



Mercedes Rivera Cuello:
ronijerez@hotmail.com

Mesa redonda

Atención psicosocial al niño desplazado y refugiado

Mercedes Rivera Cuello

Pediatra. UGC de Pediatría y Neonatología del Área de Gestión Sanitaria Este. Málaga

La atención a los menores desplazados y/o refugiados desde un concepto global de salud, entendida esta como “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1947) debe prestar suficiente atención a la protección de su salud mental y el bienestar psicosocial entre las múltiples necesidades que presentan. Es por ello que, como pediatras, necesitamos estar informados y conocer los aspectos más relevantes del abordaje psicosocial de estas familias.

Las situaciones a las que se enfrentan las familias erosionan los soportes de protección mental y psicológica previos y los exponen a diferentes factores de estrés que influyen en su bienestar mental: desafían identidades culturales, religiosas y de género, las personas, especialmente los niños, se vuelven más vulnerables a los abusos y negligencias, los problemas de naturaleza social y psicológica preexistentes pueden resultar exacerbados.

Muchos de los aspectos que conocemos respecto a la atención de inmigrantes económicos nos serán útiles. En el caso de las familias refugiadas existen

unas peculiaridades que siempre debe ser tenidas en cuenta como punto de partida: huyen del país de forma forzosa, no conocen el país al que llegan, tienen escaso soporte social y habitualmente han sido sometidos a situaciones traumáticas en su país de origen, todo ello sumado a la imposibilidad de volver.

En diciembre de 2015, dada la emergencia social de los últimos meses, se publicó una guía multia-gencia de salud mental y apoyo psicosocial para refugiados, inmigrantes y solicitantes de asilo desplazándose por Europa. En ella han intervenido 20 agencias y/u organizaciones no gubernamentales (ONG). En la guía se enumeran las claves para la atención inicial a este grupo poblacional para guiar las respuestas más sanas y adecuadas y para la prevención de daños causados inadvertidamente.

Los principios claves que proponen son:

- Tratar a todas las personas con dignidad y respeto y apoyar la autosuficiencia, hacerlas participar en la toma de decisiones y en la búsqueda de recursos.
- Auxiliar a las personas en peligro (o con sensación del mismo) de una manera humana y

Cómo citar este artículo: Rivera Cuello M. Atención psicosocial al niño desplazado y refugiado. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2016;(25):33-6.

comprensiva. Facilitar la formación e información sobre primeros auxilios psicológicos a los profesionales implicados.

- Proporcionar información acerca de servicios, apoyos, derechos y obligaciones legales. Muy importante desde el punto de vista sanitario (programas de salud, vacunación, derechos del menor...).
- Proporcionar psicoeducación pertinente y usar un lenguaje apropiado. Hacerles entender la normalidad de los sentimientos que notan y ofrecer herramientas para enfrentarlos.
- Priorizar la protección y el apoyo psicosocial de niños y niñas, particularmente menores no acompañados, separados y con necesidades especiales.
- Fortalecer el apoyo familiar. Mantener los vínculos familiares y el apego como factor protector frente a la patología mental.
- Identificar y proteger a las personas con necesidades específicas.
- Realizar intervenciones culturalmente relevantes y garantizar una interpretación adecuada. Evitar traductores de la misma familia o ambiente, utilizar traductores capacitados o mediadores culturales.
- Proporcionar tratamiento a las personas con trastornos mentales graves.
- No empezar tratamientos psicoterapéuticos que necesiten seguimiento cuando el seguimiento no es posible.
- Apoyar al que ayuda y no trabajar de forma aislada.

Una vez superada esta fase inicial, se describen tres fases desde la llegada de las familias hasta su completa adaptación, fases que están condicionadas por factores endógenos y exógenos a las familias; los tiempos de cada una de ellas son difíciles de delimitar y se solapan. Las fases son:

- Acogida o llegada.
- Asentamiento y adaptación.
- Autónoma de inserción e integración.

No todas las familias pasan por las tres etapas. Para realizar una adecuada atención es importante

detectar la fase en la que se encuentra la familia y estar permanente informado (o conocer las fuentes donde poder consultar) sobre la situación nacional e internacional que afecta al paciente/usuario para poder vehicular, en caso de ser necesario, las ayudas y recursos pertinentes.

FASE 1. ACOGIDA O LLEGADA

Dura normalmente de uno a cuatro meses y el objetivo fundamental es cubrir necesidades básicas y dar seguridad a las familias. En estos momentos los sentimientos y preocupaciones que más frecuentemente experimentan las familias son: desorientación, miedo, desconfianza (particularmente de prestaciones gratuitas, entre las que se encuentra la sanidad), carencia de recursos económicos, situación documental irregular, ansiedad, pesadillas; pueden tener reacciones que afecten a su capacidad de funcionamiento y de pensamiento, limitando su capacidad de autoprotección y cuidado.

En estos primeros meses, la función principal del pediatra será la detección de necesidades urgentes, la valoración de la situación sociosanitaria y el trabajo conjunto con trabajadores sociales, elaboración de informes (si nuestro centro de trabajo está cercano a los centros de acogida de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado [CEAR], Cruz Roja o Accem), dar seguridad y confianza mediante la facilitación de horarios, metodología de trabajo, medidas preventivas, etc. En esta fase es especialmente útil el trabajo de los mediadores culturales.

