

Guía Breve sobre el Apoyo en Salud mental/Psicosocial a los refugiados sirios en España.

A primer on the Mental Health and Psychosocial Support of Syrian Refugees in Spain.

Stella Evangelidou¹, Francisco Collazos^{1, 2, 3}, Adil Qureshi^{2, 3}

1. Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona; 2. Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron; Universitat Autònoma de Barcelona; 3. CIBERSAM.

Autores y centros de trabajo:

Stella Evangelidou, BSc (Hons), MA, MSc: Doctoranda en Psiquiatria Transcultural del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) en los servicios de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; Consultora de programas de apoyo de salud mental/psicosocial para ONG Internacionales en contextos humanitarios; Profesora Asistente en Psicología e Interculturalidad.

Francisco Collazos, MD: Coordinador del Programa de Psiquiatria Transcultural del Hospital Universitari Vall d'Hebron; Profesor Asociado del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal de la UAB.

Adil Qureshi, EdM, PhD: Doctor de Multicultural Counseling Psychology de la Universidad de Southern California. Psicólogo, Programa de Psiquiatria Transcultural, Hospital Universitari Vall d'Hebron; Profesor de psicología IES Abroad Barcelona; Profesor La Salle University Business School, Barcelona.

Resumen: La presente guía breve recoge una serie de orientaciones teóricas y prácticas que permiten hacer algunas recomendaciones contextualizadas en tres ejes sobre el apoyo de salud mental/psicosocial de refugiados sirios en España. Primero, se destaca la importancia de realizar una evaluación comprensiva de las necesidades de salud mental/psicosociales de los grupos de población afectados directa e indirectamente, antes de elaborar una estrategia de salud mental/psicosocial que no discrimine a unos refugiados frente a otros por razón de su país de origen. Segundo, las intervenciones de salud mental/psicosociales propuestas, basadas en la información obtenida de la evaluación de las necesidades, se desarrollan sobre un sistema piramidal (IASC, 2007). La competencia cultural representa un componente transversal necesario tanto en el proceso de la evaluación de las necesidades como en la elaboración de la estrategia o en la implementación de las intervenciones, fundamental para asegurar la eficacia de los programas implementados.

Palabras Clave: refugiados sirios en España, apoyo de salud mental/psicosocial, competencia cultural.

Abstract: The present primer is a compilation of theoretical and practical orientations that describe a series of contextualized recommendations in three axes over the mental health and psychosocial support (MHPSS) of Syrian refugees in Spain. At

first, we underline the importance of a comprehensive evaluation of mental health/ psychosocial needs of the population groups affected directly and indirectly, before the elaboration of a mental health/psychosocial strategy that does not discriminate some refugees over others based on their country of origin. Secondly, the proposed mental health/psychosocial interventions, informed by the results of the needs assessment, are developed on a multi-level pyramidal system (IASC, 2007). A transversal component that informs the process of the needs' assessment and the strategy planning as well as the implementation of MHPSS interventions is the incorporation of cultural competence, in order to ensure the efficacy of those programs implemented.

Key Words: Syrian refugees in Spain, mental health and psychosocial support, cultural competence.

Introducción

Si hay un reto en la intervención intercultural en salud mental, es el de encontrar el equilibrio entre prestar la debida atención a las peculiaridades de la cultura del paciente y del contexto socio-político de su país de origen, sin incurrir en un excesivo reduccionismo cultural (Qureshi & Revollo, 2010). Con esta intención surge la idea de escribir esta guía, fruto de la experiencia acumulada por nuestro equipo de Psiquiatría Transcultural en los últimos 15 años, reconociendo que en España la experiencia con refugiados en general es escasa, y más aún con refugiados procedentes de Siria (y Oriente Medio).

No se pretende explicar aquí “cómo son los refugiados sirios”, lo cual podría pecar de pretencioso; de la misma manera que reconocemos que este artículo corre el riesgo precisamente de incurrir en un reduccionismo que lamentaríamos. Lo que sí esperamos es que esta guía pueda resultar útil a los profesionales que trabajan con esta población y les facilite su trabajo.

