 or 2 years from arrival in the country -suitable for people who are new to the country and local community, aimed specifically at early social interaction and integration
Recruitment and Assessment of Psychosocial Needs	Previous assessment with “Psychological Needs Assessment Questionnaire” ^{**} Program targeted at people without major traumatic symptomatology	Referral from local NGO responsible for the refugee resettlement program. Program could include people with a wide range of trauma symptomatology.
Program duration & rules	6 weeks of continuous engagement, participation in all sessions required for the good progression through the program. Participants had to commit for the whole program.	Every Saturday, drop in activities; no continuity of participation required. Participants did not have to make a commitment to the program, it was entirely optional and not prescriptive.
Program Facilitators	Trained psychologist and trained ^{**} moderator; minimum 2 co-facilitators needed, to moderate, observe and provide additional support if distress occurs	Team of trained ^{**} volunteers. Ideally as many volunteers as participants from the refugee program. The team of volunteers was very diverse in terms of age, gender and nationality (e.g., presence of international students was a benefit to the interactions).
Procedures and Activities	Followed a prescribed set of activities, in delivery of psychoeducation around migration, mental health and resilience. Each session included (1) a presentation of key concepts, based on social, cross-cultural and clinical psychological research; (2) an introduction of activities for the day to explore and understand one’s personal experience with the topic of the session; (3) moderated discussions and self-presentation of individual migration journeys.	The space and activities were formulated around the concept of “the living room in the city center”, with facilities for tea, coffee and food, as well as arts and crafts, music and dance. There was no prescribed order of events, and the set up was flexible to accommodate parallel activities (e.g., arts and crafts with the children, while teenagers and women could dance, and other adults could share a coffee).

Table 1. Comparing Two Types of Psycho-social Support Interventions

**“Psychological Needs Assessment Questionnaire”- assessment was conducted with the same extensive instrument used in Study 5 including PMLDC, Harvard HTQ, CCFRA*

*** Training was provided by the Department of Psychology University of Limerick, to all the volunteers in the Sanctuary Project, to ensure intercultural awareness, needs of displaced populations, child protection protocols, as well as Police Vetting (background check).*

For the future and similar interventions, we would like to signal the crucial role of aligning the programs with the needs and profile of the local population of migrants and refugees. If the population has a high prevalence of people who have been victims of torture or who suffered many incidences of violence in

their migratory journey, the likelihood of people manifesting more severe traumatology symptoms would be higher than in our groups (Kirmayer, et al., 2011; Steel et al., 2009). While the general formula or set of activities might remain unchanged, in this case, we would recommend more trained clinicians in psychology or health to be present on site, during the running of the programs. In our programs, we had psychologists and specialists in mental health on site, and these could monitor and identify any signs of distress, and were able to direct or address these issues on a one to one basis. However, this was not necessary in our case. This is an indication that our assessment and program were aligned, but it is perhaps also an indication that the bio-medical framework that is usually applied to the design and evaluation of psychosocial interventions is not universally applicable. As Rundell and colleagues (2018) argued interventions can be seen as community, compassion based and more holistic and restorative rather than strictly “cures” for the impact of traumatic events. An example of similar interventions where the professional specialists contributed less than the relatively less skilled volunteers in creating positive effects of social inclusion and resilience is given by Burck and Hughes (2018) who present their interventions in the Calais camp (Fish & Fokoussa, 2018; Kronick, 2017).

One key feature that can always be maintained in designing psychosocial interventions at both level 2 and 3 relies on the power of the group, and the importance of social interactions that promotes resilience and collective healing through relationships with others (Atiyeh et al., 2020; Tucker, 2011). Achotegui (2009) who coined the concept of the Ulysses Syndrome (See Chapter II) argued for an understanding of the sometimes-extreme migratory mourning experienced by migrants as different from pathological grief or other psychiatric symptoms. The idea is to understand the reactions to migratory stressors as normal reactions to abnormal circumstances (Papadopoulos & Shea, 2018; Stiles et al., 2019; Vitale, Khawaja, & Ryde, 2019). The seven griefs described by Achotegui (2009) refer to the loss of family, language, culture, homeland, social status, group membership, and physical security. Recently, Pandolfi (2018) added the loss of religious experience as another form of stress or sense of grief to accompany the seven originals.

Dealing with these losses, and reconstructing one's life in a new country, therefore, by definition require a group and community effort. Concepts of self-esteem, mental health and self-reliance or independence are culturally biased for individualistic societies, and often miss out on the more holistic approach to well-being. The majority of origin countries where refugees and asylum seekers come to the Western Europe in the past 20 years have a more collectivistic orientation. Thus, focusing on safety, trust, human connection, community and family are more likely to be culturally appropriate and therefore effective if they guide the design of psychosocial interventions (Dubus, 2015; Kleinman et al, 1978; Thikeo et al., 2015).

Related to the importance of the social group, we have also experienced the benefits of having a diverse volunteer group and designed a training program for the volunteers to help create cohesion on the organizational team. Due to the multiple agency involvement, including the University of Limerick and several local NGOs, the group of volunteers was very diverse in age, social background, economic profile as well as national background (including international students and previous migrants who have made Ireland their home for more extended periods) and local Irish people. Above all, volunteers were required to obtain police clearance, which is a requirement for any work involving social contact. More importantly, those involved in managing the project established basic organizational structures and rules (including a constitution and terms of reference), child protection protocols, data protection and confidentiality agreements, and identified roles for the various stakeholder NGOs. The preparation work started in July 2016 and the first activity involving newly arrived families took place in March 2017. The organizational arrangements and training consumed more time and energy than anyone could have anticipated, yet they were absolute prerequisites before any engagement with the future participants in our activities.

Every 6 months, new volunteers would join the team, and a new round of training and socialization into the project would commence. In particular, we found it very useful to run the intercultural awareness trainings, as well as the needs of displaced children and adults trainings, in which we regularly reinvigorated

our core principles of respect, equality and co-engagement. For example, in our group, we replaced the concept of “help” with that of “support” or “facilitation”, in order to emphasise the power position of the refugee participants (rather than seeing them as “victims in need of our help”), and to reign in our assumptions of “saviours” or “charitable/humanitarian” roles, and replace it with “we are here to learn from each other, and to share and make new memories”.

Table 1 also details the procedures and activities we designed for the two programs, and the differences in the degree of flexibility and co-creation. Our observations were that expectations had to be managed and clear explanations of the programs were essential for recruitment of participants and even more important retention in the program.

Table 2 presents the guiding principles in the design and implementation of both programs, also allowing for a comparison of the approach, the goals and psychosocial processes involved, as well as the main predicted and encountered challenges and limitations of the programs.

Importantly, what both programs have in common is the focus on both individual and group processes, with an emphasis on expressive and creative opportunities to engage. Based on our clinical knowledge of potential post-traumatic symptoms, as well as the assessment of the participants done directly by us or indirectly via the NGO dealing with the family resettlements, we designed the interventions to be social, emotional and participative. We decided to use the social group as the core unit and channel of communication and interaction, to focus on the emotional processing or experiencing of a range of feelings, according to a retrospective analysis of the migratory journey or the series of events and activities (creating new memories), and to create opportunities to create, contribute, participate that would result in a sense of individual and group efficacy. These 3 features were incorporated in different ways, depending on the composition of the group and the program, and more details can be found in Table 2.

	Women Support Group Program	Sanctuary on Saturdays Program
Approach	Individual and group focused interactions Strength based Scaffolding self-reflection and self-discovery Expressive, narrative and creative engagement	Individual and group focused interactions Community based Celebration of cultural identities and diversity Group interaction and participation in common spaces and activities Expressive, creative as well as physical and social engagement
Outcomes/Goals of program	<i>Self-empowerment and increased resilience</i> <i>Social support</i> from the group of participants and facilitators	Fostering <i>social inclusion</i> by creating a climate of belonging and welcome Expanding <i>social interaction and personal networks</i> within and across groups of participants
Psychological processes	Psychoeducation about migration processes and emotional communication Management of emotions: recognition, communication and control Establishing/identifying goals and dreams, raising aspirations for the post-migration life	Focus on self-efficacy, collective efficacy and social validation Generate new positive and pleasant memories of belonging, acceptance and inclusion (to overcome past trauma) Play and communication across cultural, language or other social divides
Social processes	Sharing personal stories/narratives created a sense of intimacy and friendship in the group Identifying role models, common and different experiences between participants Learning about oneself in the “mirror of the other persons” Sharing space and experiences (common identity) Increase sense of social inclusion	Sharing space and experiences (common identity) Creating friendships, social networks Co-producing the events/activities Cross-cultural understanding and learning Co-teaching and co-learning about cultural traditions or everyday activities (i.e., food, dance, sewing, etc) Increase sense of social inclusion and community participation in the city/country
Challenges and Limitations	A moderate to good proficiency in English (the common host country language) needed to follow the program. The program would be difficult (but not impossible) to run with a translator/interpreter. In a small group , equal commitment and engagement, as well as honesty and trust is required from all participants Participation is restricted to those who start at the same time (joining in week 2 or 3 of the program is not possible or effective). Program success depended on the initial relationship of trust and mutual rapport with facilitators and other participants.	None to very good proficiency in English (the common host language) can be accommodated, provided that a translator or interpreter is present. Participation was contingent on hear-say or courage to attend at least once which usually led to follow-up attendance. Organizers had to moderate participation based on refugee/asylum status, or country of origin of the migrant participants (i.e., separate days had to be organized for people originating in Syria/Iraq, as opposed to those from Afghanistan). Program success depended mainly on mere participation and active team of volunteers. Once people joined the “livingroom”, everybody benefited. One challenge is to keep a constant and varied team of volunteers active in the program.

Table 2. Guiding Principles for Two Types of Psycho-social Support Interventions

Ethnographic Observations from the Sanctuary on Saturdays Program

From the perspective of the University of Sanctuary Project, community initiatives and grass-roots interactions with refugees were a key component in creating a climate of acceptance in the Mid-West of Ireland. Based on principles of providing psychosocial support and community-based development Sanctuary on Saturdays provided the families of refugees from Syria, Iraq and Afghanistan with new opportunities to make friends, socialize and enjoy recreational activities.

The Sanctuary on Saturdays intended to set up a “living room in the city center”, to create a space for social interaction, cultural exchanges and feelings of belonging. These were achieved, and the mere presence of a group of trained volunteers in a designated, decorated and welcoming place in the city was welcome by the community of migrants as well as NGOs in the region working with various subgroups of refugees, asylum seekers or other minorities. The reunions were celebrations and felt more like an organized birthday party, than an everyday “living room” gathering. This was necessary at the beginning to establish trust and confidence in the initiative, as well as allow people a space to get to know each other.

The developing of social networks with people from the host society was definitely promoting a sense of wellbeing and feeling welcome among all the participants. An active and welcoming approach from the perspective of host societies increases the chances of adaptation (Atiyeh et al., 2020; Craig et al., 2009). In addition, setting up activities each Saturday gave the Sanctuary Project an opportunity to be a strong local reference for the development of new projects adapted to the needs of participants. However, getting to know and having sufficient access and information to be able to assess the needs of the refugee families, (beyond the recommendations of the local NGO working with their resettlement process) was very difficult. Overprotection and institutionalisation of refugees do not allow them to make decisions for themselves. This was our experience with local stakeholders and especially people living in Direct Provision Centers (i.e., asylum seekers), and is in line with previous research which documented this trend of framing refugees as

helpless victims and framing interventions in a dependency-oriented help framework (Deghan & Wilson, 2019; Hunt et al., 2018). We wanted to break this trend by considering them an active collaborator and co-producer of the project. This worked to a certain extent, for example when the participants took the initiative to bring ethnic food or drinks to share with the volunteers, but also when they decided the course of the day, whether to focus on arts and crafts or music and dance, was always the choice of the participant families. Importantly to note, however, that it was the volunteer and organizers that set up the space, created particular opportunities (such as having speakers and devices for music, or materials for creative projects and so on).

One psychological strategy of coping with difficult situations and overcoming challenges in one's adaptation to the new host country is to seek support and help from others. The difficulty was in establishing a mutually supportive relationship: the initial contact and development of trust. The refugee families were, as expected, cautious in placing trust and bringing friends along, however, this is the reason why a constant, regular and predictive patterns of events/activities/living room events is necessary for such a psychosocial intervention to work. We observed that simply being present, responsive and creating a safe space for the whole family, from toddlers to elders, was received well and generated trust. Creating opportunities for refugees to control their lives, make choices, and have a sense of connection was one of the most visible impacts of the Saturday meetings (Dubus, 2015; Hauck et al., 2014; Thikeo et al., 2015).

Involvement in activities that did not require English language proficiency was also high across the age groups, especially since the older participants and adults' ability to speak English, as well as our possibilities to bring trained interpreters (Arabic-English) were limited. However, the expressive activities through art or music and the participative element of bringing and sharing food and coffee did not need linguistic engagement, were by far the most successful exchanges in the group. According to Gómez and colleagues (2017) and Kalmanowitz and Ho (2016) activities that involve the somatic and creative expression, rather than the cognitive linguistic capabilities of refugees are successful in implementation

from the point of view of dealing and recovering from traumatic experiences, as well as overcoming language and cultural barriers (Atiyeh et al., 2020). This was certainly the case with our activities.

Previous research also indicates that possessing certain personality characteristics such as having meaning in life, being hopeful, having a sense of agency and motivation can lead to a more successful integration of migrants (Kuschminder, 2017; Rivera, Lynch, & Obamehinti, 2016). The participants that remained most committed to the program and returned to the activities certainly displayed some of these characteristics of being generally “optimistic”. It was important for the volunteers to mirror this engagement and attitude, and simply participating in the set up and clean up of the “living room” space created a sense of agency and accomplishment, a feeling of “we can do it”. We encountered people who had been exposed to life in refugee camps, faced great uncertainty, whose children who had been out of formal education for several years, but who were incredibly resilient and strong both physically and psychologically. All the volunteers declared being humbled by how “normal” our interactions were, which was an indication of great learning and increased understanding among the volunteers. The feeling of “unexpected normality” was also a sign of the volunteers’ preconceived notions that refugees would perhaps behave as “victims” and “vulnerable” individuals (Tribe & Patel, 2007).

According to Tucker (2011) group activities provide people the opportunity to “rebuild the ability to trust”, and achieve healing through their relationships with others. We noticed how group participation was enhanced by the ability to communicate: the participants who had some English were more likely to return to the Saturday gatherings, and were more likely to bring other friends along. However, there were also participants, often the more elderly, who were not able to communicate in English, and would not even avail of the interpreter, but who simply enjoyed watching the others, listening to Arabic music, just being part of a welcoming and happy place. This is an important finding and observation, because we often assume that unless there is direct and complete involvement with an activity, this might be less beneficial. With these kinds of psychosocial interventions aiming to create safe spaces and opportunities for people to get together, the mere co-presence and witnessing had beneficial effects, giving people a break from their worries and a

smile of hope on their faces. Most importantly, it was also a break in the everyday experience of surprise and sometimes discrimination that migrants and refugees experience (Marinucci & Riva, 2020; Schmitt et al., 2014).

To summarise, the Sanctuary on Saturdays experiences illustrated that social interaction in a safe space is key to create opportunities for contact and potential development of friendship networks, and information sharing. Secondly, supporting the cultural heritage of the participants and enhancing group belonging is an essential part to the well-being of all humans. And it is this holistic approach to mental health that we should take when we want to provide social support to newcomers in a country/local community. Our space promoted cultural expression and endorsed multiple group memberships and developing a new sense of belonging to the local community, which was experienced as diverse and multi-cultural. It was crucially important to have an ethnically diverse volunteer group, as well as diversity across ages and genders, so that every participant could relate or identify with someone in the room.

Finally, we conclude that the psychosocial well-being and intercultural learning and adaptation of both refugee and volunteer participants were achieved by participating in activities: from the organisation of the project, to being engaged with arts and crafts, music and dance, food and drinks. However, in the area of providing more targeted psychological support, and addressing the challenges and strengths needed for social integration into the host society, these kinds of large groups and general activities are not sufficient. Thus, the idea of developing a more targeted support program was developed and we specifically targeted women, as they were the most reliant and constant participants into the Sanctuary on Saturdays Program. We address our observations on the running of the Women Support Group in the next section.

Ethnographic Observations from the Women Support Group Program

Through the Sanctuary of Saturdays and the research into the psychosocial assessments of needs conducted for this research (see Study V), a group of women were identified that wanted to engage more

meaningfully with the Sanctuary Project. These were the participants into the first Women Support Group Program. The program is described in detail in Table 3, where we present the activities, as well as the psychosocial processes expected to work, the outcomes and also challenges we predicted and encountered in running the program. In the following sections we discuss our observations on how the program was designed and received, from the perspective of the two facilitators, and referring to the pilot running of the program.

Destigmatizing Psychology and Mental Health

It was important to introduce the program and discuss at length our understandings of mental health and psychology and the cultural connotations, which imply multiple interpretations, prejudices and attitudes (Kleinman et al, 1978; Rodriguez-Keys & Piepenbring, 2017). These phenomena must be considered due to their relevance for the adherence treatment or just participation in a social support group (Almoshmosh et al., 2019). According to this, when Sahrawi psychologists started to work at the Refugee Camps in Tindouf, more than 30 years after the first settlement, the first plan they conducted to attract patients were campaigns to break the stigmatization around psychology and mental health (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017).

The lack of knowledge about psychotherapy and the non-recognition or inability to label and articulate symptoms are factors that explain the resistance to seek help, express psychological distress, fear and worries by refugee women (Niaz, 2014), and migrants more generally. This approach and the broader discussion around what health and mental health means in particular contexts (Bernardes et al., 2010; Fish & Fokoussa, 2018) was used to normalize migration difficulties, and approach the potential trauma from a “normal response to extreme and abnormal circumstances” perspective. In our support group, both facilitators were non-Irish, and this helped the discussion and comparisons with the Irish society and general perceptions in Ireland around psychology and mental health (Assner-Self & Feyissa, 2002). Sometimes, there was a reluctance or hesitation to criticise the place that gave our participants sanctuary and a new life, but this was counterbalanced by the facilitators who shared into the critical discussion of Irish customs and societal

expectations and practices around mental health. Destigmatizing help-seeking behaviour and revealing personal details to a professional outside the family or close-knit circle were also discussed in light of cultural variations between participants' and facilitators' origin countries: Spain, Romania, Iraq, Saudi Arabia, Syria (Kirmayer et al., 2011)

One other element that helped with the process of destigmatisation and normalization of psychological processes in migration was the way facilitators discussed scientific findings, and concluded or stimulated discussions around what “other people” usually do, or what happens to migrants in other countries, or depending on their ethnic origins, or indeed to themselves as migrants in Ireland. Similar to using a foreign language rather than the mother tongue in discussing serious psychological experiences (Rodriquez-Keyes & Piepenbring, 2017), bringing in observations and self-reflections from the psychologist facilitators created some distance from the potentially heavy emotional experiences, and thus facilitated the discussion of cultural and acculturation, as well as migration difficulties.

Dealing with losses

Migration brings the opportunity of creating a new life away from the country of origin, but in the case of refugees the impossibility to go back home in case of emergency, for visits or just return is experienced as an additional stressor. Thus, by refugees compared to other migrant groups experience the losses and mourning of things lost along the way more intensely. Achotegui (2000) describes seven griefs in every migratory process: family, language, culture, homeland, social status, group membership, and physical security, and argued that the stressors the migrant faces condition their vulnerability, the symptomatology can be more or less acute (Achotegui, 2009).

One of the observations from the first sessions and discussions throughout the program was the importance and role of family. The nuclear family was experienced as the central pillar for the women in the postmigration phase, in host countries, as well as trans-nationally in case the extended family was split up. The feeling associated with the loss of the extended family members was experienced as an important loss,

and changes in the family structures were constantly negotiated and discussed (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017). In the later sessions around the “Tree of Life” activity, family considerations were also core to most group discussions. The group itself developed a sense of being a “surrogate” family, with the eldest member of the group gaining a position of respect and protection (I.e., the grandmother), and the youngest member of the group being given extra attention and support by all group members (as if she was the youngest child in the family). This feeling of a “family gathering” was enhanced by the fact that one participant was always accompanied by her youngest baby, who was attended to by everyone in the group. This was a constant reminder of the multiple responsibilities and roles that women fulfil (Kirmayer et al., 2011), as well as an attempt to restore and replace family structures and one’s position in them as a grandmother, or aunt, or child (Carlin, 1990). The saying that “if you don’t have a family, you make one” was one of the concluding remarks in the final session by a few participants.

The loss of language and culture were also discussed as barriers to a more holistic feeling of well-being among the participants. Everyone in the group had a different level of proficiency, and the Arab speakers were helping each other to translate and communicate as precisely as possible, yet everyone declared an unwavering commitment to learn English, as a way of social and cultural integration in Ireland. When it comes to language acquisition, we also discussed the generational clash between parents and children, and how acculturation of children is much quicker, thus complicating the relationships, creating role-reversals in the family, and creating intergenerational conflicts and creates difficulties within the family (Berry, 2006, 2019; Joppke & Seidle, 2012). Certainly, migrant children who are attending school will be learning in the language of the host country.

The dilemma of migrant parenting, where parents want their children to fit in but also, they want to continue in the ways of being and culture they are accustomed to in their homeland was an important topic of conversation throughout the program. Examples of how modern technologies of communication is sometimes making things easier (i.e., participants called their own relatives often, sometimes daily, and

certainly when consulting on decisions or serious topics) and sometimes more difficult (i.e., when grandchildren do not speak the mother tongue of the parent, while connecting with video calls back home) to engage in designated family roles. Parenting and family relationships taking place ‘virtually’ were noted as a blessing in disguise: a coping mechanism by maintaining core relationships, but also a reminder that “video-calls are not the real thing”, it is not the same as “being in the same room or eating the same food” with your family members that live far away.

Homeland is another loss experienced by migrants suffering from Ulysses Syndrome. Losing one’s homeland is often difficult for families, the geographical landscape can be very different, the change of colours, smells and even the change in weather can be distressful (Achoategui, 2009). Overall, participants declared nostalgia for their homeland, while also acknowledging the gratitude for how beautiful Ireland is, and how they discover local attractions – such as a walk down the river, or in the city.

There were some notable differences in how people from the same country related to the memories of a particular city (Tribe & Patel, 2007). One younger participant only experienced the city during times of war, and therefore was ready to deal with the loss of the home city as a thing of the past, and something that cannot be missed due to the lack of safety and militarized associations she had with the city. The older participant however, was much more nostalgic for the way the city was before the war, and the tranquillity and prosperity experienced in her youth in her hometown. This was a very interesting dynamic, and lesson to us all, which showed that how individual one’s experience of migration is, and how important it is to focus on subjective self-reflection and evaluation of one’s journey. Even within the same culture, between two people from the same home city, the relationship to this loss cannot be generalized or assumed to be more or less traumatic. It was also an example of how intergenerational and cultural transmission can occur in the host country, when members of the same country of origin come together, and are given a safe space where celebration of home culture is allowed and encouraged.

Lastly, previous literature indicates to the loss of symbolic, social, and cultural environment of one's practice of religion as a source of discomfort, disorientation, loss and psychosocial stress (Pandolfi, 2018). Religion and traditional medicine are often used as resources of resilience and overcoming in the refugee's environment (Guarch-Rubio & Manzanero, 2017). We also observed how participants maintained their religious practices and beliefs, and tried to deal with the potential conflicts between for example the Islamic practice of head covering and living in Ireland, where this is a clear and visible marker of migration. Women discussed at length how they negotiate the Arabic dress, and how they made choices about signalling or not signalling their heritage in their dress. Often these decisions were presented as a family decision, rather than an entirely individual choice. One's participant father, and another participant's husband were mentioned as relevant voices in the decision to adopt the head covering, as opposed to adopting the western clothes, respectively. "You cannot wear the hijab and jeans. You either cover your whole body according to tradition, or you dress in the Western style" was one of the remarks in the group.

The Tree of Life Metaphor and Therapeutic Principles

As described in Table 3, three out of the six sessions were dedicated to the activity called the "Tree of Life". This is a strength-based group counselling exercise, originally introduced by Ncube (2006, 2019) who approached therapy as a collective narrative practice. Drawing the tree of your life involves a detailed focus and reflection on eight metaphorical parts of your life: (1) "the compost" represents the past that wants to be acknowledged but forgotten; (2) "the roots" are the significant places of origin (town, place, culture, religion); (3) "the ground" represents the nurturing practices and sources of energy and inspiration (i.e., self-care); (4) the trunk represents the core skills, values and things that "make you who you are" (i.e., past successes, milestones); (5) "the branches" capture one's hopes, dreams and aspirations, wishes and goals; (6) "the leaves" are the people who are important or play a role in your life; (7) "the flowers" represent the legacy one wants to leave behind and be remembered for; and finally (8) "the fruits" are the relationships and gains from other people, what one enjoys and benefits from specific others.

This exercise allows participants time to recognize their individual and collective characteristic traits, strengths and challenges, to identify and reconstruct one's journey through life, thus becoming aware of one's destiny and growth. The tree represents both continuity through time, and an opportunity to re-tell your story, to reconstruct your present and your future in the safety of a supportive group who acts as the forest, as well as a mirror to the strengths and resilience of your tree through past storms (Jacobs, 2017; Stiles et al., 2019). Narratives are built to organize, communicate and give sense and coherence to life experiences (Bruner, 1990; Fivush, 1995). Framing a narrative requires elaborating a story that is temporarily oriented and it connects the past with the present providing a sense of continuity (Filkkove, Jensen, Hafstad, Minde, & Dyb, 2016; Nelson, 199). Even more, the narrative process shapes the personal identity, what the person is. The tree of life facilitates the construction and presentation to others of an autobiographical narrative, which includes thoughts and feelings establishing a temporary causal order and integrating the experiences consistently (Romisch, Leban, Habermas, & Doll-Hentscheker, 2014). There is a highly important benefit of conducting this exercise in a group setting, because recognising and understanding other people's emotions and narratives generate empathy and have therapeutic benefits for all participants. It is an exercise in emotional intelligence, interpersonal communication, and increasing the skills of managing the emotions of others, so that one's personal emotions may be managed as well (Goleman, 2001; Stiles et al., 2019).

In the tradition of narrative expressive therapy, Ncube (2019) discusses the benefits of the Tree of Life exercise especially for people who suffered trauma, as an opportunity to overcome the past difficulties by reconstructing and sharing one's life story, building confidence in one's ability to choose a new frame, a new presentation of self and events, thus increasing resilience. Given that one of the predominant theories in understanding recovery from trauma is working with the fragmented and disorganized trauma memories (Gray & Lombardo, 2001), the tree of life activity provides an opportunity to increase the coherence and organization of one's narrative. Its written and verbal/oral elements further enhance the opportunities to

organize and articulate the clarity and significance of traumatic memories. In our group, participants referred to several traumatic events, from the death of a family member, to a car accident that left one of the participants in a 3 months coma, to abusive relationships and divorce, or having to give birth within a month of arrival in the new country and city. Facilitators knew that nobody in the group suffered from severe PTSD, because of the pre-assessment of participant's psychosocial profile of needs and past experiences. Thus, the stories and presentation of personal narratives did not present dangers of re-traumatization or secondary traumatization. What was remarkable was the willingness of participants to engage with the exercise, share it with others, and the incredible support and positive feedback that all participants gave each other. This could have been facilitated by the high level of trust established in the group from the beginning, as well as the willingness to disclose and be honest within the setting of culturally similar others (Senehi, 2015).

The facilitators encouraged the idea that it is not possible to change the stories that others have about someone, or the actual events and situations one was exposed to. But it is possible to rebuild, recreate and own one's personal narratives to shift the focus on "what worked, and how I succeeded", thus framing them in terms of resilience and strength and making them less painful (Denborough, 2014). To increase the sense of common belonging to a larger metaphorical "forest" and provide collective belonging and support, participants were invited to actively listen to each other, highlight some achievements perceived by the speakers and the observers, and discuss similar events in their lives. Afterwards, all shared their positive observations based on the narratives about both emotional growths and losses that each person showed. The greatest obstacle in engaging in the exercise was the ability of people to articulate and separate the 8 component elements of their metaphorical trees. The older participant discussed her view that her life is so "long" and so much happened, that it was hard to choose only some elements to draw on the paper. The middle aged participants were more able to distinguish particular milestones corresponding to particular life stages and also stages of the migratory process, and one participant managed an extremely coherent narrative of personal perseverance and commitment to build a new life and future for herself and her young

family. Other participants struggled to tell, but managed to draw all the elements of their tree. One observation is that people needed and wanted both time and guidance in conducting the activity, thus perhaps extra sessions could be allocated to this activity alone in a future program.

We strongly recommend using this Tree of Life activity, as we also observed, like Jacobs (2017) all the individual and collective benefits that occur: *“the metaphor of a tree and forest is used to help the participants collaboratively share their stories. The telling and retelling of the stories creates a sense of honouring and belonging, remembers and revitalizes important values, acknowledges important life lessons and connects this to the person’s social and historical heritage”* (p.283). It is a strength based, holistic and developmental technique applicable to different cultural heritages, different sets of abilities to express oneself, artistically, in written or oral language, and different age groups (Veronese & Barola, 2018; Vitale et al. 2019).

The emotional journey of migration and acculturation strategies

We decided to include the topic of acculturation strategies (Berry, 1997) so that participants could take time to discuss the potential barriers and difficulties, “clouds above the forest”, in the social integration processes, and the balancing act between maintaining one’s heritage, pride in traditions and cultural values, and adapting, understanding and perhaps adopting the host society’s practices and values. We linked this activity with an emotion mapping exercise which asked participants to reflect on the migratory journey at the pre-migration, journey and post-migration stage. Emotions were presented on cards, and translated in English, French, Spanish and Arabic. Despite the translations, the participants still discussed and debated their understanding of each term, and how it captures or not their actual feelings at particular points in time. The emotions were: concern/fear, lonely, empowered, nostalgic, helpless, dignified, happy, tranquil, optimistic, anxious/worried, confrontational, satisfied, guilty, aggrieved, proud, unstable, courageous, serene, resilient, humiliated, sad, distrusting, hopeful, strong, relieved, safe, confused, bold, disappointed, self-confident.

The facilitators presented research findings showing that the most beneficial strategy associated with highest indicators of well-being is the one of integration, where individuals engage with both the host and the home society and culture (Berry, 2006, 2019; Joppke & Seidle, 2012; Pedersen, 2006). However, migrant integration is a multidimensional process of learning, adaptation and pursuit of life opportunities, situated at the interface between the recently arrived people and those considered settled or as a host society. Moreover, the feeling of belonging to groups in a society and its estimation (positive or negative) would determine the social identity of the person encouraging or exacerbating its integration (Tajfel, 1974). According to his proposal the groups (e.g. family, sports...) which people belonged to were an important source of pride and self-esteem. According to this, social identification is identified as a buffer of depression (Cruwys et al, 2015), and mental health protective mechanism (Echterhoff et al., 2019; James, Iyer, & Webb, 2019).

Some participants could easily identify the groups they belonged to, predominantly the family and the “newcomers”/foreigners, but also the “Arab” world, or people living in Limerick. Discussions revolved also around the expectations and images of the West that people had before migration, and how, for example in some Middle Eastern countries, Western and European countries are seen as places that lack social order and cohesion, discipline and norms for appropriate behaviours or relationships between parents and children, and the larger community. Thus, importantly, it is not just the personal experience with the host society that affects both the emotional journey and the acculturation strategies, but also the messages, perceptions and expectations people have from their home countries and home culture and society. Similarly, encountering discrimination (James et al., 2019; Noh, Kaspar, & Wickrama, 2007; Marinucci & Riva, 2020) and facing intergenerational conflicts (Pedersen, 2006; Watzlawik & Bresco de Luna, 2017) in their own families also impact one’s sense of control, choice and overall well-being in the host society.

A few participants emphasized the importance of the feeling of safety that they felt in Ireland, and in the post-migration life without war. This emotion was one of the most striking and powerful in the

group discussions. The sense of physical safety is a potential loss in the migratory process (Achoategui, 2009). Yet in our group of participants, there was an absolute gain in the sense of safety upon arrival to Ireland. Some mentioned how back home, everytime the phone rang she feared bad news, or that numerous check-in phone calls had to be had during everyday to make sure the family and friends were alright, and in some cases, still alive. The lack of this existential anxiety and constant worry was deeply welcomed by the participants, and life in the West of Ireland, with its peaceful, slower and uneventful rhythm was experienced with relief, joy and hope. We can imagine that in a situation of other participants who have experienced more severe and prolonged instances of physical or sexual abuse and violence (Kirmayer et al, 2011) or torture (Steel, et al, 2009), the emotional journey would be more shocking and difficult to uncover and share in such a group setting (Yakushko, Watson, & Thompson, 2008).

However, we propose that the supportive, attentive and encouraging group atmosphere will most likely facilitate the processing of such intense experiences of the migratory process (Niaz, 2014; Veronese & Barola, 2018; Vitale et al. 2019).

Lastly, in accordance to findings previously discussed in this thesis (Study IV), the positive feelings of hope for the future, and confidence that dreams can be achieved if one fights for them were prevalent in our group discussions. In several sessions, a few participants concluded that once you know where you draw your strengths from, “everything is possible”, “there is no point in focusing on bad things in the past” and one “should never give up, because life goes on”. Thinking from a growth and developmental perspective was something that our participants adopted naturally and welcomed and allowed everyone to see past the difficulties and negative experiences, identify their dreams and keep working for their well-being.

