Universidad de Alcalá

UAH TFM

SALUD MENTAL EN CAMPOS DE REFUGIADOS:

Estudio de Kutupalong y Bidi Bidi

Máster Universitario en Acción Humanitaria Sanitaria

Presentado por:
Dª LAURA SEIJAS PEREDA

Tutorizado por:
Dª ELENA URDANETA ARTOLA

Alcalá de Henares, a 18 de enero de 2021.

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Título

"Salud Mental en campos de refugiados: estudio de Kutupalong y Bidi Bidi".

Autora

Laura Seijas Pereda

Palabras Clave

Salud mental, refugiado, campo de refugiados, Kutupalong, rohingyas, Bidi Bidi, sudsudaneses.

Title

"Mental health in refugee's camps: a study of Kutupalong and Bidi Bidi".

Key words

Mental health, refugee, refugee camp, Kutupalong, rohingyas, Bidi Bidi, south sudanese.

RESUMEN

Según datos de ACNUR, actualmente hay 26 millones de refugiados en el mundo, una de las mayores crisis de la historia. Muchos de estos viven en asentamientos temporales conocidos como campos de refugiados, diseñados inicialmente para cubrir sus necesidades básicas. Sin embargo, la rapidez de su construcción, la falta de medios, el exceso de población, la falta de higiene y agua, etc. son algunos de los muchos problemas que encontramos en dichos asentamientos. Kutupalong, en Bangladesh, es hoy en día el campo de refugiados más grande del mundo, habitado por rohingyas que huyen de una persecución étnica y religiosa en su país de origen, Myanmar. El segundo más grande es Bidi Bidi, en Uganda, poblado por sudsudaneses que huyen de la guerra civil en su país, Sudán del Sur.

Por otro lado, la salud mental lleva tiempo siendo la gran olvidada en el ámbito de la salud, debido a que no son afecciones directamente físicas y al gran desconocimiento y estigma asociados a ella. En este estudio describimos la historia y situación de rohingyas y sudsudaneses para centrarnos en el estado de su salud mental, ya que además de sufrir persecución, violaciones de sus derechos humanos, ser refugiados, etc. habitan en entornos de post-emergencia con sus propias problemáticas asociadas, como son los campos de refugiados. Buscaremos las afecciones de salud mental y psicosocial más comunes en estas poblaciones y cómo se manifiestan, con el fin de llamar la atención sobre las situaciones que viven estos refugiados, cómo influyen en ellos, ofrecer soluciones y enfatizar en la importancia que merece la atención a la salud mental.

ABSTRACT

According to UNHCR data, there are currently 26 million refugees in the world, one of the biggest crises in history. Many of them live in temporary settlements known as refugee's camps, initially designed to provide their basic needs. However, the rush of its construction, the lack of means, the excess of population, the lack of hygiene and water, etc. are some of the many problems that we find in these settlements. Kutupalong, in Bangladesh, is today the world's largest refugee's camp, inhabited by Rohingya fleeing ethnic and religious persecution in their home country Myanmar. The second largest is Bidi Bidi, in Uganda, populated by South Sudanese escaping from civil war in their country, South Sudan.

On the other hand, mental health has long been the great forgotten in the field of health, due to the not directly physical conditions and the great ignorance and stigma associated with it. In this study we describe the history and situation of rohingyas and south sudanese in order to focus on the state of their mental health, since in addition to suffering persecution, violations of their human rights, being refugees, etc. they live in post-emergency environments with their own associated problems, such as refugee camps. We will look for the most common mental and psychosocial health conditions in these populations and how they manifest themselves, to draw attention to the situations these refugees experience, how they influence them, offer solutions and emphasize the importance of bringing attention to mental health.

ABREVIATURAS

ONU ….. *Organización de las Naciones Unidas*

ACNUR ….. *Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados*

ONG ….. *Organización no gubernamental*

CR ….. *Cruz Roja*

DUDH ….. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*

OMS ….. *Organización mundial de la salud*

TEPT ….. *Trastorno de estrés postraumático*

GBD ….. *Carga global de enfermedad*

DDHH ….. *Derechos humanos*

OCHA ….. *Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios*

IOM ….. *Organización Internacional para las Migraciones*

VSG ….. *Violencia sexual y de género*

LMIC ….. *Países de ingresos medios y bajos*

IASC ….. *Comité permanente entre Organismos*

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT 3
ABREVIATURAS 5
LISTA DE FIGURAS 7
INTRODUCCIÓN 9
DEFINICIONES 9
CAMPOS DE REFUGIADOS 9
HISTORIA 11
LEGISLACIÓN 12
ACTUALIDAD 13
OBJETIVOS 15
MATERIALES Y MÉTODOS 16
RESULTADOS 19
SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS 19
KUTUPALONG 23
HISTORIA 23
SALUD MENTAL 24
BIDI BIDI 30
HISTORIA 30
SALUD MENTAL 31
DISCUSIÓN 36
CONCLUSIÓN 46
BIBLIOGRAFÍA 47

LISTA DE FIGURAS

Número de figura	*Descripción*	*Página*
Figura 1	Polacos abandonan Reichsgau Wartheland tras la ocupación nazi de 1939. Foto: Holtfreter. (5)	10
Figura 2	Prevalencia de depresión, ansiedad y TEPT en poblaciones afectadas por conflictos en función de la edad. GBD= Carga global por enfermedad 2016. (20)	21
Figura 3	Población rohingya en Bangladesh por grupos de edad y sexo. (11)	25
Figura 4	Consultas sobre afecciones mentales, neurológicas y de uso de sustancias registradas en el sistema de información de salud de Kutupalong, por grupos de edad y sexo. (22)	25
Figura 5	Lista de estresores diarios entre los rohingyas refugiados en Kutupalong. (21)	26
Figura 6	Lista de eventos traumáticos sufridos por los refugiados rohingyas. (21)	26
Figura 7	Población sudsudanesa en Bidi Bidi por grupos de edad y sexo. (39)	32
Figura 8	Resumen de los problemas más importantes identificados en Bidi Bidi según los refugiados, los servicios de salud y las estrategias que más se proponen para solucionarlo. (44)	37
Figura 9	Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en contextos de emergencia. Guía IASC. (19)	45

Nadie deja su hogar a no ser
que su hogar sea la boca de un tiburón.
Solo corres hacia la frontera
cuando ves toda la ciudad
corriendo también [...]

Solo dejas tu hogar
cuando el hogar no deja que te quedes
nadie deja su hogar a no ser que el hogar
te persiga, con fuego bajo los pies [...]

Quiero ir a casa, pero el hogar es la boca de un tiburón
el hogar es el cañón de una pistola
y nadie dejaría su hogar
a no ser que el hogar te persiguiera hasta la costa
a no ser que el hogar te dijera
que dejaras lo que no puedas dejar atrás,
aunque sea humano.
Nadie deja el hogar hasta que el hogar
es una voz húmeda en tu oído
que te dice
vete, aléjate corriendo de mí, no sé en qué
me he convertido.

"HOGAR"

Warsan Shire

INTRODUCCIÓN

DEFINICIONES

Una **crisis o emergencia humanitaria** es una situación de gran riesgo inminente donde se ven amenazadas la vida, salud, seguridad y/o bienestar de una comunidad o grupo de personas. Esta crisis puede deberse a motivos políticos (guerras, conflictos civiles, desplazamientos masivos de población, etc.), ambientales (terremotos, tsunamis…) o sanitarios (brotes, epidemias, etc.), y se caracterizan por que el país que las sufre no cuenta con una capacidad de respuesta suficiente para hacerle frente o no quiere hacerlo, por lo que los afectados requieren la recepción de ayuda externa o humanitaria por parte de otras entidades o donantes [(1)].

Estos escenarios son profundas emergencias sociales donde gran cantidad de personas mueren, sufren la guerra, la enfermedad, el hambre y/o el desplazamiento forzado debido a desastres naturales y/o provocados por el hombre, originando poblaciones en situación de necesidad urgente.

Estas emergencias hacen necesaria la definición de otro término: **refugiado**. Según define al artículo 1A de la Convención de 28 de julio de 1951 relativa al estatuto de los refugiados de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), un refugiado es: “una persona que se encuentra fuera del país del cual es originario, o bien donde reside habitualmente, debido a un temor fundamentado de persecución por razones de etnia, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social u opiniones políticas, y que no puede o no quiere reclamar la protección de su país para poder volver; 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” [(2)].

Actualmente, la guerra y la violencia étnica, tribal y religiosa son las principales causas por las que los refugiados huyen de sus países.

CAMPOS DE REFUGIADOS

A menudo, toda esta población refugiada se ve obligada, en su tránsito hacia otros lugares o por falta de un sitio al que ir, a establecer asentamientos temporales en áreas

conocidas como **campos de refugiados**; generalmente en territorios fronterizos, lejos de las zonas de conflicto.

Estos surgieron formalmente a raíz de la Convención del Estatuto de los Refugiados [(2)], en 1951, y desde entonces se han convertido en una solución inmediata a las crisis migratorias y los desplazamientos forzados en el mundo. Normalmente son construidos y administrados por organizaciones internacionales de ayuda como el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) o por otras organizaciones no gubernamentales (ONGs) tales como la Cruz Roja (CR), creados como primera línea de socorro para estas poblaciones en desplazamiento.

Los campamentos de refugiados son generalmente establecidos de forma rápida e improvisada debido a que la mayoría de los conflictos surgen de manera inesperada. Son diseñados para ofrecer protección y satisfacer las necesidades humanas básicas por un corto periodo de tiempo, en principio hasta que las condiciones sean propicias para que los refugiados puedan volver a sus países de origen y hogares en condiciones dignas.

En un único campo pueden llegar a vivir cientos de miles de personas, donde temporalmente encuentran un asentamiento "seguro" en el que recibir tratamiento médico, alimentos, refugio y otros servicios básicos. Sin embargo, la realidad es que la mayoría de los campamentos de refugiados son sucios, antihigiénicos, precarios y se encuentran en lugares que dificultan la provisión de ayuda [(3)].

Lamentablemente, muchas veces la estancia de las personas en estos refugios se prolonga en el tiempo por lo que algunos campamentos se han convertido ya en asentamientos permanentes, como Ain al-Hilweh (Líbano), y han existido durante décadas teniendo importantes implicaciones sobre los derechos humanos (DDHH). Algunos de los campos de refugiados más grandes que existen actualmente son: Kutupalong en Bangladesh, Bidi Bidi en Uganda, Daadab y kakuma en Kenia y Zaatari en Jordania [(4)].

Uno de los principales peligros y problemas que surgen es el hacinamiento, el cual conlleva todo tipo de problemas de higiene, salud, nutrición y protección, especialmente para los niños y mujeres. La propagación de enfermedades de todo tipo es muy fácil en estas condiciones y muchas veces no disponen de atención médica. Otros

problemas que enfrentan están relacionados con los materiales y el diseño de las infraestructuras en las que viven, ya que hacen muy difícil la intimidad, protección y el mantenimiento de la higiene, el agua y saneamiento, la electricidad, etc; y con la meteorología, debido a que sus casas están frecuentemente construidas con materiales endebles, siendo poco resistentes a las fuertes lluvias o vientos y sin medios para distribuir el agua en épocas de sequía, por ejemplo.

HISTORIA

El término refugiado y la historia que los envuelve no es tan antiguo. Las primeras evidencias de poblaciones refugiadas y personas u organizaciones que les proveyeran ayuda se remontan a principios del siglo XX, especialmente tras la Primera Guerra Mundial y la Revolución Rusa de 1917. Ambos acontecimientos históricos dejaron tras de sí un éxodo de unos 5 millones de personas que se convirtieron en refugiados entre 1914 y 1922. Esto se repetiría más adelante con la II Guerra Mundial y después de esta, habiendo en mayo de 1945 más de 40 millones de refugiados en Europa (figura 1) [5].

