EU-MiCare

Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

# EU-MiCare

# Introducción al curso

El curso EU-MiCare y todo su material de aprendizaje ha sido elaborado con el mayor cuidado, basándose en fuentes fiables de información. A menos que se diga lo contrario, los contenidos del plan de estudio del curso son precisos y están actualizados hasta el 31/12/2024. Las actualizaciones del plan de estudio posteriores a esta fecha no estarán disponibles.

Cofinanciado por la Unión Europea

**Financiado por la Unión Europea.**
No obstante, las opiniones expresadas son únicamente las de los autores y no reflejan necesariamente las de la Unión Europea o la Agencia Ejecutiva Europea de Educación y Cultura (EACEA). Ni la Unión Europea ni la EACEA pueden ser consideradas responsables de estas.

Este trabajo está licenciado bajo una Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC-BY-NC 4.0).

Redactado en diciembre de 2024 por **Babel Day Centre**, bajo la ONG Syn-Eirmos de Solidaridad Social, con la colaboración de todos los socios del proyecto, como parte del Paquete de Trabajo n°3 – El paquete de Metodología y Formación EU-MiCare

# ¡Bienvenidos al curso en línea de EU-MiCare!

Este curso es el resultado del esfuerzo colaborativo de los socios involucrados provenientes de Chipre, Alemania, Grecia, Italia y España. Se ha diseñado una línea de apoyo a profesionales y voluntarios en su trabajo con migrantes y refugiados proporcionando un marco sólido basado tanto en la teoría como en las aplicaciones prácticas. Explorando dimensiones psicológicas clave, esta formación trata de profundizar en la comprensión de la migración como un proceso complejo y multifacético.

## Entendiendo la Condición Migrante

Migrar no es solo cruzar una frontera; es una profunda convulsión que perturba la identidad, la comunidad y el sentido de pertenencia al hogar. Las personas migran por diferentes motivos – algunos buscan mejores oportunidades, otros huyen del conflicto o represión. Cada experiencia es única, y las vivencias de las personas migrantes y refugiadas en su llegada a un nuevo país son muy variadas. El proceso migratorio generalmente se desarrolla a través de tres etapas superpuestas: pre-migración, migración y post-migración, donde todas influyen en la salud mental de distintas maneras. Los grupos vulnerables, como las mujeres, niños, personas mayores y LGBTQ+ encuentran desafíos acumulativos durante su recorrido.

El ajuste a una nueva cultura, o aculturación, puede ser un estresante significativo, agravado por la xenofobia, racismo y la presión por asimilarse. Comúnmente, ser identificado primariamente como migrante puede complicar más la integración, dificultando a estas personas encontrar un sentido de pertenencia local. A pesar de estos desafíos, muchos migrantes y refugiados exhiben una notable resiliencia, mostrando un amplio repertorio de respuestas y, a menudo, prosperando a pesar de la adversidad.

Particularmente en lo que respecta a los resultados negativos en la salud mental, se reconoce cada vez más que el desarrollo de trastornos mentales entre los migrantes surge de una combinación de factores, incluidos sus historias de vida, las circunstancias actuales, el apoyo social, el acceso a cuidados y las políticas de integración. Dirigirse a estos asuntos de forma efectiva requiere un enfoque

comprensivo que vaya más allá de la prestación de servicios psicológicos y de protección, integrando otros componentes de cuidados psicosociales. Esto implica implementar medidas y desarrollar intervenciones psicosociales multidisciplinarias y multinivel que consideren los determinantes sociales y sistémicos más amplios que impactan el bienestar.

Para las personas refugiadas particularmente, un aspecto central en sus experiencias es la perdida involuntaria de su hogar, un hilo común para aquellos que han sido desplazados por diferentes adversidades. Pese a no expresarlo siempre con claridad, la búsqueda de un nuevo hogar suele ser el elemento central de su recorrido. El papel de los trabajadores de campo es acompañarlos en este proceso, ofreciendo apoyo mientras superan esta difícil transición. Esta situación requiere salir de la zona de confort e interactuar genuinamente con aquellos a quienes se ayuda, validando y reconociendo su humanidad y experiencias.