FASE 2. ASENTAMIENTO Y ADAPTACIÓN

La duración de esta fase es indefinida; hay familias que siempre quedan en esta fase. Habitualmente presentan sensaciones de provisionalidad, dudas en espera de la documentación (el periodo mínimo hasta conseguir la documentación es de seis meses), confusión (comienzan a conocer la cultura, las diferencias de normativas y metodología de trabajo, colegios, sanidad...).

Es muy frecuente que sufran cambios de estatus sociocultural (desempeñan tareas que los propios nacionales no quieren aceptar, como trabajo agrícola, tareas del hogar...), no se reconocen sus logros profesionales o académicos previos y comienzan a trabajar en la economía sumergida, lo que los lleva a los márgenes sociales. En este periodo se termina el tiempo de estancia en centros, comenzando los problemas con la vivienda, el trabajo, etc.

Se debe iniciar el proceso de aculturación, en el que tiene especial importancia el aprendizaje del idioma y la intervención de los mediadores culturales. Para comprender dicho proceso, Berry propone el esquema de aculturación bidimensional (Tabla 1).

Si se deniega el asilo la situación se vuelve más compleja; es necesario el trabajo con ONG, la familia se encuentra en una situación de escaso sostén social y con muy poco apoyo por parte del país de origen.

En esta segunda fase es muy importante por parte del pediatra valorar la red social y de apoyo de la familia y atender a las nuevas situaciones que pueden afectar a la dinámica familiar, como es el cambio de roles familiares: mujer/madre trabajadora, menores cuidados de los hermanos mayores, hijos que asumen funciones y responsabilidades que corresponden a los padres porque son los primeros que aprenden el idioma, aparición de problemas de conducta y adaptación en los colegios.

Debemos conocer las expectativas de la familia y abordar la situación real, sus necesidades y soluciones. Se deben explorar los antecedentes de alteraciones psicológicas y/o psiquiátricas y el modo de afrontarlas en sus comunidades.

Por último, debemos atender a los signos de alteración en el proceso de aculturación según el esquema propuesto.

FASE 3. AUTÓNOMA DE INSERCIÓN E INTEGRACIÓN

Muchas familias no llegan a esta fase, pero que el mayor número de personas lleguen a esta situación debe ser el objetivo último de todos los profesionales que trabajamos con este grupo poblacional.

En esta fase la familia ha debido encontrar respuestas y ver cumplidas sus necesidades. No supone solo adaptarse o insertarse, integrarse es ser autónomo y participar de la vida social del país.

En este periodo se producen las reunificaciones familiares en caso de alcanzar la estabilidad legal y laboral. Se produce un nuevo choque cultural entre la familia, más integrada, y el familiar que llega, que percibe los cambios en su grupo (occidentalización, manejo del idioma, cambios de roles...). Se debe tener una especial atención a las mujeres (aumento de las tareas y responsabilidades, doble choque cultural dentro y fuera del hogar).

En esta etapa dejan de ser seguidos por las unidades de atención, pudiendo encontrarse en situaciones de mayor vulnerabilidad; es por ello necesario mayor interés y exploración por nuestra parte. Es importante indagar sobre la situación legal y laboral de las personas con larga estancia en nuestro país, no debe asumirse la legalidad de la situación ni la estabilidad laboral.

Es importante explorar situaciones de ansiedad y culpa por haber dejado el país o depresión por no ver cumplidas las expectativas. En situaciones de reunificación, se debe hacer un nuevo trabajo con los menores: niños que no conocen o reconocen a sus padres o no los recuerdan o hijos mayores que vuelven al seno familiar.

Tabla 1. Esquema de aculturación bidimensional

		¿Es importante conservar la identidad y rasgos culturales?	
		Sí	No
¿Es importante establecer y mantener relaciones con otros grupos?	Sí	Integración	Asimilación
	No	Segregación Separación	Desculturación Marginación

En caso de derivación a salud mental es necesario hacer una buena orientación de las circunstancias sociosanitarias y de la condición de migrante de la familia.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud Mental y Apoyo psicosocial para Refugiados, solicitantes de asilo e Inmigrantes desplazándose en Europa. Una guía multiagencia de orientación. En: Mental Health and Psychosocial Support Network [en línea] [consultado el 18/05/2016]. Disponible en <http://goo.gl/NoX7Hp>
2. Riaño Galán I. Salud global en Pediatría: el reto de pasar de lo intolerable a lo mejorable. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78:71-4.
3. Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. En: Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Refugiados [en línea] [consultado el 18/05/2016]. Disponible en <http://goo.gl/8AYnmd>
4. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. En: Junta de Andalucía [en línea] [consultado el 18/05/2016]. Disponible en <http://goo.gl/2H0k5B>
5. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 18/05/2016]. Disponible en www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf
6. Martín Ruano A. Problemática del niño inmigrante. Mesa redonda: Temas emergentes en Pediatría. *Bol Pediatr*. 2006;46:319-27.
7. Vega Pascual MJ. Fases de la intervención social con refugiados. Ponencia. Secretaria del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR); 2004.
8. Pérez Sales P, Truñó i Salvadó M. Guía psicosocial. Médicos Sin Fronteras-España. Departamento técnico. En: Colegio Oficial de Médicos de Navarra [en línea] [consultado el 18/05/2016]. Disponible en www.medena.es/documentacion/SP3.pdf

ABREVIATURAS

CEAR: Comisión Española de Ayuda al Refugiado • **OMS:** Organización Mundial de la Salud • **ONG:** organizaciones no gubernamentales.