Figura 1: Polacos abandonan Reichsgau Wartheland tras la ocupación nazi de 1939. Foto: Holtfreter. [5]

ACNUR es el organismo de la ONU encargado de proteger a los refugiados y desplazados por persecuciones o conflictos, y promover soluciones duraderas a su situación, mediante el reasentamiento voluntario en su país de origen o en otro de acogida. Comenzó sus funciones en 1951, tiene su sede en Ginebra, Suiza, y más de 250 oficinas repartidas por todo el mundo.

La función de ACNUR es ser el guardián de su **Convención de Ginebra de 1951** [2], el principal instrumento internacional sobre el derecho de los refugiados. La Convención explica claramente quién es un refugiado y qué tipo de protección legal, asistencias y derechos sociales debería recibir, así como sus deberes y obligaciones [6]. Esta fue

inicialmente limitada para proteger a los refugiados europeos después de la Segunda Guerra Mundial, pero con las sucesivas crisis surgió la necesidad de redactar el **Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados de 1967** [(7)] , el cual modificó las restricciones geográficas y temporales, unificando varias resoluciones adicionales para ampliar el marco de actuación de ACNUR y de los países adheridos a la convención. Actualmente hay 147 signatarios para la convención y el protocolo.

La Convención de 1951 y su Protocolo de 1967 junto con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948 [(8)] han salvado millones de vidas y son parte de los principales instrumentos de DDHH con los que contamos en la actualidad. Han demostrado claramente su capacidad de adaptación a las cambiantes circunstancias, sin embargo, el mayor desafío sigue siendo garantizar que los países cumplan con ellos.

LEGISLACIÓN

El trato a los refugiados en el país de acogida varía de acuerdo con las leyes de cada nación, pero sin olvidar que convenciones y protocolos internacionales obligan a los países a otorgar asilo a los refugiados.

Uno de los principios más importantes del Derecho Internacional del Refugiado es el de "No devolución" especificado en el artículo 33 de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, y dice que: "ningún estado 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".

El artículo 31 de la Convención de los Refugiados dice que no se debe penalizar a los refugiados por haber entrado a un país de modo ilegal si vienen directamente de un sitio en el que estaban en peligro y se han presentado ante las autoridades. Por lo tanto, los solicitantes de asilo no deben ser detenidos por estar en posesión de papeles de identidad o documentos de viaje falsos.

Los artículos 12 - 30 de la Convención de los Refugiados especifica los derechos que les corresponden a los individuos una vez que han sido reconocidos como refugiados en los

términos de la Convención, por ejemplo, que todos deben ser provistos de papeles de identidad y documentos de viaje que les permitan salir del país [9].

Los refugiados deben recibir el mismo trato que los nacionales en lo que respecta a:

- La libre práctica de la religión y la educación religiosa
- El libre acceso a los tribunales de justicia (se incluye la asistencia jurídica)
- Acceso a la educación básica
- Acceso a la asistencia sanitaria y el socorro públicos
- La protección que brinda la seguridad social
- Tratamiento equitativo por parte de las autoridades tributarias

Los refugiados deben recibir el trato más favorable posible, al menos tanto como el que se da a los extranjeros que se encuentran en ese país, en lo que respecta a:

- El derecho a la propiedad
- El derecho a ejercer una profesión
- El derecho a trabajar por cuenta propia
- El acceso a la educación básica
- El derecho a elegir su lugar de residencia y el acceso a la vivienda
- El derecho a desplazarse sin restricciones dentro del país [2,10]

ACTUALIDAD

Según datos de ACNUR, en la última década al menos 100 millones de personas fueron desplazadas por la fuerza de sus hogares. Algunos de estos casos se resolvieron, sin embargo, desde finales de 2019 hay al menos 79.5 millones de desplazados en el mundo, alrededor del 40% son menores de 18 años, el 80% se encuentra en zonas de grave inseguridad alimentaria y 26 millones cumplen la definición de refugiados. De estos refugiados, el 68% provienen de solo 5 países: **Siria** (6.6 mill), **Venezuela** (3.7 mill), **Afganistán** (2.7 mill), **Sudán del Sur** (2.2 mill) y **Myanmar** (1.1 mill), y el 73% viven en los siguientes países, ya que la mayoría hacen frontera con los de procedencia de los refugiados: **Turquía** (3.6 mill), **Colombia** (1.8 mill), **Pakistán** (1.4 mill), **Uganda** (1.4 mill) y **Alemania** (1.1 mill) [11].

Como es de suponer, el número de nuevos desplazamientos es muy alto: una persona es desplazada cada 3 segundos, menos del tiempo que lleva leer esta frase. En 2019, hubo más de 30.000 nuevos desplazamientos cada día.

También hay millones de personas apátridas a quienes se les ha negado una nacionalidad, identificación y acceso a derechos básicos como educación, salud, empleo y libertad de movimiento.

Entrando en materia, se ha visto que las personas desplazadas a la fuerza son más vulnerables a sufrir problemas de salud, incluyendo salud mental, y a no recibir la atención necesaria para tratarlos, en especial las que son víctimas de conflictos graves y de trata de personas (sobre todo mujeres, niños y personas con discapacidad).

En concreto respecto a la salud mental, si bien el hecho de ser un refugiado en sí mismo no hace que estas personas sean más propensas a padecer trastornos mentales, sí que lo hace el que estén muy expuestos a diversos factores traumáticos y de estrés. Los refugiados a menudo se enfrentan a guerras, persecuciones y violencia extrema en sus países de origen, muchos padecen penurias y dificultades durante los desplazamientos. La falta de información, la incertidumbre en cuanto a su situación migratoria, las hostilidades, los cambios en las políticas y la privación de libertad en condiciones poco dignas y de forma prolongada son factores que constituyen una fuente de estrés adicional. Por otro lado, la migración forzada exige a menudo tener que adaptarse a múltiples situaciones en períodos de tiempo muy breves, lo que los hace más vulnerables a los abusos y a la falta de atención, todo ello creando el cóctel perfecto para las alteraciones de salud mental y psicosociales [(12)].

OBJETIVOS

El **objetivo** de este trabajo es encontrar y analizar los principales problemas de salud mental que surgen con mayor frecuencia entre la población que habita en los campos de refugiados. Para ello, nos centraremos en los dos campos de refugiados más grandes que existen actualmente en el mundo: Kutupalong y Bidi Bidi, poblados principalmente por rohingyas y sudsudaneses, respectivamente.

Subobjetivos:

- Conocer la historia y éxodo de las poblaciones a estudio, incluyendo las posibles vivencias traumáticas que hayan podido afectar o contribuir a su estado de salud mental.
- Observar los problemas que surgen y afrontan dentro de los campos de refugiados en los que viven y cómo estos influyen en su salud mental.
- Realizar una comparación entre las dos poblaciones y campos a estudio, con el fin de encontrar diferencias y similitudes entre los posibles trastornos de salud mental que sufren y el motivo de los mismos.

MATERIALES Y MÉTODOS

El trabajo realizado es una revisión bibliográfica basada en artículos científicos, periodísticos y datos de páginas webs oficiales, cuya intención es encontrar los principales problemas de salud mental que surgen en los campos de refugiados.

El trabajo ha sido redactado entre julio de 2020 y enero de 2021, con el groso de las búsquedas realizadas entre septiembre y noviembre de 2020.

La población a estudio seleccionada es la clasificada como 'refugiada', debido a que estas personas viven situaciones de emergencia y provendrán de una larga historia de persecución, violación de DDHH o situaciones extremas considerándose poblaciones vulnerables, por tanto, serán más susceptibles a desarrollar enfermedades de salud mental relacionadas, lo cual se pretende encontrar en este estudio.

Como se ha indiciado en la introducción, las personas 'refugiadas' de nuestro estudio han de, por temores o persecución, haber tenido que salir de su país de origen y no poder o no querer volver [13]. Es importante no confundirlos con los 'desplazados internos' los cuales, a pesar de haber tenido que abandonar su residencia, tal vez por los mismos motivos que los refugiados, siguen estando dentro de los límites de su propio país. Otro tipo de población que puede encontrarse en situaciones similares es la 'migrante', sin embargo, estos salen de sus países voluntariamente en busca de una vida mejor, por lo que tampoco se incluyen en este estudio [14].

Dado que también es necesario seleccionar un área a estudio que incluya estos refugiados, se han elegido los 'campos de refugiados', ya que en ellos se concentra gran parte de esta población, además de tener su propia problemática asociada que podrá afectar al estado de salud mental que estudiamos, proporcionando así más perspectivas de la situación. En concreto, se han seleccionado **Kutupalong** en Bangladesh, que acoge en su mayoría población **rohingya** proveniente de Myanmar y **Bidi bidi** en Uganda que acoge principalemente **sudsudaneses**. El motivo es que son los dos campos de refugiados más grandes del mundo actualmente y por ello aportan una población a estudio muy amplia, de la que se espera encontrar abundante literatura de calidad y fiable.

Kutupalong se establece en Bangladesh, en el sur de Asia, y acoge alrededor de 900.000 rohingyas procedentes de Myanmar, país limítrofe. Su cultura es tradicional, incluyendo lo referente al papel de la mujer que, p. ej. se espera que se quede en casa cuidando de los hijos y se considera inferior al hombre, por lo que existe una gran inequidad de género. Su religión es el islam, siendo esto el motivo de la persecución que padece el pueblo ronhinya por parte del ejército de Myanmar [(15)]. Bangladesh cuenta con un clima cálido tropical, con una temporada de monzones que abarca de junio a octubre. Los desastres naturales, como las inundaciones, tornados, etc. se producen casi todos los años y se combinan con los efectos de la deforestación, la degradación del suelo y la erosión. Esto afecta mucho a la seguridad, refugio y salud en el campo de refugiados.

Bidi Bidi se encuentra en Uganda, en África oriental. Acoge una población variable de cerca de 285.000 refugiados provenientes de Sudán del Sur, país con el que limita al norte. Son una población al igual tradicional, en lo que también se refleja la desigualdad de género, pero sus creencias son principalmente cristianas y animistas. Esta población huye de una guerra civil. Uganda también tienen clima tropical con época de monzones y enfrenta desastres naturales, pero en este caso están más relacionados con las sequías extremas o las lluvias torrenciales, afectando principalmente a la seguridad alimentaria y el acceso al agua.

Por último, el hecho de que se encuentren en zonas geográficas tan distintas y vengan de conflictos tan diferentes nos permite hacer una comparativa entre ambos en la búsqueda de detonantes y consecuencias de los posibles desequilibrios mentales asociados.

Teniendo en cuenta los objetivos y las aclaraciones hechas, se ha procedido a realizar las búsquedas de información informáticamente en:

- Bases de datos electrónicas como PubMed, Web of Science, Refworld, etc. de las cuales se han seleccionado y obtenido los artículos científicos de interés para el tema presentado. Se ha usado como filtraje temporal un máximo de antigüedad de 5 años (2015-2020), no obstante, en ciertos casos o temas sobre los que no

había suficiente información, esta franja temporal se ha ampliado hasta los 10 años (2010-2020).

- Revistas científicas como *The Lancet Global Health*, *INTERVENTION*, etc. para ampliar la oferta de posibles artículos de utilidad publicados en esta área.
- Google y Google Scholar para encontrar literatura más amplia y menos concreta.
- Páginas web oficiales de instituciones internacionales y de ayuda a los refugiados como ONU, OCHA, ACNUR, IOM, IASC, OMS, etc., tanto para artículos como para noticias, datos concretos sobre las poblaciones, países, etc.