Individual and Collective Resilience

In the last session, we presented the mirror exercise, where we asked participants to close their eyes and think of the most important person in their lives, and promised that when they opened their eyes

they will see that we know who this is. When they opened their eyes, they saw their own reflection in the mirror, bringing the message that self-care and self-reliance, as well as self-awareness and self-reflection are key individual sources of resilience. All participants laughed and were surprised as well as satisfied with the “answer”. This concluding message of our program was delivered at the same time with the message that social support is essential for one’s wellbeing, and that the friendships and common learning and intimacy of the Women Support Group is something they wanted to cherish and remained grateful for. Participants commented on the interesting exercise of knowing yourself better in the mirror of other people, using and relying on their feedback and support. They enjoyed the opportunity to recreate and share one’s journey through life in the presentation of the trees, and the inspiration all women took from each other (finding role models, identifying themselves in the surrogate family, putting things in perspective by social comparisons).

Being resilient does not mean denying the difficulty or distress, but accepting the obstacle and learning from it, as well as identifying the necessary resources to cope with the situation. Moreover, it is not simply a trait that people have or do not have, but it is a skill that can be learned and developed by anyone. Through self-awareness (Goleman, 2011) emotion self-regulation, and actively negotiating and managing events and situations in one’s life, people develop resilience (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Sleijpen et al., 2013).

Both the Tree of Life activities and the Mapping of the Emotional Journey of migration employed the use of narrative techniques, and with guided support, participants were invited to draw their journeys including people and groups that supported them, and were instructed to view themselves as part of a process that is affected by the journey as well as all the other factors and events in their path through life. These activities were formulated within a resilience framework and kept the focus on how the present and future (and hope for the future) can be enhanced by acknowledging the achievements from their past. To highlight the notion of social support and collective resilience, facilitators introduced the notion of Simard (2017) on how forest ecosystems use networks to nourish and communicate with each other. Through this biological metaphor, we reinforced the analogy that people also need each other to survive and grow.

Making the leap to trust others (Kabranian-Melhonian, 2015), to restore human connections and a safe space in the presence of others (Asner-Self & Feyissa, 2002) and overcome the felt betrayal and fear some refugees feel towards their country of origin (Afifi et al., 2016), as well as connecting and embracing the opportunities in the host society (Hauck et al., 2014) are important outcomes of psychosocial interventions.

Overall, the Women Support Group program focused on a restorative process based on a compassionate, witnessing model (Rundell et al, 2018), and cultivated the development of both individual and collective resilience (Jacobs, 2017; Mustafa & Byrne, 2016; Ncube, 2019), relying on the principles of the Imbeleko Approach (Stiles et al, 2019), where metaphorically the group provided the safety and guidance to nurturing each member of the group, just as the “imbeleko” metaphor suggests. The Imbeleko is the blanket that African mothers use to carry their babies (Ncube, 2019), thus it directs our attention to nurturing and growth, coping strategies and choices people can make, rather than focusing on problems, therapeutic or medical diagnosis or treatment perspectives.

Session	Topic	Activities	Psycho-social Process	Outcome	Challenges & Discussion
0	Introduction to the Program	Initial meeting Introduce each participant and facilitators Describe the program, establish convenient time for meetings	Establish trust, rapport and to the group and the program	Achieve collective commitment for the program . Establish common interests and potential benefits .	Issues around convenient timing due to other family commitments of the women. Potential issues with lack of familiarity and previous contacts between participants.
1	Psychology, Health and Migration	Presentation of key concepts around psychology and mental health. Discuss the cross-cultural variations in these concepts. Ask participants to identify losses/griefs related to the migration journey Introduce the concept of resilience and how/why coping with losses is a normal process for migrants	Understanding and challenging stigma around psychology and mental health . Normalizing the process of reflection and analysis to improve well-being. Self-reflection about one's migratory journey and respective losses . Identify relevant experiences or concerns in one's personal journey. Focus on subjective, individual reactions and interpretation of past events or present day practices.	Establish common ground and language around importance of psychology and research in understanding one's experience of migration. Identify migration as a process , where challenges, losses and resilience are normal psychological experiences . Identify commonalities and differences in migration journeys and subjective experiences of the same/different events.	Language difficulties might prevent in-depth discussion of psychological concepts. Cross-cultural variations in the stigma of mental health could be difficult to bridge. Acceptance that in Ireland, the host society, it is normal and usual to avail of psychological support services , and positioning the Program as a support group (rather than individual counselling).

Table 3. Overview of the Women Support Group Program: Activities, Processes and Outcome.

Continued Table 3. Overview of the Women Support Group Program: Activities, Processes and Outcomes

Session	Topic	Activities	Psycho-social Process	Outcome	Challenges & Discussion
2	Self-Awareness & Resilience	Tree of Life – introduction of the activity, meaning and rules for mapping one’s past, present, future, skills/abilities/values, goals and aspirations, legacy and significant others in their lives	Key focus on self-reflection and self-awareness of one’s past, present and future circumstances, personal characteristics and social and cultural environment. Articulate and communicate key aspects in one’s life narrative.	Gain self-empowerment by achieving greater self-concept clarity of one’s strengths, weaknesses, social network, and other factors that are brought in one’s narrative. Learning how to communicate and compare with others. This is how and what social support looks like, provided that there is trust and honesty between participants. Expand your understanding of life as growth and development through time. Identify individual strengths and “ingredients” that makes you unique, and increase individual resilience, and personal awareness of strengths.	There could be difficulties for in using language and narrative to describe emotional experiences. This can be due to language proficiency, but also to interpersonal differences in ability to articulate and express themselves in words. For these people, a more creative and visual tree-drawing approach can be taken, or personal one to one help can be provided to be able to articulate in words one’s drawing of the tree of life. Some narratives might be more coherent and complete/complex than others. Facilitators have to ensure that people do not feel bad or inadequate due to the depth of their own analysis, and moderate social comparisons. Time is needed for self-reflection and story sharing. Facilitators should emphasise that this is a worthwhile exercise that builds resilience by increasing self-awareness.
3	Self-reflection & Narrative of one’s story	Tree of Life – continue to fill all the sections; discuss how each participant is progressing; deal with issues around expression and articulation of ideas/memories/feelings	Create a cohesive story of your life, identifying the factors and people who influenced and supported you, as well as your future intentions and legacies. Focus on strengths, and on qualities that helped people navigate difficult circumstances. Focus on growth, and the future hopes, dreams and wishes/aspirations, to emphasise the continuity of life. Focus on identifying resources and resilience in the “fruits” (i.e., what you get from other people), and “leaves” (i.e., which people are important in your life) that can help you deal with any challenges.	Identify common coping strategies or “ingredients” in people’s stories (e.g., one’s values, profession, tradition), to increase collective resilience. Discuss role modelling between participants, and how and why participants can learn from each other.	

An additional session might be added to allow all participants to share and receive feedback from the group.

Continued Table 3. Overview of the Women Support Group Program: Activities, Processes and Outcomes

Session	Topic	Activities	Psycho-social Process	Outcome	Challenges & Discussion
4	Sharing with the others: Stories of our lives	Tree of Life – Storms and Forrest Present the stories to each other Identify “clouds” (worries, fears, difficulties) that might test the strength of the trees and forest	<p>Identify commonalities between all the stories/trees. Articulate the strengths in each other’s story to give social validation to the others in the group.</p> <p>Identify links between the roots and presence of all trees in a common forest; highlight the role of the program to create such a “forest” of social support, and strategies to expand this beyond the sessions.</p> <p>Identify and normalize the “clouds” with a focus on resilience and coping mechanisms. Avoiding problems is not possible, but learning how to deal with them, and getting better at using your strengths and skills will increase the ability to “bounce back” (i.e., personal and collective resilience).</p>	<p>Identify and discuss coping strategies, and how each participant portrays/narrates their tree story in focusing on strengths and successes.</p> <p>Give feedback and highlight survival and growth in each story.</p> <p>Identify common worries and fears normal in the migration journey, and especially in integrating into the host society.</p> <p>Explain stress and resilience as a balance between challenges and resources. If one feels stressed, it is most likely because the challenge is perceived as larger than the available resources. Focus on coping strategies to increase, look, create the resources necessary to deal with the stress.</p>	<p>Discussions of personal stories can be difficult to moderate if one participant takes over the whole session. Facilitators have to allow time for all participants to share, and give and receive feedback from others.</p> <p>Pay attention to the timeline of the “clouds” in relation to the timeline of the migration journey (past-present-future). It is important to position and discuss if some of the clouds belong to the past, and which and how and who is more likely to perceive certain worries or difficulties.</p> <p>Discuss the cultural specific strategies of seeking help and support/resources that would typically help one to be more resilient. Discuss the availability and accessibility of such cultural specific supports in the present day life of the participants.</p>

Continued Table 3. Overview of the Women Support Group Program: Activities, Processes and Outcomes

Session	Topic	Activities	Psycho-social Process	Outcome	Challenges & Discussion
5	The Emotional Journey of Migration and Acculturation Strategies	Use emotion cards* Describe the migration process as a journey along a continuum of past-present-future; ask participants to map their emotions at the different stages of migration.	Focus on emotion management : normalize emotional responses to very difficult circumstances. Identification and communications of emotions are key to this activity. Focus on lessons learned and how people could react to certain stages in the migration journey. Self-awareness and social validation of emotional responses Discussion of choice, freedom and conscious versus subconscious decisions around acculturation strategies (choosing to maintain one's heritage culture, versus adapt to the host society culture) Identify the continuity of self through the past-present-future of one's personal life narrative.	Realize and discuss the transient nature of emotions ; communicate how different events generate different or similar emotions in people, and individual variation is normal; Present the general research based patterns about integration as an acculturation strategy with the highest benefits for health and social integration (both maintain heritage culture and adapt to the host society, rather than choosing one at the expense of the other, or neither). Derive sense of personal and collective efficacy in seeing one as a survivor of migration, and moving towards the future, rather than being anchored in the past events or home country, or challenged by present circumstances.	For some participants it is difficult to see the transient nature of emotions , if these emotions were unconscious, ignored, not processed and too intense at the particular stages of the migration journey. Difficulties around choice of acculturation strategies in light of experiences of discrimination and prejudice encountered from the host society (especially by Muslim women in the Irish society, due to dress/traditions). Comparing between personal stories (different reactions to similar events) can be encouraging as people learn that others had greater difficulties, but also putting one's own journey in perspective.

*The following emotions were written up on separate cards: concern/fear, lonely, empowered, nostalgic, helpless, dignified, happy, tranquil, optimistic, anxious/worried, confrontational, satisfied, guilty, aggrieved, proud, unstable, courageous, serene, resilient, humiliated, sad, distrusting, hopeful, strong, relieved, safe, confused, bold, disappointed, self-confident; these should be translated when possible, and their cultural meaning and variation should be discussed in the group.

Continued Table 3. Overview of the Women Support Group Program: Activities, Processes and Outcomes

Session	Topic	Activities	Psycho-social Process	Outcome	Challenges & Discussion
6	Reflection on Collective Learning and Closing of the Program	Discuss the topic of resilience, focus on the strengths discovered during the program. Mirror activity – reminder of importance of self-reliance, self-acceptance and self-love	<p>Self-reflection on personal development through the program, especially based on identification of strengths, success stories and sources of support on one’s own journey and personal narrative.</p> <p>Acknowledgement of the role of the group and social support in developing resilience.</p> <p>Sense of self-efficacy and collective-efficacy for having completed the program, and engaged with the others to support them.</p> <p>Sense of pride and resilience facilitated by self-discovery and self-reflection.</p> <p>Awareness of self-care as the key ingredient for mental health and well-being.</p>	<p>Develop and discuss the concept of community resilience and role of support groups in psychological well being.</p> <p>Resilience is to be understood as both a personal and a collective characteristic. One should use both one’s skills, capabilities and personal successes to boost their personal resilience. But one can also look and develop their social networks of support to foster (and re-establish) the community level resilience.</p> <p>Identify how emotional experiences of empathy, admiration, sadness, anxiety, hope are all normal reactions to migration challenges, and when supporting others through their own journeys (especially, the children and other family members of the women participants). Identify future aspirations and goals, and focus on the growth and development perspective of one’s life story.</p>	<p>Social comparisons with situations much more difficult and complex than one’s own might lead to minimizing one’s own experience. Facilitators have to emphasize the individual difference and importance of subjective experience of any event.</p> <p>Discussion of cultural variations around the mirror activity, where participants could interpret self-care and self-reliance as an overly Western concept, revealing an individualistic approach. Facilitator has to moderate the discussion and explain that psychological experiences and processes happen within each individual (mind, body and soul). The factors and concerns people rely on to process their experiences might be more or less individualistic or collectivistic, depending on their social environment. However, the emotional and cognitive understanding of events is a subjective individual experience/process</p>

General Discussion

Intercultural competence in psychosocial interventions

One key feature of both support programs was to create a space of interaction where social and psychological supports are provided to migrant participants by trained volunteers and facilitators, in an informal setting. Thus, the framework of the project was not one of "charity" or "help", but rather engagement, mutual learning and support. Part of the volunteer training was specifically aimed at deconstructing previous stereotypes and misconceptions about the helplessness and needs of refugee people (Hunt et al., 2018; Tribe & Patel, 2007), as well as negotiating and challenging our own perceptions of power differences (Almshosh et al., 2019), and replacing them with the motto that "anybody can support somebody".

We aimed to co-design our activities and gradually involve newly arrived families as equal partners in the project. These aspects were a very important psychological foundation for creating a space where intercultural dialogue can take place, outside the typical stereotypes of migrants as well as locals/"helpers" (Chiumento et al., 2011; Dubus, 2015). We aimed to become a structure of support, which would expand refugee families' interaction with the local society as well as have beneficial "feel good" psychological effects. We used this project as an opportunity of cultural exchange. For instance, using multi-lingual signage in the facility shows that both groups are learning together. In this sense, the participation of international students as part of the volunteer group contribute to the diversity and the exchange of multicultural beliefs, experiences, languages and cultural traditions among the people. In addition, sharing food and coffee was experienced as a cultural exchange. The sharing of food is a very popular event in most ethnicities, similar to an exchange of gifts, which cultivates the closeness (Schiefenhövel, 2014). The act of sharing food enhances the cultural characteristic of the food, which provides a basis for conversation.

Intercultural competence training allowed all volunteers to become more self-aware of stereotypes and control their assumptions. However, the collective experience of the psychosocial programs described in this chapter revealed that one can never be too complacent about the pervasiveness of stereotypes (Hunt et al., 2018; Rodriguez-Keyes & Piepenbring, 2017, Tribe & Patel, 2007). In Western host countries, there is a tendency to see all refugees as one category, stigmatizing all of them under the label of ‘refugee’ and assuming similar needs and goals with respect to social integration or returning to their home countries. Nevertheless, when working in the field, getting to know individuals, families and different ethnic groups, constant discovery is the great degree of heterogeneity within the groups, even among people who share the same nationality, or are members of the same family. In addition, even making different choices (e.g. to wear the hijab or not) may result in intra-ethnic division within the same nationality group and refugee community. Similarly, the heterogeneity among the group of volunteers and facilitators is something to be revealed and discovered, as it will help participants to realize that not all “host society” people are the same, and that friendships and role models can be found in any group.

Reaching out and multi-agency collaborations

Extensive previous research indicates gaps and difficulties in accessing help, social supports or especially mental health services by migrants (Kirmayer et al., 2011). Whether cultural barriers are in place, affecting the understanding of mental health or asking for help (Atiyeh et al, 2020; Dubus, 2015), or whether there are other sets of logistical barriers, such as geographical inaccessibility, or timing and balancing other responsibilities (Kirmayer et al., 2011), it is clear that some refugees and recently arrived migrants will have a compounded set of vulnerabilities. It is those people that psychosocial interventions should also try to target and include, yet this was not the case in our programs.

We did not reach those who were more severely psychologically impacted by their migration journeys. The presence of negative alterations in cognition and mood increases isolation and the lack of willingness to participate in community support and integration programs (Fazel et al. 2005; Heeren et al,

2014; Lindert et al, 2009). Thus, we remain humbled by the need to collaborate with multiple stakeholders and agencies in order to be able to implement psycho-social interventions to those who might need these the most, in effective and targeted approaches (see pp 85-95 of the Psychosocial Interventions Handbook, 2009, of the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; and the IASC Action Sheet for coordinating with organizations and stakeholders). A situational analysis, community participation and mobilization, but most importantly the identification of those organizations who have direct access to migrants and refugees remain essential for the success of any support program.

One clear obstacle even for the more committed and dedicated participants and volunteer was the coordination of time and schedules. Our volunteer group was heterogeneous, composed of local and international students, as well as local people, mainly women, and representatives of various NGOs. Each group of volunteers has their limitations and advantages. In the case of students, their availability depends on the academic year and consequently it was more difficult for them to maintain long-term bonds with participants. The local people usually had full time jobs, or children to tend to, while the participants themselves – especially those who were just recently arrived and engaged with the Refugee Resettlement programs also had busy schedules. The only solution we found was to work at the weekends, or in the mornings, which had clear and direct implications for attendance and abilities to commit of various individuals.

However, the heterogeneity and diversity of the volunteers was important by providing a sense of multicultural “normality” and helped reduce some of the perceived barriers related to the ownership of the space and the targeting of the activities. Everyone who participated put their own mark on the programs, and derived particular and different benefits. Nevertheless, it is important to monitor how power relationships develop. For example, the volunteers group usually has more control over organizational details i.e.; volunteers design, plan, prepare, develop and control the activities and participants just “participate” in them. At least, at the beginning of any support group, these roles are necessarily defined. Nevertheless, as

time goes on, the asymmetry of power relations with space and activities develops and the Project must reconsider the balance. In order to break the gap between the two groups and facilitate the feeling of belonging to space, activities and the project and redistribute the power the participant group have been invited to design and plan activities also.

Take-home messages

Finally, the following five bullet points are underlined as “take-home messages” in order to highlight the importance of implementing this sort of psychosocial programs for refugees and asylum seekers in the welcome societies.

1. The importance of psycho-social assessment in development of psychosocial interventions.

Psychosocial interventions aimed to support the social inclusion and wellbeing of refugees, asylum seekers and migrants’ refugees and migrants can only be effective if they are targeted and designed specifically after a psychological and social assessment of their needs and situation in the host country. Psychosocial assessment of needs and wellbeing is absolutely crucial, and presents challenges in terms of access as well as confidentiality, trust and cultural sensitivities related to what is revealed to whom, in what setting, and based on which credentials. Psychological research can occupy a very important place in a community setting, by acting with scientific objectivity and political neutrality. But it is clearly demonstrated that a program will be as successful as the assessment and recruitment criteria are aligned with the core features of the intervention activities, composition of facilitators and volunteer groups.

As discussed in other parts of this thesis, this also raises concerns and need for further research and continuous monitoring of our measurement instruments, and in dealing and conceptualizing how migrants experience and process their memories of traumatic events. A more holistic approach and one that includes

the voices and perceptions of the migrant's perceptions of mental health and needs is recommended (, Bernardes et al., 2010; Chiumento et al, 2011; Rundell et al, 2018).

2. The normalization of the migratory journey and creating safe spaces for social inclusion of migrants, refugees and asylum seekers.

One key observation was that psychosocial interventions are very important and useful even for people who do not have severe traumatology symptoms (Atiyeh et al., 2020). Our programs were designed and targeted at a population who had mild to very few PTSD symptoms, but who nonetheless felt the need to understand their migratory journey and processes of adaptation. They wanted to connect with other people, learn about the host culture, improve their language skills, and participate in psycho-educational programs. To facilitate social inclusion, restore a sense of normality, and create social networks, refugees, asylum seekers and migrants have to be given a space and opportunities to meet others, to use social interaction in order to re-gain control of their life and hope for the future (Kirmayer et al., 2011; IFRC, 2009).

Social support is important, but has to be provided in a safe space, and facilitated and delivered with the assessed needs in mind, as well as based on research and clinical knowledge. Obstacles in creating such safe spaces for social interaction revolve around: the overreliance on language based communication (Stiles et al, 2019), translators or interpreters who are not trained (Asner-Self & Feyissa, 2002; Dubus, 2015; Jacobs, 2017; Rodriguez-Keyes & Pipenbring, 2017) or methods that instead of focusing on emotional and social aspects of recovery, overemphasise the cognitive processing of information (which is not suitable for people who suffered traumatic events) (Burk & Hughes, 2018; Grasser et al., 2018; Tucker, 2011).

Unless addressed, traumatic memories can have long term consequences, become chronic and severe as well as much more difficult to address (Fazel et al., 2005; Heeren et al., 2014; Lindert et al., 2009).

3. Cultural sensitivity and cross-cultural variations in understanding mental health, resilience and psychology more generally.

Mental health and recovery from trauma, a focus on resilience and the migration journey have to be understood in the context of people's cultures, norms and value expectations, as well as more holistically, engaging beyond the bio-medical models of psychotherapy (Abi-Hashem, 2006; Almoshmosh et al., 2019; Phan, 2006; Rundell et al., 2018). In many cultures around the world, wellbeing is conceptualised as more than a health body and a healthy mind, and people do not have a dualistic view of mind/body (Thikeo, Florin, & Ng, 2015). Well-being is also understood as a happy community, as being connected to others (ancestors and family) with the heart and soul and being spiritually inspired and connected (Hauck et al., 2014, Afifi et al., 2016, Atiyeh et al., 2020).

When communities break down and families are separated due to traumatic events and migration, people's recovery and mental health is not exclusively about psychosomatic diagnostics of PTSD or other mental or behavioural disorders. This is especially in the context of a host society which brings its own set of stressors, in the post-migration phase. A more comprehensive model of understanding and addresses losses and mourning due to migration is needed, such as that developed by Achotegui (2009).

Moreover, coping with the stressors, and mobilizing resources, in other words, resilience, is also about anchoring the self in the new environment. Resilience is social and relational, and this captures one of the greatest strengths of the psychosocial interventions models, which that go beyond the bio-medical model of well-being (IFRC, 2009, Handbook; Study 1 of experiences at the Croatian border). We need to have culturally sensitive, community oriented, compassion and socially supportive, strength (rather than problem/diagnostic) based psychosocial interventions, and the two examples presented above have followed these principles of design and implementation.

4. The importance of universal ethical principles of respect for human rights, research integrity and socio-political situational considerations.

For us as researchers who become active in designing psycho-social interventions and engaging with the complexity of a situation involving multiple stakeholders, there are key ethical guidelines to follow, as well

as situational and political considerations that we have to be aware of (Kabranian-Melkonian, 2015; Hunt et al., 2018).

Psychologists will be prevented access to populations that most need them, due to NGOs or other organizations' overprotective and over politicised agendas and interests, which sometimes take away the autonomy of migrants to choose for themselves (Hunt et al., 2018). We also experienced these behaviours of “protective gatekeeping” where instead of letting people choose what activities to engage in, some organizations make these decisions for them, on the premise of vulnerability and assumption of victimhood. Thus, the psychological lens and research that suggests a “survivor” and “empowered” view of migrants, and the intervention philosophy of support and facilitation rather than help or treatment are even more important! Treating migrants, refugees and asylum seekers with respect and the assumption of strength and resilience, making sure that their voice is heard directly (or through interpreters or research), rather than via organizations is a difficult process (Hunt et al., 2018; IFRC, 2009).

Research integrity, professional codes of practice respecting confidentiality, anonymity and rigorous approaches as well as honesty and dialogue have to be guiding principles in working with refugees and migrants (Almoshmosh, et al., 2019; Ehntholt & Yule, 2006; Strous & Jotkowitz, 2010).

5. Research and Psychosocial Interventions as a Form of Activism and Social Inclusion in Action.

We should also remember that by engaging with direct action, psychological research and psychologists and practitioners have an important contribution to make. This can be seen as a form of activism and social inclusion in action, whereby the researchers, the students, the clinicians step out of their prescribed roles, and participate as volunteers and facilitators in psychosocial interventions with groups of migrants. Participating in research and running psychosocial support programs (interventions) is an opportunity for migrants to connect to others, to engage in social interactions, develop networks as well as benefit from the psychoeducation that trained facilitators can provide. These social connections are valuable

and informative, transformational for all those involved, volunteers and participants, irrespective of nationality, residence status, age or gender.

Interpreters and other organizations or non-psychological services that interact with migrants would also benefit from psychoeducation programs. Under the umbrella of the University of Limerick as a University of Sanctuary, the Department of psychology started a series of trainings which cover intercultural competence but also the needs of displaced populations, human rights and child protection. This in conjunction and in parallel to running targeted psychosocial interventions will create a larger climate of inclusion in the local community. Increasing the intercultural competence as well as knowledge of basic psychological and social processes related to migration of teachers, public sector workers and anyone working or interacting in a diverse environment is an example of how psychology can contribute to society. If we expand the reach of psychological research and practice and widen our engagement and activism, we could have greater contributions to the social inclusion of migrants and dissemination of psychological knowledge to the general public. Such an example of making more psychological knowledge available to the public is this portal (<https://www.uel.ac.uk/research/refugee-mental-health-and-wellbeing-portal>), and also the two programs we presented in this chapter.

Credibility Assessment in Asylum Procedures

The importance of Testimonies in Asylum Procedures and their credibility

Finally, this PhD launches a revision of the credibility criteria proposed by the UNHCR (2013) to obtain the International Protection for the asylum seekers. This approach embedded in forensic psychology as it is the science which studies the eyewitness testimony. Therefore, this section constitutes the last applied proposal regarding the scientific outcomes that have been obtained thanks to this Thesis.

As noted, Europe is facing its biggest humanitarian crisis within the framework of the Right to International Protection. Consequently, the current migratory flows of people seeking asylum highlights the dichotomous European tension of offering humanitarian protection or closing borders (Bravo y Santos-González, 2017). In the same vein, it is widely recognized the limitations of asylum concessions due to political and social pressures (UNHCR, 2014).

A person's ability to remember, narrate and persuade others about the veracity of the events that have led to their forced migration becomes their entrance in Europe. Thus, the access to memory and the narrative ability of the applicant is a *sine qua non* condition to qualify for refugee status. However, in this asylum credibility procedures it is noted an absence of psychological approach about how memory works, and how it can be influenced by resilience and trauma. Below, psychological barriers have been detected for each indicator and some final reflections to improve this credibility proof have been also considered. Specifically, to evaluate testimonies in adults the UNHCR (2013) proposes the following credibility indicators: Sufficiency of detail and specificity, internal consistency of the oral and/or written material facts asserted by the applicant, consistency of the applicant's statements with information provided by family members and/or witnesses, consistency of the applicant's statements with available specific and general information, plausibility and demeanour.

Psychological Barriers for Each Indicator

Sufficiency of Detail and Specificity

In both, adults and children, the amount and precision of details of the memory are the common criteria to obtain a positive result in these proceedings (ACNUR, 2013, 2014). The assumption that underlies this indicator is that a person who had suffered a traumatic experience wants and can narrate it in a detailed manner, for instance, with detailed sensorial information (ACNUR, 2013). However, this statement does not include those vague and short common memories or those that cannot be narrated. Therefore, this

idea does not fit in what science have established about the functioning of the memory and the distortions caused by the elapsed time and the multiple recovery (Manzanero, 2010,2012; Rubin, Berntsen y Bohni, 2008; Schacter, 2013). Moreover, it is noted that the multiple repetition of the same traumatic events along the asylum procedures drives to distortions related with the quantity and specificity of details. Along with this, some traumatic events, for example, the ones concerning sexual violence are influenced by cultural factors such as the shame and the stigma, being both of them a buffer to produce a detailed narrative in the asylum interview.

Internal Consistency of the Oral and/or Written Material Facts Asserted by the Applicant

Internal consistency is understood as the lack of variety and contradictions in the narratives provided by the asylum applicants. Despite this, UNHCR (2014) warns that some negative findings related to the consistency are based on discrepancies between the initial and subsequent interviews. Moreover, inconsistencies can also be a proof of credibility because they might mean an absence of interference with third parties (ACNUR 2013). However, memories are not the exact copy of the reality and are subjected to subjective interpretations (Manzanero, 2010, 2012, 2015). Specially, if the individual experience becomes a collective memory, for instance, in episodes of bombing or massive genocide, individual memories are in risk to be modified, by adding or reducing details from others (Manzanero et al., 2020). From a psychological perspective, out of the seven adaptive memory errors described by Schacter (2013), two would affect recall and consistency in interviews with asylum seekers: a) the *reconsolidation* that incorporates new information by adapting the memories, and b) the *imagination inflation* that transforms the reality of the past into simulated and desired experiences of the future. These reflections suggest the importance of being flexible with the factors related to the interview process (decision maker and questioning style, presence of trauma, languages barriers, etc.).

Consistency of the applicant's statements with information provided by family members and/or witnesses

Another indicator of credibility is based on the comparison of information provided by other family members and/or witness. Regarding this criterion, collective memories are assessed throughout individual memories and subjectivities. Similarly, autobiographical memories are influenced by the collective memories that they generated in quality, accessibility and emotional relevance (Manzanero et al., 2020). Therefore, subjectivity plays a fundamental role in capturing the attention and selecting the information and, the same event can be interpreted differently depends on the witness or the victim. Apart from this, even in the same family or group of refugees, each asylum applicant might be interviewed about the same episode by different migrant officials (ACNUR, 2013). Consequently, a narrative can be influenced by the factors associated with the asylum judge, such as the interviewer's personal approach and its questioning style (Puumala, Ylikomi & Ristimäki, 2018). Finally, it is noted that this indicator supplies a special vulnerability for the non-accompanied minors because they have nobody to confirm and support their stories (Guarch-Rubio y Manzanero, 2020).

Consistency of the applicant's statements with available specific and general information

Through this criterion, the general and specific information provided by the asylum seekers about their home country is contrasted with the available information gathered in each host State. The decision maker needs to research and assess if the "generally known facts" about one country can be referenced by the applicant (ACNUR, 2013). However, beyond the normal selective memory functioning to choose and refuse information, there are factors that mediate the access to this sort of information. As such, gender is an aspect that shrink the general information for some women in certain countries (IDMC) (2020b). Similarly, as migratory route can last years it is also important to detect when the asylum applicants fled the country of origin because it also determines their accessibility to information.

Plausibility

A plausible statement means that something may occur in an objective and reasonable manner. However, plausibility may be a subjective indicator without the consideration of the individual and cultural differences

between applicants and decision makers, which may lead to wrong assumptions and speculations (Herlihy, Jobson & Turner, 2012). Intercultural knowledge explains that some facts and customs can take place regularly in a country but can be unimaginable in another. Therefore, together with the absence of information, biased by gender and age in some origin countries and the generalized ignorance about the importance given in these analyses to the amount and precision of details are obstacles to make a statement plausible.

Demeanour

With regard to demeanour credibility indicators, the UNHCR proposes that through the behaviour, the overall attitude and the emotional response of the applicant, a possible false argumentation of the reason for asylum may be inferred, which implies the asylum seeker is lying (ACNUR, 2013).

However, despite this strong popular belief, there is no scientific evidence to validate the discrimination between truth and lies based on behavioural elements or emotional signs (Blandon-Gitlin, Lopez, Masip, & Fenn, 2017, Denault, et al. 2020). Moreover, due to the legal nature of the test it would be understandable to express nervousness, anxiety, disorientation and insecurity produced by participating in an asylum evaluation trial that will condition the future of the applicant. On the other hand, it is falsely assumed that all people who have experienced traumatic events should show signs of pathologies caused by the psychological damage suffered and the lack of signs of affectation tends to be considered as an indicator of deception. Along with the idiosyncratic differences between applicants and judges, which give rise to different interpretations of the same attitude, all these behaviours can be confused with deception and, therefore, be grounds for denial of asylum.

In summary, through the analysis of the credibility of the testimonies provided, the veracity of the narratives of the experiences suffered by the asylum seekers is evaluated, where a consistent argumentation of the causes that have led to the forced displacement is expected. However, despite these considerations, more applied psychological knowledge is required during the asylum interviews in order to accept wider possibilities of narratives provided by refugees. Moreover, it is questionable that none of the indicators of

credibility of testimonies is the presence of pathologies associated with the experience of traumatic events and of recovering from them. This is remarkable, as both, the pathologies and its recovery affects the characteristics of the applicants' memories and narratives.

Why a narrative without a high quantity and specificity of details can be real in asylum seekers' testimonies? The need to consider previous trauma and emerging resilience

As this dissertation has noted previously, being a refugee, an asylum seeker or a forced internal displaced person exposes to traumatic events in a very frequent manner and consequently, so is the presence of psychological disorders that affects memory process, such as PTSD. However, the physical and emotional strength of the refugees, who change from being victims to survivors, is rarely highlighted, as not all of them develop psychological disorders. Therefore, both components need to be considered in light on the influence that trauma and resilience have on the credibility assessment of refugees throughout their narratives. In this vein, strategies such as searching for support and post-traumatic growth can lead to a deliberate attempt to forget and to transform the memory through imagination or to a tendency towards dissociative states, pretending to feel better than they really are.