## El Enfoque de Complejidad Terapéutica Sinérgica

Esta formación se basa en el enfoque de Complejidad Terapéutica Sinérgica desarrollado por Renos Papadopoulos (2021), que resalta tres principios clave:

- **Complejidad**: Reconocer que la experiencia de las personas migrantes y refugiadas está formada por la interacción entre individuos, aquellos que los asisten, y el amplio contexto sociopolítico. Esto también incluye considerar el extenso repertorio de reacciones (sean negativas, neutrales o positivas) que las personas muestran en respuesta ante las adversidades.
- **Unicidad:** Comprender que cada experiencia de las personas refugiadas y migrantes es diferente y en continua evolución.
- **Totalidad:** Ver más allá del estatus/etiqueta de "migrante" o "refugiado" para hacer honor a su humanidad a la vez que se les reconoce como agentes activos del cambio de sus propias vidas.

Como profesionales y voluntarios involucrados en el cuidado de personas que han huido de su tierra natal, la labor no es solo aliviar el sufrimiento, sino también abogar por una mayor apertura y humanidad para dirigirse a estos problemas que enfrentan. Esto implica acercarse a las personas con compasión sin sobre enfatizar la patologización o medicalización, y asegurar que el apoyo psicosocial siga siendo una respuesta digna y respetuosa a sus necesidades. El enfoque sinérgico también requiere que los trabajadores de campo reflexionen sobre sus sesgos y prejuicios, reconociendo como las narrativas sociales y prácticas profesionales quizás perpetúen estereotipos o reduzcan a personas a una categoría extremadamente simplificada.

## Objetivos del Curso y Resultados.

El curso digital EU-Micare invita a los profesionales y voluntarios a aceptar un marco psicosocial centrado en lo humano para interactuar con personas migrantes y refugiadas. A través de una combinación de fundamentos teóricos, ejercicios experienciales, actividades reflexivas y marcos prácticos como la Matriz de Adversidad, la Escala de Ulises y la Rueda de Privilegio y Poder, este curso tiene como objetivo ayudar a los participantes a identificar y responder a los diversos impactos de la migración y generar un cambio significativo en su trabajo.

Los participantes obtendrán:

- **Conocimiento:** Una comprensión más profunda de las dimensiones psicosociales de la migración, incluyendo desafíos únicos afrontados por los migrantes y refugiados durante diferentes etapas de su recorrido.
- **Habilidades:** Herramientas prácticas para un apoyo compasivo y efectivo superando los enfoques centrados en el trauma para reconocer las distintas reacciones ante la adversidad.
- **Actitudes:** Una perspectiva reflexiva y culturalmente sensible que abraza la complejidad, unicidad y totalidad de la experiencia de cada persona.
- **Conexiones:** Oportunidades para interactuar con una red de proveedores de servicios y expertos de todo Europa, fomentando la colaboración y aprendizaje compartido sobre la salud mental de personas migrantes y refugiadas.

## Grupos objetivo del curso

Los grupos objetivos primaros incluyen:

- Profesionales de la salud (por ejemplo, psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeros) y otros profesionales (por ejemplo, mediadores culturales, intérpretes, consejeros, cuidadores de menores no acompañados) que trabajan con poblaciones migrantes y refugiadas en entornos de toda Europa, como campos de acogida, organizaciones sin ánimo de lucro, centros de salud mental públicos, hospitales y refugios.
- Vocational Education and Training providers o VET (proveedores de Educación y Formación Vocacional), desarrolladores de VET e instituciones académicas, que utilizarán y promoverán la formación.
- Asociaciones profesionales relevantes, organismos del sector público y organizaciones de la sociedad civil involucradas en la salud de migrantes y refugiados.

## Estructura del curso

El contenido del plan de estudios ha sido desarrollado utilizando metodologías participativas, incorporando las aportaciones de los trabajadores de campo a lo largo del proceso de diseño de la formación. Además, las perspectivas de migrantes y refugiados (adultos, familias y niños) han sido representadas de manera indirecta a través de la experiencia de las organizaciones asociadas que brindan servicios de salud mental y cuidado social a estas poblaciones. El curso sigue una progresión lógica de temas generales a específicos y se compone de 4 módulos y un total de 17 unidades, con descripciones detalladas que se presentarán a continuación. Los módulos 2 y 3 se ofrecen en dos itinerarios separados para atender a diferentes roles profesionales.

**Modulo 1: Fundamentos del Cuidado Psicosocial en Contextos Migratorios**

(tiempo medio estimado para la compleción del módulo 13.5 horas)

- **Unidad 1.1–Bienestar psicosocial en el contexto de la migración:** Resumen de los conceptos clave que aparecerán a lo largo del plan de estudios.