Para filtrar las búsquedas se han usado palabras o combinaciones de ellas que incluyen en su mayoría: 'refugee', 'emergencies', 'refugee camps', 'health', 'mental health', 'rohingyas', 'kutupalong', 'Bangladesh', 'South Sudanese', 'Bidi bidi', 'Uganda'. El idioma de búsqueda más frecuente ha sido el inglés, sin embargo, también se ha consultado literatura en español y francés.

El trabajo aborda un tema sanitario, histórico y social. Ha sido redactado por una sola persona de forma narrativa y en el orden considerado oportuno, mediante la combinación, fusión y el relato de los datos obtenidos, leídos y estudiados, con la intención de crear una línea conceptual correcta y facilitar la comunicación de la información al lector. Se quiere dar a conocer la situación de poblaciones poco favorecidas y en crisis actualmente, para advertir de las necesidad y problemas que sufren, destacando la salud mental, así como denunciar su estado y plantear retos que puedan ser resueltos en un futuro.

RESULTADOS

SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS

La **salud** denota un estado de total bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de dolencias físicas o enfermedades. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental es un derecho humano fundamental, imprescindible para el ejercicio de los demás DDHH [(16)].

Cabe definir la **salud mental** como un "estado de bienestar en el que la persona tiene plenas facultades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad, entre otros". El derecho a la Salud está reconocido en numerosos instrumentos y tratados, como es el caso de la DUDH [(8)]. Es un derecho amplio que incluye desde la atención de salud concreta y apropiada hasta el cuidado de los principales factores determinantes de su estado.

Las estimaciones actuales apuntan a que una de cada cuatro personas sufrirá problemas de salud mental a lo largo de su vida, no obstante, aproximadamente dos de cada tres no tratarán su dolencia. Además, estas probabilidades podrán verse incrementadas en ciertas situaciones adversas.

Existe una estrecha conexión entre la salud mental y la pobreza o dificultades económicas, así como con la falta de acceso a otros derechos fundamentales como son educación, trabajo, vivienda, alimentación y agua, recogidos en la DUDH. Se considera que estos son, por tanto, factores determinantes básicos de la salud mental. Otros tipos de factores determinantes pueden ser la violencia y los abusos, las experiencias traumáticas, el desarrollo en la primera infancia y el hecho de contar o no con relaciones de calidad en el entorno [(17)].

Teniendo esto en cuenta, podemos deducir que las situaciones de emergencia humanitaria o de conflicto que viven los refugiados suponen un riesgo para la salud, no solo física sino también mental, a menudo causando graves sufrimientos psicológicos y sociales a las poblaciones afectadas. Dichos efectos pueden ser agudos y a corto plazo, pero también pueden, y suelen, deteriorar a largo plazo la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas, creando problemas crónicos.

Las dificultades que se derivan de estas situaciones son muchas y muy amplias, sin embargo, las que más nos interesan en este estudio son: las sociales, donde podrán agravarse las preexistentes (extrema pobreza, discriminación o marginación, opresión política, etc.) y/o crearse otras nuevas (desestructuración familiar, pérdida de las propiedades, de la confianza y de los recursos, violencia, etc.); y su implicación y relación con la salud, en concreto las consecuencias psicológicas o mentales, de nuevo empeorando las preexistentes (p. ej. mala gestión de trastornos mentales o aumento del consumo de alcohol) y/o induciendo otras nuevas (duelo, depresión, ansiedad, etc.) [18].

Es importante destacar que, en situaciones de emergencia, no todas las personas desarrollan problemas psicológicos apreciables, cada situación es individual, así como cada persona también lo es. Muchos sujetos dan pruebas de resistencia y tienen la capacidad de hacer frente relativamente bien a la adversidad, sin embargo, en función del contexto y tipo de crisis, determinados grupos o colectivos serán más susceptibles a experimentar problemas sociales, psicológicos y/o mentales:

• Mujeres: embarazadas, viudas y, en algunas culturas, mujeres solteras y adolescentes.

• Hombres: excombatientes, desempleados que han perdido los medios de mantener a sus familias y jóvenes que corren riesgo de detención, secuestro o de ser blanco de violencia.

• Niños (hasta 18 años): separados o no acompañados (incluidos huérfanos), reclutados o utilizados por grupos armados, que han sido objeto de trata, que realizan trabajos peligrosos y que viven o trabajan en las calles.

• Ancianos: cuando han perdido a los familiares que los atendían.

• Refugiados, personas internamente desplazadas (PID), inmigrantes en situación irregular (especialmente mujeres que han sido objeto de trata y niños que carecen de documentos de identificación).

• Personas que han estado expuestas a eventos sumamente lesivos o traumáticos (que han perdido a miembros de su familia o sus medios de vida, supervivientes de violaciones y torturas, etc.).

• Miembros de la comunidad que padecían discapacidades o trastornos severos preexistentes de índole física, neurológica o mental.

• Personas que son objeto de un grave estigma social: castas inferiores o "parias", trabajadoras sexuales, supervivientes de violencia sexual [19].

Como se puede observar un refugiado probablemente forme parte de dos o más de estos grupos de riesgo, explicando la gran implicación que pueden tener los conflictos en su salud mental y la importancia que tiene su estudio.

En un artículo publicado en 2019 actualizaron las estimaciones de 2005 de la Organización mundial de la salud (OMS) sobre la prevalencia de los trastornos mentales en países de ingresos medios y bajos (LMIC) afectados por conflictos, caso en el que hay afectación de dos o más factores determinantes de la salud mental. En concreto, se centraron en la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno bipolar y esquizofrenia, ya que son los más frecuentes, en entornos que habían experimentado un conflicto en los 10 años anteriores. Al comparar con la carga global de enfermedad (GBD), se estimó que más de una de cada cinco personas (22,1%) en un entorno de postconflicto sufre depresión, ansiedad, TEPT, trastorno bipolar o esquizofrenia y que casi una de cada diez personas (9,1%) desarrolla un trastorno mental moderado o severo en algún momento.

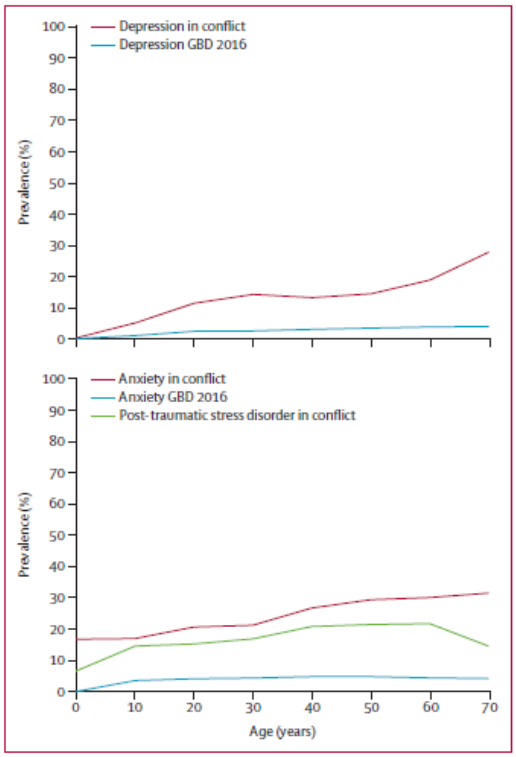

Figura 2: Prevalencia de depresión, ansiedad y TEPT en poblaciones afectadas por conflictos en función de la edad. GBD= Carga global por enfermedad 2016. [20]

También vieron que, en situaciones de conflicto, la prevalencia de depresión y ansiedad aumentaban con la edad, y que la de depresión era mayor en mujeres que en hombres (figura 2) [20].

Ahora bien, en este trabajo vamos a centrarnos en poblaciones que viven en campos de refugiados, por lo que además de haber vivido algún tipo de situación traumática, con todos los riesgos y consecuencias que ello implica, continúan viviendo en un entorno de postconflicto por un tiempo indefinido.

Este tipo de ambiente no hace sino acrecentar las posibilidades de tener una salud mental deficiente e injusta. Los factores estresantes diarios en post-emergencia a los que se encuentran sometidas estas poblaciones son amplios y no tienen por qué haber sido provocados directamente por eventos experimentados durante la emergencia (p. ej., tortura o violencia). Los más comunes son la falta de acceso a las necesidades básicas (alimentos, agua, refugio), la falta de seguridad, el hacinamiento o exceso de población de los campamentos y la falta de oportunidades de medios de vida.

Como apunte, a pesar de que se conocen los efectos nocivos directos que tienen en la salud mental el desarrollo de las emergencias, hay muy poca información sobre cómo estos factores estresantes diarios, comunes en entornos postconflicto, interactúan con el historial de trauma para predecir los resultados de salud mental a largo plazo [(21)].

Las afectaciones de salud mental son comunes entre los refugiados debido, como ya se postuló, a la exposición generalizada que normalmente han sufrido a la violencia y las atrocidades, etc. y al estrés asociado con la migración forzada, teniendo que dejar atrás sus hogares, allegados y posesiones. A esto se suman los factores de estrés en los lugares donde se asientan, como la insolvencia, las diferencias en el idioma y la cultura, las duras condiciones de vida y muchos otros.

Si bien por ello las necesidades mentales de los refugiados aumentan en comparación con las poblaciones no refugiadas, los recursos disponibles para ayudarles suelen ser extremadamente insuficientes, especialmente en situaciones humanitarias graves en las que los sistemas de salud locales están abrumados y no pueden responder adecuadamente a la afluencia de poblaciones recién llegadas [(22)].

Conociendo estos antecedentes de salud mental en emergencias, vamos a analizar lo que ocurre en los dos mayores campos de refugiados del mundo: Kutupalong [(23)] y Bidi Bidi.

KUTUPALONG

HISTORIA

Los **rohingya** son una minoría étnica musulmana que habita mayormente la región de Rakhine, al oeste de Myanmar. Tienen una larguísima historia de exposición a violaciones de los DDHH y discriminación sistemática, lo cual ha conducido en las últimas décadas a ciclos repetidos de desplazamientos forzados desde Myanmar a Bangladesh y otros países vecinos del sudeste asiático [(24)]. Desde la 'Ley de ciudadanía de 1982' de Myanmar [(25)], no son reconocidos como parte de sus 135 grupos étnicos oficiales y se les niega la nacionalidad, ya que el gobierno los considera inmigrantes bengalíes y no birmanos, a pesar de llevar siglos viviendo allí [(26)]. Esto hizo que también se les negara protección, educación, debido procesamiento de la ley, libertad de movimiento y asistencia sanitaria.

Después de tensiones regionales en 2017, el ejército de Myanmar realizó un "ataque generalizado y sistemático contra civiles incluyendo asesinato, encarcelamiento, desaparición forzada, tortura, violación, esclavitud sexual y otras formas de violencia sexual, violencia, persecución y esclavitud con elementos de exterminio y deportación", así como "sistemática opresión y discriminación", como se expuso en el consejo de DDHH de 2018. Esta persecución provocó una migración forzada masiva al vecino Bangladesh, creando una situación de emergencia humanitaria muy grave. Hablamos de la minoría étnica y religiosa más perseguida del planeta [(27)].

Según datos de la Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) de 2019, hay más 900.000 refugiados rohingya en la región de Cox's Bazar al sur de Bangladesh. Un total de 626.500 de estos viven en el Campo de refugiados de Kutupalong, lo cual lo convierte en el campamento de refugiados más grande del mundo actualmente [(28)].

Kutupalong comenzó de manera informal en 1991, después de que miles de rohingyas huyeran de la persecución étnica y religiosa conocida como *Operación Pyi Thaya* (Operación Limpieza y Hermosa Nación) del ejército birmano. Desde entonces el número de refugiados asentados en el campamento no ha parado de crecer, por lo que

su historia se remonta ya en los años, y, por ende, también la de la opresión que sufre este pueblo.