La presente guía breve se apoya en la experiencia laboral de una psicóloga transcultural de nuestro equipo, especialista en salud mental en contextos humanitarios, en el apoyo en salud mental y psicosocial (SMPS) a sirios que huyeron del conflicto de su país hacia Turquía, Jordania y Grecia. Nuestras lecciones aprendidas pueden servir para:

a) Evaluar las necesidades en salud mental/psicosociales de los refugiados y concretar la estrategia de salud mental/psicosocial (SMPS) como resultado de dicha evaluación.

b) Implementar, monitorizar y evaluarlas intervenciones del apoyo SMPS en la población diana en ciudades de España. Según los datos confirmados por la Comisión Europea España acogerá a 17.680 refugiados procedentes de Siria y otros países en conflicto de un total de 120.000. La cantidad es la tercera más alta, detrás de Alemania y Francia.

Las recomendaciones indicadas están contextualizadas para que puedan servir como herramienta a los profesionales del ámbito de salud mental y psicosocial que trabajan con esta población en España. Eso es debido al hecho de que el contexto del país de acogida (cultural, religioso, político, económico) determina los factores de la planificación y de la implementación de las intervenciones para refugiados en riesgo de exclusión social.

Se hace necesario implementar programas de salud mental y psicosociales (SMPS) adaptados al contexto específico del país de acogida/tránsito, integradas en los programas de SMPS existentes, diseñados a diferentes niveles y ofreciendo un enfoque multidisciplinario.

La guía se estructura a partir de la compilación de orientaciones teóricas y prácticas que resumen lecciones aprendidas y describen una serie de recomendaciones en tres ejes:

- A. Evaluación de necesidades de salud mental/psicosociales y Estrategia SMPS.
- B. Intervenciones propuestas de salud mental/psicosociales.
- C. Incorporación de la competencia cultural en los programas de SMPS.



A. Evaluación de necesidades de salud mental/psicosociales y Estrategia SMPS

El primer paso de cualquier estrategia SMPS ha de ser la correcta evaluación de las necesidades de la población diana. Cada persona, en este caso refugiada, tiene diferentes necesidades que dependen de muchos factores (motivos para huir del país, exposición a eventos potencialmente traumáticos, condiciones de viaje durante el tránsito, actitud de la comunidad de acogida, etc.). Esto no significa que recomendemos una estrategia SMPS que priorice a unos inmigrantes/refugiados sobre otros de otras nacionalidades, ni que la estrategia proponga un programa independiente; sino que se debe hacer una correcta evaluación de necesidades. Se debe explorar el perfil de las personas y desarrollar intervenciones y actividades SMPS integradas en las que ya pudieran preexistir en los diferentes programas para la población refugiada en sus contextos de origen.

A.1. Evaluación de necesidades de salud mental/psicosociales

Conviene recordar que la heterogeneidad de los refugiados reside en su diversidad no solo en aspectos sociodemográficos (p.ej. edad, género, nivel de educación, etc.), sino también en cuanto a su religión (sunnitas, chiitas, cristianos, drusos), idioma (árabe, kurdo, arameo) y etnia (árabes, kurdos y otros).

Desde nuestra experiencia el conflicto y el desplazamiento tienen efectos psicosociales debidos a:

- a) una serie de eventos precipitantes potencialmente traumáticos:
 - Experiencias propias y observadas de violencia relacionadas con el conflicto (desde torturas a la violencia de género).
 - Experiencias propias y observadas de violencia relacionadas con el viaje de tránsito (autoridades nacionales, policía, red de mafias y contrabandistas, etc.).
 - Condiciones precarias de vida en los campos de refugiados en los países de tránsito (Turquía, Grecia).
- b) estresores diarios durante el desplazamiento:
 - Pobreza.