- **Unidad 1.2 – Determinantes Sociales de la Salud Mental:** Los factores no médicos que influyen en la salud y la salud mental a lo largo del tiempo y durante las diferentes fases de la migración.
- **Unidad 1.3 – Factores de Riesgo, Protección y Promoción/Resiliencia:** Factores que afectan el bienestar de migrantes y refugiados, incluidos grupos específicos, como mujeres, personas mayores y personas LGBTQ+.
- **Unidad 1.4 – Dimensiones Psicológicas del Proceso Migratorio:** Principales teorías y conceptualizaciones del complejo recorrido psicológico de migrantes y refugiados.
- **Unidad 1.5 – Condiciones Comunes de Salud Mental Entre Migrantes y Refugiados:** Visión general de la epidemiología y las manifestaciones de los desafíos de salud mental que enfrentan migrantes y refugiados.

**Módulo 2: Mejora de Habilidades en el Reconocimiento y Evaluación de las Necesidades de Salud Mental de los Migrantes.**

**(Dos itinerarios diferentes: Profesionales de la salud mental, Otros profesionales)**

(tiempo medio estimado para la compleción del módulo 12.5 horas)

- **Unidad 2.1 – Comprender la Influencia de la Cultura en la Salud Mental**: La relación entre la cultura y la salud mental.
- **Unidad 2.2 – Perspectivas Interseccionales sobre la Migración y la Salud Mental**: La migración y el bienestar a través de la lente de la interseccionalidad.
- **Unidad 2.3 – Enfoques de Cribado de Salud Mental para Migrantes y Refugiados:** Visión general de enfoques culturalmente sensibles para identificar necesidades de salud mental.
- **Unidad 2.4 – Psychological First Aid o PFA (Primeros Auxilios Psicológicos)**: Cómo brindar apoyo inmediato tras una crisis.

**Itinerario para Profesionales de la Salud:** Este itinerario está diseñado para profesionales que están familiarizados con el lenguaje clínico y realizan cribados, evaluaciones, diagnósticos o tratamientos/terapias de salud mental en sus respectivos contextos. Esto incluye médicos, psicólogos, psicoterapeutas y enfermeros.

**Itinerario para Otros Profesionales y Voluntarios**: Este itinerario está dirigido a profesionales y voluntarios que trabajan estrechamente con migrantes y refugiados en capacidades no clínicas, como mediadores culturales, intérpretes, trabajadores sociales, consejeros, cuidadores de menores no acompañados y voluntarios.

**Modulo 3: Mejora de las Habilidades en Gestión de Necesidades de Salud Mental en Migrantes**

***(Dos itinerarios diferentes:*** Interpretes/mediadores culturales, otros profesionales)

(tiempo medio estimado para la compleción del módulo 13.5 horas)

- **Unidad 3.1 – Comunicación Efectiva**: Técnicas para una comunicación de apoyo y no violenta.
- **Unidad 3.2 – Conciencia Cultural:** Comprensión y respeto de las diferencias culturales.
- **Unidad 3.3 – Colaboración para una Interpretación y Mediación Cultural Efectiva:** Principios fundamentales para una colaboración eficaz con intérpretes y mediadores culturales.
- **Unidad 3.4 – Colaboración Interdisciplinaria en Salud Mental y Apoyo Psicosocial**: Exploración de enfoques multisectoriales para intervenciones psicosociales**.**
- **Unidad 3.5 – Respuesta a la Situación Especial de los Niños:** Atención a las necesidades únicas de los menores en el contexto de la migración, incluidos los niños no acompañados y separados**.**

**Itinerario para Intérpretes y Mediadores Culturales**: Este itinerario está dirigido a personas responsables de salvar las diferencias culturales y lingüísticas en el trabajo con migrantes y refugiados, como intérpretes y mediadores culturales**.**

**Itinerario para Otros Profesionales**: Abierto a todos los profesionales y voluntarios que no encajen en los perfiles anteriores pero que trabajen con migrantes y refugiados en diversas capacidades, como médicos, psicólogos, psicoterapeutas, enfermeros, trabajadores sociales, asesores, cuidadores de menores no acompañados y voluntarios.

**Modulo 4: Autocuidado y Bienestar del Personal**

(tiempo medio estimado para la compleción del módulo 9.5 horas)

- **Unidad 4.1 – Efectos en Profesionales y Voluntarios que Trabajan en el Contexto de la Migración:** Consecuencias psicológicas de la naturaleza del trabajo.
- **Unidad 4.2 – Autocuidado:** Estrategias prácticas para mantener la propia salud mental.