La enorme crecida del campo a partir 2017 provocó un desarrollo rápido y descontrolado que se observa en la precariedad de las construcciones, la falta de medios y la mala organización actual de Kutupalong. Con refugios endebles, construidos en laderas empinadas, los campamentos son propensos a inundaciones y deslizamientos de tierra, especialmente durante los monzones [29].

Hoy en día la situación no ha mejorado mucho, los campos todavía están congestionados y las condiciones de vida de los refugiados rohingya siguen siendo pésimas, con refugios abarrotados, condiciones de higiene subóptimas, inseguridad alimentaria significativa y altos niveles de violencia interpersonal [22].

Una de las opciones que se baraja para solventar la crisis de Kutupalong es la repatriación de refugiados rohingya, sin embargo, ha resultado profundamente problemática ya que el gobierno niega la legitimidad del derecho de este pueblo a pertenecer a Myanmar [30]. Los rohingya siguen siendo apátridas y su futuro es incierto.

Contextos políticos y humanitarios tan complejos tienen profundas implicaciones a corto y largo plazo en la salud social, física y mental de la comunidad rohingya, vinculadas a la falta de pertenencia y certeza. El impacto psicológico acumulativo de estas experiencias sobre la salud mental es evidente, aunque los datos sólidos sobre los resultados de la intervención psicológica son escasos.

Reconocer el impacto de la opresión y persecución histórica, y las experiencias traumáticas agudas de tortura, genocidio, violencia de género y la posterior migración y residencia en los campamentos, es crucial para comprender la desestabilidad mental y cómo se accede, aceptan o incluso comprenden los servicios sanitarios [18].

SALUD MENTAL

Los grupos de edad y sexo de la población rohingya desplazada en Bangladesh se encuentran representados en la imagen. Se destaca que el 54% son menores de edad y que apenas hay mayores de 50 años (figura 3) [11].

Esta población se encuentra sometida a muchos desafíos que suponen altos niveles de factores estresantes diarios como son el inadecuado y limitado acceso a la alimentación, educación y las restricciones de movimiento, dentro y fuera del campo [21]. Además, para esta población en particular, la apatridia es otro factor de riesgo muy importante, ya que aumenta su exposición a violaciones de DDHH y condiciones de vida inhumanas [31].

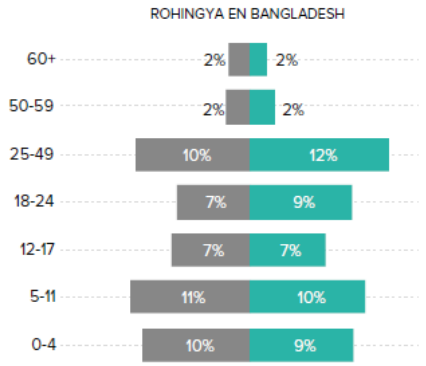

Figura 3: Población rohingya en Bangladesh por grupos de edad y sexo. [11]

Los trabajadores de salud en el campamento de Kutupalong describen niveles altos de sentimientos de desesperanza, preocupación excesiva, insomnio y miedo, además de frecuentes quejas somáticas de dolor de cabeza, fatiga y dolor corporal que no se pueden atribuir a ninguna causa orgánica [28].

La figura 4 muestran el patrón de las condiciones de salud mental tratadas en los centros de atención primaria de Kutupalong. Se observa que el número de pacientes mujeres diagnosticadas es mayor que el de pacientes masculinos. Las quejas somáticas sin explicación médica y los trastornos emocionales graves/depresión son las afecciones de salud mental que se diagnostican con mayor frecuencia, en particular en mujeres de entre dieciocho y cincuenta y nueve años.

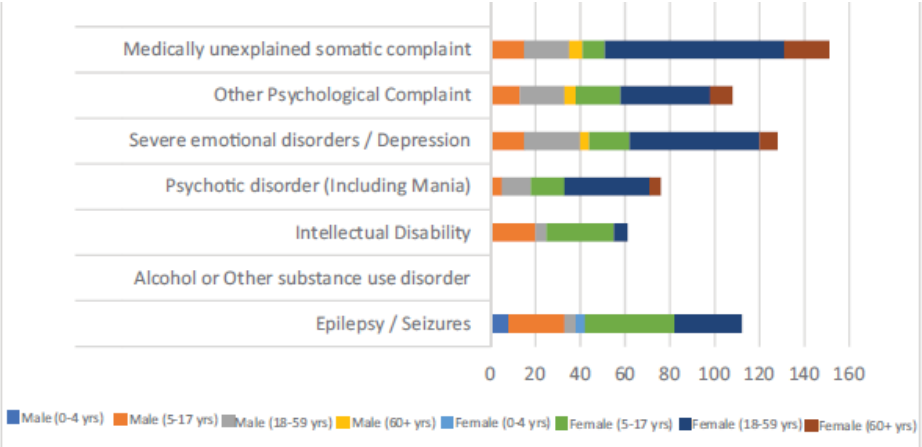

Figura 4: Consultas sobre afecciones mentales, neurológicas y de uso de sustancias registradas en el sistema de información de salud de Kutupalong, por grupos de edad y sexo. [22]

La epilepsia y la discapacidad intelectual se diagnostican casi exclusivamente en el grupo de edad de 5 a 17 años. A los pacientes con trastornos por abuso de sustancias apenas

se diagnostican, probablemente porque tienden a evitar los centros de salud y no revelan sus problemas de uso debido a la vergüenza y el estigma [22].

En un estudio sobre los factores estresantes diarios más comunes de los ronhingyas en el campamento, los participantes citaron preocupaciones sobre la obtención de alimentos (95%), falta de libertad de movimiento (82%), falta general de acceso justo a los servicios dentro de los campamentos (78%) y preocupaciones sobre seguridad o protección (77%) (figura 5).

Do you have a serious problem with [. . .] that often causes you stress? Yes or No	*n*	%
Food	141	95
Ability to move about freely	122	82
Fair access to services (in the camps)	116	78
Safety or protection	114	77
Harassment by locals	106	72
Health care services	103	70
Shelter	99	67
Employment (income/livelihood)	85	57
Education	80	54
Access to legal services	77	52
Feeling humiliated or disrespected	76	51
Water	75	51
Harassment by police or security forces	75	51
Sanitation facilities	55	37

Figura 5: Lista de estresores diarios entre los rohingyas refugiados en Kutupalong. [21]

En la figura 6 se muestran los eventos traumatizantes más comunes experimentados por los rohingyas. Estos fueron confiscación o destrucción de propiedad (75%), palizas (56%), extorsión o robo (55%) y ser forzado a esconderse (52%). Además, el 40% de los encuestados denunció tortura y fue común el abuso físico por parte de un cónyuge u otro miembro de la familia (27% de los hombres y 38% de las mujeres).

Respecto a los síntomas de enfermedades relacionadas con salud mental, el 36% presentaban señales de TEPT, el 89% de depresión y el 13% admitió haber tenido ideas suicidas. Además, los participantes respaldaron con frecuencia varios elementos, entre ellos: dolores de cabeza (67%), dolor de espalda (55%), sensación de ardor en la cabeza, el estómago o en todo el cuerpo (50%), dolor en todo el cuerpo (49%) y problemas gastrointestinales (49%) [21].

Otro estudio también registró altos niveles de síntomas de TEPT (36%) y depresión (89%). En la relación entre la exposición al trauma y los síntomas de TEPT destacaba la importancia del estrés diario en la producción de resultados negativos de salud mental. A destacar, alrededor del 10% de los encuestados indicaron que creían que estaban bajo un hechizo, poseídos por un espíritu o demonio y/o controlados por magia negra [26].

Have you experienced any of the following events? (lifetime)	n	%
Confiscation or destruction of personal property	111	75.0
Beating	83	56.1
Extortion or robbery	81	54.7
Forced to hide	77	52.4
Interrogation by soldiers or police	73	49.7
Threats made against you and/or your family	72	49.3
Someone was forced to betray you and placed you at risk of death or injury	64	43.5
Torture (in captivity, deliberate infliction of physical or mental suffering)	59	39.9
Verbal abuse (e.g., threats, abusive anger) by spouse or other family member	57	38.8
Forced evacuation under dangerous conditions	46	31.3
Disappearance or kidnapping of family member or friends	45	30.6
Exposure to frequent gunfire	45	30.6
Beaten by spouse or family member	44	29.9
Forced labor (like animal or slave)	39	26.5
Present while someone forcibly searched for people or things in your home	36	24.5
Other (frightening situation or time you felt your life was in danger)	26	23.6
Death of family or friend while fleeing/hiding, because of illness or starvation	33	22.4
Enforced isolation from others	31	21.1
Intentionally stabbed or cut with object (e.g., knife, axe, sword, machete)	28	18.9
Serious physical injury from combat (e.g., shrapnel, burn, bullet, landmine)	22	15.2
Sexual abuse, humiliation, or exploitation (e.g., coerced sexual favors)	19	12.8
Prevented from burying someone	18	12.2
Imprisonment	17	11.6
Kidnapped	16	10.9
Turned back from a country while trying to flee	14	9.5
Murder of family member or friend	13	8.8
Rape (forced, unwanted sex with a stranger, acquaintance, or family member)	12	8.1
Witnessed physical or sexual violence/abuse	9	6.1
Forced to betray someone, placing them at risk of death or serious injury	9	6.1
Forced to physically harm someone (friend, family, or stranger)	8	5.4
Forced abortion (only asked of women)	2	2.4
Forced to find and bury bodies	3	2.0

Figura 6: Lista de eventos traumáticos sufridos por los refugiados rohingyas. [21]

La Organización Internacional para las Migraciones (IOM) realizó una evaluación rápida de necesidades psicosociales y de salud mental entre 320 adultos y niños en Bangladesh. Los sentimientos de tensión y nerviosismo fueron ampliamente reportados entre adultos (>74%) y niños (>58%). También se vio que los pensamientos sobre el suicidio son comunes entre los rohingya y que están vinculados a un fuerte sentido de desesperanza con respecto a su situación, la falta de perspectivas de futuro y la pérdida de identidad [32]. Como el suicidio está fuertemente condenado en el islam, los rohingya a menudo ocultan estas ideas por vergüenza y/o miedo a ser juzgados. Unos trabajadores de campo informaron que, si las mujeres rohingya con ideas suicidas revelaban sus pensamientos a sus amigos y familia, la reacción de los demás a menudo era crítica, lo cual aumentaba aún más su agonía y vergüenza. En un sondeo se vio que el 62% de las mujeres con niños pequeños en Kutupalong reportaron ideas suicidas [26].

En cuanto al género, ACNUR reportó en 2018 que la mayoría de mujeres y niñas denuncian actos de acoso, privaciones económicas y violencia psicológica y física. En los asentamientos de refugiados, la violencia sexual y de género (VSG) siempre ha sido una preocupación importante. Muchos informes muestran que las mujeres rohingya expresan miedo de ser abusadas tanto en el hogar como fuera, ira (a menudo dirigida hacia sus hijos), estrés, sentimientos de desesperación y asfixia [33]. Esto hace que ser mujer sea uno de los principales factores de riesgo de desestabilización mental en este tipo de entornos.

A la hora de lidiar con las afecciones psicológicas o de salud mental que aparecen, los refugiados rohingya tienden a no buscar ayuda formal, no solo debido a una familiaridad limitada con los conceptos de salud mental, el apoyo especializado o dónde ser atendidos, sino también debido al estigma y los sentimientos de vergüenza asociados con la enfermedad mental. Se consideran las enfermedades mentales y psicosociales un signo de debilidad, por lo que a menudo solo en casos de dolencias muy graves o con origen físico se buscará atención médica.