The impact that traumatic events have on refugee's mental health and how they cope with it depend on different factors, but memory plays a fundamental role. Most of the anxiety disorders suffered by victims of traumatic events (wars, forced displacements, aggressions, torture ...) present as a main symptom the problems generated by the memories of the event. Recovering from these symptoms mean leaving behind and integrating the painful memories (Denborough, 2014). As such, the strategy of creating new memories produced by the new positive experiences after the migratory process becomes a coping resource to move forward. However, very little is known about traumatic memories and the factors that could prevent or minimize their impact on the victims, there being a great controversy regarding their characteristics,

origin and evolution. In this way, PTSD has been considered a memory disorder (Rubin, Berntsen & Bohni, 2008). Accordingly, it is relevant to consider the phenomenological characteristics of memory in normal and traumatic conditions (Bedard-Gilligan, Zoellner, & Feeny, 2017; Byrne, Hyman, Scott, 2001; Manzanero et al., 2018) as influential factors in the asylum interviews.

Different reviews show the broad debate about the nature of traumatic memories, a) whether they are different from other autobiographical memories, b) whether they are more or less accurate and c) whether they can be completely forgotten and remembered much later (Brewin, 2007, Manzanero & Recio, 2012). However, despite the controversy, basic principles are presupposed in relation to traumatic memories. Thus, for example, it has been established that memories of traumatic events frequently appear fragmented, probably due to the presence of two factors that would affect the processes of codification and consolidation of memories: the reduction of cognitive resources due to stress, essential for the generation of memory traces, and the lack of quality sleep (very common in war situations) that affects the consolidation of long-term traces and causes a deficit in the functioning of memory (Cruz et al., 2018; Diekelmann, & Born, 2010; Feld, Weis, & Born 2016). For an experience to become a memory, it must be encoded and stored in long term memory. Therefore, the presence of certain cognitive and environmental factors affects these processes and determines the narrative quality of what is recalled. On the other hand, two possible perspectives have been described to code and recover an experience (Akhtar, et al., 2017). The first-person or field perspective stands out from the third-person or spectator perspective, as it recovers more detailed and specific memories, with more sensory and emotional information. In this way, the prospect of recovery would affect the characteristics of the memories that are frequently used for the evaluation of their credibility. In the analysis of credibility, it is anticipated that the narratives of the applicants will be told in the first person, as they are emotional and very vivid memories, referring to the reasons for forced displacement. Indeed, these episodes contain great emotional burden, however, due to the characteristics of memory and interpersonal variability, they are not always reported according to the expectations of the judges. To facilitate recovery from a field perspective, not only must it be emotionally intense at the time of coding, but it must be a recent

memory where the person is predisposed to re-experience the phenomenological characteristics of the original event through of their narrative. Under Rubin et al.'s (2008) nomothetic model the memory of an experience with a high negative emotional impact would trigger the symptoms of PTSD and asylum seekers have referred responses of intense fear, horror and impotence regarding the memory of the event. However, not all memories of the refugees are recent, nor are all refugees willing to relive those autobiographical episodes that caused them to flee.

Manzanero, Lopez, Aroztegui and El-Astal (2015) analysed the perspective of memory attributed to positive and negative events among university students from the Gaza Strip (Palestine) and found significant differences. The positive events were referred from a field perspective by 88.1% of people versus 40.9% who referred negative events. Thus, the valence (pleasant or unpleasant) conditioned the prospect of recovery. In addition, a greater attribution of importance and possibility of consequences to positive memories was observed without differences in emotional intensity between positive and negative memories. In this same study, the greater importance attributed to positive memories is understood as another element of protection in a context of prolonged war, such as Gaza. Moreover, experimenting a negative situation of high emotional impact leads to a narrowing of the attentional focus, showing more accurate memories in central aspects than in peripheral ones and mostly from the perspective of the observer. However, the deficiencies in the quality of the traumatic memory do not imply it is false. As observed Manzanero, Lopez, Aroztegui, & El-Astal (2015) in war contexts, there were differences in terms of confusion, complexity and deterioration, being higher in negative than in positive memories. In this way, events that involve a higher degree of violence are remembered worse.

In this emotion-memory continuum, *flashbulb memories* or vivid memories appear in relation to events of social and individual transcendence, which stand out due to the high accessibility and confidence that people have about their accuracy. Vallet, Manzanero, Aroztegui, and Garcia-Zurdo (2017) evaluated the long-term memory of the 2004 terrorist attack in Madrid across a group of adults that at the time of the events were an average of 39.41 years old and another group whose mean age was 9.60 years. The results showed lower

scores in the quality of memory, the emotions associated with the event and the accessibility of the information remembered in the younger group. The lack of criteria regarding the importance of the events in the youngest group meant that only the older group developed a flashbulb memory regarding the attacks. Therefore, age is a criterion that affects the memory process. As noted, there is scientific evidence about the study of memory to argue about the existence of discourses with low quantity and specificity of details in the asylum interviews.

On the other hand, the difficulty found in some studies to describe traumatic events verbally should not be confused with memory difficulties (Manzanero, et al., 2015). The appearance of symptoms generates discomfort and victims of traumatic events tend to reinterpret their story and to try to forget, although they do not always achieve it. The presence of silences and vague information responds to aspects adhering to the processes of mourning and trauma, rather than to a deliberate attempt not to provide information, as times vary in relation to the ability to express these events.

Another point to be consider are the pleasant memories whose narrative should not be confused in asylum interviews with the absence of well-founded fears of being protected in their country of origin. In fact, it is understood that the cultural urgency of positive memories promotes their recovery (Rubin, & Berntsen, 2003). For this reason, and due to survival mechanisms, there is a high accessibility to positive autobiographical stories among asylum-seeking refugees, because, when they arrive to the host country, they cling to their positive experiences in their country of origin. In a recent study Manzanero et al. (2018) conducted in the Gaza Strip, it was found that more intrusive memories were produced with respect to positive events than to negative events, similar to positive rumination pointed out by other studies (Li, Starr, & Hershenberg, 2017; Rieck et al., 2005; Sutherland & Bryant, 2007) and which could play an important role in resilient strategies. Thus, the mentioned protection mechanisms alter the recovery and expression of traumatic events and condition their narrative in the credibility assessment.

Conclusions

This overview of research suggests that a reformulation of the UNHCR's credibility analysis procedure that resolves asylum applications for refugees is required. This Thesis contributes to the scarce scientific research such as (Herlihy, Jobson, & Turner, 2012) that notes the limitations of considering memory as the cornerstone to the asylum decision-making process from a psychological approach. Regardless, the limitations of using or refusing refugee's personal testimonies as credibility indicators drives to the political starting point concerning the national willingness regarding accepting or rejecting refugees. Currently, the lack of a common European criteria application proposed by the UNHCR, far from considering the diversity of discourses, considers it an exclusion criterion. Therefore, a more complex procedure regarding the factors that affect the quality and accuracy of the testimonies is required. Undue importance on sufficiency of detail and specificity of the statements should not be the cut-off criteria for asylum applications to be accepted because memories are not fixed and become deteriorated over time. Moreover, due to high exposition to traumatic events in refugees, it is recommendable to consider the effects that mental health disabilities and coping strategies have on memory and on the narratives of life experiences. Even though, recovering traumatic memories are double edged swords, while they facilitate the granted of asylum they reinforce the wounds produced by the trauma and coin the label as victims along the asylum credibility procedures (Signorini, 2015). Finally, psychological knowledge should be included in the asylum interviews in order to validate the credibility assessment and consequently, the presence or absence of trauma and its effects over the memory and narrative.

REFERENCIAS

- Abi-Hashem, N. (2006). The Agony, Silent Grief, and Deep Frustration of Many Communities in the Middle East: Challenges for Coping and Survival. In P. T. P. Wong & L. C. J. Wong (Eds.), *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping* (pp. 457-486). Boston, MA: Springer.
- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En E. Perdiguero & J. M. Comelles (Comp.), *Medicina y Cultura* (pp. 88-100). Barcelona: Editorial Bellaterra.
- Achotegui, J. (2008). Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional*, 7(1), 15-25.
- Achotegui, J. (2009). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Gaceta Médica de Bilbao*, 106(4), 122-133.
- Afana, A. J., Tremblay, J., Ghannam, J., Ronsbo, H., & Veronese, G. (2018). Coping with trauma and adversity among Palestinians in the Gaza Strip: A qualitative, culture-informed analysis. *Journal of Health Psychology*, 1359105318785697.
- Afana, A. J., Tremblay, J., Ghannam, J., Ronsbo, H., & Veronese, G. (2018). Coping with trauma and adversity among Palestinians in the Gaza Strip: A qualitative, culture-informed analysis. *Journal of health psychology*, 1359105318785697.
- Afifi, T. D., Merrill, A. F., & Davis, S. (2016). The theory of resilience and relational load. *Personal Relationships*, 23(4), 663-683.
- Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo 2020 (AECID) (2020). <https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Acci%C3%B3n%20Humanitaria/AECID-Estrategia-Humanitaria-2020-2021-Poblacion-Refugiada-Saharai%202020-07-03.pdf>
- Aitcheson, R. J., Abu-Bader, S. H., Howell, M. K., Khalil, D., & Elbedour, S. (2017). Resilience in Palestinian adolescents living in Gaza. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 36-43.
- Akhtar, S., Justice, L. V., Loveday, C., & Conway, M. A. (2017). Switching memory perspective. *Consciousness & Cognition*, 56, 50-57.

- Almshosh, N., Bahloul, H. J., Barkil-Oteo, A., Hassan, G., & Kirmayer, L.J. (2019). Mental health of resettled Syrian refugees: a practical cross-cultural guide for practitioners. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 15(1), 20-32.
- Alpak, G., Unal, A., Bulbul, F., Sagaltici, E., Bez, Y., Altindag, A., ... & Savas, H. A. (2015). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(1), 45-50.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: APA.
- Amnistía Internacional (2016). *Turkey: no safe refuge. Asylum-seekers and refugees denied effective protection in Turkey*. <https://www.amnesty.org/en/documents/eur44/3825/2016/en/>
- Amnistía Internacional (2018). *Informe 2017/2018 Amnistía Internacional. La situación de los Derechos Humanos en el Mundo*. London: Amnesty International Ltd.
- Amnistía Internacional (2019). *Pushed to the edge: Violence and abuse against refugees and migrants along the Balkans Route*. <https://www.amnesty.org/en/documents/eur05/9964/2019/en/>
- Amnistía Internacional (2019). *Sent to a war zone*. <https://www.amnesty.org/download/Documents/EUR4411022019ENGLISH.pdf>
- Amnistía Internacional (2020). *Refugees and migrants forgotten in covid-19 crisis response*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ACT3023192020ENGLISH.pdf>
- Amnistía Internacional, (2019). *Targeting solidarity: criminalization and harassment of people defending refugee and migrant rights in northern France*. <https://www.amnesty.org/download/Documents/EUR2103562019ENGLISH.PDF>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Antúnez, M., Driss, N., García, R., & Olcina, S. (2016). *De niños en peligro a niños peligrosos. Una visión sobre la situación actual de los menores extranjeros no acompañados*. Melilla: Harraga

- Aragona, M., Pucci, D., Mazzetti, M., & Geraci, S. (2012). Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. *Italian Journal of Public Health*, 9(3): e7525.
- Aragona, M., Pucci, D., Mazzetti, M., Maisano, B., & Geraci, S. (2013). Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, 49, 169-175.
- Arnetz, J., Rofa, Y., Arnetz, B., Ventimiglia, M., & Jamil, H. (2013). Resilience as a protective factor against the development of psychopathology among refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 167-172.
- Arsenijević, J., Schillberg, E., Ponthieu, A., Malvisi, L., Ahmed, W. A. E., Argenziano, S., ... & de Vingne, B. (2017). A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe. *Conflict and Health*, 11(1), 1-9.
- Ashford, M. W., & Huet-Vaughn, Y. (2000). The impact of war on women. In B. S. Levy & V. W. Sidel (Eds.), *War and public health* (pp. 186-196). Washington: American Public Health Association.
- Atiyeh, S., et al. (2020). "Considerations for Facilitating Refugee Acculturation through Groups." *The Journal for Specialists in Group Work*: 1-14. <https://doi.org/10.1080/01933922.2020.1800879>
- Atkinson, R. C. y Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. En K. W. Spence & J. T. Spence (Eds.), *The psychology of learning and motivation: advances in research and theory*. Nueva York: Academic Press.
- Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., Singh, S., Burkle Jr, F., & Mills, E. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Medicine Conflict and Survival*, 25(1), 4-19.
- Ayazi, T., Lien, L., Eide, A., Swartz, L. y Hauff, E. (2014). Association between exposure to traumatic events and anxiety disorders in a post-conflict setting: a cross-sectional community study in South Sudan. *BMC Psychiatry*, 14(1), 6.
- Baal, N. K., Kivelä, L., & Weihmayer, M. (2018). Improving IDP data to help implement the Guiding Principles. *Forced Migration Review*, 59, 21-23.
- Bados, A., Balaguer, G., & Coronas, M. (2005). ¿Qué mide realmente el SCL 90R? Estructura factorial en una muestra mixta de universitarios y pacientes. *Psicología Conductual*, 13(2), 181-196.

- Baker, J. M., Kelly, C., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2008). An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: Two exploratory studies. *Journal of Loss and Trauma, 13*(5), 450-465.
- Baldwin-Edwards, M., Blitz, B. K., & Crawley, H. (2019). The politics of evidence-based policy in Europe's 'migration crisis'. *Journal of Ethnic and Migration Studies, 45*, 2139-2155.
- Bartlett, F. (1932). *Remembering: A study on Experimental and Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press
- Basoglu, M., Jaranson, J. M., Mollica, R., Kastrup, M. (2001). Torture and Mental Health. In E. Gerrity, F. Tuma, & T.M. Keane (Eds.), *The Mental Health Consequences of Torture. The Plenum Series on Stress and Coping*. Springer, Boston, MA
- Başoğlu, M., Livanou, M., Crnobarić, C., Frančišković, T., Suljić, E., Đurić, D., & Vranešić, M. (2005). Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia: Association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *Jama, 294*(5), 580-590.
- Bauman, Z. (2006). Confianza y temor en la ciudad. Vivir con extranjeros. *Tercer Sector, 273*.
- Bauman, Z. (2016). *Extraños llamando a la puerta*. Ediciones Paidós.
- Bedard-Gilligan, M., Zoellner, L.A. & Feeny, N.C. (2017). Is Trauma Memory Special? Trauma Narrative Fragmentation in PTSD: Effects of Treatment and Response. *Clinical Psychological Science, 5*(2), pp. 212–225;
- Begikhani, Hamelink and Weiss (2018). Theorising women and war in Kurdistan: A feminist and critical perspective.
- Bentley, J. A., Thoburn, J. W., Stewart, D. G., & Boynton, L. D. (2011). The indirect effect of somatic complaints on report of posttraumatic psychological symptomatology among Somali refugees. *Journal of Traumatic Stress, 24*(4), 479-482.
- Bernardes, D., Wright, J., Edwards, C., Tomkins, H., Dlfoz, D., & Livingstone, A. (2010). Asylum Seekers' Perspectives on their Mental Health and Views on Health and Social Services: Contributions for Service Provision Using a Mixed-Methods Approach. *International Journal of Migration, Health and Social Care, 6*(4), 3-19.

- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 219–231.
- Berry, J. (2019). *Acculturation: A Personal Journey across Cultures (Elements in Psychology and Culture)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology, 46*(1), 5-34.
- Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations, 29*(6), 697-712.
- Berry, J. W. (2006). Acculturative Stress. In P. T. P. Wong & L. C. J. Wong (Eds.), *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping* (pp. 287-298). Boston, MA: Springer.
- Berthold, S. M., Mollica, R. F., Silove, D., Tay, A. K., Lavelle, J., & Lindert, J. (2018). The HTQ-5: revision of the Harvard Trauma Questionnaire for measuring torture, trauma and DSM-5 PTSD symptoms in refugee populations. *European Journal of Public Health, cky256*.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky256>
- Beşer, M. E., & Elfeitori, F. (2018). *Libya Detention Centres: A State of Impunity*. Ankara: Migration Policy Center. <https://aybu.edu.tr/gpm/contents/files/enesbeser.pdf>
- Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S., Charrow, A. P., & Tol, W. A. (2013). Interventions for children affected by war: An ecological perspective on psychosocial support and mental health care. *Harvard Review of Psychiatry, 21*(2), 70-91.
- Bettmann, J. E., Penney, D., Clarkson Freeman, P., & Lecy, N. (2015). Somali refugees' perceptions of mental illness. *Social Work in Health Care, 54*(8), 738-757.
- Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K., & Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Services Research, 7*: 15.
- Bilak, A., & Shai, A. (2018). Internal displacement beyond 2018: the road ahead. *Forced Migration Review, (59)*, 49-51.
- Bjertrup, P. J., Bouhenia, M., Mayaud, P., Perrin, C., Farhat, J. B., & Blanchet, K. (2018). A life in waiting: Refugees' mental health and narratives of social suffering after European Union border closures in March 2016. *Social Science & Medicine, 215*, 53-60.

- Blackmore, R., Gray, K. M., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). Systematic Review and Meta-analysis: The Prevalence of Mental Illness in Child and Adolescent Refugees and Asylum Seekers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(6), 705–714.
- Blandón-Gitlin, I., López, R. M., Masip, J., & Fenn, E. (2017). Cognición, emoción y mentira: implicaciones para detectar el engaño. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27(1), 95-106.
- Blaney (1986)
- Blight, K. J., Ekblad, S., Persson, J. O., & Ekberg, J. (2006). Mental health, employment and gender. Cross-sectional evidence in a sample of refugees from Bosnia-Herzegovina living in two Swedish regions. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1697-1709.
- Bodegård, G. (2014). Comment on the paper “Pervasive Refusal Syndrome (PRS) 21 years on—a reconceptualization and renaming” by Ken Nunn, Bryan Lask and Isabel Owen. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(3), 179-181.
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G.M., Kucukalic, A., . . . Priebe, S. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: Refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 216-223.
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15: 29.
- Bohn, A., & Berntsen, D. (2007). Pleasantness bias in flashbulb memories: Positive and negative flashbulb memories of the fall of the Berlin Wall among East and West Germans. *Memory & Cognition*, 35(3), 565-577.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Border Violence Monitoring Network (2020). *Statistics*. Retrieved from <https://www.borderviolence.eu/statistics/countries-of-push-backs/>
- Borsboom, D. (2008). Psychometric perspectives on diagnostic systems. *Journal of Clinical Psychology*, 64(9), 1089-1108.

- Bouhenia, M., Farhat, J.B., Coldiron, M.E., Abdallah, S., Visentin, D., Neuman, M., Berthelot, M., Porten, K., & Cohuet, S. (2017). Quantitative survey on health and violence endured by refugees during their journey and in Calais, France. *International Health*, 9, 335-342.
- Bradley, L., & Tawfiq, N. (2006). The physical and psychological effects of torture in Kurds seeking asylum in the United Kingdom. *Torture*, 16(1), 41-47.
- Brewin, C. R. (2007). Autobiographical memory for trauma: Update on four controversies. *Memory*, 15, 227-48.
- Brewin, C. R. (2013). "I Wouldn't Start From Here"—An Alternative Perspective on PTSD From the ICD-11: Comment on Friedman (2013). *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 557-559.
- Britto Ruiz, D. (2010). El desplazamiento forzado tiene rostro de mujer. *Revista La Manzana de la Discordia*, 5(1), 65-78
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 44-56.
- Brown, R., & Kulik, J. (1977). Flashbulb memories. *Cognition*, 5(1), 73-99.
- Brunnet, A. E., Dos Santos Lobo, N., Silveira, T., Kristensen, C. H., & Derivois, D. (2020). Migrations, trauma and mental health: A literature update on psychological assessment. *L'Encephale*, S0013-7006(20)30120-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.009>
- Brunnet, A. E., Dos Santos Lobo, N., Silveira, T., Kristensen, C. H., & Derivois, D. (2020). Migrations, trauma and mental health: A literature update on psychological assessment. *L'Encephale*, S0013-7006(20)30120-2. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.009>
- Buckley, V. (2013). Psychiatric treatment with people displaced in or from fragile states. *Forced Migration Review*, 43, 60-63.
- Burck, C., & Hughes, G. (2018). Challenges and impossibilities of 'standing alongside' in an intolerable context: Learning from refugees and volunteers in the Calais camp. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(2), 223-237.
- Byrne, C.A., Hyman, I.E. & Scott, K.L. (2001). Comparisons of memories for traumatic events and other experiences. *Applied Cognitive Psychology*, 15, pp. 119–133;

- Campana Estatal por el Cierre de los CIEs (2014). *Paremos los vuelos. Las deportaciones de inmigrantes y el boicot a Air Europa*. Oviedo: Cambalache.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Solomon, D. T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*, 15(3), 151-166.
- Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12-24.
- Carling, J. (1990). Refugee and immigrant populations at special risk: women, children, and the elderly. In WH Holtzman & TH Bornemann (Eds.), *Mental health of immigrants and refugees* (pp. 224–244). Austin (TX): The University of Texas.
- Carling, J. (2020). *What is the meaning of ‘migrants’?*. <https://meaningofmigrants.org/>
- Carroll, H., Luzes, M., Freier, L. F., & Bird, M. D. (2020). The migration journey and mental health: Evidence from Venezuelan forced migration. *SSM - Population Health*, 10: 100551.
- CEAR (2018). *¿Qué pasó con los compromisos de acogida de refugiados?* <https://www.cear.es/que-paso-con-los-compromisos-de-acogida-de-refugiados/>
- CEAR (2019). *Caso Suecia. Retos y oportunidades del sistema de asilo en Suecia*. <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2019/04/INFORME-FINAL-SUECIA.pdf>
- Chan, K. J., Young, M. Y., & Sharif, N. (2016). Well-being after trauma: A review of posttraumatic growth among refugees. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 57(4), 291-299.
- Chen, W., Hall, B. J., Ling, L., & Renzaho, A. M. (2017). Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 4(3), 218-229.
- Chiumento, A., Nelki, J., Dutton, C., & Hughes, G. (2011). School-based mental health service for refugee and asylum seeking children: Multi-agency working, lessons for good practice. *Journal of Public Mental Health*, 10(3), 164–177.
- Christianson, S. A. (1992). Emotional stress and eyewitness memory: A critical review. *Psychological Bulletin*, 112(2), 284-309.
- Clifford, B.R., & Scott, J. (1978). Individual and situational factors in eyewitness testimony. *Journal of Applied Psychology*, 63(3), 352-359.

- Collins, C. H., Zimmerman, C., & Howard, L. M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Archives of Women's Mental Health*, 14(1), 3-11.
- Comisión Europea (2014). *A common European Assylum System*. https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e-library/docs/ceas-fact-sheets/ceas_factsheet_en.pdf
- Comisión Europea (2015). *Crisis de los refugiados: La Comisión Europea toma medidas decisivas*. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/IP_15_5596
- Comisión Europea (2017). *EU Immigration and Asylum Law and Policy. Droit et Politique de l'Immigration et de l'Asile de l'UE*. <http://eumigrationlawblog.eu/the-italy-libya-memorandum-of-understanding-the-baseline-of-a-policy-approach-aimed-at-closing-all-doors-to-europe/>
- Comisión Europea (2019). *Fondo Fiduciario de la UE para África: nuevas acciones en materia de migración en el norte de África para proteger a las personas vulnerables y fomentar la resiliencia de las comunidades de acogida*. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/IP_19_3461
- Comisión Europea (2019). https://ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/annex_4_fca_2019.pdf
- Comisión Europea (2019). *Resettlement: EU Member States' pledges exceed 30,000 places for 2020*. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_19_6794
- Comisión Europea (2020). *Migration and Home Affairs*. https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/networks/european_migration_network/glossary_search/deportation_en
- Comtesse, H., & Rossner, R. (2019). Prolonged grief disorder among asylum seekers in Germany: The influence of losses and residence status. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1591330.
- Conway, M. A., & Rubin, D. C. (1993). The structure of autobiographical memory. In A.F. Collins, S. E. Gathercole, M.A. Conway, C. Cornoldi, P. E. Morris (Eds.), *Theories of memory* (pp. 103-137). LEA.
- Cornish, G., & Ramsay, R. (2018). Gender and livelihoods in Myanmar after development-induced resettlement. *Forced Migration Review*, 59, 55-57.
- Cortina, A. (2017). *Aporofobia, el rechazo al pobre. Un desafío para la democracia*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Cowan, N. (1988). Evolving conceptions of memory storage, selective attention, and their mutual constraints within the human information-processing system. *Psychological Bulletin*, 104, 163-191.

- Craig, T., Mac Jajua, P., & Warfa, N. (2009). Mental health care needs of refugees. *Psychiatry*, 8(9), 351-354.
- Craig, T., Mac Jajua, P., & Warfa, N. (2009). Mental health care needs of refugees. *Psychiatry*, 8(9), 351-354.
- Crepet, A., Rita, F., Reid, A., Van den Boogaard, W., Deiana, P., Quaranta, G., Barbieri, A., & Di Carlo, S. (2017). Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Conflict and Health*, 11, 1-11.
- Crisp, J. (2010). Forced displacement in Africa: Dimensions, difficulties, and policy directions. *Refugee Survey Quarterly*, 29(3), 1-27.
- Cruwys, T., South, E. I., Greenaway, K. H., & Haslam, S. A. (2015). Social identity reduces depression by fostering positive attributions. *Social Psychological and Personality Science*, 6(1), 65-74.
- Cruz, T., García, L., Álvarez, M. A., & Manzanero, A. L. (2019). Calidad del sueño y déficit de memoria en el envejecimiento sano. *Neurología*, doi:10.1016/j.nrl.2018.10.001
- CSO (2019). *Central Statistics Office*. Retrieved from <https://www.cso.ie/en/releasesandpublications/er/pme/populationandmigrationestimatesapril2019/>
- Dalgaard, T., & Montgomery, E. (2017). The transgenerational transmission of refugee trauma: Family functioning and children's psychosocial adjustment. *International Journal of Migration, Health, and Social Care*, 13(3), 289–301.
- De Fouchier, C., Blanchet, A., Hopkins, W., Bui, E., Ait-Aoudia, M. y Jehel, L. (2012). Validation of a French adaption of the Harvard Trauma Questionnaire among torture survivors from sub-Saharan African countries. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 19225.
- De Jong, J. T., Komproe, I. H., & Van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *The Lancet*, 361(9375), 2128-2130.
- Denault, V., Plusquellec, P., Jupe, L. M., St-Yves, M., Dunbar, N. E., Hartwig, M., Sporer, S. L. ... & van Koppen, P. J. (2020). The analysis of nonverbal communication: The dangers of pseudoscience in security and justice contexts. *Anuario de Psicología Jurídica*, 30, 1-12.

- Denborough, D. (2014). *Retelling the stories of our lives: Everyday narrative therapy to draw inspiration and transform experience*. New York: W.W. Norton & Company.
- Derogatis, L. R. (1996). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: administration, scoring, and procedures manual*. NCS Pearson.
- Diekelmann, S. & Born, J. (2010). The memory function of sleep. *Nature Reviews Neuroscience*, 11, pp. 114–126;
- Dimitry, L. (2012). A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. *Child: Care, Health and Development*, 38, 153-161.
- Doná, G. (2010). Rethinking well-being: from contexts to processes. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 6(2), 3-14.
- Donnelly, E. R., & Muthiah, V. (2019). Protecting women and girls in refugee camps. *LSE Centre for Women Peace and Security*. <https://www.lse.ac.uk/women-peace-security/assets/documents/2019/LSE-WPS-refugees-camp.pdf>
- Drummond, P. D., Mizan, A., Brocx, K., & Wright, B. (2011). Barriers to accessing health care services for West African refugee women living in Western Australia. *Health Care for Women International*, 32(3), 206-224.
- Dubus, N. (2015). Using an interpreter as cofacilitator. *Social Work with Groups*, 38(1), 44–55.
- Dukic, N., & Thierry, A. (1998). Saharawi refugees: life after the camps. *Forced Migration*, 2, 18-21.
- Dutta, M. (2019). Legal Status for Climate Refugees: An International Law Concern. *SSRN*, 3452415.
- Easterbrook, J.A. (1959): The effect of emotion on the utilization and the organization of behavior. *Psychological Review*, 66, 183-201.
- Ebbinghaus, H. (1885). *Memory: A contribution to experimental psychology*. Nueva York: Dover (trad. 1964).
- Echeburúa, E., & Amor, P. J. (2019). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptables. *Terapia Psicológica*, 37(1), 71-80.
- Echterhoff, G., Hellmann, J.H., Back, M., Esses, V. and Wagner, U. (2019). Special Issue on “The Social Psychology of Forced Migration and Refugee Integration”. *European Journal of Social Psychology*, 49, 1337-1343.

- Ehiri, J. E., Gunn, J. K., Center, K. E., Li, Y., Rouhani, M., & Ezeanolue, E. E. (2014). Training and deployment of lay refugee/internally displaced persons to provide basic health services in camps: a systematic review. *Global Health Action*, 7: 23902.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53(9), 817-826.
- Ehnholt, K.A., & Yule, W. (2006), Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47: 1197-1210.
- El Arnaout, N., Rutherford, S., Zreik, T., Nabulsi, D., Yassin, N., & Saleh, S. (2019). Assessment of the health needs of Syrian refugees in Lebanon and Syria's neighboring countries. *Conflict and Health*, 13(1): 31.
- El-Shaarawi, N., & Razsa, M. (2019). Movements upon movements: Refugee and activist struggles to open the Balkan route to Europe. *History and Anthropology*, 30, 91-112.
- EUR-Lex. *Official Journal of the European Union*. 2013. Retrieved from: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2013/604/oj>
- European Centre for Disease Prevention and Control. *Guidance on infection prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) in migrant and refugee reception and detention centres in the EU/EEA and the United Kingdom* –June 2020. ECDC: Stockholm; 2020.
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-guidance-refugee-asylum-seekers-migrants-EU.pdf>
- European Union Institute for Security Studies (2015). *Migration: new 'push' and 'pull' dynamics* by Roderick Parkes https://www.files.ethz.ch/isn/194922/Brief_34_Migration.pdf pdf.brief_34
- Eurostat (2017). *Asylum in the EU Member States*.
<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7921609/3-16032017-BP-EN.pdf/e5fa98bb-5d9d-4297-9168-d07c67d1c9e1>
- Eurostat (2020). *Asylum statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics#Decisions_on_asylum_applications

- Eytan, A., Gex-Fabry, M., Toscani, L., Deroo, L., Loutan, L., & Bovier, P. A. (2004). Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(10), 664-671.
- Eytan, A., Guthmiller, A., Durieux-Paillard, S., Loutan, L., & Gex-Fabry, M. (2011). Mental and physical health of Kosovar Albanians in their place of origin: a post-war 6-year follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*(10), 953-963.
- Falb, K. L., McCormick, M. C., Hemenway, D., Anfinson, K., & Silverman, J. G. (2013). Violence against refugee women along the Thai–Burma border. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 120*, 279-283.
- Farhat, J. B., Blanchet, K., Juul Bjertrup, P., Veizis, A., Perrin, C., Coulborn, R. M., Mayaud P., & Cohuet, S. (2018). Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Medicine, 16*, 1-12.
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet, 379*(9812), 266-282.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet, 365*(9467), 1309-1314.
- Feld, G.B., Weis, P.P. & Born, J. (2016). The limited capacity of sleep-dependent memory consolidation. *Frontiers in Psychology, 7*, pp. 1368ff.;
- Fiddian-Qasmiyeh, E. (2011). *Protracted Sahrawi displacement. Challenges and opportunities beyond encampment*. Oxford: Refugee Studies Centre, Oxford University.
<https://www.rsc.ox.ac.uk/files/publications/policy-briefing-series/pb7-protracted-sahrawi-displacement-2011.pdf>
- Fiddian-Qasmiyeh, E. (ed.) (2020). *Refuge in a Moving World: Tracing refugee and migrant journeys across disciplines*. London: UCL Press.
- Fish, M., & Fakoussa, O. (2018). Towards culturally inclusive mental health: learning from focus groups with those with refugee and asylum seeker status in Plymouth. *International Journal of Migration, Health and Social Care, 14*(4), 361-376.