- Falta de necesidades básicas y de seguridad.
- Riesgos continuos de violencia y explotación.
- Aislamiento y discriminación.
- Pérdidas del apoyo familiar y comunitario.
- Incertidumbre sobre el futuro.
- Preocupaciones sobre la situación en Siria.

c) el “estrés aculturativo” (Collazos et al, 2008), que consta de varios factores:

- la discriminación percibida
- la adaptación cultural
- la nostalgia o las pérdidas (familia; estatus; trabajo; hogar, etc.) relacionadas con el desplazamiento

La suma de estos posibles estresores tiene un claro impacto negativo en el estado de salud mental de los refugiados sirios (Ventevogel, 2016) que varía desde reacciones normales, no patológicas, ante unos “eventos anormales” hasta síntomas patológicas relacionados con trastornos de salud mental.

Desde 2011, la guerra en Siria ha provocado desplazamientos masivos tanto dentro del país como hacia los países vecinos. Una reciente revisión sistemática de la literatura sobre la salud mental de los refugiados sirios a países vecinos como Líbano, Jordania o Turquía (Quosh, 2013) ofrece un completo resumen de los resultados de la evaluación de necesidades de salud mental/psicosociales recogidos por actores internacionales y nacionales (UNICEF, Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo, International Medical Corps, Malteser International y Jordan Health Aid Society) en la región.

Entre las reacciones más habituales se han observado altos niveles de miedo, preocupación y angustia, duelo, aburrimiento y letargia, problemas alimentarios y de sueño, tristeza y depresión. De la falta de soluciones sostenibles se derivan reacciones de rabia y agresividad, sentimientos de humillación y vivencias de ataque a la dignidad relacionados con la frustración por la dependencia en ayuda humanitaria. Tanto hombres como mujeres han relatado experiencias de tortura y de violencia sexual (p.ej.: matrimonios

precoces arreglados y relaciones sexuales como medio de sobrevivencia). Estos síntomas afectan el funcionamiento diario de los individuos y al funcionamiento familiar. Algunas madres han descrito cambios en el comportamiento de sus hijos, y expresan dificultades para controlar a sus niños e incapacidad para manifestar afecto hacia ellos. En adultos, los predictores para el Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT) están relacionales con la exposición a las escenas de guerra, hostilidad e historia de trauma previas al conflicto. En el caso de los niños, los predictores de TEPT están relacionados con el número de experiencias traumáticas relacionadas con el conflicto. Con el tiempo las respuestas emocionales abrumadoras se aumentan.

A nivel de comunidad, la falta de unidad, organización comunitaria, apoyo y confianza aumentan los niveles de frustración y de rabia. El bienestar de los refugiados sirios se atribuye a la satisfacción de las necesidades básicas, como por ejemplo ingresos suficientes, alojamiento y alimentación. Los mecanismos positivos de adaptación están relacionados con la oración, la socialización con amigos y familia, el ejercicio físico, o los juegos con niños; mientras que los negativos se relacionan con el hábito de fumar, mirar la tele o no hacer nada.

Desde el verano de 2015, una oleada de sirios ha llegado a Grecia vía Turquía, con el objetivo final de llegar a Europa Occidental (Hassan et al, 2016). Miles de refugiados sirios están sometidos a numerosos obstáculos en su trayecto desde Siria hasta Europa, a los que se suma una atención en salud mental limitada y, a veces, inadecuada por la falta de adaptación cultural (Jefee-Bahloul, 2016). Se desconoce cuál es la prevalencia de trastornos de salud mental entre los refugiados en los diferentes países en Europa en el momento de escribir esta guía, pero las estimaciones sugieren que supera a la prevalencia de la población general (Gulland, 2015). En poblaciones sobrevivientes de guerra, la prevalencia de reacciones traumáticas y manifestaciones de TEPT disminuye con el tiempo, salvo en casos de reacciones traumáticas graves, prolongadas y complicadas (Steel et al, 2002). Como consecuencia, especialmente en las primeras etapas del reasentamiento, las posibles barreras individuales que se encuentren, como pueden ser

las barreras lingüísticas, el desempleo o las dificultades en la aculturación, pueden acarrear sentimientos de desmoralización y desesperación (Hassan et al, 2015). Ullman et al (2015) han descrito las dificultades en la atención a la salud mental de estas personas por la falta de mediadores culturales, instrumentos psicométricos específicos para la cultura siria y la ausencia de lugares apropiados para la recolección de los datos clínicos. En un estudio clínico en Suiza llama la atención la alta incidencia de síntomas físicos sin explicación médica (somatización) entre los solicitantes de asilo de Siria y de Oriente Medio (Pfortmueller et al 2016).