En un estudio relacionado con 245 rohingya, el 80% indicó que buscaría ayuda para el abuso de la pareja íntima en la familia, el 70% en líderes religiosos, el 57% en organizaciones locales y solo un 10-12% indicó que iría a un médico o especialista en salud mental [(26)].

Por tanto, según datos de ACNUR, la mayoría de estos refugiados con problemas de salud mental recurren a la familia, curanderos tradicionales o líderes religiosos antes de buscar ayuda en un puesto médico "occidental". Esto provoca que los síntomas somáticos relacionados con alguna enfermedad mental a menudo no se reconozcan o se traten con prescripciones repetidas de analgésicos.

También indican que las estrategias actuales entre la población para abordar las quejas de salud incluyen remedios a base de hierbas, uso de amuletos combinados con un verso del Corán, coloreadas pastas de hierbas que se aplican sobre las partes del cuerpo afectadas y oraciones de líderes religiosos o curanderos tradicionales [(28)]. Es una creencia común entre la población rohingya que las personas con enfermedades mentales graves han sido maldecidas por Alá debido a su mala conducta [(26)].

Como apunte, a pesar de estos datos muchos estudios han visto que la religión y las prácticas asociadas no son necesariamente negativas en estos contextos, sino que brindan a los refugiados herramientas para hacer frente a las adversidades que viven y poder explicar algunos de los fenómenos que sufren, aumentando su resiliencia [(34)].

En respuesta a la pregunta "¿Qué crees que podrían hacer las agencias humanitarias para mejorar tu salud mental?", la mitad de los participantes respondió que tener soluciones sostenibles mejoraría su salud mental, el 47% indicó específicamente el

reasentamiento y menos del 1% indicó la integración local. En particular, el 30% de los encuestados indicó que lo haría el mejorar su sentido actual de seguridad.

Si bien se sabe que la depresión es un resultado frecuente de la exposición a eventos traumáticos, el papel de los eventos traumáticos en la etiología de los síntomas depresivos entre los refugiados rohingya parece ser de menor importancia. No se encontró relación directa entre la exposición a eventos traumáticos y la depresión en esta población, con los medios disponibles para su estudio. Los factores estresantes diarios, por el contrario, sí que han tenido un efecto fuerte y directo sobre la sintomatología depresiva, lo cual nos indica la importancia del estilo de vida en los entornos post-emergencia [21].

Frente a su insuficiencia, ACNUR ha estado trabajando para ampliar los servicios de salud mental y apoyo psicosocial para los refugiados rohingya a través de un enfoque integrado y de varios niveles. Los servicios de salud mental en los centros de atención primaria de salud se han implementado con éxito, así los profesionales médicos capacitados brindaron un total de 7.580 consultas clínicas de salud mental en 2019 [35].

Se ha visto que la mayoría de los emplazamientos donde se proveen servicios de salud mental en Kutupalong a menudo son inadecuados y carecen de confidencialidad [36]. Esto es debido a la falta de recursos que se refleja p. ej. en al acceso limitado a la electricidad, la falta de flujo de aire y en los techos de hojalata, dificultando que la ayuda a los pacientes pueda proporcionarse de manera completamente confidencial y en un ambiente cómodo, ya que el espacio puede causar molestias tanto al actor como al beneficiario [26].

Un informe de ACNUR sobre las necesidades culturales y de salud mental del pueblo rohingya estableció que, como ya mencionamos, tienen una familiaridad limitada con los conceptos occidentales de desestabilidad mental y sus expresiones de angustia son culturales, incluyendo sus creencias en la posesión espiritual. Hasta ahora, un desafío clave para brindar servicios apropiados a esta población es la escasez de información sobre la salud mental y las consideraciones culturales asociadas de los rohingya.

En resumen, si bien existe una escasez de información y estudios sobre la prevalencia y expresión de enfermedades mentales en las comunidades rohingya, lo que está claro es

que la experiencia de la migración forzada se expresa a través de la preocupación, el miedo, el bajo estado de ánimo y la incertidumbre sobre la seguridad actual, lo cual se refleja principalmente en ansiedad, depresión y síntomas de TEPT [18].

BIDI BIDI

HISTORIA

De todos los refugiados que acoge Uganda más de la cuarta parte viven en Bidi Bidi, en el distrito de Yumbe. En diciembre de 2013, dos años después de que Sudán del Sur se independizara de Sudán, la rivalidad entre los líderes gubernamentales rivales dentro del nuevo país provocó el estallido de una guerra civil. En 2014 un acuerdo de paz detuvo los combates, pero en julio de 2016 el acuerdo se desmoronó. Mientras escalaba la violencia étnica, la proliferación de grupos armados y los asesinatos indiscriminados arrasaban el país, decenas de miles de civiles escaparon de Sudán del Sur y la mayoría fueron a Uganda. El campo de refugiados de Bidi Bidi abrió sus puertas en agosto de 2016 y casi inmediatamente empezaron a llegar unas 2.200 personas al día, con picos de hasta 8.000 [37].

Los conflictos en Sudán del Sur continúan actualmente, y son la causa de que haya 2.2 millones de refugiados y solicitantes de asilo de sudsudaneses en el mundo, donde la gran mayoría son mujeres y niños. Uganda alberga casi 1.4 millones, de los cuales 232.800 viven en el asentamiento de Bidi Bidi repartidos en 42.740 viviendas. Esto lo convierte en el campo de refugiados más grande de África y el segundo más grande del mundo a día de hoy [38].

Del total de refugiados en Bidi Bidi, solo el 14% son hombres mayores de 18 años, por lo que el 86% son mujeres y niños de todas las edades, donde solo el 20% mujeres son mayores de 18 años (figura 7). Estas cifras alarman ya que en estas

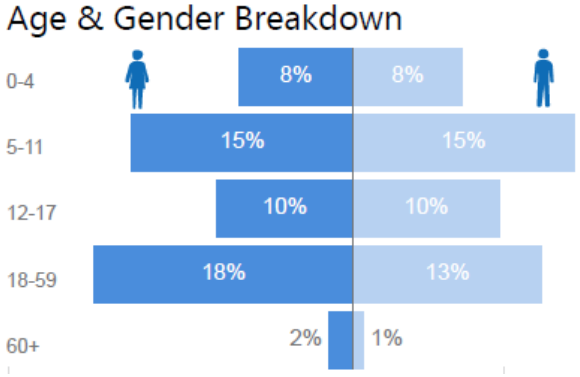

Figura 7: Población sudsudanesa en Bidi Bidi por grupos de edad y sexo. [39]

culturas los hombres mayores de 18 años suelen ser los únicos proveedores del hogar y las mujeres adultas son las encargadas de cuidar de la familia [39].

Un punto que se destaca de la migración masiva del pueblo sudsudanés es que a menudo se desplazaban familias enteras, con amigos, vecinos o incluso pueblos. Esto ha permitido que en el campamento las personas cercanas se hayan asentado en las mismas áreas, manteniendo un poco la unidad y el sentido del hogar.

Uganda ha sido reconocido por la ONU como país líder en el mundo respecto al tratamiento de los refugiados, ya que les proporcionan acceso a los servicios sociales, libre circulación y libertad para trabajar desde hace una década. Más del 80% de los refugiados que llegan residen en campamentos o asentamientos donde inicialmente pueden recibir asistencia básica, que incluye albergue, agua y saneamiento, salud y educación. Uno de ellos es Bidi Bidi el cual, a diferencia de muchos campos de refugiados que están aislados y cerrados, se funde a la perfección con su entorno porque las casas de los refugiados son casi idénticas a las de las aldeas ugandesas situadas entre las cinco zonas del campamento. Además, la mayoría de las escuelas y clínicas de Bidi Bidi se han transformado en estructuras permanentes y se ha instalado un sistema de abastecimiento de agua.

Se ha visto que los extranjeros tienen una imagen de Uganda segura y acogedora, donde serán bien tratados, por lo que es frecuente que los refugiados prefieran ir a este país antes que a alguno de los colindantes [40].

Bidi bidi estaba inicialmente diseñado para acoger a 150.000 personas durante 10 años, como consecuencia de la oleada de refugiados sudsudaneses el gobierno de Uganda se vio obligado a pedir ayuda internacional y a todas las ONGs. Los recursos son cada vez más escasos y el sistema de salud está sufriendo al servicio de una población más allá de su capacidad, donde los factores subyacentes de la pobreza y los recursos limitados hacen que las áreas con refugiados sean las más vulnerables [37].

SALUD MENTAL

Muchos de los refugiados que consiguen llegar hasta el campo han pasado varios días caminando con acceso limitado a alimentos, agua, alto riesgo de ataque de animales

salvajes, etc. Además, las mujeres y las niñas están en mayor peligro por el riesgo de violación por parte de la milicia y las fuerzas gubernamentales rebeldes.

Las principales razones mencionadas por los refugiados para huir de Sudán del Sur fueron: la violencia extrema y los asesinatos indiscriminados (a menudo basado en el origen étnico), la extorsión, las violaciones, el reclutamiento forzoso de niños y hombres, la quema de aldeas, propiedades y ganado, el hambre e insuficiencia de alimentos, medicamentos y servicios básicos y la inflación y el aumento del coste de vida [(41)].

Una vez en Bidi Bidi, la población ha reportado problemas como: falta de identificación, necesidad de prevención y respuesta a la VSG, oportunidades limitadas de medios de vida (que pueden dar lugar a actividades como la explotación sexual), desigualdades de género debido a normas y prácticas culturales, problemas de salud mental, falta de recursos y atenciones para los niños, riesgo de reclutamiento forzoso, dificultades de supervivencia entre los jóvenes, falta de formación profesional y educativa, y la coexistencia y relaciones pacíficas entre los refugiados y con las comunidades locales, entre otros [(42)].

Los años de guerra que han sufrido los sudsudaneses sumados al éxodo para llegar a Bidi bidi, las dificultades que encuentran allí y la incertidumbre respecto al futuro, son potenciales detonantes de una mala salud mental y de malestares generales entre los refugiados.

Se observó que la mayoría de los sudsudaneses de Bidi Bidi presentaban severos signos de angustia emocional y reacciones de estrés agudo. A menudo lo manifestaban condicionados por su cultura, p. ej. algunos decían que necesitaba descansar porque sentían que la sangre se había acumulado en su cerebro, otros lloraban o estaban inquietos. Este tipo de síntomas son altamente frecuentes en la población y pueden ser indicadores de afectaciones mentales, por lo que si no reciben el apoyo o la atención necesaria pueden causar el desarrollo de trastornos más graves como depresión, TEPT, ansiedad crónica o psicosis [(43)].

Respecto a esto, otro estudio informó de la falta de tratamiento psicológico/psiquiátrico general y de la necesidad de servicios especializados. En cuanto a los trastornos mentales en este entorno se vio que la mayoría, incluidos los graves, no se identifican,

no reciben tratamiento y/o no pueden acceder a los servicios, por lo que es fácil pensar que en unos años surgirán muchos más desequilibrios mentales [44].

Respecto a la protección y el bienestar entre los refugiados de Sudán del Sur en Uganda se descubrió que sentían mucha preocupación por la falta de necesidades básicas y de seguridad alimentaria, lo cual provocaba estrés en el hogar que estaba muy asociado con la violencia contra los adolescentes por parte de sus cuidadores [45].

También se observó que surgían tensiones a medida que llegaban nuevos refugiados a Bidi Bidi debido a que los servicios humanitarios prestaban más atención a estos. Además, había una percepción entre los residentes de que los recién llegados eran más agresivos y violentos [46].