- Fotaki, M. (2019). A crisis of humanitarianism: Refugees at the gates of Europe. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(6), 321-324.
- Freedman, J. (2016). Engendering security at the borders of Europe: women migrants and the Mediterranean 'crisis'. *Journal of Refugee Studies*, 29, 568-582.
- Gandini, L., Rosas, V. P., & Lozano-Ascencio, F. (2020). Nuevas movilidades en América Latina: la migración venezolana en contextos de crisis y las respuestas en la región. *Cuadernos Geográficos*, 59(3), 102-120.
- Garcés-Mascareñas, B. (2015). Why Dublin "doesn't work". *Notes Internacionales CIDOB*, 135, 1-5.
- Gargavanis, A. A., Kanistra, K. A., Diamantopoulos, K., Liasis, D., Photiou, E., Giakoustidis, D. E., & Riza, E. (2019). Multi-trauma injuries and level of preparedness in transit refugee camps: a case in Idomeni, Greece. *Medicine, Conflict and Survival*, 35(2), 133-139.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Giacco, D., & Priebe, S. (2018). Mental health care for adult refugees in high-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 109-116.
- Given-Wilson, Z., Hodes, M., & Herlihy, J. (2018). A review of adolescent autobiographical memory and the implications for assessment of unaccompanied minors' refugee determinations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(2), 209-222.
- Gobierno de Canadá (2017). *WelcomeRefugees: Key figures*. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/services/refugees/welcome-syrian-refugees/key-figures.html>
- Gobierno de Canadá (2020). *Canada Refugee Statistics 1990-2020*. <https://www.macrotrends.net/countries/CAN/canada/refugee-statistics>
- Gobierno de Colombia (2020). *Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas*. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- Goleman, D. (2011). *The Brain and Emotional Intelligence. New Insights. More Than Sound*. Florence, MA: Book House

- Gómez Builes, G. M., Astaiza Arias, G. M., & Souza Minayo, M. C. D. S. (2008). Las migraciones forzadas por la violencia: el caso de Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*(5), 1649-1660.
- Gómez-Varas, A. G., Valdés, J., & Manzanero, A. L. (2016). Evaluación demorada de trauma psicológico en víctimas de tortura durante la dictadura militar en Chile. *Revista de Victimología/Journal of Victimology*, *4*, 105-123.
- Goodwin, S. A., Williams, K. D., & Carter-Sowell, A. R. (2010). The psychological sting of stigma: The costs of attributing ostracism to racism. *Journal of Experimental Social Psychology*, *46*(4), 612-618.
- Gootzeit, J., & Markon, K. (2011). Factors of PTSD: Differential specificity and external correlates. *Clinical Psychology Review*, *31*(6), 993-1003.
- Grasser, L., Burghardt, P., Al-Saghir, H., Nasry, L., Shin, D., & Javanbakht, A. (2018). From Trauma to Intervention to Validation: Mindfulness, Movement, and Arts Based Interventions for Refugees Having Experienced High Stress and Trauma. *Biological Psychiatry*, *83*(9), S251.
- Guarch-Rubio, M. & Manzanero, A.L. (2020). Credibility and testimony in asylum procedures with unaccompanied refugee minors. *European Journal of Migration and Law*, *22*(2), 257-271.
- Guarch-Rubio, M., & Manzanero, A. L. (2017). Psychological disorders in women in long-term forced displacement in the Sahrawi refugee camps. *Revista de Victimología/Journal of Victimology*, *5*, 151-170.
- Guarch-Rubio, M., & Manzanero, A. L. (October 2018). Resilience and forced displacement. An experience from the Saharawi refugee camp in Tinduf (Algeria). VII International Congress on Migration & Mental Health Youth & Families Wellbeing matters in the context of Migration. Brussels.
- Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T., & Müller, J. (2014). Psychopathology and resident status—comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(4), 818-825.
- Heetkamp, T., & De Terte, I. (2015). PTSD and resilience in adolescents after New Zealand earthquakes. *John Fitzgerald*, *44*(1), 32.
- Herlihy, J., Jobson, L., & Turner, S. (2012). Just tell us what happened to you: Autobiographical memory and seeking asylum. *Applied Cognitive Psychology*, *26*(5), 661-676.

- Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., & Rankin, J. (2018). Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*, *16*(1), 89.
- Hogan, N. S., Worden, J. W., & Schmidt, L. A. (2006). Considerations in conceptualizing complicated grief. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *52*(1), 81-85.
- Hollander, A. C., Bruce, D., Burström, B., & Ekblad, S. (2011). Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants-a cross-sectional register-based study. *BMC Public Health*, *11*(1), 1-8.
- Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J., Stevenson, J., & Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA*, *288*(5), 611–621.
- Holmes, S. M., & Castañeda, H. (2016). Representing the “European refugee crisis” in Germany and beyond: Deservingness and difference, life and death. *American Ethnologist*, *43*, 12-24.
- Hooberman, J., Rosenfeld, B., Rasmussen, A., & Keller, A. (2010). Resilience in trauma-exposed refugees: The moderating effect of coping style on resilience variables. *American Journal of Orthopsychiatry*, *80*(4), 557-563.
- Huijts, I., Kleijn, W. C., van Emmerik, A. A., Noordhof, A., & Smith, A. J. (2012). Dealing with man-made trauma: the relationship between coping style, posttraumatic stress, and quality of life in resettled, traumatized refugees in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, *25*(1), 71-78.
- Human Rights Watch (2020). *World report 2020*. <https://www.hrw.org/world-report/2020>
- Hunt, M., Pal, N. E., Schwartz, L., & O’Mathúna, D. (2018). Ethical challenges in the provision of mental health services for children and families during disasters. *Current Psychiatry Reports*, *20*(8): 60.
- Hunt, N. C. (2010). *Memory, war and trauma*. New York: Cambridge University Press.
- Hyndman, J. (2012). The geopolitics of migration and mobility. *Geopolitics*, *17*, 243-255.
- Hyndman, J., & Giles, W. (2011). Waiting for what? The feminization of asylum in protracted situations. *Gender, Place & Culture*, *18*(3), 361-379.
- Hynes, H. P. (2004). On the battlefield of women's bodies: An overview of the harm of war to women. *Women's Studies International Forum*, *27*(5-6), 431-445.

- Ibrahim, H., & Hassan, C. Q. (2017). Post-traumatic stress disorder symptoms resulting from torture and other traumatic events among Syrian Kurdish refugees in Kurdistan Region, Iraq. *Frontiers in Psychology*, 8, 241-249.
- IFRC (2009). *Psychosocial interventions A handbook, by the International Federation Reference Centre for Psychosocial Support*. <http://www.ifrc.org/psychosocial>
- Infante, C., Idrovo, A. J., Sánchez-Domínguez, M. S., Vinhas, S., & González-Vázquez, T. (2012). Violence committed against migrants in transit: experiences on the Northern Mexican border. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14, 449-459.
- Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC) (2020a). *Displacement Data*. <https://www.internal-displacement.org/>
- Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC) (2020b). *Women and girls in internal displacement*. <https://www.internal-displacement.org/publications/women-and-girls-in-internal-displacement>
- International Organization for Migration (IOM) (2015). *How the world views migration. Switzerland: International Organization for Migration*. Retrieved from https://publications.iom.int/system/files/how_the_world_gallup.pdf
- International Organization for Migration (IOM) (2020a). *Flow monitoring surveys: Bosnia and Herzegovina 2019*. Retrieved from <https://bih.iom.int/sites/default/files/BiH2019report.pdf>
- International Organization for Migration (IOM) (2020b). *Key Migration Terms*. Retrieved from <https://www.iom.int/key-migration-terms>
- Jacobs, S. F. (2018). Collective narrative practice with unaccompanied refugee minors: “The Tree of Life” as a response to hardship. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 23(2), 279-293.
- Jakobsen, M., Demott, M. A., & Heir, T. (2014). Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, 53-58.
- James, P., Iyer, A., & Webb, T. L. (2019). The impact of post-migration stressors on refugees’ emotional distress and health: A longitudinal analysis. *European Journal of Social Psychology*, 49(7), 1359-1367.

- Jamil, H., Hakim-Larson, J., Farrag, M., Kafaji, T., Duqum, I., & Jamil, L. H. (2002). A retrospective study of Arab American mental health clients: Trauma and the Iraqi refugees. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(3), 355-361.
- Jamil, H., Hakim-Larson, J., Farrag, M., Kafaji, T., Duqum, I., & Jamil, L. H. (2002). A retrospective study of Arab American mental health clients: Trauma and the Iraqi refugees. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(3), 355-361.
- Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A., Pless-Mulloli, T., & Fouad, F. M. (2015). Mental health in the Syrian crisis: beyond immediate relief. *The Lancet*, 386(10003), 1531.
- Joppke, C., & Seidle, F. L. (2012). *Immigrant integration in federal countries*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Júnior, J. G., de Sales, J. P., Moreira, M. M., Pinheiro, W. R., Lima, C. K. T., & Neto, M. L. R. (2020). A crisis within the crisis: the mental health situation of refugees in the world during the 2019 coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Psychiatry Research*, 113000.
- Kalmanowitz, D., & Ho, R. T. (2016). Out of our mind. Art therapy and mindfulness with refugees, political violence and trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 49, 57-65.
- Karamanidou, L. (2016). Violence against migrants in Greece: beyond the Golden Dawn. *Ethnic and Racial Studies*, 39, 2002-2021.
- Kazour, F., Zahreddine, N. R., Maragel, M. G., Almustafa, M. A., Soufia, M., Haddad, R., & Richa, S. (2017). Post-traumatic stress disorder in a sample of Syrian refugees in Lebanon. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 41-47.
- Keller, A.S., Rosenfeld, B., Trinh-Shevrin, C., Meserve, C., Sachs, E., Leviss, J. A., Singer, E., ... Ford, D. (2003). Mental health of detained asylum seekers. *The Lancet*, 362(9397), 1721-1723.
- Kihlstrom, J. F. (2009). 'So that we might have roses in December': The functions of autobiographical memory. *Applied Cognitive Psychology*, 23(8), 1179-1192.
- Kimerling, R., Ouimette, P., & Wolfe, J. (Eds.). (2002). *Gender and PTSD*. Guilford Press.

- Kinzie, D. (2007). PTSD among traumatized refugees. In L. J. Kirmayer, R. Lemelson, & M. Barad (Eds.), *Understanding trauma: biological, psychological and cultural perspectives* (pp. 194-206). New York (NY): Cambridge University Press.
- Kira, I. A., Ramaswamy, V., Lewandowski, L., Mohanesh, J., & Abdul-Khalek, H. (2015). Psychometric assessment of the Arabic version of the internalized stigma of mental illness (ISMI) measure in a refugee population. *Transcultural Psychiatry*, *52*(5), 636-658.
- Kirmayer, L. K. , Narasiah, L. , Munoz, M. , Rashid, M. , Ryder, A. G. , Guzder, J. , ... Pttie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, *183*(12), 959–967.
- Klarić, M., Klarić, B., Stevanović, A., Grković, J., & Jonovska, S. (2007). Psychological consequences of war trauma and postwar social stressors in women in Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal*, *48*(2), 167-176.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, *88*, 251-258
- Kobelinsky, C. (2020). Border beings. Present absences among migrants in the Spanish enclave of Melilla. *Death Studies*, 1-9.
- Kolltveit, S., Lange-Nielsen, I. I., Thabet, A. A. M., Dyregrov, A., Pallesen, S., Johnsen, T. B., & Laberg, J. C. (2012). Risk factors for PTSD, anxiety, and depression among adolescents in Gaza. *Journal of Traumatic Stress*, *25*(2), 164-170.
- Koning, S. M. (2019). Displacement contexts and violent landscapes: How conflict and displacement structure women's lives and ongoing threats at the Thai-Myanmar border. *Social Science & Medicine*, *240*, 1-9.
- Kronick, R. (2017). Mental Health of Refugees and Asylum Seekers: Assessment and Intervention. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *63*(5), 290-296.
- Krupnik, V. (2019). Trauma or adversity? *Traumatology*, *25*(4), 256–261.
- La Rosa, G., Bonadonna, L., Lucentini, L., Kenmoe, S., & Suffredini, E. (2020). Coronavirus in water environments: Occurrence, persistence and concentration methods-A scoping review. *Water Research*, 115899.

- Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, et al. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqui asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 843e51
- Larsen, S. F. (1992). Personal context in autobiographical and narrative memories. En M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler y W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory*. London: Kluwer. NATO ASI Series.
- Lavenex, S. (2018). 'Failing Forward'towards which Europe? Organized hypocrisy in the common European asylum system. *JCMS: Journal of Common Market Studies*, 56(5), 1195-1212.
- Lavie-Ajayi, M. and V. Slonim-Nevo (2016). "A qualitative study of resilience among asylum seekers from Darfur in Israel." *Qualitative Social Work* 16(6): 825-841. <https://doi.org/10.1177/1473325016649256>
- Leaman, S. C., & Gee, C. B. (2012). Religious coping and risk factors for psychological distress among African torture survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 457-456.
- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 282-286.
- Li, Y.I., Starr, L.R. & Hershenberg, R. (2017). Responses to positive affect in daily life: Positive rumination and dampening moderate the association between daily events and depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39, 1–14.
- Lindencrona, F., Ekblad, S., & Hauff, E. (2008). Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 121-131.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2), 246-257.
- Loftus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychology*, 48, 518-537.
- Loftus, E. F., & Davis, D. (2006). Recovered memories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 469-498.
- Loftus, E. F., & Ketcham, K. (1991). *Witness for the defense: The accused, the eyewitness, and the expert who puts memory on trial*. New York: St. Martin's.

- Loizate, J. A., López, A., Suárez-Varela, M. M. M., Espeso, D., & Achotegui, A. (2015). Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises: Estudio sobre 1.110 inmigrantes atendidos en el SAPPPIR in Barcelona. *Norte de Salud Mental*, 13(52), 70-78.
- Loizate, J. A., Suárez-Varela, M. M. M., Boada, P. C., Bauset, C. Q., Fuster, J. V. P., Clemente, N. G., ... & Borrell, C. (2010). Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises. *Norte de Salud Mental*, 8(37), 23-30.
- Long, K. (2011). *Permanent crises?: unlocking the protracted displacement of refugees and internally displaced persons. Policy overview*. Oxford Department of International Development, Refugee Studies Centre, Oxford, UK.
- Maccanico, Y., Hayes, B., Kenny, S., & Barat, F. (2018). The shrinking space for solidarity with migrants and refugees. *Transnational Institute*, 6. https://www.tni.org/files/publication-downloads/web_theshrinkingspace.pdf
- Madariaga, C. (2002). *Trauma psicosocial, trastorno de estrés postraumático y tortura*. Santiago de Chile: CINTRAS.
- Mahmood, S. S., Wroe, E., Fuller, A., & Leaning, J. (2017). The Rohingya people of Myanmar: health, human rights, and identity. *The Lancet*, 389(10081), 1841-1850.
- Manzanero, A. L. (2010). Recuerdo de hechos traumáticos: de la introspección al estudio objetivo. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10(1), 149-164.
- Manzanero, A. L., & Álvarez, M. Á. (2015). *La memoria humana*. Ediciones Pirámide.
- Manzanero, A. L., & Palomo, R. (2020). Dissociative amnesia: beyond the evidence about the functioning of memory. *Anuario de Psicología Jurídica*, 30, 43-46.
- Manzanero, A. L., Crespo, M., Barón, S., Scott, M. T., El-Astal, S., & Hemaïd, F. (2017). Traumatic events exposure and psychological trauma in children victims of war in the Gaza Strip. *Journal of Interpersonal Violence*. First Published November 23, 2017. doi:10.1177/0886260517742911
- Manzanero, A. L., Fernández, J., Gómez-Gutiérrez, M. D. M., Álvarez, M. A., El-Astal, S., Hemaïd, F., & Veronese, G. (2018). Between happiness and sorrow: Phenomenal characteristics of autobiographical memories concerning war episodes and positive events in the Gaza Strip. *Memory Studies*, 1750698018818221.

- Manzanero, A. L., Vallet, R., De Vicente, F., Fernández, J., Escorial, S., & Guarch-Rubio, M. (2020). *Remembering terrorist attacks: evolution over time*.
- Manzanero, A.L., & Recio, M. (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 19-25.
- Manzanero, A.L., López, B., Aróztegui, J., & El-Astal, S. (2015). Autobiographical memories for negative and positive events in war contexts. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25, 57-64.
- Marinucci, M., & Riva, P. (2020). How intergroup social connections shape immigrants' responses to social exclusion. *Group Processes & Intergroup Relations*: 1368430219894620.
- Marinucci, M., & Riva, P. (2020). Surrendering to social emptiness: Chronic social exclusion longitudinally predicts resignation in asylum seekers. *British Journal of Social Psychology*. doi:10.1111/bjso.12410
- Marshall, G. N., Schell, T. L., & Miles, J. N. (2013). A multi-sample confirmatory factor analysis of PTSD symptoms: what exactly is wrong with the DSM-IV structure?. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 54-66.
- Martín Beristain, C. & Dona, G. (1999). *Reconstruir el tejido social: un enfoque crítico de la ayuda humanitaria* (Vol. 146). Icaria Editorial.
- Martín Beristain, C., Sepúlveda Aparicio, G., & Escobar Casas, E. (2017). *El fuego escondido. Las víctimas de minas en el Sáhara Occidental*. Universidad del País Vasco.
http://biblioteca2012.hegoa.efaber.net/downloads/20444/%2Fsystem%2Fpdf%2F3879%2Ffuego_escondido.pdf
- Martín-Beristain, C., & González-Hidalgo, E. (2012). *El Oasis de la memoria. Memoria histórica y violaciones de Derechos Humanos en el Sáhara Occidental [The Oasis of Memory. Historical Memory and Human Rights Violations in Western Sahara]*. Bilbao: Hegoa.
- Massad, S., Nieto, F. J., Palta, M., Smith, M., Clark, R., & Thabet, A. A. (2009). Mental health of children in Palestinian kindergartens: Resilience and vulnerability. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(2), 89-96.
- Matthis Schick^{1,2*}, Naser Morina^{1,2}, Panagiota Mistridis¹, Ulrich Schnyder², Richard A. Bryant³ and Angela Nickerson³ fpsty pdf <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6189477/pdf/fpsy-09-00476.pdf>

- McGee, T. (2019). From Syria to Europe: Experiences of Stateless Kurds and Palestinian Refugees from Syria Seeking Protection in Europe. *SSRN*, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3501277.
- McNally, R. (2015). Is PTSD a Transhistorical Phenomenon?. *Culture and PTSD: Trauma in Global and Historical Perspective*, 117-34.
- McNally, R. J., Robinaugh, D. J., Wu, G. W. Y., Wang, L., Deserno, M. K., & Borsboom, D. (2014). Mental disorders as causal systems: A network approach to Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychological Science*, 5, 1-14.
- Meçe, M. H. (2018). Risk Factors of the Irregular Migratory Waves on the Western Balkan Route: Implications in the European Union Countries. In E. Balica & V. Marinescu (Eds), *Migration and Crime. Realities and Media Representations* (pp. 45-67). Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan
- Médicos sin fronteras (2016). <https://www.msf.org/greece-msf-resumes-activities-idomeni-after-clashes-and-tear-gas-cause-temporary-suspension>
- Mellor Marsá, B., & Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(1), 217-228.
- Milan, C. (2019). Refugees at the gates of the EU: Civic initiatives and grassroots responses to the refugee crisis along the western Balkans route. *Journal of Balkan and Near Eastern Studies*, 21, 43-60.
- Mindlis, I., & Boffetta, P. (2017). Mood disorders in first- and second-generation immigrants: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(3), 182-189.
- Mogollón, A. S., Vázquez, M. L., & García, M. M. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá [Health needs of the population displaced by armed conflict in Bogotá]. *Revista Española de Salud Pública*, 77(2), 257-266.
- Mollica, R. F., Brooks, R., Tor, S., Lopes-Cardozo, B., & Silove, D. (2014). The enduring mental health impact of mass violence: A community comparison study of Cambodian civilians living in Cambodia and Thailand. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(1), 6-20. doi: 10.1177/0020764012471597
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic

stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111–116.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199202000-00008>

- Mollica, R. F., McDonald, L. S., Massagli, M. P., & Silove, D. (2004). *Measuring trauma, measuring torture: instructions and guidance on the utilization of the Harvard Program in refugee trauma's versions of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) & the Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)*.
- Montesino, N., Avallone, G., Padilla, B., Moraes, N., & Romero, H. (2019). Introducción. En VV. AA., *Asilo y refugio en tiempos de guerra contra la inmigración*. (pp. 5-19). Madrid. Ed. Catarata.
- Moraes, N., & Romero, H. (2018). *La crisis de los refugiados y los deberes de Europa*. Madrid, España: Catarata.
- Morina, N., Ewers, S. M., Passardi, S., Schnyder, U., Knaevelsrud, C., Müller, J., ... & Schick, M. (2017). Mental health assessments in refugees and asylum seekers: evaluation of a tablet-assisted screening software. *Conflict and Health*, 11(1): 18.
- Muldoon, O. T., & Lowe, R. D. (2012). Social identity, groups, and post-traumatic stress disorder. *Political Psychology*, 33(2), 259-273.
- Muldoon, O. T., Haslam, S. A., Haslam, C., Cruwys, T., Kearns, M., & Jetten, J. (2019). The social psychology of responses to trauma: Social identity pathways associated with divergent traumatic responses. *European Review of Social Psychology*, 30(1), 311-348.
- Munz, D., & Melcop, N. (2018). The psychotherapeutic care of refugees in Europe: Treatment needs, delivery reality and recommendations for action. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1): 1476436.
- Naciones Unidas (2018). *Conferencia Intergubernamental para el Pacto Mundial sobre Migración*.
<https://www.un.org/es/conf/migration/global-compact-for-safe-orderly-regular-migration.shtml>
- Naciones Unidas (2019).
https://unama.unmissions.org/sites/default/files/afghanistan_protection_of_civilians_annual_report_2019_-_22_february.pdf

Naciones Unidas (2020). *The impact of COVID-19 on migrants*.

https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/ICP/MPR/migration_factsheet_6_covid-19_and_migrants.pdf

Ncube, N. (2006). The tree of life project. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 2006(1), 3-16.

Ncube, N. (2019). *Tree of life practitioners guide*. Available during Tree of Life training. Phola.org

Ní Raghallaigh, M. (2013). The causes of mistrust amongst asylum seekers and refugees: Insights from research with unaccompanied asylum-seeking minors living in the Republic of Ireland. *Journal of Refugee Studies*, 27(1), 82-100.

Ní Raghallaigh, M., & Gilligan, R. (2010). Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion. *Child & Family Social Work*, 15(2), 226-237.

Niaz, U. (2014). Psychiatric Impact of Wars and Terrorism on Muslim Women. *The Arab Journal of Psychiatry*, 25 (1), 1-17. doi: 10.12816/0004110

Niemi, M., Manhica, H., Gunnarsson, D., Ståhle, G., Larsson, S., & Saboonchi, F. (2019). A Scoping Review and Conceptual Model of Social Participation and Mental Health among Refugees and Asylum Seekers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 4027.

Noh, S., Kaspar, V., & Wickrama, K. A. (2007). Overt and subtle racial discrimination and mental health: Preliminary findings for Korean immigrants. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1269-1274.

Nott, D. (2020). The COVID-19 response for vulnerable people in places affected by conflict and humanitarian crises. *The Lancet*, 395(10236), 1532-1533.

Nunn, K. P., Lask, B., & Owen, I. (2014). Pervasive refusal syndrome (PRS) 21 years on: a re-conceptualisation and a renaming. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(3), 163-172.

Orach, C. G., & De Brouwere, V. (2006). Integrating refugee and host health services in West Nile districts, Uganda. *Health Policy and Planning*, 21(1), 53-64.

Orgaz Alonso, S. C. (2018). *Emergencia del dispositivo deportador en Europa y su generalización en el caso español: representaciones y prácticas en torno a los Centros de Internamiento para Extranjeros (CIE)* (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid).

- Otasowie, J., Paraiso, A., & Bates, G. (2020). Pervasive refusal syndrome: systematic review of case reports. *European Child & Adolescent Psychiatry, 1*. <https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1007/s00787-020-01536-1>
- Palmquist, A. E., & Gribble, K. D. (2018). Gender, displacement, and infant and young child feeding in emergencies. In *International Handbook on Gender and Demographic Processes* (pp. 341-355). Springer, Dordrecht.
- Panter-Brick, C., Eggerman, M., Gonzalez, V., & Safdar, S. (2009). Violence, suffering, and mental health in Afghanistan: a school-based survey. *The Lancet, 374*(9692), 807-816.
- Papadopoulos, I., & Shea, S. (2018). European refugee crisis: Psychological trauma of refugees and care givers. *International Journal of Migration, Health, and Social Care, 14*(1), 106–116.
- Peace, K. A., & Masliuk, K. A. (2011). Do motivations for malingering matter? Symptoms of malingered PTSD as a function of motivation and trauma type. *Psychological Injury and Law, 4*(1), 44-55.
- Peace, K. A., & Porter, S. (2004). A longitudinal investigation of the reliability of memories for trauma and other emotional experiences. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition, 18*(9), 1143-1159.
- Pedersen, P. B. (2006). Knowledge Gaps about Stress and Coping in a Multicultural Context. *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping*. P. T. P. Wong and L. C. J. Wong. Boston, MA, Springer US: 579-595.
- Pérez-Sales, P. (2018). Migration and torture: Building a map of knowledge. *Torture Journal, 28*(2), 1-14.
- Phan, T. (2006). Resilience as a Coping Mechanism: A Common Story of Vietnamese Refugee Women. *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping*. P. T. P. Wong and L. C. J. Wong. Boston, MA, Springer US: 427-437.
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama, 294*(5), 602-612.
- Porter, S., & Birt, A. R. (2001). Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memory for other emotional life experiences. *Applied Cognitive Psychology, 15*(7), S101-S117.
- Porter, S., & Peace, K. A. (2007). The scars of memory. *Psychological Science, 18*(5), 435-441.

- Priebe, S., Gavrilovic, J. J., Bremner, S., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., & Schützwohl, M. (2013). Psychological symptoms as long-term consequences of war experiences. *Psychopathology*, *46*(1), 45-54.
- Puumala, E., Ylikomi, R., & Ristimäki, H. L. (2018). Giving an account of persecution: The dynamic formation of asylum narratives. *Journal of Refugee Studies*, *31*(2), 197-215.
- R4V - Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela (2020). *Refugiados y migrantes venezolanos en América Latina y el Caribe, hasta abril de 2020*.
<https://www.refworld.org/es/publisher,R4V,STATISTICS,VEN,5ed1cbc64,0.html>
- Ramo-Fernández, L., Schneider, A., Wilker, S., & Kolassa, I. T. (2015). Epigenetic alterations associated with war trauma and childhood maltreatment. *Behavioral Sciences & the Law*, *33*(5), 701-721.
- Rasmussen, A., Verkuilen, J., Ho, E., & Fan, Y. (2015). Posttraumatic stress disorder among refugees: Measurement invariance of Harvard Trauma Questionnaire scores across global regions and response patterns. *Psychological Assessment*, *27*(4), 1160-1170.
- Reavell, J., & Fazil, Q. (2017). The epidemiology of PTSD and depression in refugee minors who have resettled in developed countries. *Journal of Mental Health*, *26*(1), 74-83.
- Reques, L., Rolland, C., Aranda, E., Gripon, A., Fallet, N., Bensimon, C., ... & Luhmann, N. (2019). Episodes of violence suffered by migrants transiting Libya, Italy and France. *European Journal of Public Health*, *29*(Supplement_4). doi: 10.1093/eurpub/ckz186.046
- Rieck, M., Shakespeare-Finch, J., Morris, B., & Newbery, J. (2005). A mixed-method analysis of post-trauma outcomes: Trauma severity and social support from a psychotherapeutic perspective. *Canadian Journal of Counselling*, *39*(2), 86–100.
- Rieck, M., Shakespeare-Finch, J., Morris, B., & Newbery, J. (2005). A mixed-method analysis of posttrauma outcomes: Trauma severity and social support from a psychotherapeutic perspective. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, *39*(2), 86-100.
- Roberts, A. (2010). Lives and statistics: Are 90% of war victims civilians?. *Survival*, *52*(3), 115-136.
- Robjant, K., Hassan, R., & Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, *194*, 306-312.

- Rodin, D., & Van Ommeren, M. (2009). Commentary: Explaining enormous variations in rates of disorder in trauma-focused psychiatric epidemiology after major emergencies. *International Journal of Epidemiology*, 38(4), 1045-1048.
- Rodolico, A., Vaccino, N., Riso, M. C., Concerto, C., Aguglia, E., & Signorelli, M. S. (2019). Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder Among Asylum Seekers in Italy: A Population-Based Survey in Sicily. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-5.
- Rodríguez, M., Pereyra, M. G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M., & Labiano, L. M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Revista Evaluar*, 9(1).
- Rodriguez-Keyes, E., & Piepenbring, J. (2017). Building a Bicultural Bridge. *Smith College Studies in Social Work*, 87(2-3), 153-169.
- Römisch, S., Leban, E., Habermas, T., & Döll-Hentschker, S. (2014). Evaluation, immersion, and fragmentation in emotion narratives from traumatized and nontraumatized women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 465.
- Rosen, G. (Ed.). (2004). *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies*. John Wiley & Sons.
- Rubin, D. C., & Berntsen, D. (2003). Life scripts help to maintain autobiographical memories of highly positive, but not highly negative, events. *Memory & Cognition*, 31(1), 1-14.
- Rubin, D.C., Berntsen, D. & Bohni, M.K. (2008). A memory-based model of posttraumatic stress disorder: evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115(4), pp. 985–1011.
- Rubin, D. C., Berntsen, D., & Johansen, M. K. (2008). A Memory Based Model of Posttraumatic Stress Disorder: Evaluating Basic Assumptions Underlying the PTSD Diagnosis. *Psychological Review*, 115, 985–1011.
- Rubin, D. C., Boals, A., & Berntsen, D. (2008). Memory in posttraumatic stress disorder: Properties of voluntary and involuntary, traumatic and nontraumatic autobiographical memories in people with and without posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137(4), 591.
- Rundell, F., Sheety, A., & Negrea, V. (2018). Managing Trauma: A Restorative Process. In E. Sengupta & P. Blessinger (Ed.), *Refugee Education: Integration and Acceptance of Refugees in Mainstream Society* (pp. 17-31). Emerald Publishing Limited.

- Saigh, P. A., Yasik, A. E., Oberfield, R. A., Halamandaris, P. V., & McHugh, M. (2002). An analysis of the internalizing and externalizing behaviors of traumatized urban youth with and without PTSD. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(3), 462-470.
- Saleem, F., & Martin, S. L. (2018). Seeking Help is Difficult: Considerations for Providing Mental Health Services to Muslim Women Clients. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 52*(2), 159-179.
- Sami, S., Williams, H. A., Krause, S., Onyango, M. A., Burton, A., & Tomczyk, B. (2014). Responding to the Syrian crisis: the needs of women and girls. *The Lancet, 383*(9923), 1179-1181.
- Sanchez, R. O., & Ledesma, R. D. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista argentina de clínica psicológica, 18*(3), 265-274.
- Save the Children (2016). *Infancias invisibles. Menores extranjeros no acompañados, víctimas de trata y refugiados en España*
- Saxena, S., et al. (2013). "World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020." *The Lancet 381*(9882): 1970-1971 . DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61139-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61139-3)
- Schacter, D.L. (2013). Memory: sins and virtues. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1303*(1), 56–60.
- Schacter, D. L., Wagner, A. D., & Buckner, R. L. (2000). Memory systems of 1999. Memory systems of 1999. In E. Tulving & F. I. M. Craik (Eds.), *The Oxford handbook of memory* (p. 627–643). Oxford University Press.
- Schick, M., Morina, N., Mistridis, P., Schnyder, U., Bryant, R. A., & Nickerson, A. (2018). Changes in post-migration living difficulties predict treatment outcome in traumatized refugees. *Frontiers in Psychiatry, 9*: 476.
- Schick, M., Zumwald, A., Knöpfli, B., Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., & Morina, N. (2016). Challenging future, challenging past: The relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology, 7*: 28057.
- Schmidt, M., Kravic, N. & Ehlert, U. (2008). Adjustment to trauma exposure in refugee, displaced, and non-displaced Bosnian women. *Archives of Women's Mental Health, 11*(4), 269-276.

- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T., & Garcia, A. (2014). The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *140*(4), 921–948.
- Scott, M. T., Manzanero, A. L., Muñoz, J. M., & Köhnken, G. (2014). Admisibilidad en contextos forenses de indicadores clínicos para la detección del abuso sexual infantil. [Admissibility of clinical indicators for the detection of child sexual abuse in forensic contexts]. *Anuario de Psicología Jurídica*, *24*, 57-63.
- Shehadeh, A., Loots, G., Vanderfaeillie, J., & Derluyn, I. (2015). The impact of parental detention on the psychological wellbeing of Palestinian children. *PLoS One*, *10*(7), e0133347.
- Shevlin, M., & Elklit, A. (2012). The latent structure of posttraumatic stress disorder: Different models or different populations? *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(3), 610-615.
- Shoeb, M., Weinstein, H., & Mollica, R. (2007). The Harvard trauma questionnaire: adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Iraqi refugees. *International Journal of Social Psychiatry*, *53*, 447-463.
- Shore, J. H., Richardson Jr, W. J., Bair, B., & Manson, S. (2015). Traditional healing concepts and psychiatry: Collaboration and integration in psychiatric practice. *Psychiatric Times*, 30 de junio de 2015. <http://www.psychiatrictimes.com/special-reports/traditional-healing-concepts-and-psychiatry-collaboration-and-integration-psychiatric-practice>
- Silove, D., Ivancic, L., Rees, S., Bateman-Steel, C., & Steel, Z. (2014). Clustering of symptoms of mental disorder in the medium-term following conflict: An epidemiological study in Timor-Leste. *Psychiatry Research*, *219*(2), 341-346.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, *170*(4), 351-357.
- Silva, E. A., Manzanero, A. L., Bengoa, G., & Contreras, M. J. (2018). Indicadores de trata de personas en mujeres que ejercen la prostitución en locales de alterne de la Comunidad de Madrid (España). *Acción Psicológica*, *15*(1), 1-16.