Es indispensable, por tanto, llevar a cabo una evaluación extensiva de las necesidades de salud mental/psicosociales de los refugiados sirios que llegan a cada ciudad de Europa.

La evaluación de las necesidades de salud mental/psicosociales de los sirios no debe limitarse a un cribado (“screening”) de salud mental, sino que debe ser un proceso más amplio que incluya aspectos psicosociales. La tabla 1 incluye unas notas recordatorias sobre el tema de evaluación de las necesidades SMPS.



Tabla 1

NOTAS RECORDATORIAS: Elementos importantes a considerar durante el proceso de la evaluación de necesidades de salud mental/psicosociales

Utilizar la triangulación de métodos de evaluación: cualitativos (entrevistas semi-estructuradas con diferentes personas de la población diana -mujeres, hombres, niños, líderes religiosos, etc.-, grupos focales, etc.) y cuantitativos (cuestionarios, datos clínicos médicos con atención a los síntomas somáticos sin causa médica, estadísticas sociodemográficas (edad, género, nivel académico, etc.); datos epidemiológicos de salud mental/psicosociales de la misma población a nivel europeo, etc.).

Identificar posibles problemas de salud mental/psicosociales entre la población; eventos potencialmente traumáticos (en el país de origen, durante el viaje de tránsito, en el país de acogida...); grupos especialmente vulnerables; presencia de métodos tradicionales/culturales de tratamiento de problemas de salud mental/

psicosociales; existencia de creencias sociales/culturales sobre los problemas de salud mental/psicosociales; potenciales factores de resiliencia (personales, sociales/tradicionales/culturales, espirituales/religiosos).

Explorar las necesidades de salud mental/psicosociales que se pueden presentar entre la población local de la comunidad de acogida.

Identificar entre la diáspora siria personas que quizás sufren por sus compatriotas; un sufrimiento y oculto.

Identificar necesidades de formación/formación continuada del personal existente e identificar carencias en los recursos humanos que se dispongan para atender las necesidades de esta población.

Para poder evaluar de manera eficaz las necesidades en salud mental y psicosociales de los refugiados, los profesionales deben:

- Evitar asumir que la mayoría de los sirios que llegan a las ciudades de Europa están “traumatizados” y requieren “psicoterapia” o “apoyo psicológico”.
- Evitar enfocarse en los eventos traumáticos y descuidar los estresores sociales actuales.
- Tener precaución a la hora de invertir recursos en:
 - Cribado e identificación de síntomas sin servicios de atención suficientes.
 - Provisión de apoyo psicológico relacionado con trauma (“trauma counselling”).

- y debriefing psicológico (“psychological debriefing”) durante emergencias o en situaciones inestables, desde que este tipo de intervenciones pueden provocar más daño psicológico (OMS, 2003; Rose et al, 2003; van Emmerik et al, 2002) Énfasis en psicopatología y victimismo, no en resiliencia y movilización comunitaria.

La Tabla 2 resume algunas lecciones aprendidas de nuestro trabajo con refugiados sirios en países de tránsito durante su trayectoria y que pueden ser útiles en el trabajo de los profesionales de salud mental/psicosociales en Europa en general, y en España en particular:

Tabla 2

Resumen de las lecciones aprendidas relacionadas con las necesidades de salud mental/psicosociales de refugiados sirios

“Grandes ciudades de Europa se han ofrecido a recibir miles de refugiados del conflicto de Siria que están intentando llegar a Europa desesperadamente” podía leerse en los periódicos en los últimos meses. Según nuestros pacientes, el sueño de los sirios que huyen de su país es el de poder regresar a Siria, sin tener que ir a Europa y menos para instalarse allí indefinidamente. Según sus relatos, prefieren estar expuestos a los bombardeos en su país que vivir sin dignidad en otros países (p.ej. cuando una familia entera tiene que compartir una habitación en un campo de refugiados; o cuando surgen sentimientos de encarcelamiento por no poder moverse con libertad en los países de acogida).