No obstante, es necesario investigar posibles tensiones, resentimientos y conflictos dentro de la propia población de refugiados, ya que las sensación de que los nuevos habitantes son más violentos no refleja necesariamente la realidad, sino que puede deberse a amenazas o encontronazos con refugiados ya asentados que se ven amenazados y que ya manifestaban miedos y resentimientos ante los cambios que esto puede traer a sus condiciones de vida.

De aquí se deriva otro contribuyente importante al bienestar de la salud mental: el grado de incertidumbre. A parte de las características dudas sobre sus opciones de futuro, también la afluencia de nuevos refugiados introdujo una mayor incertidumbre sobre la cantidad, fiabilidad y calidad de las provisiones de ayuda humanitaria, suponiendo más estrés en la población ya asentada. Para muchos, esto reforzó la situación de falta de control sobre sus vidas [40].

Otro hecho que puede tener implicaciones para la salud y el bienestar de los refugiados es que a menudo están separados y posicionados como distintos de las comunidades locales de acogida. La resiliencia que presentan los refugiados sudsudaneses a las adversidades que enfrentan se puede ver socavada a través de las desigualdades frente a las comunidades de acogida, como las económicas, en gran parte debidas a la falta de tierras cultivables y medios de vida, factores claves en una población como esta. Lo mismo ocurre con la cohesión social, ya que contribuye a esta resiliencia a través de

mayores interacciones con la comunidad de acogida a fin de generar confianza, pero la posición como refugiados y extranjeros dificulta estas conexiones interculturales [47].

Todos estos hallazgos se suman a la evidencia de que las condiciones de vida diaria en contextos de refugiados tienen influencias significativas y constantes sobre la salud mental y los resultados psicosociales de la población.

Un estudio adicional que explora los determinantes sociales de la salud entre los desplazados en el norte de Uganda encontró cambios en las normas sociales y culturales de estas poblaciones tras su llegada. Informaron de que las actividades de prostitución, adulterio, violación, consumo de alcohol y robo aumentaron como efecto de la guerra, el desplazamiento y las condiciones de vida en el asentamiento. Dichas actividades constan como una contribución a la mala salud mental. Por otro lado, observaron que los refugiados para tratar sus problemas de salud tanto físicos como mentales utilizaban prácticas locales tradicionales o se apoyaban en la religión antes que acudir a los servicios de salud. En concreto, a la hora de gestionar la salud mental o problemas emocionales la mayoría utilizaron a sus familiares y amigos o usaban el aislamiento, pero muy pocos o ninguno buscó ayuda sanitaria [46].

Estos hechos pueden sorprender, sin embargo, es necesario tener en cuenta que la percepción de la salud mental entre estas poblaciones es específica de la cultura, incluyendo tradiciones, religión y un lenguaje que posee definiciones de estado de ánimo, ansiedad y otros trastornos de salud mental conocidos que, aunque similares a las de la medicina occidental, incluyen síntomas específicos y nombres diferentes [48].

La literatura describe cómo en las poblaciones de Sudán del Sur la identidad del yo y el cuerpo se ven vinculados como una unidad, p. ej. las metáforas relativas al cuerpo como “dolor de corazón” o “mal corazón” se utilizan para describir angustia psicológica [44]. También señalan que los refugiados se refieren a los problemas de salud mental como “locura” (trastornos mentales graves asociados con conductas agresivas y extrañas) o “tristeza” (dificultades asociadas con causas psicosociales como la pérdida, el duelo y la privación). El problema del "pensamiento excesivo" también se menciona repetidamente y podría corresponderse con ansiedad [49].

Las investigaciones entre los refugiados sudsudaneses sugieren una prevalencia de trastornos mentales comunes leves o moderados (depresión, TEPT o ansiedad) del 15% al 20% y niveles importantes de angustia psicológica; del 3% al 4% experimentan trastornos mentales graves como psicosis, depresión grave y una forma de trastorno de ansiedad gravemente incapacitante. También se señala la importancia de prestar atención a la violencia, incluidas otras formas como la VSG, como factor de riesgo repetido de problemas de salud mental [45]. Además, los matrimonios tempranos son un tema clave que puede estar influyendo más de lo pensado en la salud mental de esta población, sobre todo en las mujeres. Cabe señalar que el estudio que indica esto tiene ya varios años de antigüedad, por lo que los valores probablemente hayan aumentado [50].

En la figura 8 se muestran los principales problemas del campo descritos por los refugiados, los descritos como más importantes según los servicios sanitarios y las estrategias que más se han propuesto o apoyado para afrontar estos problemas. Vemos que los refugiados mencionan la falta de acceso a las necesidades básicas, las enfermedades, la falta de servicios sanitarios y la inseguridad como algunos de los principales problemas que afrontan, todos ellos considerados estresores diarios que hemos visto pueden afectar a su salud mental. También se refleja la forma que encuentran los sudsudaneses de enfrentar estos problemas con mayor frecuencia que como ya mencionamos es apoyándose en su tribu, familia y amigos, o buscando consejo de sus mayores y líderes religiosos [44].

Topic	Themes
General problems in refugee settlement	Lack of access to basic needs
	Disease
	Insufficient health services
	Security issues
Most important MHPSS problems	Ethnic conflict
	Overthinking
	Child abuse
Help-seeking strategies	Coping through connectedness with tribe
	Social support from family/friends
	Advice from elders and church leaders
	Community resolution of problems

Figura 8: Resumen de los problemas más importantes identificados en Bidi Bidi según los refugiados, los servicios de salud y las estrategias que más se proponen para solucionarlo. [44]

DISCUSIÓN

ENFOQUE GLOBAL

La OMS reconoce que el bienestar psicológico y muchos trastornos mentales están determinados por los entornos sociales, económicos, geopolíticos y físicos en los que viven las personas. En 2019, calculó que el 17% de los adultos que viven en zonas de conflicto presentan trastornos de salud mental leves a moderados, mientras que es probable que otro 5% de los adultos experimenten algún trastorno de salud mental grave [(17)].

En contraste, el análisis de *Save the Children* de 2019 mostró que apenas el 0,14% de toda la asistencia oficial para el desarrollo entre 2015 y 2017 se destinó a la programación sobre salud mental y apoyo psicosocial [(51)]. El gasto anual mundial en salud mental es inferior a 1,5€ por persona y a 0,2€ en LMIC. Por otro lado, la mayor parte de los presupuestos de salud mental se destinan normalmente a los hospitales psiquiátricos, cuando hemos visto que las afectaciones van mucho más allá de eso [(17)].

A pesar del gran impacto de los problemas de salud mental, los recursos financieros y humanos son insuficientes y a menudo mal empleados, originando déficits en su disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad.

Esto infringe el artículo 2, párrafo 1, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en virtud del cual los Estados parte deben destinar el máximo de los recursos de que dispongan a la consecución progresiva de la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto, incluido el derecho a la salud [(52)].

Por otro lado, la OMS indica que el acceso y uso de instituciones sociales en los países de acogida, como la educación, la atención sanitaria y social o el empleo, tienen un impacto significativo en cómo se reduce la angustia mental y se logra el bienestar psicológico. La participación en este tipo de actividades beneficia a las personas, en particular a los grupos más vulnerables, y les da la oportunidad de contribuir a su comunidad y sociedad [(51)].

Frente a estos datos se exponen los resultados de este estudio sobre poblaciones en campos de refugiados, donde se muestra la falta de medios y recursos disponibles,

información y diagnóstico de problemas mentales. Resulta sorprendente que no se destinen los suficientes programas y financiación para solventar estos problemas tan comunes a los que están expuestas todas las personas en estas situaciones. Vemos necesario llamar la atención sobre la poca consideración que se hace a la hora de paliar este tipo de afectaciones mentales y psicosociales, que, aunque puedan no parecer tan graves inicialmente, conllevan una carga de mortalidad y morbilidad nada desdeñable. Consideramos que la magnitud de las afectaciones de salud mental merece que se ofrezca una respuesta más integrada y eficaz en todos los aspectos, al diagnosticar, sensibilizar, tratar y estudiar estos problemas psicosociales.

DÉFICITS Y SOLUCIONES

Es un hecho que los conflictos y los desplazamientos que sufren las poblaciones refugiadas tienen consecuencias psicológicas y sociales para las personas, las familias y las comunidades. Además, se ha demostrado que los trastornos mentales en las poblaciones afectadas por conflictos están asociados con un deterioro significativo del funcionamiento, la productividad y el bienestar de estas a largo plazo [53]. Por lo tanto, abordar y promover la salud mental y psicosocial en estas poblaciones expuestas y vulnerables debe tratarse como una prioridad.

En nuestro estudio de Kutupalong y Bidi Bidi hemos identificado una serie de fallos, así como falta de provisión de ayuda y atenciones especializadas en muchos niveles, pero con hincapié en lo que concierne a la salud mental. Las carencias identificadas son similares en ambos campos por lo que vamos a referirnos a ellas de manera conjunta. El hecho de que dos culturas y pueblos tan lejanos sufran los mismos problemas y encuentren las mismas dificultades nos muestra que todos somos iguales, por mucho que haya diferencias étnicas o culturales, que los problemas que se encuentran son los mismos en la base, que los factores estresantes no entienden de nacionalidades y que se están cometiendo errores desde los niveles más básicos que tenemos que solucionar ya. Por otro lado, el motivo del desplazamiento es distinto en los dos casos, los rohingyas huyen de una persecución por motivos étnicos y religiosos mientras que los sudsudaneses huyen de una guerra civil. A pesar de esto, encontramos similares

dificultades diarias y trastornos psicológicos, lo cual nos hace pensar en un mayor peso del entorno post-emergencia, o al menos que es un agravante, sobre el estado de salud mental frente a las vivencias previas.

Como curiosidad, fue más complicado encontrar información sobre el campo de Bidi Bidi, lo cual puede deberse a que la crisis de los sudsudaneses ha sido menos mediática y a que es algo más reciente, sin embargo, el conjunto final de datos obtenidos indicó en general los mismos problemas que en Kutupalong respecto a la salud mental. Mencionamos los errores y déficits más característicos a continuación.

Para empezar, lo que más sorprende inicialmente es la falta de cumplimiento de los DDHH que hay en los campos de refugiados y en la historia de los pueblos rohingya y sudsudanés en general, incluyendo sus persecuciones, huidas, violencia, etc. Por ello es necesario remarcar como base que todas las intervenciones que se lleven a cabo, aquí y en cualquier otro entorno, deben asegurar que se respeten y alcancen en todo momento los DDHH de todas las personas afectadas, protegiendo especialmente a los grupos más vulnerables, sean cuales fueren el género, la edad, la religión, la cultura, el grupo étnico o la ubicación de los beneficiarios.

Se debe maximizar la cantidad, calidad y la equidad de los medios y recursos que se ponen al servicio de las poblaciones afectadas, ya que detectamos una gran falta de estos, más concretamente lo insuficientes que son frente a la cantidad de afectados y la magnitud de las emergencias. Se deben poner en marcha todas las intervenciones posibles respondiendo a las necesidades detectadas y que se prevean puedan surgir, consiguiendo que lleguen hasta las personas que realmente las necesitan.

No solo eso, sino que también vimos que el lugar en el que se proveen dichos servicios, así como los actores encargados de realizar las intervenciones, tienen un gran impacto en cómo estos llegan y el grado en que son aceptados y beneficiosos para sus destinatarios. Por ejemplo, los emplazamientos de los servicios de salud mental en Kutupalong tienen unas condiciones deplorables, haciendo que el paciente esté incómodo, inseguro y no se pueda garantizar su intimidad y confidencialidad. Por ello, contar con unas estructuras decentes para los servicios públicos y suministrar las ayudas, sobre todo cuando estén relacionadas con la salud, es básico, ya que a menudo

vamos a tratar temas complicados con personas vulnerables, por lo que asegurar su bienestar, tranquilidad y confianza será elemental para la optimización de los resultados. De la misma manera, los profesionales que vayan a llevar a cabo los proyectos han de estar bien formados y contar con los recursos necesarios para realizar su función, por lo que la preparación y educación del personal es básica para conseguir intervenciones de calidad [(54)].