- Siriwardhana, C., Ali, S. S., Roberts, B., & Stewart, R. (2014). A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and Health*, 8(1), 13.
- Sleijpen, M., June ter Heide, F. J., Mooren, T., Boeije, H. R., & Kleber, R. J. (2013). Bouncing forward of young refugees: A perspective on resilience research directions. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1): 20124.
- Slewa-Younan, S., Guajardo, M. G. U., Heriseanu, A., & Hasan, T. (2015). A systematic review of post-traumatic stress disorder and depression amongst Iraqi refugees located in western countries. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(4), 1231-1239.
- Slone, M., & Mann, S. (2016). Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(6), 950-965.
- Sobero, Y. (2010). *Sáhara memoria y olvido*. Barcelona: Ariel.
- Sousa, C. A. (2013). Political violence, health, and coping among Palestinian women in the West Bank. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(4), 505-519.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1): 25338.
- Spanish Agency of International Cooperation for the Development (2015). *Población Refugiada Saharaui [Saharawi Refugee Population]*. Retrieved from: <http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Acci%C3%B3n%20Humanitaria/PRS%20POA%202015%20Final.pdf>
- Ssenyonga, J., Owens, V., & Olema, D. K. (2013). Posttraumatic growth, resilience, and posttraumatic stress disorder (PTSD) among refugees. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 82, 144-148.
- Stammel, N., Heeke, C., Bockers, E., Chhim, S., Taing, S., Wagner, B., & Knaevelsrud, C. (2013). Prolonged grief disorder three decades post loss in survivors of the Khmer Rouge regime in Cambodia. *Journal of Affective Disorders*, 144(1-2), 87-93.
- Stanciu, E. A., & Rogers, J. L. (2011). Survivors of political violence: Conceptualizations, empirical findings, and ecological interventions. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 33(3), 172-183.

- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, *302*(5), 537-549.
- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P., & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, *12*(3), 421-435.
- Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The British Journal of Psychiatry*, *188*(1), 58-64.
- Steel, Z., Silove, D., Phan, T., & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *The Lancet*, *360*(9339), 1056-1062.
- Strous, R. D., & Jotkowitz, A. (2010). Ethics and Research in the Service of Asylum Seekers. *The American Journal of Bioethics*, *10*(2), 63-65.
- Sullivan, A. L., & Simonson, G. R. (2016). A Systematic Review of School-Based Social-Emotional Interventions for Refugee and War-Traumatized Youth. *Review of Educational Research*, *86*(2), 503-530.
- Sutherland, K. & Bryant, R.A. (2007). Rumination and overgeneral autobiographical memory. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(10), pp. 2407–2416.
- Szajna, A., & Ward, J. (2015). Access to health care by refugees: a dimensional analysis. *Nursing Forum*, *50*(2), 83-89.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of social conflict. *The social Psychology of Intergroup Relations*, *2*, 33-47.
- Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behaviour. *International Social Science Council*, *13*(2), 65-93.
- Takeuchi, D. T., Zane, N., Hong, S., Chae, D. H., Gong, F., Gee, G. C., Walton, E., Sue, S., & Alegría, M. (2007). Immigration-Related Factors and Mental Disorders Among Asian Americans. *American Journal of Public Health* *97*, 84-90.

- Talarico, J. M., & Rubin, D. C. (2003). Confidence, not consistency, characterizes flashbulb memories. *Psychological Science, 14*(5), 455-461.
- Talarico, J. M., LaBar K. S., & Rubin, D. C. (2004). Emotional intensity predicts autobiographical memory experience. *Memory and Cognition, 32*(7), 1118-1132.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and Transformation Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks, CA Sage.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., & Kilmer, R. P. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(3), 230-237.
- Tekin, A., Karadağ, H., Süleymanoğlu, M., Tekin, M., Kayran, Y., Alpak, G., & Şar, V. (2016). Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidis displaced into Turkey. *European Journal of Psychotraumatology, 7*(1): 28556.
- Thabet, A. A. M., Abu-Khusah, A., & Vostanis, P. (2014). The relationship between mothers' mental health and the prevalence of depression and anxiety of preschool children after the war on Gaza Strip. *Arab Journal of Psychiatry, 25*(1), 61-70.
- Thabet, A.A., Abed, Y. & Vostanis, P. (2001) .Effect of trauma on the mental health of Palestinian children and mothers in the Gaza Strip .*EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal, 7*(3) ,413-421.
- Thabet, A., Elheloub, M., & Vostanisc, P. (2015). Exposure to war traumatic experiences, post traumatic growth and resilience among university students in Gaza.
<https://dspace.alquds.edu/handle/20.500.12213/735>
- Thabet, A. M., Ibraheem, A. N., Shivram, R., Winter, E. A., & Vostanis, P. (2009). Parenting support and PTSD in children of a war zone. *International Journal of Social Psychiatry, 55*(3), 226-237.
- Thielemann, E. (2008). The future of the common European asylum system. *European Policy Analysis, 1*, 1-8.
- Tobin, C. L., Di Napoli, P., & Beck, C. T. (2018). Refugee and immigrant women's experience of postpartum depression: a meta-synthesis. *Journal of Transcultural Nursing, 29*(1), 84-100.
- Tribe, R., & Patel, N. (2007). Refugees and asylum seekers. *The Psychologist, 20*(3), 149-151.

- Tucker, S. (2011). Psychotherapy groups for traumatized refugees and asylum seekers. *Group Analysis*, 44(1), 68–82.
- Tulving, E. (1985). How many memory systems are there? *American Psychologist*, 40(4), 385-398.
- Turner, S. (2016). What is a refugee camp? Explorations of the limits and effects of the camp. *Journal of Refugee Studies*, 29(2), 139-148.
- UNHCR (1998). *Report of the Representative of the Secretary-General, Mr. Francis M. Deng, submitted pursuant to Commission resolution 1997/39. Addendum: Guiding Principles on Internal Displacement*, 11 February 1998, E/CN.4/1998/53/Add.2, available at: <https://www.refworld.org/docid/3d4f95e11.html> [accessed 18 February 2019].
- UNHCR (2004). *Guiding Principles on Internal Displacement*.
<https://www.unhcr.org/protection/idps/43ce1cff2/guiding-principles-internal-displacement.html>
- UNHCR (2016): *'Refugee' or 'migrant' – Which is right?*
<https://www.unhcr.org/news/latest/2016/7/55df0e556/unhcr-viewpoint-refugee-migrant-right.html>
- UNHCR (2018). *Pacto Mundial sobre los Refugiados*. <https://www.acnur.org/pacto-mundial-sobre-refugiados.html>
- UNHCR (2020). *Asylum and Migration*. <https://www.unhcr.org/asylum-and-migration.html>
- UNHCR (2020a). *Mediterranean situation*. <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean>
- UNHCR (2020b). *Global trends. Forced displacement in 2019*. <https://www.unhcr.org/globaltrends2019/>
- UNHCR (2020c). *South Sudan Situation*
<https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/UNHCR%20South%20Sudan%20Situation%20Regional%20Update%20-%20January-February%202020.pdf>
- UNHCR (2013). *Tendencias Globales 2013*. <https://www.entreculturas.org/es/publicaciones/acnur-tendencias-globales-2013-el-coste-humano-de-la-guerra>
- United Nations (1951). *Geneva Convention Relating to the Status of Refugees*.
<https://www.unhcr.org/1951-refugee-convention.html>
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2011). *Who is a refugee?* Retrieved from <http://www.unhcr.org/publications/manuals/4d944c319/3-refugee-manual.html>

- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2013). *Beyond proof. Credibility assessment in EU asylum systems*. Brussels: United Nations High Commissioner for Refugees. <https://www.unhcr.org/51a8a08a9.html>
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2016). *Global trends. Forced displacement in 2015*. <http://www.unhcr.org/statistics/unherstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html>
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2016). Refugiados Saharauis: 40 años de vida en los campos. <https://eacnur.org/blog/refugiados-saharauis-40-anos-de-vida-en-los-campos/>
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2018). *Refugee and Migrant Situation in Bosnia and Herzegovina*. <https://data2.unhcr.org/es/documents/download/63869>
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2019). *Global Trends: Forced Displacement in 2018*. <https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf>
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2020). *Bosnia and Herzegovina: United Nations Country Team Operational Update, Refugee and Migrant situation-December 2019*. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/74293>
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2020). *Global Trends: Forced Displacement in 2019*. <https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf>
- UNOCHA (2019). Syrian Arab Republic. *Humanitarian needs overview, March, 2019*. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2019_Syr_HNO_Full.pdf
- Uy, K. K., & Okubo, Y. (2018). Re-storying the trauma narrative: Fostering posttraumatic growth in Cambodian refugee women. *Women & Therapy, 41*(3-4), 219-236.
- Vallet, R., Manzanero, A. L., Aróztegui, J., & García-Zurdo, R. (2017). Age-related differences in phenomenal characteristics of long-term memories for the attack of March 11, 2004. *Anuario de Psicología Jurídica, 27*, 85-93.
- Van der Kolk, B. A. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.
- Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress, 8*(4), 505-525.

- Van Reenen, P. (2018). Impartiality in the EU Asylum Procedure. *European Journal of Migration and Law*, 20(3), 338-356.
- Vázquez, C., Sánchez, Á., & Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: el DSM-IV-TR/DSM-V y la CIE-10. https://www.researchgate.net/publication/311767229_Clasificacion_y_diagnostico_de_los_trastornos_psicologicos_el_DSM-IV-TRDSM-V_y_la_CIE-10
- Veronese, G., & Barola, G. (2018). Healing stories: An expressive-narrative intervention for strengthening resilience and survival skills in school-aged child victims of war and political violence in the Gaza Strip. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(2), 311-332.
- Veronese, G., Pepe, A., & Vigliarioni, M. (2019). An exploratory multi-site mixed-method study with migrants at Niger transit centers: The push factors underpinning outward and return migration. *International Social Work*. <https://doi.org/10.1177/0020872818819736>
- Villar Caño, J. F. (2019). No son MENA, son niños. *La Voz del Sur*, 1 de Noviembre 2019.
- Vinkers, C. H., Kalafateli, A. L., Rutten, B. P., Kas, M. J., Kaminsky, Z., Turner, J. D., & Boks, M. P. (2015). Traumatic stress and human DNA methylation: a critical review. *Epigenomics*, 7(4), 593-608.
- Vinson, G. A., & Chang, Z. (2012). PTSD symptom structure among West African War trauma survivors living in African refugee camps: A factor-analytic investigation. *Journal of Traumatic Stress*, 25(2), 226-231.
- Vitale, A., Khawaja, N. G., & Ryde, J. (2019). Exploring the effectiveness of the Tree of Life in promoting the therapeutic growth of refugee women living with HIV. *The Arts in Psychotherapy*, 66: 101602.
- Von Werthern, M., Grigorakis, G., & Vizard, E. (2019). The mental health and wellbeing of Unaccompanied Refugee Minors (URMs). *Child Abuse & Neglect*, 98: 104146.
- Von Werthern, M., Robjant, K., Chui, Z., Schon, R., Ottisova, L., Mason, C., & Katona, C. (2018). The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1): 382.
- Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113.
- Wagnild, G., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

- Walter, M., & Bates, G. (2012). Posttraumatic growth and recovery from post traumatic stress disorder. *Essential Notes in Psychiatry*, 143-186.
- Walker, M.P. & Stickgold, R. (2006). Sleep, memory, and plasticity. *Annual Review of Psychology*, 57, 139–166.
- Watzlawik, M., & de Luna, I. B. (2017). The self in movement: Being identified and identifying oneself in the process of migration and asylum seeking. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 51(2), 244-260.
- Weinberg, M., Besser, A., Zeigler-Hill, V., & Neria, Y. (2016). Bidirectional associations between hope, optimism and social support, and trauma-related symptoms among survivors of terrorism and their spouses. *Journal of Research in Personality*, 62, 29-38.
- WHO (2011). *The right to health for everyone, no matter where people live or travel*.
- WHO (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants*.
<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2018/mental-health-promotion-and-mental-health-care-in-refugees-and-migrants-2018>
- WHO (2019). *Report on the Health of refugees and migrants in the WHO European Region*. Denmark: World Health Organization.
- WHO (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>
- Wilker, S., Pfeiffer, A., Kolassa, S., Koslowski, D., Elbert, T., & Kolassa, I. T. (2015). How to quantify exposure to traumatic stress? Reliability and predictive validity of measures for cumulative trauma exposure in a post-conflict population. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28306.
- Williams, J.M.G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E. & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122–148.
- Williams, L. M. (1995). Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 649-673.

WOMEN AND GIRLS in internal displacement 202003 twice invisible. <https://www.internaldisplacement.org/sites/default/files/publications/documents/202003-twice-invisible-internally-displaced-women.pdf>

Woroniecka-Krzyzanowska, D. (2017). The right to the camp: Spatial politics of protracted encampment in the West Bank. *Political Geography*, 61, 160-169.

Yakushko, O., Watson, M., & Thompson, S. (2008). Stress and coping in the lives of recent immigrants and refugees: Considerations for counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 30(3), 167-178.

Zaragoza-Cristiani, J. (2017). Containing the refugee crisis: how the EU turned the Balkans and Turkey into an EU borderland. *The International Spectator*, 52(4), 59-75.

Zaun, N. (2018). States as Gatekeepers in EU Asylum Politics: Explaining the Non-adoption of a Refugee Quota System. *JCMS: Journal of Common Market Studies*, 56(1), 44-62.

Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011). Migration and health: A framework for 21st century policy-making. *PLoS Medicine*, 8(5):e1001034.

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653.

ANEXOS

Anexo 1. Aspectos éticos y autorizaciones deontológicas para el desarrollo de los estudios



UNRWA España
Calle Antonio Rodríguez Villa 5, bajo izq.
28002 Madrid

Madrid, 22 de marzo de 2018.

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por la presente nota, UNRWA España manifiesta su interés y apoyo al proyecto sobre *Evaluación de las necesidades psicosociales en refugiados solicitantes de asilo en fase de destino*, dirigido por el Dr. Antonio L. Marzanero en la Universidad Complutense de Madrid.

Y para que así conste, y surta los efectos, firmo en Madrid a 22 de marzo de 2018

Fdo. D^a Raquel Martí Lezana
Directora Ejecutiva de UNRWA España



Agencia de la ONU para los Refugiados de Palestina



UNRWA España está inscrita en Registro Nacional de Asociaciones grupo 1/Sección 1/Número Nacional: 609241
Declarada de Utilidad Pública 19 de Octubre de 2016



ACNUR

ALTO COMISIONADO PARA LOS REFUGIADOS
Delegación en España
Avenida General Perón, 32-2º
28020 Madrid

Tel: +34 91. 556 36 03
+34 91. 556 36 42
Fax: +34 91. 417 53 45
Email: espana@unhcr.org

Madrid, 15 de junio de 2016

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por la presente nota, la Delegación en España del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), manifiesta su interés por el proyecto sobre *Evaluación de necesidades psicosociales en refugiados solicitantes de asilo en fase de destino* dirigido por Antonio L. Manzanero en la Universidad Complutense de Madrid.



Delegación del ACNUR en España

A la atención de
D. Antonio L. Manzanero
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Por la presente notificación, el Área de Inclusión de la Delegación de Madrid de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), manifiesta su interés en colaborar en el desarrollo del proyecto de la Universidad Complutense de Madrid sobre "Evaluación de necesidades psicosociales en refugiados solicitantes de asilo en fase de destino", dirigido por D. Antonio L. Manzanero.

Lo cual firmo en Madrid, a 29 de junio de 2016


Vicente Ortola Vidal
RESPONSABLE DE INCLUSIÓN DE CEAR-MADRID


CEA(R)
Comisión Española
de Ayuda al Refugiado
CIF: G28651609
Delegación de MADRID
C/Alfonso Xarros
10, 2º, 41.ª
28002 Madrid
Tel: 91 5700998
Fax: 91 5700419



A quien corresponda,

La Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de la UCM ha resuelto emitir informe favorable sobre los aspectos éticos relativos al proyecto de investigación "EVALUACIÓN DE TRAUMAS PSICOLÓGICOS EN REFUGIADOS Y SOLICITANTES DE ASILO ESPECIALMENTE VULNERABLES (NIÑOS Y MUJERES)" dirigido por el Dr. Antonio L. Manzanero Puebla, una vez constatado que la propuesta respeta las normas deontológicas del Colegio Oficial de Psicólogos y las Sociedades Científicas de Psicología. Según informe del investigador principal, el proyecto concurre a la convocatoria 2017 del Programa RETOS del Ministerio de Economía y Competitividad.

El proyecto contempla explícitamente la obtención de una autorización firmada de cada uno de los participantes, previa información escrita y comprensible sobre (i) los objetivos y del procedimiento al que van a someterse, (ii) el carácter voluntario de su participación y (iii) su derecho a abandonar el estudio en cualquier etapa del mismo si así lo desean. El investigador principal también se ha comprometido expresamente a respetar el carácter confidencial de la información obtenida y a custodiarla conforme a la legislación vigente.

Cualquier cambio sobre el proyecto evaluado por la Comisión invalida el presente informe favorable y requerirá una nueva evaluación

Madrid, a 24 de julio de 2017

Fdo. Rocio Alcalá Quintana
Presidenta de la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología
Vicedecana de Investigación, Infraestructuras y Doctorado



Anexo 2. Cuestionario de características sociodemográficas. Estudio I. Bosnia.

Sociodemographic characteristics

Nationality

الجنسية

Is your partner a person on the move?

هل شريكك شخص متنقل؟

Is he/she a refugee?

هل هو / هي لاجئ؟

Is she/he in your home country?

هل هو / هو في بلدك؟

Do you have any sons/daughters?

هل لديك أي أبناء / بنات؟

Why are you on the move?

لماذا أنت متنقل؟

How long has been since you left your home country?

منذ متى تركت وطنك؟

How long have you been here?

منذ متى وأنت هنا؟

Have you been living in Refugee Camps previously?

هل كنت تعيش في مخيمات اللاجئين سابقاً؟

Have you been deported, from where to where?

هل تم ترحيلك؟ من أين إلى أين؟

Do you want to denunciate any abuse that you have suffered between the European borders?

هل ترغب في التنديد بأي إساءة تعرضت لها بين الحدود الأوروبية؟

How long have you been feeling these problems? منذ متى وانت تشعر هذه المشاكل؟

For less than 1 month.

لمدة تقل عن شهر واحد

For more than 1 month and less than 3 months.

لأكثر من شهر واحد وأقل من 3 أشهر

For more than 3 months. لمدة تزيد عن 3 أشهر

Please, answer YES or NO to the next questions about the symptoms that you told to me previously. In the last month...

يرجى الإجابة بنعم أو لا على الأسئلة التالية حول الأعراض التي أبلغتني بها سابقاً. في الشهر الماضي...

- 1) Have you consulted the doctor or other health professional (nurses, psychologists...) for these problems? YES NO
هل استشرت الطبيب أو غيره من المهنيين الصحيين (المرضات ، علماء النفس ...) لهذه المشاكل؟ نعم لا
- 2) Have you taken medicines more than 1 time in a week for these problems? YES NO
هل تناولت الأدوية أكثر من مرة واحدة في الأسبوع لهذه المشكلات؟ نعم لا
- 3) Have you taken alcohol or drugs due to these problems? YES NO
هل تناولت الكحول أو المخدرات بسبب هذه المشاكل؟ نعم لا
- 4) Have these problems negatively affected your work life or your academic life? YES NO
هل أثرت هذه المشكلات سلبيًا على حياتك المهنية أو حياتك الأكاديمية؟ نعم لا
- 5) Have these problems negatively affected your social life? YES NO
هل أثرت هذه المشكلات سلبيًا على حياتك الاجتماعية؟ نعم لا
- 6) Have these problems negatively affected your family life or your married life? YES NO
هل أثرت هذه المشكلات سلبيًا على حياتك العائلية أو حياتك الزوجية؟ نعم لا
- 7) Have these problems negatively affected other important parts of your life? YES NO
هل أثرت هذه المشكلات سلبيًا على الأجزاء المهمة الأخرى من حياتك؟ نعم لا

Anexo 3. Descripciones personales de experiencias traumáticas vividas en los procesos de deportación fronteriza entre Bosnia-Herzegovina y Croacia y denuncia de situaciones de violencia fronteriza.

NÚMERO 1

Hombre, 22 años. Paquistán.

Hace un año que abandonó su país de origen y desde hace un mes se encuentra en Bihać (Bosnia). Refiere estar en movimiento por problemas políticos en su país de origen. Es originario de la zona fronteriza entre la India y Paquistán, tuvo problemas políticos que le hicieron tener que marchar de su país. Refiere ser el único hijo de la familia, tiene más hermanas, pero él es el único varón. Comenta que su padre tiene 76 años y está muy mayor, tienen muchas esperanzas puestas en su travesía y siente una gran responsabilidad al estar fracasando en el proceso migratorio. Su familia le está enviando dinero y desde que salió de su país de origen ha gastado entre 3000 y 3500 euros, siente una gran responsabilidad y se culpa por no estar logrando llegar a Europa. Expresa que es muy difícil atravesar fronteras en Europa. Intentó 6 veces cruzar de Grecia a Macedonia, la policía le cogió y le deportó a Grecia.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“La semana pasada intenté cruzar a Croacia, la policía me atrapó, me golpeó, me quitaron las zapatillas, me robaron todas mis pertenencias (móvil, pasaporte y dinero), me metieron en un coche y me devolvieron a Bosnia. No recuerdo donde me "arrojaron" en Bosnia, me encontré totalmente desorientado cuando me hicieron bajar del coche policial tras los golpes. Pienso que me dejaron en la zona fronteriza de Bihać y Velika Kladuša porque tuve que andar unas cuatro horas hasta llegar a Bihać. De todo esto hace una semana y estoy esperando recibir dinero de mi familia para proseguir con la ruta. Me doy 10 días de descanso entre cada deportación (push-back), necesito 10 días de descanso físico y emocional para hacerme con la situación y volver a intentarlo o plantearme volver a intentarlo. He sido deportado de Croacia en 3 ocasiones. No he tenido ningún problema con militares entre fronteras, sin embargo, he sufrido mucha violencia policial en Europa (Grecia, Macedonia y Croacia). Además, de la propia violencia dentro de *la*

jungle, en otra ocasión sin violencia física, pero con amenazas, tres afganos me robaron todas mis pertenencias (móvil y dinero). Como sueños me gustaría llegar a Italia y como segunda opción España. Si pudiera soñar y pedir un deseo me gustaría afincarme en uno de estos dos países, pasar tres años, conseguir la residencia, volver a Paquistán casarme y regresar con mi esposa a Europa en busca de un futuro mejor”.

NÚMERO 2

Hombre, 24 años. Palestina.

Lleva 4 años fuera de su país, de Palestina migró a Túnez y cursó estudios de Medicina. Hace un año dejó sus estudios e inició su travesía para llegar a Europa. Procede de una familia con recursos y políticamente vinculada a Hamas. Tuvo que abandonar Palestina por ser perseguido a nivel político, activista en la Franja de Gaza. Lleva diez meses en Bosnia y estuvo durante un tiempo en el campo de refugiados de Bihać. En uno de sus intentos por llegar a Italia vio la frontera italiana a quince km y comenta que tiró toda su documentación como refugiado para no ser deportado, ahora se encuentra en un limbo y no quiere volver a empezar el proceso legal como refugiado. En una ocasión llegó a Italia y desde Italia fue deportado a Eslovenia. Además en Bosnia, por la situación económica y social del país, la resolución de asilo no ofrece muchas posibilidades y oportunidades para iniciar una vida futura ahí. Prefiere intentar cruzar la frontera por el bosque y espera tener más suerte en el siguiente intento. Sin embargo, se considera una persona con poca fortuna y habilidades para el cruce de fronteras. La situación de desahucio emocional en la que se encuentra se le está haciendo grande aunque dice estar aprendiendo a moverse en entornos de tanta inseguridad. Ha llegado a desconfiar de todo el mundo y vive él consigo mismo. Dice ser su mayor y peor enemigo, prefiere no confiar para evitar futuras traiciones, aunque sabe que *la jungle* es mucho más segura y factible en compañía.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“En tres ocasiones he sido deportado de Croacia a Bosnia. Además, denuncié situaciones de violencia por parte de la policía croata, me cogieron todo mi dinero, mi móvil, los zapatos y mi saco de dormir. Quemaron todas mis pertenencias y me forzaron a desnudarme. Me golpearon, no me he sentido tratado como un ser

humano, ni en Bosnia ni en Croacia, aunque es mejor Bosnia que Croacia. No voy a la ciudad por sentirme como un alienígena debido a las miradas de la gente y de la policía. Me da vergüenza la forma en que los locales me miran, parece que tuviese una enfermedad contagiosa y se la fuese a pegar a todo el mundo, me miran con miedo y rechazo. Siento el desprecio en cada mirada que me lanzan y en cada bar en el que no me puedo sentar para tomar un café. Por ello he decidido quedarme en las inmediaciones del campo y no bajar a la ciudad a no ser que sea estrictamente necesario. De todos modos, pienso que mi estancia en Velika Kladuša será una cuestión temporal, como todos, repito sistemáticamente *el inshallah*. Necesito salir de aquí”.

NÚMERO 3

Hombre, 28 años. Argelia.

Salió hace cuatro años de su país, lleva un año en Bosnia y ha cruzado cinco veces la frontera de Bosnia con Croacia. En Grecia estuvo 2 años en la cárcel por delitos contra la salud pública. Comenta que pensaba demasiado y que no podía dormir, pensó que iba a volverse loco.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“En dos ocasiones he sentido violencia por parte de la policía croata, me han golpeado. He pasado de Croacia a Eslovenia andando. Me han dado mucho golpes en la frontera y la policía croata me ha robado mis pertenencias y me han amenazado e intimidado con perros”.

NÚMERO 4

Mujer, 27 años. Túnez.

Salió hace un año de su país de origen y lleva 4 meses en Bosnia. Está en tránsito con su pareja, a quien ha conocido durante la travesía. Ella está viajando de forma independiente, aunque algunos miembros de su familia tal como su madre y hermanas están viviendo en un campo para refugiados en Bihać . Ella no tiene hijos a cargo y se mueve de forma individual. Durante el tiempo de travesía ha conocido a su actual pareja.

“La seguridad durante el trayecto ha de ser una de las principales metas a lograr y una pareja te lo da.

Especialmente si eres mujer, migrante y viajas sola tienes que tener a una persona al lado que te sirva de

protección. Hay muchas situaciones de violencia y desconfianza, es bueno tener a alguien con quien compartir y poder ayudarte. Ahora he llegado a Bosnia y mi familia se encuentra aquí. Yo quiero seguir con él cruzando fronteras hasta llegar a Europa, pero mi familia está en el campo de Bihać y a veces me encuentro en una situación intermedia que es difícil. A esto se añade que mi familia está en el campo para mujeres y familias y él no puede entrar porque no hay ningún documento real que le vincule a mí, no estamos casados, no tenemos libro de familia, ni nada. Por tanto, lleva durmiendo en la calle o en campos varios días y yo con ellas. Sin embargo, llevamos juntos todo el viaje y ahora siento que no le puedo dejar tirado y quedarme con mis hermanas y mi madre. Además, quiero seguir la ruta y con él es más sencillo que con mi familia (mi madre, niños pequeños) ... Por otro lado, en los campos para familias tampoco hay seguridad, ayer le robaron el móvil a mi madre mientras estaba durmiendo. Se puso el teléfono debajo de la almohada, precisamente para protegerlo y aun así se lo quitaron”.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“He sufrido insultos por parte de la policía bosnia y en zonas de fronteras europeas. La policía croata nos ha insultado sin ningún tipo de humanidad y me ha quitado mis pertenencias a empujones y malas formas. He sido deportada de Croacia a Bosnia en una ocasión y no he recibido violencia por parte de la policía croata, pero he visto cómo pegaban a otros migrantes”.

NÚMERO 5

Hombre, 28 años. Siria.

Hace tres años que abandonó Siria y lleva un año en Bosnia. Refiere episodios de violencia y tortura en Iraq. Cuando llegó a Bosnia se alojó en Sarajevo y ha vivido en diferentes campos de refugiados. Se encuentra sin pasaporte porque se lo dejó a unos amigos en una casa en Bihać. Normalmente no llevan con ellos el pasaporte para el cruce de fronteras evitando así pérdidas o robos por parte de la policía, otros migrantes o mafias. En la casa de Bihać sus amigos han tenido problemas con la policía y no sabe dónde está su pasaporte. Está desorientado y no sabe qué hacer. No se plantea volver a Sarajevo porque ha oído que la policía está empezando a detener a migrantes por la calle y él no cuenta con su pasaporte.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

Violencia, hambre y robo de pertenencias en situaciones de deportación.

NÚMERO 6

Hombre, 25 años. Argelia.

Salió hace tres años de su país de origen, lleva un año en Bosnia y ha intentado cruzar la frontera de Bosnia con Croacia en 13/14 ocasiones. Hizo la ruta desde Turquía cruzando por Grecia donde estuvo viviendo en un campo para refugiados. Su mujer vive en Francia y quiere reunirse con ella, busca una vida mejor. En Turquía perdió su pasaporte y se ha convertido en un clandestino que no porta ningún tipo de documentación.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“En la frontera de Bosnia con Croacia me quitaron todas mis pertenencias y me golpearon. La policía me robó todo y me dejaron descalzo en la frontera”.

NÚMERO 7

Varón, 26 años. Libia.

En 2016 salió de su país de origen por problemas políticos y lleva dos años en Bosnia. Ha sido deportado a Bosnia 14/15 veces y en 5 ocasiones, la deportación ha sido ejecutada desde Eslovenia.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“He sufrido golpes, me han quemado mis pertenencias, me han roto mi teléfono móvil y he recibido insultos por parte de la policía fronteriza en Bosnia, Croacia y Eslovenia”.

NÚMERO 8

Hombre, 25 años. Argelia.

Salió de Argelia hace un año y dos meses. Desde Turquía atravesó por Grecia hasta llegar a Albania y Montenegro. Este recorrido le llevo dos meses y desde hace un año se encuentra en Bosnia. Ha intentado cruzar en 7 ocasiones y ha sido deportado desde Croacia a Bosnia. Su historia es particular, trabajaba para el ejército argelino y estuvo en varias expediciones de guerra como militar. En una misión estaba en situación

de batalla en guerra abierta con el ISIS y su capitán le dijo que no debía disparar a los terroristas, que mantuviera su posición, pero que no les disparase y que les dejase que se fueran. Él decidió comentar esta orden a su coronel porque le parecía muy extraña, cuestionando la autoridad del capitán y le echaron del ejército. A consecuencia de ello, se encuentra perseguido por su país y no puede volver a Argelia.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“En una de las ocasiones llegué a la frontera con Eslovenia. Iba caminando y justo antes de atravesar la frontera de Croacia con Eslovenia aparecieron policías. Me castigaron (golpearon) y me robaron todas mis pertenencias. Tenían perros para intimidar y me dijeron que volviera a Bosnia “Go back” y me amenazaron diciendo que si no volvía me golpearían de nuevo”.

NÚMERO 9

Hombre, 30 años. Argelia.

Hace tres años salió de su país de origen, lleva un año en Bosnia. Ha intentado cruzar la frontera de forma fallida más de diez veces y ha experimentado violencia por parte de la policía fronteriza. Para atravesar la frontera de Bosnia con Croacia ha intentado muchas estrategias que comenta con una mezcla de ingenio y frustración. Probó escondido en los bajos de un camión, en autobús con billete o incluso por la oficial ruta de *la jungle*, cruce de fronteras por el bosque y que requiere andar de 14 a 20 días durante toda la noche hasta llegar a Italia. Se lamenta por este momento de la vida que le ha tocado vivir, sin embargo, dice confiar en sí mismo y se considera afortunado porque cree que tiene posibilidades de lograr llegar a Europa por ser joven y tener esperanza. Expresa varios desencuentros con la vida y dice no necesitar ayudas materiales. Comenta ganarse la vida con contrabando de semillas lo que le hace conseguir ocho marcos bosnios al día, suficiente para vivir, apunta. Expresa haber tenido dificultades de salud física por varias experiencias traumáticas asociadas a su proceso migratorio. En una ocasión, mientras se escondía de la policía atravesando fronteras en los Balcanes, en medio del bosque y sumido en una oscuridad que no le permitía ver el entorno cayó de un puente a 12 metros de altura. Señala que en esa ocasión por la falta de luz no era consciente de que estaba en un puente y cayó al vacío al tratar de esconderse tras un matorral. Era

tarde y llamaron al servicio de atención médica de emergencias que llegó con 10 horas de retraso y la caída le hizo perder mucha sangre. Le trasladaron al hospital y le operaron de urgencia poniéndole tres placas de metal a lo largo de la pierna izquierda. Refiere con resignación seguir llevando las placas porque por ser migrante en ningún hospital se las quieren quitar. La atención sanitaria para migrantes es un servicio bastante relegado, que se reduce en ocasiones a atención exclusiva de urgencia. En otra ocasión, cuando iba de polizón en los bajos de un camión, cayó de él y tuvo fuertes contusiones. Le trasladaron al hospital de Zagreb y tras el chequeo médico le dijeron que no tenía nada. Además, le dijeron que le conducían a dependencias del ACNUR para solicitar asilo y le deportaron a Bosnia. Cuando llegó a Velika Kladuša un activista médico confirmó que tenía una costilla rota además de otros daños físicos de importancia. Comenta las durezas de su viaje migratorio y describe la desaparición de un amigo suyo en Montenegro de quien nadie sabe nada. Para él, esta pérdida es el duelo y el dolor más grande de todo el viaje.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“En la frontera de Bosnia con Croacia la policía me ha roto el teléfono, me han golpeado con palos (porras) y me han dejado tirado en un río”.