Los sirios hablan frecuentemente de una “revolución” y no de una guerra. Según ellos si la “revolución” termina, se terminará la libertad.

Los signos y síntomas de salud mental/psicosociales y las necesidades relacionadas con ellos son distintos en los diferentes países del tránsito de las personas. Un sirio en Líbano no tiene las mismas necesidades que puede tener en España; igual que la misma persona no reaccionaría de la misma manera en un país que en otro. El trayecto de la inmigración se refleja en el trayecto emocional de cada uno: desesperación, estrés agudo, irritabilidad, agresividad, tristeza... El contexto cultural, la acogida de la comunidad local y los factores personales son variables que determinan la adaptación psicosocial de cada persona a su nuevo entorno. Característicamente la acogida que reciben los sirios por parte de la comunidad local es diferente en los países musulmanes que en los países cristianos.

El estigma de las etiquetas “inmigrante” o “refugiado” se suma al estigma relacionado con los trastornos mentales, lo cual afecta doblemente a la población desde una perspectiva sistémica. Por ejemplo, en Turquía, a los sirios en los campos provisionales del Creciente Rojo se les denomina “visitantes”, ni “inmigrantes” ni “refugiados” ni “desplazados”.

Los trastornos de salud mental normalmente debutan cuando las personas son conscientes de lo que han perdido (casa, amigos, familiares).

Según nuestras observaciones en contextos humanitarios, entre los refugiados sirios que viven fuera de su país han aumentado los episodios de violencia doméstica. Además, las vivencias y testimonios de experiencias traumáticas desde el principio de la “revolución” en 2011 pueden aumentar la reactividad emocional, producir entumecimiento emocional (“emotional numbness”), fenómenos disociativos o causar alternaciones cíclicas entre los dos extremos. Aparte de las personas que presentan reacciones “normales” después de los eventos “anormales” que han sufrido, también hay casos con trastornos mentales graves, p.ej. psicosis y trauma complejo.

Las personas pueden parecer desilusionadas. La esperanza inicial suele desaparecer al tomar conciencia de que la situación de inseguridad en su país no se va a resolver pronto. La fragilidad del estado de salud mental de los sirios dependerá, en buena medida, de las condiciones de vida en los países de tránsito y de acogida, de los recuerdos del conflicto en Siria, del nivel de incertidumbre sobre su futuro y si, una vez que el conflicto termine, podrán volver a llevar una vida normal.

La mayoría de las mujeres refugiadas sirias no están acompañadas. Sus maridos han muerto, han sido detenidos, han desaparecidos o están luchando por la “revolución”. Esto hace que su rol cambie convirtiéndose en los padres y las protectoras de las familias, teniendo que buscar la comida para sus niños. Las mujeres que han sufrido violaciones sexuales pueden evitar acercarse a los equipos médicos por la vergüenza social que sienten sus familias. Según un estremecedor relato en Jordania un padre mató a sus tres hijas después de que hubieran sido violadas frente a él, y a continuación, se suicidó...

Según estadísticas recientes (Sirin & Sirin, 2015), la mitad de los refugiados sirios son menores no acompañados y 40% de ellos son menores de 12 años. En este subgrupo, la Irritabilidad, la agresividad, la enuresis, los problemas en el apego a los padres, o la participación en actividades delictivas son algunos de los síntomas emocionales y de conducta que pueden presentarse.

A.2. Estrategia de SMPS

Una evaluación adecuada de las necesidades de salud mental/psicosociales de los refugiados sirios en un contexto específico debería:

- a) explorar las características culturales y el perfil de la población diana, e
- b) identificar vacíos en la provisión de atención en salud mental/psicosocial con la intención de reforzar las carencias identificadas.