Respecto a las infraestructuras de las viviendas en los campamentos, en el caso de Bidi Bidi parecen estar en mejores condiciones, ya que se asientan en un terreno llano, más amplio y las casas de los refugiados han sido construidas siguiendo el patrón de las aldeas colindantes, lo cual mejora la calidad del asentamiento. En común con kutupalong enfrentan el exceso de población que provoca hacinamiento, falta de higiene e intimidad, etc. y la falta de tierras de cultivo u otros medios de vida para los habitantes. Sin embargo, Kutupalong presenta unas condiciones pésimas en sus infraestructuras, construidas de manera caótica y compactada en un terreno accidentado, enfrentando derrumbes e inundaciones constantes. Ya mencionamos que el derecho a una vivienda digna es un derecho humano básico para garantizar el bienestar y la seguridad de todas las poblaciones. Por ello, invertir en arreglar estos problemas es inminente e indispensable si pretendemos mejorar la salud de la población y conseguir que prosperen; aunque lo ideal sería proporcionar hábitats adecuados desde el inicio de la construcción de los campos de refugiados.

Por otro lado, entre los factores estresantes diarios que encontramos contribuían al malestar de salud mental de estas poblaciones también estaban aquellos elementos relacionados con la capacidad de valerse por uno mismo, de realizarse, la libertad y los planes de futuro, que se veían limitados debidos a factores como la falta de educación y empleo formal o las restricciones de movimiento. El conjunto de condiciones adversas que hay en los campos de refugiados dificultan las oportunidades actuales de resiliencia de los refugiados y sus perspectivas de acceder a medios de subsistencia para construirse un futuro en su país de origen o en cualquier otro lugar.

Varios estudios han resaltado la importancia de brindar educación y oportunidades de empleo a los jóvenes, ya que la mejora de los medios de vida tiene el potencial de mejorar el capital social, lo cual permite a los refugiados contribuir a las economías

locales e integrarse en la sociedad, además de mejorar su bienestar. ACNUR considera que las intervenciones en materia de medios de vida, como las microfinanzas, son una opción atractiva para abordar estos desafíos, ya que los refugiados en situación de desplazamiento a largo plazo no enfrentan una perspectiva inminente de retorno o reasentamiento [18]. Cualquiera de las intervenciones es aceptable, siempre y cuando sean adecuadas y bien recibidas por sus destinatarios y sirvan para contribuir al desarrollo personal y familiar de las personas que viven en estas situaciones de carencia y absoluta dependencia de la ayuda humanitaria o la cooperación, así como para mejorar su salud mental y bienestar general.

A la hora de crear planes de acción, intervenciones, hacer estudios de calidad, etc. en lo concerniente a la salud mental, hay que entender que las afecciones que pueden aparecen son muy amplias y variarán entre cada individuo, por lo que un enfoque selectivo o limitado sería inapropiado. Debemos estar preparados y receptivos a cualquier síntoma o manifestación, ya que p. ej. podrían esconderlo o alejarse como hemos visto que ocurre frecuentemente con los trastornos por abuso de sustancias [44].

Por otra parte, hemos visto en el análisis de las poblaciones refugiadas que es muy necesario luchar contra el gran estigma y vergüenza asociados a las alteraciones mentales, p. ej. cuando algunas mujeres rohingyas confesaban ideas suicidas recibían críticas y rechazo por parte de su entorno, lo cual aumentaba su malestar [26]. Así como también hay que acabar con el enorme desconocimiento y falta de información sobre la salud mental mediante educación, sensibilización y concienciación. Estas carencias presentan un desafío para la implantación, aceptación y efectividad de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, por lo que es necesario resolverlas cuanto antes.

Para llegar a los beneficiarios será vital hacer las intervenciones en un lenguaje que sea cómodo y comprensible para ellos, así como hacerlo entendiendo y respetando su cultura y religión, en nuestro caso rohingyas y sudsudaneses, ya que en nuestro estudio hemos visto como esto muchas veces constituía una barrera para comunicarse y comprender sus interpretaciones, como p. ej. que algunas enfermedades mentales eran posesiones por espíritus, maldiciones, etc. Hacer las aproximaciones teniendo en cuenta

estos puntos de vista nos permitirá dirigir las intervenciones para que sean lo más adecuadas posibles para los refugiados. Se trata de tener en cuenta los que son pilares básicos de su historia y formas de entender la vida, la cultura, el idioma y las creencias, que además nos permitirá encontrar aliados que puedan ayudarnos dentro de la propia población, como líderes religiosos, conseguir un mayor acercamiento y beneficio y encontrar muchas más manifestaciones precisando así más en el diagnóstico [34].

Un error común es enfocarse únicamente en los déficits, debilidad, sufrimiento y patología del grupo afectado. El apoyo de salud mental y psicosocial también proviene de las propias comunidades afectadas que se comprenden y amparan internamente, ya que cada individuo o sociedad pueden poseer resiliencia y recursos propios con los que hacer frente a los retos de salud mental que se les presentan. Por ejemplo, hemos visto que los afectados buscan primero apoyo en santeros o medicina tradicional, familia y amigos, por lo que la búsqueda de ayuda intracomunitaria es algo que debemos integrar en nuestros proyectos y podrá servir para sensibilizar, concienciar y como potenciador del alcance de la ayuda que queremos proporcionar [51].

En base a esto se tiene que promover en todo lo posible la participación de las poblaciones afectadas en la respuesta de ayuda humanitaria o cooperación a su propia situación, y formarlas en el conocimiento y manejo de las alteraciones mentales para que puedan entender y gestionar sus propias afectaciones. En general, la participación debería posibilitar que los diferentes grupos locales recuperen o retengan el control sobre las decisiones que afectan a sus vidas y establezcan un sentido de identidad y apropiación local, con intervenciones participativas seguras y socialmente apropiadas, que protejan la dignidad, apoyo y creación de redes sociales [18].

Como apunte respecto al género, sabemos que las mujeres y niñas constituyen una población vulnerable. A esto se suma la presión creada por las múltiples funciones asignadas al papel de la mujer, la discriminación de género y los elementos asociados de pobreza, hambre, carga familiar, exceso de trabajo, VSG, etc., factores muy presentes y con un gran peso en estas poblaciones [33]. Ejemplos de esto son que la prevalencia de depresión en postconflicto es el doble en mujeres que en hombres (figura 2) [20] o que en un estudio entre mujeres rohingya con niños el 62% reportaran ideas suicidas [26]. Es vital luchar por eliminar de una vez por todas la enorme desigualdad de género que

existe en el mundo, promover la salud física y mental de las mujeres en todas las etapas de su vida, concienciar y sensibilizar sobre el papel impuesto a la mujer en la sociedad y todas las cargas que se derivan de ello. Su consecución promoverá el bienestar de las mujeres en todos los aspectos, incluyendo de salud mental, pero también del resto de las familias y sociedades, ya que son las mujeres las responsables del cuidado y mantenimiento del núcleo familiar y las que educan y apoyan al resto de miembros de la comunidad. Si ellas están bien, podrán ayudar a otros, y lo que ellas aprendan, lo enseñarán.

INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL

El Comité permanente entre Organismos (IASC), diseñó una guía sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. En ella presentan un orden de actuación a la hora de poner en marcha intervenciones de salud mental en contexto de crisis (figura 9).

Figura 9: Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en contextos de emergencia. Guía IASC. (19)

Se indica que en la base de toda intervención debe estar la disponibilidad de servicios básicos (comida, albergue, agua, salud primaria) y medidas de seguridad para toda la población. Es decir, que se limiten al máximo los factores estresantes básicos que hemos expuesto anteriormente, ya que son necesidades vitales elementales comprendidas en

los DDHH y su deficiencia está muy relacionada con la aparición de afectaciones emocionales y psicológicas en los entornos post-emergencia.

En el segundo nivel están las relaciones interpersonales, en concreto familiares y comunitarias, ya que, como hemos indicado previamente, hacer frente a las adversidades contando con el apoyo de la familia y allegados siempre será más fácil y construirá una sociedad más fuerte.

En el tercer nivel aparecen los apoyos más focalizados, pero no especializados, sino que abarcan a personas que pueden tener afectaciones comunes derivadas de ciertos trastornos o vivencias, p. ej. personas que hayan sufrido VSG.

Por último, estaría el apoyo especializado en el que se tratan patologías individuales que planteen un reto mayor o que necesitan una atención más concreta, como las enfermedades mentales graves [19].

Esta pirámide y la guía en la que se encuentran son muy útiles a la hora de hacer frente a las emergencias desde el punto de vista de salud mental. Es importante mencionarla junto los apuntes que hemos hecho sobre las intervenciones porque ahora podemos destacar que, en nuestros campos de refugiados de estudio, Bidi Bidi y Kutupalong, esto claramente no se cumple, ya que ni siquiera la base de la pirámide está siendo provista y, por tanto, la salud mental de estas poblaciones está descuidada desde niveles muy básicos. Es necesario que se pongan en marcha intervenciones con las características mencionadas, que se provea a las organizaciones internacionales y demás actores de la financiación suficiente para hacer apoyos de calidad, que se de visibilidad a la situación que están viviendo estos pueblos y muchos otros en situaciones similares, y se haga sensibilización sobre la salud mental con el fin de concienciar, educar y acabar con el estigma, ya que estos problemas los enfrentamos en todos los países.

MEDIDAS PARA FUTUROS ESTUDIOS

Una dificultad encontrada a la hora de realizar el estudio de salud mental en campos de refugiados es la falta de información e investigaciones concretamente dirigidas a este tema. Esto planteó un reto extra a la hora de encontrar datos concretos y relevantes

sobre nuestras poblaciones, rohingyas y sudsudaneses, que esperamos sea resuelto en un futuro.

Este hecho es comprensible debido a una falta de acuerdos respecto a los estándares que se deben seguir a la hora de hacer investigaciones sobre estas poblaciones en postconflicto. Existen problemas en cuanto a: factores metodológicos (p. ej. tipos de muestreo, uso de medidas que distingan entre la angustia psicológica normal y el trastorno mental, o falta de validación cultural), contextuales (p. ej. no tener en cuenta las condiciones de salud mental preexistentes o elementos comunes en cada cultura), poblacionales o epidemiológicos (dificultades para hacer censos de población y seguimiento en las poblaciones refugiadas), etc. [51]

Además, la mayoría de los estudios con poblaciones afectadas por conflictos, y refugiados en particular, se centran en los síntomas de trastornos mentales comunes después de la exposición a eventos potencialmente traumáticos, como depresión, TEPT y ansiedad, mientras que hay muchas más afectaciones que pasarán desapercibidas si no se buscan o a las que no se está prestando suficiente atención, como la implicación del entorno de refugio y lo que puede ocasionar [44]. Son necesarios estudios con una visión más amplia y de mayor duración temporal, ya que será la forma de ir viendo los trastornos que surgen, aunque para ello también hará falta más financiación.

Por último, como mencionamos antes, se deben tener en cuenta las características culturales concretas de cada población para poder comprender las manifestaciones de las afectaciones mentales, p. ej. la expresión del “pensamiento excesivo” en los sudsudaneses como un síntoma de angustia [51].