NÚMERO 10

Hombre, 25 años. Argelia.

Comenta estar en movimiento por la necesidad de reunirse con su familia en Francia y buscar una mejor vida. Hace ocho meses que salió de Argelia y en Bosnia lleva 7 meses. En diez ocasiones ha sido deportado de Croacia a Bosnia y en 4 de Eslovenia a Croacia.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“He sufrido abuso policial de formas inimaginables tanto en la frontera croata como en Bosnia. La policía croata me ha golpeado, me ha insultado y me han empujado y tirado contra el suelo. Han abusado de mí amenazándome con perros, golpeándome en la cabeza con palos y quitándome objetos personales tales como fotografías sólo por provocarme humillación. Tanto yo como todos los refugiados somos tratados sin ningún tipo de humanidad por la policía, e incluyo a la policía eslovena también.”

NÚMERO 11

Hombre, 22 años. Marruecos.

Hace dos meses salió de su país y tan sólo lleva 25 días en Bosnia. Ha sufrido dos deportaciones en estos 25 días, una desde Eslovenia y la otra desde Croacia. Se encuentra preocupado porque un amigo suyo ha desaparecido en la frontera croata con Eslovenia y nadie sabe nada de él. En la deportación de Eslovenia se encontraba a 15 km de la frontera con Italia.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Cuando la policía me atrapó me robaron mis gafas, mi dinero y me golpearon. Me preguntaron por el amigo que iba conmigo e intuí que nos habrían visto por las cámaras térmicas. Yo dije que iba sólo y la policía me dijo que si no les decía dónde se encontraba mi amigo me iban a llevar a un sitio donde nadie sabría si estaba vivo o muerto. Me intimidaron diciéndome que iba a desaparecer, que me iban a llevar a un sitio donde nadie sabría de mí. Esto pasó en Croacia.”

NÚMERO 12

Hombre, 21 años. Argelia.

Hace tres meses salió de su país de origen por problemas políticos y lleva 10 días en Bosnia. Previamente ha estado en Kosovo en un campo para refugiados. Ha intentado cruzar a Croacia en una ocasión y ha sido deportado.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“En la deportación a Bosnia desde Croacia la policía croata me robó mis pertenencias y me golpeó”.

NÚMERO 13

Hombre, 25 años. Marruecos.

Hace 3 meses salió de su país de origen y lleva un mes en Bosnia. Refiere haber tenido que dejar Marruecos por problemas políticos y religiosos, pertenece a un grupo étnico minoritario y ha sufrido discriminación que le ha hecho salir de su país. Ha intentado cruzar a Croacia en dos ocasiones y ha sido deportado en ambos intentos.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“He sufrido un horrible abuso sin ningún tipo de humanidad. Las autoridades europeas me pusieron su pistola en mi cabeza y me intentaron atropellar con el furgón policial. Me dejaron desnudo usando la violencia y a base de golpes. Además, intentaron matarme poniéndome los pies en la cara aplastándome. Caí desmayado y me dejaron. Todo esto la policía croata”.

NÚMERO 14

Varón, 17 para 18 años. Argelia.

Hace cuatro meses que salió de Argelia y lleva 15 días en Bosnia. Ha sido deportado en una ocasión.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“La policía croata me cogió a 20 km de la frontera con Eslovenia. Conmigo no usaron violencia. La policía croata me obligó a desnudarme y me quitaron mis pertenencias pero no usaron violencia conmigo. En Croacia sufrí violencia por otro grupo de migrantes que me atacó pero no la policía”.

NÚMERO 15

Mujer, 30 años. Marruecos.

Hace 9 meses que salió de su país de origen buscando un futuro mejor. Es madre de un niño de 9 años y fue abandonada por su marido, quien se encuentra en Europa. A consecuencia del abandono ha sido repudiada incluso por su propia familia y se ha visto expuesta a situaciones duras de marginación. Lleva 7 meses en Bosnia y ha intentado cruzar la frontera Bosnia-croata en 20 ocasiones siendo deportada en todas ellas.

Comenta que ha de enfrentarse a mucha violencia diariamente. En su casa de Velika Kladuša entraron unos migrantes hace un tiempo y le robaron sus pertenencias, incluso le pusieron un cuchillo en el cuello mientras estaba durmiendo. Denuncia la situación de racismo que vive y que le impide ser atendida por el médico.

Cuando lo ha necesitado ha tenido que ser atendida por activistas internacionales porque los médicos locales se niegan a atenderle por ser migrante. También comenta que pasa hambre especialmente durante los *games* y que ha perdido en torno a 10 kilos desde que está en movimiento.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“En Bosnia la policía pegaba a todos migrantes sin discriminación alguna, sin embargo, en Croacia la policía no nos pegaba a las mujeres, sólo a los hombres. En Croacia la policía lanza tiros al aire, te insulta y te roban tus pertenencias. A mí la policía croata no me ha pegado, sólo me registraron y me quitaron mis cosas. Sin embargo, a mi pareja sí le golpearon”.

NÚMERO 16

Varón, 27 años. Argelia.

En diciembre de 2017 Ibrahim salió de Argelia, sin problemas políticos previos y dejando atrás una vida que él califica de totalmente normal. "Tenía casa, familia, amigos, conducía, era una persona normal, sólo buscaba crecer. Acabé la carrera de Ciencias Políticas y el Máster de Relaciones Internacionales, así que mi idea inicial fue llegar a Francia y trabajar. Hablo francés". Así, el anhelo de un futuro mejor que le permitiese prosperar y desarrollarse en Europa le llevó hasta Velika Kladuša, donde día a día va conociendo las múltiples caras del lejano sueño europeo. “En Argelia no soñaba con un futuro, la convulsión política, la corrupción y la falta de contactos que me pudieran proporcionar un buen puesto de trabajo me hizo salir de mi país. Allí todo funciona así. Ahora, ya es tarde para volver con las manos vacías. Voy cambiando de planes y de destinos a menudo, pero volver a Argelia significaría un fracaso para mí y mi familia, por eso sigo intentándolo hasta que lo consiga. Llevo unos días pensando en que me gustaría llegar a algún país nórdico, Finlandia, Noruega...". Pensó que llegar a Europa y encontrar un trabajo sería cuestión de días o como mucho de meses, nunca imaginó que llegaría a intentar cruzar la frontera de Bosnia con Croacia en 16 ocasiones, sólo en el año que lleva aquí. Su historia es larga, una de tantas que provocan estremecimiento, una de tantas con protagonistas anónimos. A través de Turquía y en bote, Ibrahim llegó a Lesbos. Describe "la barca" como una colchoneta hinchable para niños, sin ningún tipo de sofisticación y por supuesto de seguridad. En Grecia pasó 3 meses en un centro para extranjeros, "una cárcel en la que me metieron simplemente por ser argelino". De Lesbos llegó a Atenas escondido de polizón en los bajos de un camión, "con una postura muy incómoda durante 7 horas y una sensación nada agradable", apunta. Hoy nos encontramos en Bosnia dispuestos a tomar un café y tener una buena conversación. Sin embargo, el café

tendrá que esperar porque necesitamos andar mucho hasta encontrar un bar que admita a migrantes y ya nos han echado de otro café por lo mismo, no volveremos a exponernos a un rechazo, así que acabamos en el parque.

Lleva un año en Bosnia, y aunque conoce la desesperación y la humillación, vive aferrado a la esperanza y a la confianza en sí mismo. Los eventos traumáticos que presenta están asociados al proceso migratorio. Ayer fue deportado de nuevo y dice necesitar tiempo para repensar y diseñar la siguiente estrategia. A lo largo de las dos horas de conversación, un tema es recurrente, la desaparición y muerte de su amigo Said a lo largo de la travesía, y la culpabilidad que arrastra por ser él quien le explicó la ruta a trazar. Ambos habían quedado en Sarajevo después de que Said intentará cruzar repetidamente la frontera de Serbia con Hungría y no lo hubiese conseguido. Eran más que buenos amigos, "era un compañero de viaje que se convirtió en mi hermano. Aquí es muy importante poder contar con alguien en quien confiar porque las traiciones y robos son habituales, necesitas tener confianza en alguien. Yo le guardaba algunas cosas, y el pasaporte, para que no le deportaran. Habíamos quedado en que se las daría en Sarajevo." Sin embargo, Said nunca llegó, murió en uno de los ríos que tenía que atravesar para reunirse con Ibrahim y este último sigue lamentando la muerte de su amigo al que le dijo que cruzase el puente y que no atravesara el río. Pasó 20 días buscando el cuerpo, pidiendo ayuda a asociaciones, ONG y activistas independientes, pero el cuerpo nunca apareció. Dice que las experiencias "del viaje", como él le llama, le han cambiado su forma de sentir. Ahora se encuentra distante de la gente, sin confianza en los demás, con pesadillas y problemas para dormir, con sentimientos y estallidos de rabia y con pérdida de interés por las actividades cotidianas que no sean hacer "el game". Entendiendo por "game" el nombre que se ha puesto en esta zona al cruce de fronteras, *game* por juego de videojuego, una pantalla con obstáculos que nadie sabe si pasarás.

La conversación prosigue y le comento que son bastante comunes sus reacciones a nivel psicológico, que aunque parezcan desajustadas son respuestas normales ante eventos extremos, anormales. Le transmito mi esperanza de que remitan con el tiempo cuando lleve una vida más estable. A lo lejos se oyen varios sonidos, yo los identifico como fuegos artificiales e Ibrahim me sonrío y cabecea, me dice que no. Señala la fuente

del sonido, añadiendo que ahí está la frontera y que lo que hemos oído son disparos. Con rostro serio y seguro me explica que es el primer encuentro que tienes con la policía croata. "Suelen disparar al aire, a veces apuntan en otra dirección pero nunca hacia ti. Entonces tienes dos opciones, detenerte, que revisen y rompan tus cosas, meterte en el camión y esperar el turno para que peguen y te devuelvan a Bosnia. La otra opción es correr. Yo corrí y me persiguieron hasta que me atraparon. Ellos van tapados, nunca puedes ver sus rostros y pueden ver por la oscuridad", describiendo una especie de máscaras o gafas especiales. "Me estaban esperando y no les ví, me pusieron la zancadilla, caí, me apalearon y no sé cómo pude levantarme y seguir corriendo. Tras un rato, estaba exhausto, dolorido y sin fuerzas para nada, decidí tumbarme en el suelo y esperar a que vinieran a por mí. No veía a nadie, estaba sólo y no podía más. Cuando llegaron, me volvieron a golpear con porras, con la mano, con patadas, en el cuerpo, en la cabeza. Golpes y más golpes, aunque lo peor estaba por llegar. Sacaron un taser y me lo pusieron en el cuello, en la espalda, en el costado, en los brazos, las piernas y en los testículos. No pude controlar nada y me oriné y defecué encima", expresa avergonzado. "Cuando desperté estaba totalmente ido, deseando que todo acabase, subirme en el camión y esperar la deportación a Bosnia. Sin embargo, aún tenía que esperar. En el bosque había una colina de unos 8 metros, me subieron arriba y me lanzaron "haciendo la croqueta". Caí a un riachuelo, ni me moví, creo que estuve un rato, me subieron a la camioneta y me deportaron en algún lugar fronterizo de Bosnia y hoy estoy aquí".

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“En la frontera de Velika Kladuša con Croacia, he sido golpeado por la policía fronteriza, electrocutado con el taser, me han dado puñetazos, patadas, y me han golpeado con palos. Me han robado mi dinero, la ropa, los zapatos, la mochila y todo lo que llevaba en su interior. La policía croata disparó al aire cuando me vio y me detuvo en frontera”.

NÚMERO 17

Hombre, 17-18 años. Marruecos.

Hace dos meses que dejó su país buscando una vida mejor.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“No he cruzado la frontera de Croacia, llevo un día en Velika Kladuša y un mes en Bosnia- Herzegovina. No he sufrido violencia entre fronteras”.

NÚMERO 18

Hombre, 22 años. Marruecos.

Busca una vida mejor. Hace un año que salió de su país de origen y lleva un día en y un mes en Bosnia. No ha sido deportado ni ha cruzado la frontera croata-bosnia.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“No. He sufrido violencia en Grecia y en Marruecos. Un amigo mío ha desaparecido en la travesía, creo que en Italia, y denuncié la falta de ayuda para la búsqueda del cuerpo”.

NÚMERO 19

Hombre, 26 años. Marruecos.

Hace 20 meses salió de su país de origen, ha pasado 19 meses en Turquía, lleva 15 días en Bosnia y uno en Velika Kladuša. Previamente estuve en Grecia 6 días y fue deportado a Estambul. No ha cruzado la frontera de Bosnia con Croacia.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“He sido deportado 3 veces de Grecia a Turquía. Cuando estaba en Grecia junto con mi grupo fuimos atrapados por la policía, pero nos dejaron libres y nos alojamos en una casa recomendada por la policía. La policía griega fue a la casa en la que se estábamos alojados y nos llevaron agua y comida a las 9 pm. A las 6 am volvió la policía y nos metió a 5 afganos en la casa. Los afganos iniciaron una pelea contra nosotros (los marroquíes) para quitarnos la documentación (carnets de conducir, móviles, dinero...), en definitiva, todas nuestras pertenencias. Los afganos nos amenazaron diciéndonos que tenían contactos y que seríamos deportados a Turquía donde seríamos asesinados y violados”.

NÚMERO 20

Hombre, 25 años. Sirio.

Hace dos años salió de su país por la actual Guerra en Siria. Hace un mes que acaba de llegar a Bosnia desde Serbia.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“He intentado alcanzar Europa a través de Albania en tres ocasiones, pero fui deportado a Grecia. De Croacia he sido deportado en una ocasión, la policía cogió mi pasaporte, lo pisoteó y no me lo devolvieron. Me di media vuelta y mi pasaporte está perdido. Yo directamente no he experimentado violencia por parte de la policía croata en frontera, sin embargo, a un amigo mío sí le han pegado”.

NÚMERO 21

Hombre, 23 años. Siria.

Abandonó su país huyendo de la guerra hace 4 años y 6 meses, y desde hace 2 meses se encuentra en Bosnia. Ha estado viviendo en el campo de refugiados de Moria durante 6 meses y estuvo a punto de que le devolviesen a Turquía. Ante estas amenazas y este posible proceso de devolución desarrolló acciones autolesivas y protagonizó varios intentos de suicidio. Dice que estos comportamientos le valieron para poder quedarse en Grecia y que así evitó la deportación. Comenta que en Turquía tuvo problemas con una mafia de traficantes de personas y que si volvía le matarían, igualmente su regreso a Siria implicaría la muerte porque ya estuvo preso durante la guerra. En Grecia estuvo en una prisión para migrantes, y tanto en Siria como en Grecia sufrió electrocuciones con taser por parte de los trabajadores de la prisión que le torturaban. Estuvo a punto de ahogarse en el trayecto de Turquía a Grecia. Ha sufrido torturas y daños severos debido a sus experiencias en la guerra en Siria y sus encarcelamientos.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

En los dos meses que lleva en Bosnia no ha intentado cruzar la frontera todavía y no tiene denuncias que hacer acerca de violencia fronteriza.

NÚMERO 22

Hombre, 31 años. Siria.

Hace cuatro años abandonó Siria debido a la Guerra. Está casado y su familia (mujer e hijos) se encuentran en Siria, hecho que añade vulnerabilidad a su estado emocional. Desde hace un mes se encuentra en Bosnia y dice no haber estado viviendo en campos de refugiados. Se encuentra indocumentado y eso impide su reconocimiento como sirio y el acceso a campos de refugiados, por tanto, suele encontrarse en situación de calle en los países a los que va. Su DNI se lo quitó DAESH antes de salir de Siria y la policía griega le robó el pasaporte. Denuncia episodios de violencia por parte de la policía griega, que incluyen golpes en la cabeza. Presenta historial traumático y de tortura a consecuencia de la guerra y del proceso migratorio.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Denuncio violencia por parte de la policía griega y serbia. He intentado cruzar a Croacia a través de Sid (Serbia) sin embargo sólo me ha supuesto deportaciones y violencia. Ahora he llegado a Bosnia para tratar de cruzar fronteras por este territorio sin embargo todavía no lo he intentado”.

NÚMERO 23

Hombre, 28 años. Iraq.

Pertenece a una minoría étnica, si en Iraq dijese que pertenece a esa minoría de yazidíes le matarían.

Además, añade que no es creyente y este hecho le genera problemas en su país de origen. Salió de Iraq hace dos años y desde hace tres meses se encuentra en Bosnia. En Grecia, ha estado viviendo en campos de refugiados y estuvo en una prisión para migrantes donde sufrió violencia. Ha sido deportado por la frontera bosnio-croata en tres ocasiones.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“En la frontera croata la policía me ha quitado el móvil, las zapatillas, el dinero, la mochila y todas sus pertenencias. A mí y a mi grupo también nos pegaron. Denuncio violencia policial en Grecia, Bosnia, Iraq y en la frontera croata”.

NÚMERO 24

Hombre, 28 años. Palestina (Franja de Gaza).

Huyó de su país hace 7 años por la situación de guerra en Palestina e Israel. Desde hace un año se encuentra en Bosnia y en 18 ocasiones ha intentado cruzar la frontera bosnio-croata. Presenta historia de tortura y violencia ocurrida en Palestina a manos de la policía israelí. Igualmente denuncia el asesinato violento de cinco amigos suyos en Palestina lo que le hizo abandonar la franja de Gaza viendo que él podía ser el siguiente. Manifiesta problemas visuales con la pérdida total de visión en un ojo debido a una bomba. Comenta que pasó miedo en el trayecto de Turquía a Grecia porque estuvo a punto de morir ahogado. Denuncia situaciones de violencia no sólo asociadas a la policía sino a los propios migrantes. En una ocasión siete argelinos le intentaron robar en el parque de Velika Kladuša, intentaron quitarle el dinero, el móvil y todas sus pertenencias. Le cogieron del cuello e intentaron estrangularle. Afortunadamente en un momento en que le soltaron consiguió salir corriendo y escapar. “Ser migrante es muy difícil especialmente si vienes de un país en guerra, tu familia no está a salvo, tú tampoco y todo es complicado. No sólo tenemos que afrontar problemas en las fronteras, también con otros migrantes. Hay muchos problemas y muchos grupos depende de qué país seas. Yo me llevo mejor con los palestinos y sirios porque estamos en situaciones parecidas y nos apoyamos, aunque es duro saber que tu familia está allí y tú intentas llegar a un destino de Europa para ayudar y ves que no puedes. A veces tengo que alejarme de todo que concierne a mi país y a Siria, evito ver noticias o mensajes que me mandan de Siria y Palestina, me entristece, no los veo porque no puedo. A veces siento que nadie entiende lo que nos pasa, yo tengo derecho a refugio. Salí de mi país porque me hubieran matado los israelíes como lo hicieron con mis cinco amigos, sólo faltaba yo. He estado viviendo en campos de refugiados en el Líbano y tengo parte de mi familia ahí también.”

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Traté de explicar mi situación en la frontera de Croacia a los policías y les rogué mi derecho a pedir asilo. Uno de ellos sacó una pistola y me apuntó amenazándome con hacerme desaparecer.

Quiero denunciar otro episodio de coerción en Eslovenia. Crucé la frontera por el río con 7 personas y la policía eslovena nos retuvo, nos quitaron nuestras pertenencias y nos hicieron firmar unos papeles en los que firmábamos nuestra propia deportación. Yo nunca los firmé y este hecho enfureció a los policías eslovenos

quienes me pegaron brutalmente. Después nos metieron en un furgón policial y nos trasladaron a otra comisaría donde también nos obligaron a firmar papeles parecidos diciendo que no volveríamos al país. Yo me negué y nos metieron en una celda muy pequeña sin ventilación y sin poder ir al baño. Pasado un tiempo, no sé cuánto, nos llevaron con la policía croata y nos deportaron a Bosnia.

Quiero denunciar otra situación de violencia vivida este viernes en uno de los parques de . Velika Kladuša Estaba en la puerta de una peluquería en la que a veces estamos y sobre las 5pm aparecieron cuatro personas con palos y se bajaron de un coche. Nos empezaron a golpear y tratamos de defendernos, pero fue muy rápido y no lo esperábamos. Iban vestidos de negro, tapados y creemos que no eran policías, igual era gente racista que venía de Bihać o de pueblos de alrededor. No sabemos quiénes eran. Tenemos grabaciones por la cámara de la peluquería y queremos denunciarlo, pero es una situación muy difícil, no somos nada ni nadie en Bosnia. Es una pena y una frustración. No creo que consigamos algo.

Por último, quiero decir que estoy sufriendo mucho y que estoy siendo expuesto a una falta total de humanidad. Además de haber sufrido mucha violencia y robos por parte de las autoridades en las zonas fronterizas de Europa. También me han insultado y me han humillado sin ningún tipo de respeto.”

NÚMERO 25

Hombre, 23 años. Argelia (bereber).

Busca una vida mejor, hace un año que salió de su país de origen y desde hace 8 meses se encuentra en Bosnia. Ha estado en Sarajevo durante el invierno y ha intentado cruzar la frontera bosnio-croata en 7 ocasiones. De Turquía a Grecia lo intentó en 14 ocasiones.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“En Turquía fui encerrado en una cárcel para migrantes durante ocho días sin apenas comida ni agua. Cada día a las 6am un policía venía y nos cogía uno a uno, nos sacaba de la celda para pegarnos y ejercer violencia sobre nosotros. Nos pegaba con porras, con la mano, con palos... Nos ataba las manos y los pies y nos tenía así durante el rato que quería. También nos ataba para estar extendidos y que no pudiéramos

agacharnos o sentarnos. Además, usaba siempre la misma canción con su teléfono móvil y la ponía cuando nos pegaba. Se metía el móvil en el bolsillo y nos pegaba con banda sonora.

Los militares turcos también nos forzaron a desnudarnos y ponernos en situaciones humillantes.

De Bosnia quiero denunciar que en una de nuestras deportaciones a un amigo nuestro le rompieron el brazo debido a la violencia policial, en Croacia. Cuando llegamos a Bosnia fuimos a un centro médico y conseguimos que le pusieran yeso. Volvimos a intentar el cruce de fronteras y como mi amigo llevaba el brazo escayolado la policía croata le golpeo en el brazo y le rompieron la escayola, luego no encontramos ningún centro médico que nos quisiese atender. De hecho, somos un grupo de cinco amigos y bajamos a Sarajevo para intentar que le atendiesen, pero nadie le atendió. Por eso pasamos el invierno en Sarajevo. Ahora mi amigo lleva el brazo sin movilidad y no sé si lo curará algún día. También quiero denunciar de Bosnia que hace 14 días un grupo de afganos e indios entraron a nuestra casa y nos empezaron a pegar, entonces tuvimos que pegarnos. Es mucha la inseguridad que se vive en esta situación que nos encontramos. De Croacia me gustaría denunciar que en una ocasión la policía croata nos atrapó en *la jungle* y nos detuvieron. Nos dejaron encerrados en un coche durante dos días, pensaba que iba a morir ahí. Estuve dos días sin acceso a agua, ni comida, ni a baño, simplemente encerrado en un coche. La policía croata nos cogió el dinero, los zapatos, las mochilas, cargadores, teléfonos móviles, sacos de dormir, todo. Luego nos deportaron. Es muy duro ésto, afortunadamente tengo un amigo con el que salí de Argelia y estamos siempre juntos, si no estuviéramos juntos sería mucho más duro, es la única persona en la que confío. Cada día me repito que tengo que estar fuerte. En Bosnia y Croacia no somos personas, somos tratados como animales.”

NÚMERO 26

Hombre, 24 años. Argelia (bereber).

Hace un año salió de su país de origen y lleva 8 meses en Bosnia. En total acumula 20 deportaciones, 7 desde Croacia.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

Denuncia los mismos episodios de violencia que el número 25. Son amigos y han vivido juntos las mismas experiencias.

NÚMERO 27

Hombre, 24 años. Sahara Occidental.

Hace dos meses dejó el Sahara Occidental, lleva un mes en Bosnia y desde hace dos semanas y media está en Velika Kladuša. En seis ocasiones ha intentado cruzar la frontera bosnio-croata, en una ocasión se quedó en Eslovenia a 4km de Italia.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Denuncio haber tenido problemas en el Sahara Occidental por el gobierno colono de Marruecos, pero no he tenido problemas de violencia en mis deportaciones ni en las fronteras europeas”.

NÚMERO 28

Hombre, 18 años. Siria.

Hace un año abandonó Siria por la guerra. Estuvo viviendo en Grecia donde solicitó asilo, sin embargo, se queja de las condiciones de vida en el campo de refugiados griego y decidió seguir cruzando fronteras hacia Europa. Lleva 3 meses y medio en Bosnia y ha cruzado la frontera bosnio-croata en una ocasión. Su estabilidad emocional está muy débil porque antes de salir de Siria pensaba que recibiría buen trato y acogida en Europa por haber experimentado la dureza de la guerra. Está tomando fármacos porque tiene pensamientos suicidas. Se siente muy sólo.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Denuncio a la policía croata en frontera que me ha roto las gafas, me ha golpeado, me ha dado patadas y me ha robado mis pertenencias”.

NÚMERO 29

Hombre, 27 años. Marruecos.

Salió hace 9 meses de su país de origen y lleva 4 en Bosnia. Ha intentado cruzar la frontera bosnio-croata en 6 ocasiones.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“A lo largo de mi travesía la policía europea en fronteras me ha golpeado, me ha robado mi dinero y me ha quitado todas mis pertenencias. En la última deportación la policía croata me golpeó salvajemente las piernas y en tres ocasiones tuve crisis de ansiedad porque pensé que no volvería a poder andar a consecuencia de los golpes.

NÚMERO 30

Hombre, 24 años. Argelia.

Hace 11 meses salió de Argelia y lleva 9 meses en Bosnia. Ha sido deportado en 7 ocasiones, 3 desde Serbia y 4 desde Croacia. Denuncia la exposición a continuos y penetrantes sonidos agudos en dependencias policiales croatas. Presenta historia de tortura y violencia por parte de la policía croata.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Denuncio la desaparición de un amigo mío en la frontera croata. Denuncio que en Eslovenia la policía asaltó violentamente la casa en la que vivía”.

NÚMERO 31

Hombre, 28 años. Argelia.

Hace 13 meses salió de Argelia y lleva 7 meses en Bosnia. En 14 ocasiones ha sido deportado ilegalmente de la frontera croata.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Hace tres días he sido deportado, tengo el brazo roto y el ojo hinchado a consecuencia de los golpes que me ha propinado la policía croata en frontera. A consecuencia de los golpes puedo tener una lesión ocular ya que no veo bien y tengo estrabismo que antes no tenía. Tengo miedo a perder visión y quedarme bizco. También tengo una herida de considerables dimensiones en la cabeza y denuncio la falta de asistencia médica. Puedo enumerar diferentes episodios de violencia relativos a mi última deportación, tales como golpes en la cabeza, brazos, cuerpo, ojos... y la policía croata me ha robado todas mis pertenencias (móvil, mochila y todo). No obstante, mi impresión es que la policía fronteriza está más tranquila que hace 5 meses.

Me quejo de la falta de dignidad, no podemos sacar dinero ni hacer nada. Somos peor tratados que los perros”.

NÚMERO 32

Hombre, 25 años. Argelia.

Salió de Argelia hace dos años porque su madre está enferma de cáncer y necesitaba pagar el tratamiento. Comenta que su padre trabajaba, pero sólo alcanzaba el dinero para dar de comer a su familia. Desde Turquía ha estado atravesando fronteras hasta su llegada a Bosnia donde lleva 6 meses. En Grecia, al igual que muchos de sus compatriotas pasó un mes en la cárcel, centro de detención para migrantes, simplemente por ser argelino. Comenta que es muy fuerte la inseguridad en la que vive y la falta de derechos en los que se encuentra. Dice que nunca esperaba llegar a Europa y tener la sensación de que no le iba a importar a nadie. Resalta las traiciones entre los propios migrantes y la violencia entre ellos, en dos ocasiones ha sido apuñalado por argelinos. Refiere tener frecuentes pesadillas, en la casa (harba) en la que vive hay sangre en la pared por un chico que murió allí, fue apuñalado y este hecho le hace tener pesadillas. Nadie se ha atrevido a limpiar la sangre de la pared, añade que es muy desagradable levantarte y encontrar la pared con sangre. Sin embargo, todos consideran la estancia en la casa como una situación temporal y no tiene voluntad de hacer nada por prolongar su situación ahí y cuidar el espacio. Comenta que en su propia casa le quitaron el teléfono. Dice vivir una vida estrictamente solitaria, sin confianza ni seguridad en nada ni nadie. Me muestra el doble cosido del pantalón donde guarda su dinero porque ya no se fía de nadie. Cabecea lamentándose el haber venido a Europa pero dice no tener más opción que proseguir el viaje. “Nunca imagine las dificultades que encontraría”. Comenta que en Argelia estaba mucho mejor, sin vivir discriminaciones. La primera vez en su vida que le llamaron *alibaba* fue en Grecia, cuando se subió a un autobús que no pudo pagar. Es una humillación que le dolió mucho porque él no robó, simplemente no tenía dinero para pagar. A veces pasa tiempo pensando por qué estas experiencias las tiene que estar viviendo, dice que es un pensamiento que le comenzó a asaltar desde que volvió de una deportación de Croacia donde se vio muy delgado.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Hace un mes volví de Bihać y la policía me golpeó, me dio patadas, me abofeteó. Tengo un historial con diferentes episodios de violencia en fronteras:

-A 30 /40 km pasada la frontera bosnia, en territorio croata. Tanto en zonas de bosque como en ciudades la policía me ha retenido, me ha dicho para y una vez he parado me han golpeado. Antes tenía un teléfono que me servía para Gps y la policía me lo aplastó, ahora sólo tengo un teléfono para llamadas que es el que utilizo para comunicarme con mi madre”.

-Quiere comentar un episodio de violencia porque contiene muchos elementos cuyo propósito es la humillación, el daño y la devaluación moral que es más dolorosa que la violencia física, comenta. “He probado a cruzar fronteras de muchas maneras, con diferentes grupos de personas, argelinos, sirios, en grupo, en pareja, con mafias o sin ellas. En una ocasión decidí hacer el *game* con una familia. Eran un hombre y una mujer con dos niños de 8 años. Era invierno y cruzamos *la jungle* con mucho frío. Estábamos en territorio croata y tuvimos problemas con el gps, acabamos en un río bastante caudaloso que comunicaba con la parte bosnia, por tanto, teníamos que dar la vuelta y continuar en suelo croata. Nos habíamos perdido. Apareció la policía croata y nosotros solicitamos la deportación, les dijimos que nos deportaran porque no había más opciones. Nos obligaron a cruzar el río que estaba con el agua helada y mucha corriente. Nos sacaron una pistola y un taser, nos amenazaron y nos obligaron a cruzar, era imposible que los niños atravesaran el río porque la corriente se los hubiera llevado. El agua me cubría por el pecho y cargué primero con uno y luego con el otro. Antes de cruzar todos los adultos, nos pidieron los móviles y los metieron a una bolsa de plástico. Los tiraron al río y nos dijeron que si los queríamos que fuéramos a por ellos. Nos hicieron volver mojados y sin móviles a Bosnia. Esa experiencia ha sido de las más duras, sobre todo por el cómo sentí que no era una persona ni era nada, y especialmente, por los niños. Afortunadamente no nos pasó nada, pero fue una travesía muy dura. Los viajes con familias son diferentes, muchas veces no hay una violencia tan directa, pero la hay indirectamente. En las deportaciones con hombres a veces la policía hace dos filas con cuatro policías en cada fila y te obligan a pasar por el medio mientras te pegan.

Esto lo hacen sobre todo antes de meterte al furgón policial, un pasillo para que entres. Con las familias te tratan de otro modo”.

NÚMERO 33

Hombre, 41 años. Argelia.

Hace un año y medio que salió de su casa y lleva en Bosnia 1 año. En las 10 ocasiones que ha intentado cruzar la frontera bosnio-croata ha sido deportado con violencia. También ha pasado alguna temporada en Eslovenia tratando de cruzar frontera desde ahí y ha sufrido violencia y tortura policial.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“He sido expuesto y víctima de mucha violencia en la frontera croata y serbia. La policía croata robó mi teléfono, mi dinero y abusaron de mí golpeándome y me dijeron numerosos insultos. También he sido forzado a escribir falsas confesiones en Eslovenia y Croacia. En Bosnia, hubo un fuego en una casa en la que vivía y me acusaron de ser responsable del fuego, pasé un día en prisión y me obligaron a desnudarme y quedarme sólo en calzoncillos.”

NÚMERO 34

Hombre, 25 años. Siria.