Los resultados de dicha evaluación informarían sobre el contenido de una estrategia SMPS global. La estrategia SMPS sirve de guía y permite

señalar el enfoque de las intervenciones y las actividades previstas. Es indispensable concretar la estrategia para que las intervenciones y actividades planificadas se adapten a las necesidades identificadas y sean congruentes con el contexto general del país de acogida. Se debe advertir que una estrategia SMPS para personas que huyen de su país de origen variará en función de si el programa se implementa en un país de tránsito o en un país de acogida.

En la Tabla 3 se enumeran los elementos importantes a considerar para diseñar la estrategia SMPS en un contexto específico dado.

Tabla 3

NOTAS RECORDATORIAS: Elementos importantes a considerar para la estrategia de salud mental/psicosociales

- | | |
|--|---|
| 1. Resultados de las necesidades detectadas en salud mental/psicosociales y la descripción de la población afectada directamente e indirectamente. | 6. Recursos humanos y materiales necesarios; es importante fortalecer el papel de mediadores culturales, de preferencia sirios. |
| 2. Intervención propuesta: delinear perspectiva global; localización y duración del proyecto, etc. | 7. Cuidado a los cuidadores. |
| 3. Objetivos. | 8. Modalidades de reportaje. |
| 4. Actividades, cronograma, colaboraciones. | 9. Networking y Red de derivaciones. |
| 5. Métodos de monitorización y evaluación; incluir indicadores. | 10. Presupuesto estimado. |

El papel de los mediadores culturales

El empoderamiento del papel de mediadores culturales es importante para el desarrollo y la implementación de intervenciones culturalmente competentes. Es necesario reflexionar sobre la nacionalidad de los mediadores culturales, marroquí, sirios u otros países “árabe parlantes”. De hecho las tareas del mediador intercultural van mucho más allá que las de un mero “intérprete lingüístico”; es un facilitador de la comunicación y de la relación entre el paciente y el profesional sanitario. Gran parte de su trabajo consiste en “normalizar” las diferencias para reducir la incomodidad de todas las partes. En este sentido es importante asegurar que los mediadores interculturales son competentes para

empeñar su trabajo; ser árabe-parlante” en sí no es suficiente.

Los mediadores culturales pueden ayudar a establecer una correcta relación terapéutica entre los refugiados y los profesionales sanitarios. Su intervención puede facilitar que los refugiados se atrevan a expresar su dolor y el sufrimiento emocional que están viviendo y que, por razones de orgullo y dignidad, podrían no hacerlo de forma inmediata ante los profesionales del ámbito sanitario y social. El orgullo cultural no permite una transparencia emocional y mental. Las heridas psicológicas son invisibles y profundas, no accesibles fácilmente a los profesionales. Por razones culturales interiorizadas tienden a presentarse fuertes, resilientes sin necesidad aparente de apoyo psicológico.

B. Intervenciones propuestas de Salud Mental/Psicosociales

Las intervenciones tienen que ser adaptadas a las necesidades identificadas de los grupos de población afectada directamente o indirectamente: sirios, inmigrantes de otras nacionalidades, sirios de diáspora, miembros de la comunidad local de acogida, mediadores culturales.

Las intervenciones se desarrollan en 4 etapas:

Prevención - Intervenciones de crisis -
Tratamiento - Seguimiento

La UNHCR (Hassan et al, 2015) propone que el enfoque de la intervención de salud mental/psicosocial se desarrolle en 4 niveles múltiples según la pirámide de intervenciones de IASC (Inter-Agency Standing Committee, 2007; Figura 1).

Figura 1. Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial



Las intervenciones clínicas (servicios de atención en salud mental especializados e intervenciones de salud mental integradas en atención primaria, así como apoyos focalizados no especificados) deben discurrir paralelamente a las intervenciones psicosociales (servicios básicos y de seguridad, y apoyos a la comunidad y a la familia) para mitigar las condiciones de vida difíciles, y fortalecer los mecanismos de protección comunitarios, con el fin de ayudar a las personas a recuperar la normalidad de su vida diaria. Las intervenciones destinadas a mejorar las condiciones y los medios de vida pueden contribuir significativamente a la mejora de la salud mental de los refugiados, incluso más que cualquier intervención psicológica y psiquiátrica (Hassan et al, 2015).