Es importante conocer las características epidemiológicas preexistentes en las poblaciones, incluidas las de salud mental, como pueden ser los trastornos neuropsiquiátricos, para la buena planificación de los servicios de salud mental en las poblaciones concretas. Por tanto, las limitaciones en la literatura epidemiológica y sanitaria previa de las poblaciones a estudio dificultan la construcción de futuras intervenciones eficaces, ya que no contarán con una base de estudios sobre los que guiarse, además de que es más difícil ver la evolución de las afectaciones. Por ello se

debe instar a todos los países a que estudien, atiendan y documenten los problemas de salud y el estado de sus poblaciones [44].

Así, es importante que se hagan más investigaciones de calidad sobre la salud mental de las diferentes poblaciones en situaciones de post-emergencia para poder comprender cómo estos entornos contribuyen a las afectaciones mentales, tanto en la evolución de afecciones previas como en la aparición de otras nuevas, y poder diseñar así buenos planes de acción frente a los retos que se nos planteen.

CONCLUSIÓN

Actualmente vivimos la mayor pandemia de refugiados y desplazados de la historia, la cual no parece que vaya a disminuir en un futuro cercano. Las guerras, la violencia étnica y las tensiones entre pueblos aumentan constantemente, y con ello el riesgo de que nuevas personas tengan que abandonar forzosamente sus hogares, convirtiéndose en refugiados.

Cientos de millones de personas repartidas por todo el planeta hoy se encuentran expuestas al riesgo de sufrir daños físicos, psicológicos o mentales y sociales debido a situaciones de conflicto o derivadas de los mismos, violando sus DDHH y siendo expuestas a situaciones que nadie debería vivir [55].

El caso de los campos de refugiados, y en concreto de Kutupalong y Bidi Bidi, requiere de intervenciones inmediatas, eficaces y conscientes, ya que el daño y las carencias que sufren las poblaciones afectadas que los habitan son muy grandes, pero tienen solución si actuamos cuanto antes y adecuadamente.

Se puede y se deben abordar los problemas que enfrentan, y el de todos los pueblos en situaciones similares, donde destacamos la salud mental como una gran olvidada, mediante una respuesta sistémica y coordinada, que proporcione los recursos adecuados para que los refugiados puedan recuperarse de los horrores de la guerra y las persecuciones, y frenar los retos que enfrentan cada día en los entornos post-emergencia y su falta de perspectivas de futuro.

Son momentos de crisis que requieren considerable trabajo por parte de todos, pero también son momentos de oportunidad, de crecer y de mejorar, de trabajar en equipo aportando lo mejor de cada cual, de aprender juntos de los errores y crear modos y caminos nuevos que sirvan para cambiar el curso de la historia, evitando que se repitan las atrocidades que recoge la historia de todas las poblaciones. Es hora de actuar.

BIBLIOGRAFÍA

1. OXFAM. Glosario OXFAM [Internet]. [citado 5 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.realidadayuda.org/glossary/crisis-humanitarias-olvidadas

2. Naciones Unidas. Conferencia de Plenipotenciarios sobre el Estatuto de los Refugiados y de los Apátridas. Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (adoptada el 28 de julio de de 1951, entrada en vigor el 22 de abril de 1954). Ser Tratados Nac Unidas. 1951;189(2545):1-17.

3. ACNUR. ¿Cuáles son las características de los campos de refugiados? [Internet]. [citado 5 de octubre de 2020]. Disponible en: https://eacnur.org/blog/cuales-son-las-caracteristicas-de-un-campo-de-refugiados-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/

4. La Vanguardia. Los campos de refugiados más grandes del mundo [Internet]. [citado 5 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20190620/462515222932/campos-refugiados-mas-grandes-mundo.html

5. Evolución e historia de los refugiados en el mundo - Geografía Infinita [Internet]. [citado 5 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.geografiainfinita.com/2018/12/evolucion-e-historia-de-los-refugiados-en-el-mundo/

6. ACNUR. Historia del ACNUR [Internet]. [citado 14 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.acnur.org/es-es/historia-del-acnur.html

7. Naciones Unidas. Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados, 1967.

8. General A, Unidas N, Miembros E, Unidas N. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Philosophy. 2017;92(3):331-2.

9. Origen e Historia de Refugiados en el Mundo Causas y Consecuencias [Internet]. [citado 14 de octubre de 2020]. Disponible en: https://historiaybiografias.com/refugiados/

10. Definición de refugiado - Qué es, Significado y Concepto [Internet]. [citado 14 de octubre de 2020]. Disponible en: https://definicion.de/refugiado/

11. ACNUR. Las tendencias globales de desplazamiento forzado 2019. 2019;84.

12. OMS. Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes. 2017.

13. ACNUR. ¿Quiénes son los refugiados? ¿De dónde vienen? | Agencia ONU [Internet]. [citado 7 de octubre de 2020]. Disponible en: https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/quienes-son-y-de-donde-vienen-los-refugiados

14. ¿En qué consiste ser un refugiado? | Ayuda en Acción [Internet]. [citado 7 de octubre de 2020]. Disponible en: https://ayudaenaccion.org/ong/blog/ayuda-humanitaria/en-que-consiste-ser-un-refugiado/

15. Ripoll S. Social and cultural factors shaping health and nutrition, wellbeing and protection of the Rohingya within a humanitarian context. Soc Sci Humanit Action. 2017;(October):1-34.

16. World Health Organization. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Doc básicos. 2006;1-18.

17. Consejo De Derechos Humanos de la Naciones Unidas. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos - Salud mental. Inf Anu la ONU. 2017;4(1).

18. Frounfelker RL, Islam N, Falcone J, Farrar J, Ra C, Antonaccio CM, et al. Living through war: Mental health of children and youth in conflict-affected areas. Int Rev Red Cross. 2019;101(911):481-506.

19. Comité Permanente entre Organismos (IASC), Inter-Agency Standing Committee, Comité Permanente entre Organismos (IASC), Inter-Agency Standing Committee. Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Mental Health and Psychosocial Support. 2007. 111 p.

20. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2019;394(10194):240-8.

21. Riley A, Varner A, Ventevogel P, Taimur Hasan MM, Welton-Mitchell C. Daily stressors, trauma exposure, and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. Transcult Psychiatry. 2017;54(3):304-31.

22. Tarannum S, Elshazly M, Harlass S, Ventevogel P. Integrating mental health into primary health care in Rohingya refugee settings in Bangladesh: Experiences of UNHCR. Intervention. 2019;17(2):130-9.

23. Save the Children. El campo de refugiados más grande del mundo [Internet]. [citado 15 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/actualidad/el-campo-de-refugiados-mas-grande-del-mundo

24. Mahmood SS, Wroe E, Fuller A, Leaning J. The Rohingya people of Myanmar: health, human rights, and identity. Vol. 389, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2017. p. 1841-50.

25. Refworld | Burma Citizenship Law [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.refworld.org/docid/3ae6b4f71b.html

26. Tay AK, Riley A, Islam R, Welton-Mitchell C, Duchesne B, Waters V, et al. The culture, mental health and psychosocial wellbeing of Rohingya refugees: A systematic review. Epidemiol Psychiatr Sci. 2019;28(5):489-94.

27. Alam J. The Rohingya of Myanmar: theoretical significance of the minority status. Asian Ethn. 2018;19(2):180-210.

28. Sullivan J, Thorn N, Amin M, Mason K, Lue N, Nawzir M. Using simple acupressure and breathing techniques to improve mood, sleep and pain management in refugees: A peer-to-peer approach in a Rohingya refugee camp. Intervention. 2019;17(2):252-8.

29. Guzek J, Siddiqui R, White K. Health Survey in Kutupalong and Balukhali Refugee Settlements, Cox's Bazar, Bangladesh SURVEY REPORT. 2017.

30. The New Humanitarian. We Must Not Repeat the Shameful History of Returning Rohingya — Refugees Deeply [Internet]. [citado 28 de octubre de 2020]. Disponible en: https://deeply.thenewhumanitarian.org/refugees/community/2018/01/17/we-must-not-repeat-the-shameful-history-of-returning-rohingya-refugees

31. Kipgen N. The Rohingya crisis: The centrality of identity and citizenship. J Muslim Minor Aff. 2019;39(1):61-74.

32. Bazar - MHPSS coordination I-C. RAPID mental health and psychosocial needs ASSESSMENT.

33. Corna F, Tofail F, Chowdhury MR, Bizouerne C. Supporting maternal mental health of Rohingya refugee women during the perinatal period to promote child health and wellbeing: A field study in Cox's Bazar. Intervention. 2019;17(2):160-8.

34. Mim NJ. Religion at the margins: Resistance to secular humanitarianism at the rohingya refugee camps in bangladesh. Religions. 2020;11(8):1-17.

35. Honeth M, Cobacho SP, Conlon HM, Cooney J, De Vries SA, Guillerme C, et al. An Investigative Environmental Impact Assessment for Kutupalong Refugee Camp and Surroundings, Bangladesh Preliminary research, analysis, recommendations, and work breakdown structure for in situ EIA team. 2017.

36. Dyer GM, Biswas M. Psychological and psychiatric care for Rohingya refugees in Bangladesh. 2019;

37. Oriol Ocejo S de. MICROFINANZAS PARA REFUGIADOS, UNA MIRADA AL CASO DE BIDI BIDI. 2019.

38. ACNUR. Uganda Refugee Operation - Participatory Assessment 2019 National Report. 2019;

39. ACNUR. Uganda - Refugee Statistics September 2020 - Bidibidi. 2020;(September):2020.

40. Virtanen M. Biting the hand that feeds you. Univ Bergen. 2020;118(8).

41. ACNUR. Global appeal. 2019;3-15.

42. UNHCR. Country Refugee Response. ACNUR, Reg Refug Coord Off. 2018;(December):49.

43. Mogga R. Addressing gender based violence and psychosocial support among South Sudanese refugee settlements in northern Uganda. 2016;(August):9-16.

44. Adaku A, Okello J, Lowry B, Kane JC, Alderman S, Musisi S, et al. Mental health and psychosocial support for South Sudanese refugees in northern Uganda: A needs and resource assessment. Vol. 10, Conflict and Health. BioMed Central Ltd.; 2016. p. 1-10.

45. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2012;7(12).

46. Meyer SR, Meyer E, Bangirana C, Mangen PO, Stark L. Protection and well-being of adolescent refugees in the context of a humanitarian crisis: Perceptions from South Sudanese refugees in Uganda. Soc Sci Med. 2019;221:79-86.

47. ACNUR. 2020 Mid Year Report. 2020;(June).

48. Abrahamsen AC. Challenges of Health System Delivery in Refugee Affected Environments: A qualitative study from the perspective of Humanitarian Health Workers in Western Uganda. 2019;(June).

49. Kaiser BN, Haroz EE, Kohrt BA, Bolton PA, Bass JK, Hinton DE. «Thinking too much»: A systematic review of a common idiom of distress. Soc Sci Med. 2015;147:170-83.

50. Ventevogel P, Jordans M, Reis R, De Jong J. Madness or sadness? Local concepts of mental illness in four conflict-affected African communities. Confl Health. 18 de febrero de 2013;7(1):1-16.

51. Save the Children. El camino hacia la recuperación. Responder a cuestiones de salud mental infantil en contextos de conflicto.

52. Asamblea General de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Resolución. 1966;(2200A (XXI)):1-10.

53. Lahiri S, van Ommeren M, Roberts B. The influence of humanitarian crises on social functioning among civilians in low- and middle-income countries: A systematic review. Glob Public Health. 2017;12(12):1461-78.

54. Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, Acarturk C, Eaton J, Gastaldon C, et al. Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. The Lancet Psychiatry. 2020;7(2):162-72.

55. Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. World Psychiatry. 2017;16(2):130-9.