Hace 6 años salió de Siria y lleva dos meses en Bosnia. Presenta historia de tortura a consecuencia de la guerra. “He sido deportado en dos ocasiones por la frontera bosnio-croata y la policía robó mis pertenencias, pero no utilizó violencia conmigo. He estado en prisión en Siria en cárceles gestionadas por DAESH y por Basar Al- Asad. DAESH ha hecho conmigo simulacro de ejecuciones poniéndome de rodillas y con una pistola en la cabeza, yo deseaba que me matasen y acabar con todo. En la cárcel he presenciado como DAESH sacaba personas de sus celdas y les cortaban el cuello con un cuchillo, era una situación de azar, podía pasarle a cualquiera. Yo he sido torturado por DAESH en prisión, por ejemplo, me han atado con cuerdas las manos y me han dejado suspendido desde una altura. He sido testigo de la ejecución de importantes líderes religiosos de mi comunidad. DAESH sacaba gente de la cárcel o personas importantes para las comunidades y las asesinaba en plazas y lugares públicos obligando a todo el pueblo a asistir al

evento y a mirar las ejecuciones. Si no lo hacías podían considerar que apoyabas a los asesinados y podían asesinarte a ti también. Mis cuatro hermanos, mi madre y mi padre han sufrido importantes daños por situaciones de guerra”.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Denuncie el robo de mis pertenencias por parte de la policía croata. Me robaron el móvil, la powerbank y el dinero. He sufrido racismo, pero no violencia física entre fronteras”.

NÚMERO 35

Hombre, 31 años. Iraq.

Dejó su país por tener miedo ya que la situación política en Iraq es muy convulsa. Hace ocho meses salió de Mosul y lleva 4 meses en Bosnia. Ha sido deportado 6 veces de Croacia y dos de Eslovenia. Presenta acumulación de eventos traumáticos a consecuencia de la guerra en Iraq, muerte violenta de un hermano, desaparición de su padre, testigo de abuso sexual, de bombardeos y situaciones de combate y de ejecuciones. Dice consumir alcohol como una forma de superación de problemas y como una práctica que desarrolla desde que está en Europa. La situación en Bosnia es muy complicada para él, dice que se encuentra sin dinero, sin posibilidades de conseguirlo y todo es muy caro. Prefería vivir en Grecia donde era mucho más fácil conseguir dinero y teléfonos móviles más baratos. Se queja de pasar hambre en ocasiones.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Denuncie que la policía croata me robó dinero. En una ocasión intentó cruzar la frontera croata hacia Eslovenia en un coche con una joven chica italiana y la policía les detuvo. Estuve tres días en la cárcel en Eslovenia hasta que me deportaron y nadie me hablaba. No denuncié situación de violencia en mis deportaciones. Por último, quiero subrayar las dificultades y riesgos de llegar a Grecia a través de bote por Turquía. Estuve a punto de morir porque mi barca se hundió y murieron cuatro personas entre ellas una mujer y un bebé”.

NÚMERO 36

Hombre, 26 años. Argelia.

Salió hace dos años de Argelia y lleva 15 meses en Bosnia. En 20 ocasiones ha sido deportado de Croacia y en 4 de Eslovenia. Está en movimiento porque quiere reencontrarse con familiares suyos que se encuentran en Francia y en Bélgica. Explica su travesía hasta llegar a Bosnia, de Argelia voló a Turquía y de ahí llegó en autobús a Grecia. Desde Grecia cogió un taxi (mafia) y llegó a Albania desde donde otro taxi (mafia) le condujo a Montenegro y de ahí en autobús a Bosnia. Dice haber sido testigo de violencia durante las deportaciones, aunque a él sólo le han pegado en una ocasión. Se lamenta y se siente víctima de haber estado en prisión en Turquía 6 días porque un amigo suyo robó teléfonos y ambos estaban juntos y fueron enviados a prisión.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Denuncio que la policía croata me ha roto ya 5 móviles a lo largo de todas mis deportaciones, me han robado un total de 230 euros y me han abofeteado. Fue la primera vez que la policía usó violencia física hacia mí en toda mi vida. Denuncio la desaparición de un amigo mío en Montenegro, desapareció en *la jungle* y nadie sabe nada de él. Por último, me entristecen y enfurecen las situaciones de violencia entre los migrantes. En una ocasión, en *la jungle* un hombre y una mujer me atracaron a mí y a un amigo mío, nos robaron todo y nos golpearon”.

NÚMERO 37

Hombre, 24 años. Iraq.

Salió de Iraq hace un año y cuatro meses. Lleva en Bosnia 9 meses.

Su historia es bastante particular ya que es una persona que podría acogerse a la protección internacional no sólo por la inestabilidad política y violencia en su país de origen sino por su historia personal. En Iraq mantuvo una relación de noviazgo con una chica de su edad y estuvieron juntos toda la adolescencia hasta que se vio obligado a salir del país. Él procede de una familia económicamente muy bien situada y culturalmente ilustrada. Tiene creencias religiosas, pero define a su familia como una familia muy occidental. Su padre es propietario de una cadena de concesionarios de coches y mantiene dos familias, la familia de su madre y otra con la que convive y tiene otros hijos. En su familia casi todos sus hermanos

tienen estudios universitarios y él trabajaba en Bagdad como veterinario en una clínica. Mantenía una relación de noviazgo desde su adolescencia con una persona y la relación con el padre de ella era bastante mala porque él no le pidió la mano al inicio de la relación. La familia de ella era otra familia influyente de Bagdad con poder en la ciudad y en la región. Durante uno de sus encuentros mantuvieron relaciones sexuales y los grabaron en vídeo. El padre de ella requisó el móvil de su hija, encontró los vídeos y quiso matarle a él. Empapeló las calles de Bagdad con carteles con su foto solicitando una recompensa para quien lo encontrase. La familia de él se enteró y su madre y hermanos le encerraron en un cuarto de la casa para que no saliese y ver cómo se gestionaba la situación. Intentaron dar un poco de tiempo para que se tranquilizasen los ánimos y hablar con la familia de ella pero no había forma de hacer entrar en razón al padre. El chico logró escapar de la habitación donde su familia le encerró y se dirigió a matar al padre de ella. Porque, entre otros motivos, no sólo como respuesta a su amenaza de muerte, señala que a su exnovia su propio padre le golpeó con mucha violencia, le insultó y la dejó encerrada por días en otra habitación sin apenas comida. Comenta que el padre de ella juró que no se volverían a ver y que había sido una deshonra muy fuerte para la familia y que la única forma de compensarlo era con la muerte del chico. Mientras él buscaba al padre de ella para matarle un hermano suyo le interceptó y lo retuvo intentando que recapacitase y buscando soluciones hasta que la madre de ambos llegase. El chico estaba decidido a matarlo y así se lo trasladó a su familia. Reunidos todos, su madre pidió a los hermanos que le soltasen y que le dejaran que fuese a matar al padre de ella pero le advirtió al chico que a su regreso ella se habría suicidado porque nunca soportaría ser la madre de un asesino. Ante esto, todos volvieron a casa y al poco tiempo el migró a Turquía para iniciar su travesía hacia Europa. No se considera una persona con suerte para cruzar fronteras. Dice que proviene de otro mundo, que no está acostumbrado a una vida de tanto riesgo. Su familia le envía grandes cantidades de dinero pero tiene miedo y desesperanza a la hora cruzar fronteras. Está acostumbrado a vivir tranquilamente y cruzar fronteras le supone mucha tensión. Dice haberlo intentando de muchas maneras, con pasaportes falsos, cruzando bosques, pagando a mafias caras, baratas y de muchas formas, pero las

situaciones de violencia e inseguridad del *game* le generan nerviosismo y le hacen sentirse inferior como ciudadano. Su sueño es llegar a Inglaterra, reunirse con uno de sus hermanos y poder trabajar ahí.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Cruzando de Croacia a Eslovenia hay tres ríos. En el primero de los ríos nos arrestó la policía a mí y a mi amigo. Nosotros íbamos andando, la policía dijo para y paramos. En ese momento, la policía disparó al aire y mi amigo perdió el conocimiento. Mi amigo tuvo miedo, era diabético y se desmayó. Habíamos pasado días enteros en el bosque, sin apenas alimentos, faltos de agua y sin insulina para él. Nos metieron en el coche y nos dejaron en la frontera. Nos golpearon, nos quitaron el dinero, el teléfono y las powerbanks”.

NÚMERO 38

Hombre, 24 años. Sirio.

Hace tres años abandonó Siria por la guerra y lleva 4 meses en Bosnia. Vive en el campo de refugiados de Miral Camp y ha intentado cruzar la frontera por Velika Kladuša en seis ocasiones siendo deportado con violencia.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“La policía croata me ha pegado en la cabeza y me ha golpeado con palos pero no me ha robado mis pertenencias ni he sido retenido en dependencias policiales como otras personas”.

NÚMERO 39

Varón, 23 años. Argelia.

Hace 17 meses salió de su país de origen y desde hace 14 meses se encuentra en Bosnia. Llegó a vivir en el campo de refugiados de Miral Camp porque antes se podía vivir en él independientemente del origen de los migrantes, sin embargo, no pasó en seis días por el campo y le echaron. Ha cruzado la frontera de Croacia con Bosnia en 15 ocasiones. Denuncia violencia policial y violencia por parte de los migrantes. Refiere tener que salir de Bosnia porque la policía llegó a su casa hace 3 o 4 meses y les desalojó con violencia. Él y sus amigos respondieron con violencia y han tenido que dejar la casa, no tiene un sitio donde estar y quiere llegar a Europa.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Hace 10 días he vuelto del último *game* y denuncié que la policía croata no nos considera personas sino animales. En el último *game* la policía nos detuvo cuando íbamos en coche (taxi, mafia). Éramos 16 personas y todas fuimos metidas en un furgón policial, el conductor no abrió las ventanas, no funcionaba el aire acondicionado y nos estuvimos asfixiando de calor sin poder respirar. Seis personas vomitaron durante el trayecto en el interior del vehículo y estuvimos a punto de morir. Cuando llegamos a la frontera de Croacia con Bosnia la policía quemó nuestras pertenencias, las chaquetas, los móviles, las bolsas y nos obligó a cruzar la frontera hacia Bosnia. En otra ocasión la policía croata me golpeó tanto que me ha dejado un hueso salido. Por otro lado, es muy duro cruzar *la jungle* y atravesar fronteras. Es muy peligroso y he encontrado cuerpos en descomposición a lo largo de *la jungle*. Recuerdo a una familia iraní de tres niños y el matrimonio, creo que fueron sepultados por la nieve en invierno y en primavera cuando comenzó el deshielo quedaron a la intemperie y así les ví, en descomposición. Además, cruzar zonas boscosas por Croacia y Bosnia es muy peligroso porque existen zonas minadas. He tenido que atravesar alguna de estas zonas. Conozco bastante bien el terreno y hay zonas minadas que son imposibles de evitar durante la travesía. Me han ofrecido ser guía por 130 euros el viaje sin embargo no he querido porque no podría permitirme dejar morir a gente guiada por mí, niños que no pueden seguir y familias a las que tienes que dejar atrás, como la iraní. También quiero denunciar que en las inmediaciones del Miral Camp los coches pasan a toda velocidad sin tener en cuenta a la gente que está por allí. En una ocasión un coche atropelló a varias personas y no pasó nada, hecho que me confirma que las vidas de migrantes no valen nada. De hecho, perdí a un amigo en la ribera de un río en la zona fronteriza de Croacia con Eslovenia y su cuerpo no ha sido encontrado y no parece importarle a nadie. Respecto al campo también me gustaría denunciar la impunidad de sus trabajadores. Mientras vivía en el interior del campo me dediqué a hacer cestas con mimbre como pasatiempo y llevaba un cuchillo para tallar las canastas. Los de seguridad del campo me dijeron que no podía estar tallando porque estaba prohibido que los migrantes llevaran cuchillos y me aplicaron el taser para inmovilizarme y que dejase de tallar. Por último, quiero exponer situaciones de violencia con

paquistaníes. En varias ocasiones diferentes grupos de paquistaníes me han asaltado en *la jungle* y me han robado mis pertenencias, powerbank, dinero y todas mis cosas”.

NÚMERO 40

Hombre, 23 años. Argelia.

Salió de Argelia hace cuatro meses y desde hace un mes se encuentra en Bosnia. Su padre se encuentra en Francia y quiere reunirse con él, sin embargo, su padre no tiene papeles y no puede iniciar una reagrupación familiar. Ha intentado cruzar la frontera de Bosnia con Croacia en dos ocasiones.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“He sufrido violencia en Argelia, pero no en fronteras europeas”.

NÚMERO 41

Hombre, 35 años. Túnez.

Hace un año y siete meses que salió de su país de origen y desde hace 4 meses se encuentra en Bosnia. Dice buscar un país con mayor apertura mental que la suya, necesita un lugar donde convivan diferentes mentalidades y que no sea tan cerrado como su país de origen. Dice haber participado en la primavera árabe de Túnez y ha sido torturado y testigo de tortura por ello. En la revolución amigos suyos fueron tomados como rehenes, dice que era una práctica del gobierno para generar miedo en la población. Él trató de evitar ser tomado como rehén y decidió salir del país. Ha sido deportado por la frontera de Bosnia con Croacia en tres ocasiones.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“He sufrido humillación física y psicológica por medio de golpes e insultos. La policía croata me ha quemado mis objetos personales en frente de mis ojos y se han reído de mí cuando me empujaron y caí a un charco con agua. En una ocasión la policía croata me detuvo a mí sólo en un espacio de 3x3 metros y estuve allí durante ocho horas antes del push-back”.

NÚMERO 42

Hombre, 21 años. Marruecos.

Salió de su país de origen hace un año y desde hace un mes se encuentra en Bosnia. Ha intentado cruzar la frontera bosnio-croata en una ocasión.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“A mí personalmente no me han pegado en las fronteras europeas. Sin embargo, quiero decir que es una pena y muy triste todo el esfuerzo que hay detrás de cada cruce de fronteras. Todo se hace añicos y se rompe cuando te hacen un push-back. Llegar a Europa requiere mucho tiempo y dinero y el sentimiento de derrota es terriblemente amargo. La migración es un viaje muy peligroso, mi hermano murió hace 4 años en el mar de Libia a Italia, nunca recibimos el cuerpo, otro amigo mío desapareció en Grecia. Nos enfrentamos constantemente a riesgos y a la muerte”.

NÚMERO 43

Hombre, 28 años. Argelia.

Comenta haber tenido que salir de su país de origen por tener problemas de tipo religioso. Su padre y su madre fueron asesinados y se le impidió que enterrase los cuerpos con los rituales religiosos propios de su comunidad y religión. Lleva 3 años y medio en movimiento y 5 meses en Bosnia. Acumula historia de violencia y tortura especialmente de Argelia, Turquía y Grecia. Ha tratado de cruzar la frontera de Bosnia con Croacia en 7 ocasiones y en todas ha sido deportado. En total dice acumular 20 deportaciones entre unos países y otros.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Mi sufrimiento comenzó al llegar al aeropuerto de Estambul. En el aeropuerto de Turquía ya tuve un inapropiado recibimiento. Sufrí abusos por parte de la policía turca y me llevaron a la frontera de Adana. Allí me robaron otros refugiados el móvil y el dinero. Cuando entré a Grecia las autoridades me cogieron y me llevaron a un centro para migrantes donde me estuvieron torturando, me dañaron partes de mi cuerpo y me robaron el pasaporte. Entonces, las autoridades me metieron en una barca pequeña y me devolvieron a Turquía. Nos lanzaron a mí y a más gente al mar y llegamos a la frontera con Turquía. Después de todo esto volví a cruzar el mar, me llevó 22 días hasta que alcancé Grecia de nuevo y me quedé en la zona fronteriza

en torno a un mes. Un amigo mío murió tratando de cruzar de Turquía a Grecia. Agradezco a todas las entidades y activistas que en Grecia me ayudaron, gracias a ellos recibí un buen trato y me subieron la moral. No confío en migrantes, sólo tengo confianza en europeos y voluntarios internacionales. En Bosnia paso hambre”.

NÚMERO 44

Hombre, 29 años. Argelia.

Hace 9 meses salió de Argelia y lleva 3 meses en Bosnia. Ha intentado cruzar la frontera de Croacia con Bosnia en 4 ocasiones. Estuvo en prisión en Grecia 50 días simplemente por ser migrante. Dice haber sido torturado durante su estancia en la prisión griega.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“La policía eslovena me detuvo mientras estaba esperando al tren en la estación. Me tiraron al suelo dándome golpes y patadas, me golpearon la cabeza y la espalda y me insultaron. La policía croata me quitó mis pertenencias. Por último, denunció que he sido obligado a desnudarme y he sido golpeado en todas las fronteras que ha intentado cruzar”.

NÚMERO 45

Hombre, 28 años. Marruecos.

Salió hace 9 meses de su país de origen y lleva 3 en Bosnia con 4 intentos de cruce de fronteras de Bosnia a Croacia. Está casado y su mujer vive en Holanda, espera encontrarse con ella pronto. Se lamenta por haber perdido un amigo en el cruce de fronteras, murió cruzando uno de los ríos entre Eslovenia y Croacia.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Denunció haber sido abusado por la policía croata y eslovena en múltiples ocasiones. Me han golpeado y me han tirado al suelo dándome patadas en las piernas. Sólo quiero vivir en un sitio tranquilo”.

NÚMERO 46

Hombre, 28 años. Argelia.

Refiere haber dejado su país por problemas políticos con el gobierno. Acumula episodios de violencia vividos en Argelia. Además, realizó el servicio militar obligatorio por 10 meses y se expuso a situaciones de guerra de las que tiene recuerdos ocasionalmente. Salió de su país de origen hace tres meses y lleva un mes en Bosnia. Ha intentado cruzar la frontera de Bosnia con Croacia en una ocasión.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“El problema está en la frontera Bosnia-Croacia, la policía nos ha quitado los sacos de dormir, los móviles. Nos ha pegado y no podemos responder”.

NÚMERO 47

Hombre, 33 años. Argelia.

Hace tres meses salió de su país de origen y lleva 1 mes y medio en Bosnia. Ha sido deportado de Croacia en 3 ocasiones y otra vez fue deportado desde Italia porque había un menor de edad en el grupo.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Nunca ha tenido ningún problema con la policía, cuando me han dicho de parar he parado y no ha habido violencia”.

NÚMERO 48

Mujer, 33 años. Marruecos.

Lleva 4 meses en Bosnia y hace un año salió de su país. Se encuentra en movimiento porque en Marruecos su rol de mujer le generaba mucha presión especialmente en su entorno familiar. Acumula historia de violencia sexual, en la niñez por el marido de su madre y durante su juventud y adultez por su exmarido.

Los episodios de violencia y tortura los asocia a la violencia de género que vivió en su matrimonio, motivo que le impulsó a abandonar Marruecos. Manifiesta sintomatología común en víctimas de abuso sexual tal como dificultad para conectar emocionalmente con hombres, sentimiento de hiper activación y vigilancia, dificultades para expresar rabia y enfado y tendencia a llorar en solitario. Experimenta psicopatizaciones a través de dolores de cabeza, de espalda y respiratorios que los asocia al estrés en el que vive. Presenta dificultades para conciliar y mantener el sueño y las atribuye a las dificultades de dormir en espacios

habitados con hombres, su condición de mujer le hace estar alerta en estas ocasiones y no descansa. Se siente traicionada por su madre.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Quiero denunciar la falta de asistencia médica en Bosnia y Croacia”.

NÚMERO 49

Hombre, 22 años. Siria.

Hace un año y cinco meses que dejó Siria y desde hace 3 meses está en Bosnia. Abandonó Siria porque DAESH le llamó a filas y él no quiso formar parte de su ejército. Si vuelve le matarán. Presenta historia de tortura asociada a DAESH y el régimen de Basar Al Asad. Ha presenciado asesinatos y numerosos eventos traumáticos y de tortura, pone de ejemplo la entrada de DAESH en las ciudades a la que sigue una matanza aleatoria de gente. Comenta que ha estado a punto de morir ahogado en el trayecto de Turquía con Grecia.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Destaco como abusos la actuación de la policía eslovena. Me metieron en un furgón policial desde por la mañana hasta por la tarde, en el coche hacía mucho calor y sufrí falta de oxígeno”.

NÚMERO 50

Hombre, 25 años. Iraq.

Hace dos años abandonó Iraq y desde hace 8 meses y medio se encuentra en Bosnia. Ha intentado cruzar la frontera a Bosnia –Croacia en 6 ocasiones. Se siente torturado por la policía croata y europea, en el sentido de que han ejercido violencia contra él de forma deliberada y sistemática. Sin embargo, la gran mayoría de eventos de tortura que acumula se produjo en Iraq con DAESH. “A mi padre lo asesinaron por la guerra y aunque recibimos su cuerpo nunca pudimos enterrarlo porque no nos dejó el gobierno. Iraq está muy corrupto, yo denuncié un asesinato que presencié y vinieron a buscarme a casa para matarme. “*Miliciat*” es la policía iraquí y funcionan como mafias, cuando DAESH llegó a Iraq las “*miliciat*” llegaron con él y decidí salir del país. Mi familia tenía tres casas y las tres fueron destruidas por bombas. Toda mi vida ha sido de guerra, primero con los americanos y luego con DAESH”.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Llegué a Montenegro desde Grecia con documentación falsa, fui cogido por la policía y me pusieron en prisión en Montenegro. He sido torturado y me han dejado en prisión en aislamiento durante 7 días y en prisión con régimen ordinario 4 meses. Después he llegado a Bosnia para continuar mi viaje hasta Europa. Entonces traté de cruzar hacia Croacia y la policía croata me impidió el paso y me rompieron el brazo debido a las palizas en frontera”.

NÚMERO 51

Hombre, 41 años. Iraq.

Dejó Iraq hace dos años y ocho meses y lleva 4 meses en Bosnia. Ha recorrido diferentes campos de refugiados en Serbia (8 meses), Kosovo (2 meses), Albania (3 meses) y Grecia (3 meses). Ha sido deportado de la frontera bosnio-croata en 2 ocasiones. “Me gustaría volver a un Iraq sano. Trabajé para el régimen de Saddam Husein y con su derrocamiento he tenido problemas con los gobiernos posteriores y estoy amenazado de muerte. Yo pertenecía al equipo directo de Saddam, a sus primeros asistentes y cuando acabó el periodo de Saddam Hussein, el régimen que entró bombardeó mi casa y nos dispararon. A mí me dispararon tres veces, pero no consiguieron matarme, me puse de escudo humano delante de mi familia. Me metieron en la cárcel en Iraq y fui torturado. Denuncio los bombardeos químicos sobre diferentes ciudades de Iraq durante el periodo de guerra a la caída de Saddam. He hablado con policías para evitar los bombardeos químicos y aseguro que en Iraq existen las pistolas de armas químicas. De hecho, yo tuve una pistola de este tipo y tuve que destruirla al acabar el régimen. Al salir de la cárcel mi familia y yo huimos de Irak por Irán y fuimos secuestrados, al cabo de tres días y por un despiste de los secuestradores logramos escapar. El cambio de vida que he tenido ha sido muy fuerte, te puedes imaginar”. Las experiencias de tortura están principalmente asociadas a su estancia en la prisión de Iraq. Cuenta que le ataron las manos a la espalda durante horas y le durante dos días seguidos estuvo atado mientras una gota de agua le caía en la cabeza. Además, no cree en Dios y este hecho le genera problemas familiares, religiosos y políticos en su país de origen. Dice que el mundo está lleno de problemas asociados a la religión, “si acabasen las

religiones acabarían muchos problemas”, apunta. Su familia se encuentra en Turquía esperando que él llegue a Europa y pueda organizar la reunificación familiar.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

Denuncia torturas y violencia sufrida en Iraq. Simulacros de ejecución.

NÚMERO 52

Hombre, 25 años. Iraq.

Salió de Iraq hace dos años y desde hace uno se encuentra en Bosnia. Refiere haber tenido problemas políticos en Iraq, especialmente porque no cree en Dios. Ha intentado cruzar la frontera de Bosnia con Croacia en 10 ocasiones. Ha vivido en campos de refugiados en Grecia, Montenegro y Bosnia. Presenta historial de eventos traumáticos a consecuencia de la guerra, su padre y dos de sus hermanas han fallecido por situaciones de combate. Su padre estuvo 10 años desaparecido hasta que encontraron su cuerpo.

Presenta historial de tortura principalmente asociado a la guerra en Iraq.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Me entristece que seamos tratados peor que los animales. Se nos deja que pasemos el tiempo sin hacer nada, no tenemos ninguna responsabilidad ni ninguna posibilidad para hacer nada. Sólo existe el aburrimiento en Miral Camp. Por ejemplo, hace poco tuve una discusión con el responsable de cocina del Miral Camp, le pregunté que si sería capaz de comer la comida que nos hacen comer. Me dijo que no. Comemos comida muy mala, cocinada sin sal y muy malos ingredientes. Le propuse al responsable de cocina que nos incluyeran para trabajar en cocina, podemos participar una persona de cada etnia y cocinar comida que nos guste. Así tendríamos algo que hacer y comeríamos buena comida. No tenemos derechos humanos, a mí me atropelló un coche y no pasó nada”.

NÚMERO 53

Hombre, 29 años. Iraq.

Lleva un año en movimiento desde que dejó Iraq y cuatro meses en Bosnia. Ha estado viviendo en campos de refugiados en Grecia, Albania, Montenegro y Bosnia y en 7 ocasiones ha sido deportado de Croacia, por

la frontera bosnia. También ha pasado por cárceles para migrantes en Turquía, Montenegro, Eslovenia y Grecia. Acumula historial de tortura por la guerra en Iraq. Ha sufrido violencia policial fronteriza en las deportaciones por la frontera bosnio-croata y le han requisado sus pertenencias.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“Mi familia cree en Alá mucho y yo no creo, lo que me ha supuesto un problema muy fuerte en Iraq para mí y mi familia. He sufrido mucho en Iraq y me han insultado cuando llegué aquí. Estoy desesperado con la vida y no sé qué hacer. Quiero que alguien me ayude”.

NÚMERO 54

Hombre, 23 años. Iraq.

Abandonó Iraq 1 año y 3 meses atrás y se encuentra en Bosnia desde hace 4 meses. “El motivo que me ha hecho venir a Europa han sido las amenazas de muerte que tengo en Iraq. Tenía una pareja y pedí cuatro veces a su padre casarme con ella. La familia no lo aceptaba. Yo iba en el coche con mi pareja y un familiar suyo nos disparó. Yo llevo varios disparos en el brazo y ella murió a mi lado. A partir de ahí no tenía nada que hacer en Iraq y decidí salir. Sueño con ella mucho, la sigo queriendo y la querré toda mi vida”. Ha estado viviendo en diferentes campos de refugiados a lo largo de la geografía europea, un mes en Sarajevo, 3 meses en Miral Camp. Recientemente ha venido a Bosnia porque ha intentado cruzar por la frontera de Serbia con Croacia 4 o 5 veces y no lo ha conseguido, pretende cruzar por Bosnia. De momento todavía no lo ha intentado. Acumula historia de violencia en Iraq.

¿Quisiera denunciar algún abuso sufrido en las fronteras europeas?

“En mis deportaciones no ha habido violencia física. No tengo nada que decir a este respecto”.

Anexo 4. Descripciones personales de experiencias traumáticas más relevantes aportadas por los participantes del estudio II. Idomeni (HTQ, Parte II).

Sujeto	Experiencia traumática
Mujer, siria, casada, 25 años	<p>Vi bombardeos aéreos y de artillería sobre mi ciudad que causaron muertos, heridos ensangrentados, y gente quemándose por el fuego. También fue destruida mi casa totalmente. Algunas personas de mi ciudad fueron ejecutadas y colgadas por el ISIS.</p> <p>Mi vida actual es durísima en el campamento. Los animales seguramente se negarían a vivir como nosotros aquí, sin comida ni agua.</p>
Mujer, siria, casada, 29 años,embarazada	<p>Debido al bombardeo y a la destrucción de mi casa, excavamos refugios para dormir. Caminaba por la calle y los obuses caían en todas partes y pensaba que en cualquier momento iba a morir. He perdido a mi familia, mis parientes y fui forzada a dejar mi país.</p> <p>Ahora vivo en una tienda de campaña muy pequeña que no resiste las lluvias torrenciales y nos mojamos por el agua. He sufrido una intoxicación alimenticia debido al mal estado de la comida y la contaminación del agua.</p> <p>Estoy embarazada de 9 meses y con un niño pequeño. Mi esposo no está con nosotros.</p>
Mujer, siria, casada, 32 años	<p>Los bombardeos aéreos sobre la población civil y los colegios de Alepo nos causaron horror.</p> <p>El campamento de Idomeni está para acabar con la vida de sirios y kurdos. Hay escasez de comida. Las autoridades de Macedonia nos agredieron y utilizaron gases lacrimógenos y balas de goma contra nosotros.</p>
Mujer, siria, casada, 26 años,embarazada	<p>Los bombardeos aéreos, obuses y los barriles explosivos en Siria no cesaban ni de día ni de noche. Creía que mi familia y yo íbamos a morir en cualquier momento.</p>

	Ahora vivo en el campamento de Idomeni. Estoy embarazada y no encuentro comida para que nazca mi hijo sano.
Mujer, siria, casada, 65 años	Mi esposo tenía un comercio, un día fue bombardeado el mercado y mi esposo quedó ciego. Ahora está en Alemania con mi hijo. Espero la reagrupación familiar. Llevamos en este campamento 2 meses y 24 días. Creo que la muerte se olvidó de nosotros. Ni animales ni humanos pueden vivir en él.
Mujer, siria, casada, 29 años	Bombardeos aéreos y tres obuses alcanzaron nuestra casa mientras estábamos dentro y murieron vecinos. He visto como un ciudadano fue enterrado vivo. En el campamento de Idomeni la vida es tan dura como en Siria, bajo el sufrimiento y el miedo permanente.
Mujer, siria, casada, 20 años, con sus hijos	El momento más difícil de mi vida es cuando fue degollado por el ISIS mi tío. Ocurrió delante de mí, de su esposa e hijo de un año. Las fuerzas de Assad bombardearon mi ciudad. Un amigo de mi familia se hizo estallar y nadie hizo nada para ayudarlo. Aquí mi hija estaba a punto de perder la vida y Médicos Sin Fronteras nos llevó al hospital.
Mujer, siria, casada, 25 años	Viví bombardeos, armas químicas, destrucción y robos. Fue destruida nuestra casa y ahí perdimos a algunos familiares. En el campamento lo peor es el clima. Tenemos que esperar de pie mucho tiempo en filas el reparto de comida, y si hay algún problema se cierra el reparto y nos quedamos sin comer.
Mujer, siria, casada, 25 años	He visto gente herida, fallecidos, muertos, cadáveres, trozos de personas en todas partes. No puedo soportar lo que he visto.
Mujer, siria, casada, 31 años	Yo vivía en Aleppo. Fue destruida mi casa y han muerto todos mis amigos. Fue destruida la casa de mi padre y resultó herido en un hombro a pesar de padecer problemas cardíacos y ahora está en Turquía.