B.1. Tipos de intervenciones/actividades

- Promoción de salud mental y psicoeducación.

- Sensibilización de profesionales sanitarios y del ámbito social.
- Primeros auxilios psicológicos por el personal sanitario e intervenciones de salud mental en crisis por los profesionales de salud mental.
- Apoyo psicológico (individual/de pareja/grupal).
- Atención psicofarmacológica.
- Movilización de la comunidad local.
- Recogida de testimonios.

Se debe subrayar que por ser un refugiado sirio, y a pesar de todas las experiencias traumáticas que probablemente habrá vivido, se podría incurrir en un grave error si se asume de entrada que necesita “ayuda psicológica”. De hecho, el concepto de *primeros auxilios psicológicos* (OMS, 2012) incide en que, en un primer momento, lo más importante para el refugiado es la



seguridad, tanto la de él como la de su familia (disponer de un lugar seguro para dormir, comer, conocer cuáles serán los próximos pasos a dar, saber dónde y cómo están sus familiares o disponer de una información veraz acerca de lo que está pasando en su país etc.). En general, el apoyo psicológico ha de venir después, una vez que la persona ya ha aterrizado en el país de acogida. La integración de la intervención de primeros auxilios psicológicos en la atención primaria de los refugiados es llave para el seguimiento holístico de las personas.

B.2. Grupos específicos

Se debe prestar una atención particular a los menores no acompañados, niños, mujeres embarazadas, mujeres no acompañadas, supervivientes de violencia doméstica y de género, pacientes de salud mental, víctimas de tortura, etc.

C. Incorporación de la competencia cultural en los programas de SMPS

Es muy aconsejable que los profesionales implicados en la atención en salud mental a los refugiados sean personas culturalmente competentes. El profesional debería **conocer** las diferentes expresiones del malestar psíquico, entender las atribuciones que se puedan hacer de los síntomas psiquiátricos, las expectativas que las personas tengan sobre la atención en salud mental o la existencia de modelos alternativos al biomédico que domina en nuestro entorno.

El éxito de cualquier intervención psiquiátrica o psicosocial con los refugiados va a depender de su adecuada adaptación cultural. La adquisición de habilidades que le permitan al profesional comunicar de forma adecuada en el contexto de interculturalidad, saber aprovechar el potencial de un mediador intercultural o hacer intervenciones culturalmente apropiadas resulta esencial. También es necesaria una actitud de respeto que reconozca nuestra propia condición de seres culturales y, por ello, la influencia que ésta tiene en la forma de interpretar el entorno; así como un interés genuino por lo que le sucede a este grupo de refugiados.

La incorporación de la competencia cultural en los programas de salud mental/psicosociales se refiere:

- a) a la comprensión cultural de los “*idioms of distress*” (expresiones del malestar que varían en función de la cultura).
- b) a los modelos explicativos (“*explanatory models*”) de la enfermedad y las conductas relacionadas con la solicitud de ayuda (“*help seeking behaviour*”).

Los conceptos culturales de “yo” (“*self*”) pueden influir en:

- Cómo las personas *experimentan* y *expresan* su sufrimiento: “*idioms of distress*”.
- Cómo las personas *explican* su enfermedad y su desgracia: modelos explicativos.
- Cómo solicitan ayuda: “*help seeking behaviours*”.

C.1. Idioms of distress

En la cultura siria, al igual que en la mayoría de las culturas árabes, tiende a no existir una separación marcada entre la experiencia de síntomas somáticos y psicológicos. Algunas de las expresiones somáticas comunes que pueden ser reflejo de síntomas de salud mental incluyen quejas sobre la sensación de presión en el pecho, dolor en el corazón, entumecimiento de partes del cuerpo, sensaciones de hormigas que se arrastran sobre la piel.

Los suicidios o los intentos de suicidio pueden ser motivo de estigma, vergüenza y exclusión social. En tradiciones islámicas el suicidio es un pecado y por eso las personas evitan revelar información sobre pensamientos relacionados con suicidio.

Es posible que haya obstáculos culturales no solo en la expresión de los problemas de salud mental/psicosociales, sino también en la comprensión de los diferentes perfiles de los profesionales de la salud mental y sus campos de actuación: psiquiatra, psicólogo, neurólogo, trabajador social, médico general, mediadores culturales, etc. Por ejemplo, los sirios quizás solicitan la intervención de un *tabib al asaab* (بي بيط) (neurólogo) cuando se refieren a un *tabib nafsi* (يسفن بي بيط) (psiquiatra).

La psicología y la psicoterapia no son bien conocidas ni están desarrolladas como ciclos formativos en Siria. Entre los refugiados sirios habrá quien no quiera desbordar a los miembros de su

familia con sus problemas y podrían beneficiarse de un espacio confidencial donde se puedan sentir escuchados.

C.2. “Modelos explicativos” y “Help seeking behavior”

Una adecuada exploración de los modelos explicativos permite a los profesionales de salud mental entender cómo las personas ven las causas, el curso y los resultados de su problema en salud mental o psicosocial. Estos modelos incluyen la percepción de cómo les afecta su condición, cómo ésta repercute en su entorno social y cuál creen que es el tratamiento más apropiado para ellos. Hay varios modelos: biológicos, psicosociales, religiosos, sobrenaturales. También pueden coexistir varios modelos explicativos que le dan sentido a los síntomas y al sufrimiento que generan.

El estigma y la discriminación acompañan con frecuencia a las personas con problemas de salud mental. En no pocas ocasiones, se considerará que estas personas han sido poseídas por un *djinn*, un espíritu malo.

Los modelos explicativos atribuidos por los individuos tienen implicaciones importantes sobre:

- los mecanismos de adaptación
- las conductas de solicitud de ayuda
- las expectativas del tratamiento
- las preocupaciones sobre consecuencias de largo plazo de su enfermedad
- el estigma

C.3. Los retos en la implementación de programas de SMPS culturalmente competentes

La implementación de programas de SMP culturalmente competentes plantea importantes retos:

- *El Idioma y el papel de los mediadores culturales.*
La falta de mediadores culturales que puedan facilitar la comunicación con los refugiados sirios puede disminuir la calidad de los servicios ofrecidos.
- *El estigma sobre los problemas y trastornos de salud mental*

El estigma y la discriminación hacia los problemas de salud mental van a influir negativamen-

te en las conductas de solicitud de ayuda entre los refugiados sirios.

- *Temas relacionados con los privilegios y la neutralidad*

La situación social de los refugiados y las características de la comunidad de acogida influyen en la interacción entre el profesional de SMPS y el paciente. Los profesionales deben evitar situaciones en las que los refugiados se puedan sentir subordinados o dependientes de los servicios de SMPS.

- *Género y conductas de solicitud de ayuda*

La narración de eventos que puedan ser una fuente de estigma o vergüenza puede verse complicada por razones de orgullo y honor relacionados con el género. Tanto hombres como mujeres pueden evitar revelar experiencias íntimas por el temor a ser estigmatizado.

Conclusión

Sin pretender priorizar ni discriminar a ningún grupo de refugiados en concreto, esta guía breve aspira a servir como una herramienta de orientación en la planificación de estrategias de SMPS y en la implementación de intervenciones/actividades dirigidas a los profesionales del ámbito de SMPS que trabajan con refugiados sirios. No es un informe exhaustivo ni se trata de un manual, pero trata de poner la atención en puntos clave relacionados con el apoyo de salud mental/psicosocial a la población diana, con la intención de promover estrategias e intervenciones culturalmente competentes adaptadas a las necesidades que hayan sido identificadas, potencializando así la eficacia de los programas implementados.

La contextualización de las actividades de apoyo en el país de acogida, el entendimiento del trayecto de los refugiados antes de su llegada a España necesitan informar la práctica de los profesionales del ámbito de salud mental y psicosocial. Las futuras investigaciones deberán aprovechar los datos obtenidos de las intervenciones implementadas para informar y re-orientar en el enfoque de los programas, abordando las necesidades de la población diana, que pueden cambiar a lo largo de su estancia en el país de acogida.