	No teníamos casa, ni electricidad, ni comida, ni agua, ni nada, fue todo destruido.
Mujer, siria, casada, 23 años	En Siria murió mucha gente y hay muchas casas destruidas. La tortura es la del pensamiento y esto me agota. En el campamento hay peleas entre la gente. Quiero encontrarme con mi esposo.
Mujer, kurda, casada, 37 años	Tengo 4 hijos y no tengo casa, ni enseres, ni dinero. Fui torturada en Turquía, intentaron ahogarnos en alta mar. Estoy con mis hijos en el campamento de Idomeni y están enfermos por la falta de medicación y comida. La policía de Macedonia utilizó gases lacrimógenos y sufrimos tortura. En el Kurdistán hay muchos problemas y escapamos a Siria un año, luego por la guerra volvimos a Turquía y de ahí a Grecia donde fuimos torturados y sufrimos de todo.
Mujer, siria, casada, 22 años	He pasado por muchas situaciones peligrosas y varias veces estuve a punto de perder la vida. Lo más doloroso fue ver morir a mis hermanos. En el campamento de Idomeni mis hijos siempre están enfermos.
Mujer, siria, soltera, 24 años	Los más difícil fue cruzar el mar en Turquía. Igualmente, atravesar el bosque en Grecia y Macedonia llegó a ser muy duro. También la situación de espera en la frontera de Grecia. Lo peor de todo es estar en el campamento. Aquí, en Idomeni estamos sin techo, sin electricidad, pasamos miedo y hambre. Si tuviera que decir que es lo peor hay muchas cosas, pero sería el cierre de fronteras, el mar, los aviones, la destrucción y la guerra.
Mujer, siria, soltera, 19 años	Atravesando el mar de Turquía a Grecia pasé miedo. La frontera de Grecia con Macedonia también es muy peligrosa, y fue duro atravesar el bosque de Macedonia a Serbia. Además, pasé mucha hambre en la frontera de Macedonia y tuve frío por falta de techo. Navegar en el mar fue muy duro. Después, nos tocó

	<p>caminar en el bosque durante mucho tiempo y ahora estamos obligados a esperar en la frontera.</p>
<p>Mujer, siria, casada, 32 años</p>	<p>Sufro daño psicológico por los bombardeos de la aviación y el maltrato. Como temía que pasara algo a mis hijos, he decidido buscar un techo y un futuro mejor para mis hijos dejando atrás la guerra en siria.</p> <p>Un mensaje para quien le interese: La forma de vivir en el campamento no es sana para nadie, sobre todo para nuestros hijos en lo que se refiere a la comida, el agua y el clima.</p>
<p>Mujer, siria, casada</p>	<p>Donde yo vivía nos cayó un obús. He sentido horror y miedo y desde entonces me duele y la guerra sigue.</p> <p>Las autoridades macedonias nos lanzaron gases lacrimógenos.</p> <p>El cierre de fronteras es de lo peor que he vivido.</p>
<p>Mujer, siria, casada, 21 años</p>	<p>Fueron bombardeadas y destruidas nuestras casas. Fue secuestrado mi hermano y torturado. Fue herido mi esposo y apresado, perdió un pie.</p> <p>Nuestra forma de vivir en el campamento de Idomeni es muy mala en todos los sentidos (vivienda y comida, etc...).</p>
<p>Mujer, siria, casada, 26 años</p>	<p>Fue bombardeado el aeropuerto de una forma intensa con barriles explosivos y misiles y el bombardeo alcanzó nuestra casa y fue destruida. Decidimos escapar con nuestros hijos para que no les pasara nada. Mi esposo fue detenido como rehén en la ciudad de Idlib. Fue bombardeada Idlib por misiles y armas químicas.</p> <p>Cubrimos nuestras caras con toallas de algodón y escapamos.</p> <p>Fuimos apresados 2 veces por las autoridades turcas en Izmir (Esmirna).</p> <p>Actualmente estamos en el campamento y la comida es muy mala, falta de ropa y los cuidados médicos no son buenos.</p> <p>Los contrabandistas para traernos hasta aquí se aprovecharon de nosotros y nos cobraron mucho dinero. Nos quedamos sin nada (dinero, comida, casa) para nuestros hijos.</p>

<p>Mujer, siria, casada, 66 años</p>	<p>Bombardeos aéreos y armas químicas causaron la muerte de unos parientes, amigos, civiles e inocentes. Nuestro sufrimiento está basado en la comida, el clima y la forma de vivir. Venimos a Europa para buscar seguridad y no para vivir en campamentos en la frontera. No disponemos de dinero y hay gente enferma. En Europa sufrimos mucho y fuimos humillados. De Siria nos escapamos de la guerra, del bombardeo y del asesinato.</p>
<p>Mujer, kurda siria, casada, 21 años, embarazada</p>	<p>He visto y sufrido mucho: cansancio, fatiga, bombardeos por artillería y misiles, miedo y horror en el mar. No queremos ver que nuestros hijos mueran delante nuestros ojos. Estoy embarazada, enferma y tengo un hijo. No hay atención médica suficiente y queremos una clínica para nuestros hijos.</p>
<p>Mujer, siria, casada, 25 años</p>	<p>He escapado con mi esposo e hijo de la guerra. Sufrimos en las tiendas de campaña. Tememos por nuestros hijos. Lanzan contra nosotros gases lacrimógenos.</p>
<p>Mujer, kurda siria, casada, 24 años</p>	<p>Abandonamos Siria dejando todo lo que tenemos por los bombardeos aéreos. Llegamos aquí hace tres meses y nuestros hijos están enfermos y nuestro estado de ánimo está por el suelo. No podemos dar marcha atrás porque no disponemos de casa ni de nación. Queremos descansar. Basta. En el campamento vivimos entre insectos y culebras, no hay agua potable, ni leche para los niños. Estamos entre la vida y la muerte. No disponemos de dinero. Salimos de nuestra nación y ningún país quiere recibirnos. Queremos un país que nos otorga un refugio y así descansamos.</p>

Anexo 5. Respuestas recogidas en las entrevistas a psicólogos y personal sanitario saharauí en el estudio III.

Atención psicológica en las wilayas

Psicóloga de Bojador y Directora del Departamento de Salud Mental

*“Tenemos siete psicólogos en los campamentos, uno en cada wilaya, otro en el hospital psiquiátrico y una en la escuela de enfermería.
La salud mental en los campamentos nos ha costado mucho, tuvimos que hacer campañas de sensibilización.
Año tras año hay más trastornos psicológicos, en estos últimos años recibo bastantes trastornos de somatización en mujeres”.*

Médico general, miembro del Frente Polisario y técnico del Ministerio de Salud

“No tenemos psiquiatras, cogemos un psicólogo clínico y le damos formación. Entre los dos, ponen el tratamiento para el paciente”.

Médico Auserd

“Tenemos un psiquiátrico sin psiquiatra. La parte psicológica está teniendo auge, la gente se identifica y busca ayuda”.

Psicóloga de Auserd

“Trabajo desde hace 6 años y tengo 68 pacientes. Cuando vine no había muchos enfermos, no había psicólogos en las wilayas y la gente no acostumbraba a ir al psicólogo”.

Psicóloga de Dajla

“Trabajo tres días a la semana desde 2004, ocupándome de 40 pacientes psiquiátricos y psicológicos”.

Psicóloga del Aiún

“Vienen a consulta más pacientes psiquiátricos que físicos...Sobre todo en mujeres la psicopatización es muy abundante”.

Rechazo y estigmatización social de trastorno mental en la cultura saharauí

Médico y Director de Sanidad de la wilaya de Bojador	<i>“Hay un dicho que tenemos en nuestra cultura saharauí, el psiquiátrico nunca te cura. A un paciente psiquiátrico no hay que decírselo, cuando se lo dices le pierdes”.</i>
Psicóloga de Dajla	<i>“Vienen tapadas, con turbante o gafas de sol, sin que nadie sepa que vinieron a consulta o prefieren que vayas a su casa”.</i>
Médico general, miembro del Frente Polisario y técnico del Ministerio de Salud	<i>“En árabe estar loco y psicología es lo mismo, cuando yo veo que es un problema psicológico y quiero derivarles no quieren”.</i>
Psicóloga de Bojador y directora del Departamento de Salud Mental	<i>“El problema de la locura, lo entienden como si fuera un tabú, los apartan a un lado, son locos. Tengo muchos pacientes que ni la familia lo sabe...Lo primero que tratan es de esconder, que nadie los vea, y cuando ya van a todo y no encuentran solución vienen”.</i>
Psicóloga de Auserd	<i>“La gente cree que los enfermos mentales se van a quedar así toda la vida, por eso tienen miedo, hay falta de conocimiento...”.</i>

Uso de medicina tradicional

Psicóloga de Dajla	<i>“En las primeras fases de enfermedad su familia les da tratamientos tradicionales, con brujería, hacen muchas cosas hasta que vienen”.</i>
Psicóloga de Bojador y directora del Departamento de Salud Mental	<i>“Todo lo ven como si fuera mal de ojo, brujería, van a ver al vidente, al curandero y cuando se cansan van al psicólogo”.</i>
Psicóloga de Auserd	<i>“La gente muy religiosa prefiere utilizar la religión como tratamiento”.</i>
Médico y director de Sanidad de la wilaya de Bojador	<i>“La gente puede combinar la religión con el tratamiento, hay combinaciones de medicina tradicional con religión...He</i>

visto personas excitadas que leyendo el Corán se quedan tranquilas y se curan”.

Psicóloga del Aiún

“Hay muchas personas que todavía van a los curanderos antes de venir a los especialistas”.

Médico Auserd

“Los casos psiquiátricos no se detectan temprano, la familia empieza sus cosas tradicionales o religiosas, y cuando ven que fracasan acuden al centro”.

Anexo 6. Entrevista clínica adaptada y diseñada para el estudio III.

HISTORIA CLÍNICA

No: _____.

1. Sexo: _____ .
2. Fecha de nacimiento: _____.
3. Lugar de nacimiento: _____.
4. Estado civil: _____.
5. N° de hijos/as: _____.
6. Edades de los hijos/as: _____.
7. N° de embarazos: _____.
8. N° de abortos: _____.
9. ¿Con quién convive actualmente?: _____
_____.
10. Enfermedades actuales: _____.
11. Consumo de drogas, (tabaco, alcohol, hachís, cocaína, ect.): _____
_____.
12. Ideación / intentos suicidas: _____
_____.
13. Tiempo como refugiada: _____
_____.
14. ¿Cómo llegó a ser refugiada?: _____
_____.
15. Percepción de su situación: _____
_____.
16. Percepción de futuro: _____

_____.

17. ¿Qué te da miedo de lo que puedan sufrir tus familiares en la zona del Sáhara Occidental?: _____

_____.

18. ¿Qué te supone el no saber cuándo poder volver al Sáhara Occidental?: _____

_____.

19. ¿Te da miedo que se corte la asistencia externa?: _____.

20. ¿Qué significa para ti la salud mental?: _____

_____.

21. ¿Tienes acceso a los sistemas de salud mental?: _____.

22. ¿Has ido a la psicóloga alguna vez? _____.

23. ¿Irías a la psicóloga alguna vez? _____.

24. Si tuvieras problemas psicológicos ¿preferirías contarlos a una psicóloga mujer o a un hombre psicólogo? _____

_____.

25. ¿Has usado medicina tradicional? _____

_____.

Anexo 7. Escala de Wagnild y Young (1993). Estudio IV.

ESCALA WAGNILD Y YOUNG

Ítems	En desacuerdo De acuerdo						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando pienso algo lo realizo. 1. عندما أفكر في شيء، أفعل ذلك.							
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra. 2. عموماً، أنا إدارتها بطريقة أو بأخرى.							
3. Dependo más de mí misma que de otras personas. 3. أعتمد أكثر على نفسي من الآخرين.							
4. Es importante para mí mantenerme interesada en las cosas. 4. من المهم بالنسبة لي أن تبقى مهتمة في الأمور.							
5. Puedo estar sola si tengo que hacerlo. 5. أنا يمكن أن تكون وحدها، إذا كنت بحاجة إلى أن تكون وحدها.							
6. Me siento orgullosa de haber logrado cosas en mi vida. 6. أنا فخور بإنجاز الأشياء في حياتي.							
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo. 7. عادة، أرى الأشياء على المدى الطويل.							
8. Soy amiga de mí misma. 8. أنا أصدقاء مع نفسي							
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							

9. أشعر أنني يمكن التعامل مع عدة أشياء في نفس الوقت.							
10. Soy decidida. 10. أنا شخص مصمم.	1	2	3	4	5	6	7
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo. 11. أنا نادرا ما أتساءل ما هو الغرض من كل شيء.	1	2	3	4	5	6	7
12. Tomo las cosas una por una. 12. أنا تأخذ الأمور واحدا تلو الآخر.	1	2	3	4	5	6	7
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente. 13. أنا يمكن أن تواجه الصعوبات لأنني شهدت لهم من قبل.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo autodisciplina. 14. لدي الانضباط الذاتي	1	2	3	4	5	6	7
15. Me mantengo interesada en las cosas. 15. وأظل مهتما بالأمور.	1	2	3	4	5	6	7
16. Por lo general, encuentro algo de lo que reírme. 16. عادة، أجد شيئا يضحك علي.	1	2	3	4	5	6	7
17. El creer en mí misma me permite atravesar tiempos difíciles. 17. الاعتقاد في نفسي يسمح لي أن أذهب من خلال الأوقات الصعبة.	1	2	3	4	5	6	7

18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar. 18. في حالات الطوارئ أنا شخص يمكن الوثوق بها.	1	2	3	4	5	6	7
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras. 19. أستطيع أن أرى عادة حالة بعدة طرق.	1	2	3	4	5	6	7
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera. 20. أحياناً أجبر نفسي على القيام بأشياء حتى لو كنت لا أريد أن أفعلها.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene significado. 21. حياتي لها معنى.	1	2	3	4	5	6	7
22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada. 22. أنا لا نأسف على الأشياء التي لا أستطيع أن أفعل أي شيء لحلها.	1	2	3	4	5	6	7
23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida. 23. عندما أكون في وضع صعب وعادة ما تجد وسيلة للخروج.	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer. 24. أشعر بالحيوية للقيام بكل ما أريد القيام به.	1	2	3	4	5	6	7
25. Acepto que hay personas a las que yo no les agrado. 25. أقبل أن بعض الناس قد لا مثلي.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 8. Batería de instrumentos de evaluación. Estudio V.

Psychosocial Needs in refugees or asylum seekers (NPR)

CODE:

DATE: _____

REFERENCE CENTER: _____

INTERVIEWER: _____

LANGUAGE OF INTERVIEW:

0. Spanish 1. English 2. Arabic 3. French.

¿HAS ANY INTERPRETER PLAYED? 0. No 1. Yes

Fisrtly, i am going to ask you about some personal dates referring to your migration and your current state. Your answers are completely confidential and they don´t have any consequences for you. If you feel uncomfortable, please tell me without any compromise.

1. Sex

0. Woman 1. Man 2. Others

2. How old are you? _____ years old in this moment.

3. What is your nationality?

4. What is your matter language?

7. Spanish 8. English 9. Arabic 10. French 11. Others: _____

5. Nowadays, In which fase is your application?

0. Unsupported

Have you presented any resource for your unsupported? Yes No

- 1. In the process of admission to transat-White card.
- 2. Admitted to transat- Red card (less than 6 months).
- 3. Admitted to transat- Red card renewed (more than 6 months).
- 4. Denial.

Have you presented any resource for your denial?

No Yes

- 5. Favorable runing - Status of refugee.
- 6. Favorable runing - Subsidiary protection.
- 7. Favorable runing - Humanitarian reasons.

6. Nowadays, Have you got a relationship?

0. No (Go to item 9) 1. Yes

7. * If you have a relationship, is he/she a refugge person or asylum seeker?

0. No 1. Yes

8. * Is your couple with you, in Ireland?

0. No 1. Yes

9. Have you got any sons or daughters?

0. No (Go to item 11).

1. Yes (how many)_____.

10. If you have any sons or daughters, are they with you here, in Ireland?

0. No

1. Yes

2. Some of them (Number:_____).

11. Does any member of your family living in your host country?

1. No 1. Yes

12. Did you complete your studies?

- 0. I don't have any studies, (I can't read or write. I can read or write but i went to school less than 3 years).
- 1. Primary studies (until 11-12 years).
- 2. First grade secondary education (from 12 to 16 years).
- 3. Second grade secondary education (from 16 to 18 years).
- 4. Higher education (University).

13. What is your employment situation at present?

- 0. Employed (what kind of job? _____).
- 1. I work with out a contract of employment.
- 2. Unemployed.
- 3. Housewife.
- 4. Retired.
- 5. Student.
- 6. Disabled or recognized disability.
- 7. Other, (which one? _____).

14. In your host country, what was your employment situation?

- 0. Employed (what kind of job? _____).
- 1. I worked with out a contract of employment.
- 2. Unemployed.
- 3. Housewife.
- 4. Retired.
- 5. Student.
- 6. Disabled or recognized disability.
- 7. Other, (which one? _____).

15. Nowadays, what is/are your economic support?

a) Employed.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<hr/>		
b) Family members.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<hr/>		
c) Social aid.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<hr/>		
d) Other, indicate which one _____.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

16. How many months were you exposed to the conflict which motivated your migration in your host country? _____ Months.

17. Nowadays, is the conflict which motivated your migration finished?

0. No 1. Yes

18. How long has it been since you left your country of origin? _____ Months.

19. During your migration process, what kind of transport did you use?

a) Airplane. Yes No

b) Boat or any other type of boat. Yes No

c) Motor vehicles. Yes No

d) Walking Yes No

e) Other, indicate which one _____. Yes No

20. During your migration process, have you been repatriated?

0. No 1. Yes

21. During your migration process, have you been in a refugee camp?

0. No

1. Yes , in which country or countries? _____, for how long in which country(days) _____?.

22. During your migration process or when you came to Ireland, have you been arrested in Centers for foreign people?

0. No

1. Yes , in which country or countries? _____, for how long in which one (days) _____?.

23. Do you have any physical sequelae as a result of your migration experiences?

0. No

1. Yes , which ones? _____.

24. How long since you came here (Ireland)? _____Months.

25. In which kind of accommodation are you living now?

0. Institutional (Temporary reception centre).

1. Institutional (Long-term reception centre).

2. Institutional (Floor reception).

3. Private (Temporary).

4. Private (Permanent or Semi-permanent).

26. How do you rate your proficiency in English?

0. Very low.

1. Low.

2. Medium.

3. High.

4. Very high.

5. Mother tongue.

27. What extent do you feel accepted by the Irish society?

0. Anything accepted.

1. Lightly accepted.

2. Moderately accepted.

3. Pretty accepted.

4. Completely accepted.

28. What extent do you feel integrated into Irish society?

0. Anything integrated.

1. Lightly integrated.

2. Moderately integrated.

3. Pretty integrated.

4. Completely integrated.

29. It refers to the resources offered by the host system, did you use some of the following?, or are you actually using some of them?

a) Economic aid (first necessity expenses, transport, rent, to obtain documentation...).	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) Psychological treatment.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c) Social attention.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d) Training for employment.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
e) Legal advice.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
f) Language training.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
g) Other, indicate which one _____.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

30. Nowadays, what are your main needs?

a) Food.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) Medical.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c) Psychological.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d) Social.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
e) Employ.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
f) Legal.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
g) Language.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
h) Other, indicate which one _____.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

- 31. What kind of intervention programs would help you feel better?**
0. How to get a job.
 1. How to overcome the traumas suffered.
 2. How to integrate into the new society.
 3. Others. Which ones?_____.
- 32. Before your migration process, how did you usually feel the support from your social environment (family, friends...)?**
0. Bad
 1. Neither good nor bad.
 2. Good
- 33. And, after your migration process, how is your social support?**
0. Bad
 1. Neither good nor bad.
 2. Good
- 34. Due to the experiences caused by your migration process, have you received psychological or psychiatric treatment?**
0. No
 1. Yes (Indicate the type of treatment):_____.
- 35. Are you currently receiving psychological treatment?**
0. No
 1. Yes.(Indicate the type of treatment):_____.
- 36. During last month, have you taken any psychiatric drugs (tranquilizer, sleeping pills, barbiturates, anxiolytic...)?**
0. No (Go to item 38).
 1. Yes.(Indicate the name of the drug:_____).
- 37. * During las month, how often did you take these drugs?.**
0. One or fewer times a month.
 1. Between two and four times a month.
 2. Between two and three times a week.
 3. Four or more times a week.
- 38. During last month, how often did you take a drink with alcohol?**
0. Never.(Go to item 41).
 1. Between two and four times a month.
 2. Between two and three times a week.
 3. Four or more times a week.

39. *During last month, how many drinks with alcohol have you drunk during one day that you were drinking?
0. 1 or 2.
 1. 3 or 4.
 2. 5 or 6.
 3. 7 to 9.
 4. 10 or more.
40. * During last month, how often did you take six drinks with alcohol or more on one occasion only?
1. Never.
 2. Less than one time a month.
 3. Monthly.
 4. Weekly.
 5. Daily or almost daily.
41. During last month, have you taken another drug (cocaine, cannabis, synthetic drug...)? (It doesn't include psychiatric drugs).
1. No (Finish the interview).
 2. Yes, which ones?_____.
42. *During last month, how often did you take some of these drugs?
0. One or fewer times a month.
 1. Between two and four times a month.
 2. Between two and three times a week.
 3. Four or more times a week.

PMLDC

Please, I would know if these circumstances were a problem for you and how much in last 12 months. According to the following scale (show the card associated to the scale).

	No problem	Light problem	Moderate problem	Serious problem	Very serious problem
1. Communication difficulties.	1	2	3	4	5
2. Discrimination.	1	2	3	4	5
3. Separation from family.	1	2	3	4	5
4. Worries about family back at home.	1	2	3	4	5
5. Unable to return home in emergency.	1	2	3	4	5
6. No permission to work.	1	2	3	4	5
7. Not being able to find work.	1	2	3	4	5
8. Bad job conditions.	1	2	3	4	5
9. Being in detention.	1	2	3	4	5
10. Interviews by immigration.	1	2	3	4	5
11. Delays in processing your application.	1	2	3	4	5
12. Conflict with immigration officials.	1	2	3	4	5
13. Fears of being sent home.	1	2	3	4	5
14. Worries about not getting treatment for health problems.	1	2	3	4	5
15. Poor access to emergency medical care.	1	2	3	4	5
16. Poor access to long term medical care.	1	2	3	4	5
17. Poor access to dentistry care.	1	2	3	4	5
18. Poor access to counselling services.	1	2	3	4	5
19. Little government help with welfare.	1	2	3	4	5
20. Little help with welfare from Charities (eg.Red Cross...).	1	2	3	4	5
21. Poverty.	1	2	3	4	5
22. Loneliness and boredom.	1	2	3	4	5
23. Isolation.	1	2	3	4	5
24. Poor access to the foods you like.	1	2	3	4	5

HARVARD (HTQ)

INSTRUCTIONS

We would like to know about your past history and present symptoms. This information will be used to help us provide you with better medical care. However, you may find some questions upsetting. If so, please feel free not to answer. This will certainly not affect your treatment. The answer to the questions will be kept confidential.

Part 1: Trauma Events

Next, I am going to read a series of events and you have to indicate if you have experienced them or not.

Event	YES	NO
1. Lack of shelter		
2. Lack of food or water		
3. Ill health without access to medical care		
4. Confiscation or destruction of personal property		
5. Combat situation (e.g. shelling and grenade attacks)		
6. Used as a human shield		
7. Exposure to frequent and unrelenting sniper fire		
8. Forced evacuation under dangerous conditions		
9. Beating to the body		
10. Rape		
11. Other types of sexual abuse or sexual humiliation		
12. Knifing or axing		

Event	YES	NO
13. Torture (i.e., beating, mutilation, cuts, crucifixion, whipping, blindfolding, forced to be naked)		
14. Serious physical injury from combat situation (i.e. burn, bullet wound, stabbing, etc.)		
15. Imprisonment		
16. Forced labor (like animal or slave)		
17. Extortion or robbery		
18. Brainwashing		
19. Forced to hide		
20. Kidnapped		
21. Forced separation from family members		
22. Forced to find and bury bodies		
23. Enforced isolation from others		
24. Present while someone searched for people or things in your home		
25. Forced to sing songs you did not want to sing		
26. Someone was forced to betray you and place you at risk of death or injury		
27. Confined to home because of danger outside		
28. Prevented from burying someone		
29. Forced to desecrate or destroy the bodies or graves of deceased persons		

Event	YES	NO
30. Forced to physically harm family member, or friend		
31. Forced to physically harm someone who is not family or friend		
32. Forced to destroy someone else's property or possessions		
33. Forced to betray family member, or friend placing them at risk of death or injury		
34. Forced to betray someone who is not family or friend placing them at risk of death or injury		
35. Murder, or death due to violence, of spouse		
36. Murder, or death due to violence, of son or daughter		
37. Murder, or death due to violence, of other family member or friend		
38. Disappearance or kidnapping of spouse		
39. Disappearance or kidnapping of son or daughter		
40. Disappearance or kidnapping of other family member or friend		
41. Serious physical injury of family member or friend due to combat situation		
42. Witness beatings to head or body		
43. Witness torture		
44. Witness killing/murder		
45. Witness rape or sexual abuse		
46. Any other situation that was very frightening or in which you felt your life was in danger. Specify: _____		

Part 2: Traumatic event

Could you tell me among the events that you have lived which one you consider most harmful or frightening (circle the answer in the previous table). Specify, please, where and when this event occurred.

Event: _____

Date: _____

Where: _____

ONLY IF THE PREVIOUS ONE WAS NOT DURING THE MIGRATORY PROCESS.

Since you left your country, what is the worst thing that has happened to you?

Event: _____

Date: _____

Where: _____

Part 3: Head injury

If you answer "YES" to the following trauma events, please indicate if you lost consciousness and for how long.

	Experienced?		Loss of Consciousness ?		If yes, for how long?	
	YES	NO	YES	NO	HOURS	MINUTES
1. Beatings to the head						
2. Suffocation or strangulation						
3. Near drowning						
4. Injury to the head from nearby explosion						
5. Other types of injury to the head (e.g., shrapnel, bullet wound, stabbing, burns, etc.)						
6. Starvation						
7. If yes to item 6, what was your Normal weight:_____ Starvation weight: _____						
8. If yes to item 6, were you near death due to starvation? Yes:_____ No:_____						

Part 4: Trauma Symptoms

Next, I'm going to read you a series of symptoms that people can suffer after experiencing harmful or terrible events. Please, tell me how much you have been affected by them during the past week. According to the following scale (show card with the scale).

	Not at all	A little	Quite a bit	Extremely
1. Recurrent thoughts or memories of the most hurtful or terrifying events				
2. Feeling as though the events are happening again				
3. Recurrent nightmares				
4. Feeling detached or withdrawn from people				
5. Unable to feel emotions				
6. Feeling jumpy, easily startled				
7. Difficulty concentrating				
8. Trouble sleeping				
9. Feeling on guard				
10. Feeling irritable or having outbursts of anger				
11. Avoiding activities that remind you of the traumatic or hurtful events				
12. Inability to remember parts of the most hurtful or traumatic events				
13. Less interest in daily activities				
14. Feeling as if you don't have a future				
15. Avoiding thoughts or feelings associated with the traumatic or hurtful events				

	Not at all	A little	Quite a bit	Extremely
16. Sudden emotional or physical reaction when reminded of the most hurtful or traumatic events				
17. Feeling that you have less skills than you had before				
18. Having difficulty dealing with new situations				
19. Feeling exhausted				
20. Bodily pain				
21. Troubled by physical problem(s)				
22. Poor memory				
23. Finding out or being told by other people that				
24. Difficulty paying attention				
25. Feeling as if you are split into two people and one of you is watching what the other is doing				
26. Feeling unable to make daily plans				
27. Blaming yourself for things that have happened				
28. Feeling guilty for having survived				
29. Hopelessness				
30. Feeling ashamed of the hurtful or traumatic events that have happened				
31. Feeling that people do not understand what happened to you				

	Not at all	A little	Quite a bit	Extremely
32. Feeling others are hostile to you				
33. Feeling that you have no one to rely				
34. Feeling that someone you trusted betrayed you				
35. Feeling humiliated by your experience.				
36. Feeling no trust in others.				
37. Feeling powerless to help others.				
38. Spending time thinking why these events happened to you.				
39. Feeling that you are the only one that suffered these events.				
40. Feeling a need for revenge.				
41. Do you conduct behaviors that you know are dangerous or can cause you harm?				
42. Are there moments when you feel that the things that happen around you are unreal or very strange				

How long have you been feeling these problems?

- For less than 1 month.
- For more than 1 month and less than 3 months.
- For more than 3 months.

Please, answer YES or NO to the next questions about the symptoms that you told to me previously. In the last month...

	YES	NO
1) Have you consulted the doctor or other health professional(nurses, psychologists...) for these problems?		
2) Have you taken medicines more than 1 time in a week for these problems?		
3) Have you taken alcohol or drugs due to these problems?		
4) Have these problems negatively affected your work life or your academic life?		
5) Have these problems negatively affected your social life?		
6) Have these problems negatively affected your family life or your married life?		
7) Have these problems negatively affected other important parts of your life?		

Part 5: Torture History

Now I would like to ask you about events that many people consider torture. I will ask you whether an event occurred. Please answer YES or NO.

	YES	NO
1. Beating, kicking, striking with objects		
2. Threats, humiliation		
3. Being chained or tied to others		
4. Exposed to heat, sun, strong light		
5. Exposed to rain, body immersion, cold		
6. Placed in a sack, box, or very small space		
7. Drowning, submersion of head in water		
8. Suffocation		
9. Overexertion, hard labor		
10. Exposed to unhygienic conditions conducive to infections or other diseases		
11. Blindfolding		
12. Isolation, solitary confinement. If yes, how many_____		
13. Mock execution		
14. Made to witness others being tortured		
15. Starvation		

	YES	NO
16. Sleep deprivation		
17. Suspension from a rod by hands and feet		
18. Rape, mutilation of genitalia		
19. Burning		
20. Beating the soles of the feet with rods		
21. Blows to the ears		
22. Forced standing		
23. Throwing urine or feces at victim or being made to throw it at other prisoners		
24. Medicine administration (non-therapeutic)		
25. Needles under toes or fingernails		
26. Writing confessions numerous times		
27. Shocked repeatedly by electric instrument		
28. Other (specify)		

CCFRA / PQAM

(Phenomenological Questionnaire on Autobiographical Memory)

Participant's code: _____

Date: _____

A series of items are presented below about characteristics of memories, the responses of which are neither true nor false, neither good nor bad. The data will be analyzed on a general scale, never from an individual point of view. Therefore, please respond sincerely, as otherwise the whole work will be useless. Your anonymity is guaranteed. THANK YOU FOR YOUR COLLABORATION.

INSTRUCTIONS TO FILL IN THE QUESTIONNAIRE

To answer this questionnaire it is necessary to have completed the first question in the second part of the Harvard Questionnaire. The main objective is assessing the memory characteristics about autobiographical episodes. Please, consider the following characteristics about your memory of the event according the following scale:

1. Totally Disagree, 2. Disagree, 3. Neutral, 4. Agree, 5. Totally Agree.

Go to the answer 1 in the second part of HTQ. It is not necessary to complete it again. Only she/he has to remember the event.

1. Age:

2. Sex:

3. The event was:

4. In this event I was:

Witness

Participant

5. How long was the event?:

Secondsminutes

hours

months

years

6. General setting was familiar?

1

2

3

4

5

7. This event did have serious implications:

1

2

3

4

5

8. Feelings at the time positives:

1

2

3

4

5

9. Feelings at the time were intenses:

1

2

3

4

5

10. The event was very important to me:

1

2

3

4

5

11. At the time of the event I was _____ year old.
12. My memory for this event is clear:
1 2 3 4 5
13. My memory for this event is in color:
1 2 3 4 5
14. My memory for this event involves visual detail:
1 2 3 4 5
15. My memory for this event involves sound:
1 2 3 4 5
16. My memory for this event involves smell:
1 2 3 4 5
17. My memory for this event involves touch:
1 2 3 4 5
18. My memory for this event involves taste:
1 2 3 4 5
19. My memory for this event is vivid:
1 2 3 4 5
20. My memory for this event is detailed:
1 2 3 4 5
21. My memory for this event is fragmented:
1 2 3 4 5
22. Story line is confused:
1 2 3 4 5
23. Story line is complex:
1 2 3 4 5
24. My memory for the location where the event takes place is clear/distinct:
1 2 3 4 5
25. My memory for the time when the event takes place is clear/distinct:
1 2 3 4 5
26. I remember how I felt at the time when the event took place:
1 2 3 4 5
27. When I remember the event now, my feel is intense:
1 2 3 4 5
28. I remember clearly what I thought at the time:.
1 2 3 4 5
29. My memory for this event is impaired along the time:
1 2 3 4 5
30. Overall, I remember this event easily:
1 2 3 4 5
31. Some details or scenes of this event come into my memory automatically:
1 2 3 4 5
32. Some times, I have suffered amnesic episodes related with this event:
1 2 3 4 5

33. I can't talk about what happened very easily:
1 2 3 4 5
34. I feel that I can't remember important elements from this event:
1 2 3 4 5
35. I remember events relating to this memory that took place, in advance of the event:
1 2 3 4 5
36. I remember events relating to this memory that took place, after the event:
1 2 3 4 5
77. I have doubts about the accuracy of my memory for this event?
1 2 3 4 5
38. Since it happened, I have thought about this event:
1 2 3 4 5
39. My memories of the event are like a film where I can see my-self as an actor/actress:
1 2 3 4 5
40. Usually, I re-experience this event
1 2 3 4 5
41. Since it happened, I have talked about this event frequently:
1 2 3 4 5

Anexo 9. Consentimiento informado. Estudio V.

INFORMED CONSENT

Mr. / Mrs. of legal age, of years of age, I have been informed about the project "Evaluation of psychosocial needs in refugees and asylum seekers", directed by Professor Antonio Manzanero of the Faculty of Psychology of the Complutense University of Madrid.

- 1. I have received enough information about the study.**
- 2. I have been able to ask all the questions that I thought convenient about the study and have been answered satisfactorily.**
- 3. I understand that my participation is voluntary.**
- 4. I understand that I can withdraw from the study and revoke this consent:**
 - a. When you want throughout the evaluation.**
 - b. Without having to give explanations and without having any consequences of any kind.**

I have also been informed that my personal data will be protected and subject to the guarantees provided by law 15/1999 of December 13 and that my data will never be transmitted to third parties or institutions.

Taking this into consideration, I GRANT my CONSENT to participate in this study, to cover the specified objectives.

Participant signature:

Researcher's signature:

Name and date:

Name and date:

For the purposes of the provisions of Organic Law 15/1999, of December 13, Protection of Personal Data (hereinafter LOPD), and Royal Decree 994/1999, of June 11, Regulation of Measures of Security of Automated Files that contain Personal Data, the intervener is informed and expressly consents to the incorporation of their data to personal files for which the Faculty of Psychology of the Complutense University of Madrid is responsible.

The Complutense University of Madrid guarantees that all personal data and / or their relatives represented by the owner will be treated with the utmost confidentiality and in the manner and with the limitations set forth in the LOPD and other applicable regulations. This consent is granted without prejudice to all the rights granted to you by virtue of the aforementioned regulations and especially the possibility of exercising the rights of access to the information you have given us free of charge and of the rectification, cancellation and opposition in any moment you want it. For this you must write to Dr. Antonio Manzanero (antonio.manzanero@psi.ucm.es)