- **Unidad 4.3 – Cuidado del Personal:** Apoyo al bienestar de colegas y miembros del equipo en un contexto organizacional, con especial atención a las necesidades y desafíos que enfrentan los voluntarios.

Aunque se proporciona un marco de tiempo estimado para la duración de la lectura de cada módulo, los tiempos de finalización pueden variar. Por lo tanto, se anima a los participantes a evaluar el tiempo necesario para cada unidad y avanzar a su propio ritmo. Los módulos incluyen lecturas, videos, recursos multimedia y actividades de aprendizaje interactivas.

## Evaluación y Certificado de Finalización

La evaluación se llevará a cabo mediante una serie de preguntas de evaluación y cuatro viñetas, cada una correspondiente a uno de los módulos del curso. Estas viñetas están basadas en historias reales del campo, abordando diversos escenarios que profesionales y voluntarios pueden encontrar en su trabajo con poblaciones migrantes y refugiadas.

Una vez completadas todas las preguntas de evaluación posteriores a cada módulo, los participantes serán elegibles para recibir un certificado de finalización.

## Herramientas de aprendizaje y recursos

- **Fundamentos Teóricos:** Cada unidad incluye una revisión detallada de la literatura y referencias, basadas en la investigación global actual sobre el cuidado de migrantes y refugiados.
- **Ejercicios Reflexivos:** Actividades prácticas diseñadas para profundizar la comprensión y mejorar las habilidades en el abordaje de la salud mental de migrantes y refugiados.
- **Glosario:** Un recurso integral en el Repositorio que proporciona definiciones de términos clave sobre migración, disponible en inglés.

- **Materiales Suplementarios:** Herramientas adicionales, incluidos videos, gráficos y otros recursos útiles, accesibles a través del Repositorio (solo en inglés).

- **Comunidad de Conocimiento:** Un foro independiente y dedicado que conecta a los estudiantes de toda Europa para intercambiar ideas, compartir conocimientos, hacer redes y construir una comunidad de práctica.

## Iconos e Indicadores Visuales del aprendizaje en línea.

| | |
|---|---|
| | Repositorio |
| | Puntos clave |
| | Vídeo |
| | Pausa para Reflexión |
| *mental health* | Definición del término proporcionada en el Glosario (solo en inglés) |

## Para concluir ...

La migración es un proceso marcado por la complejidad y el cambio profundo. Aquellos que apoyan a los migrantes y refugiados juegan un papel vital al ayudar a individuos y comunidades a reconstruir un sentido de hogar y pertenencia. Al final del curso, los participantes estarán mejor preparados para abordar las necesidades de migrantes y refugiados con competencia y humildad cultural, contribuyendo a mejorar los resultados en su trabajo.

EU-MiCare

Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

# EU-MiCare Curriculum

# Colophon

The EU-MiCare course and all learning material contained within have been compiled with the utmost care, based on reliable sources of information. Unless otherwise stated, the data contained in the course curriculum is accurate and up-to-date as of 31/12/2024. Updates to the curriculum may not be made available past this date.

Co-funded by the European Union

**Funded by the European Union.**

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC-BY-NC 4.0).

Redacted in January 2025 by **Babel Day Centre** / Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity, with the collaboration of all project partners, as part of Work Package n°3 – The EU-MiCare Methodology and Training Package.

## Colophon

This learning curriculum was created through the collaborative efforts of a diverse team of experts and partner organizations, each contributing their knowledge, skills, and dedication to advancing accessible learning in migrant and refugee mental health.

**Lead Partner of the EU-MiCare Methodology & Training Package (WP3):**

- **Babel Day Centre / Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity**, Greece

**Collaborating Partner Organizations:**

- **Ethno-Medical Center / Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.** (EMZ), Germany
- **Zadig Srl, società benefit**, Italy
- **Prolepsis Institute** (Institute of Preventive Medicine, Environmental and Occupational Health), Greece
- **Cyprus University of Technology** (CUT), **Cyprus International Institute for Environmental and Public Health** (CII), Cyprus
- **POLIBIENESTAR – Research Institute on Social Welfare Policy, Universitat de València**, Spain

**Curriculum Quality Assurance:**

- **Babel Day Centre / Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity**, Greece
- **Zadig Srl, società benefit**, Italy
- **Ethno-Medical Center / Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.** (EMZ), Germany

**Content Experts & Researchers:**

- **Nikos Gionakis**, MSc, Licensed Psychologist, Scientific Director of Babel Day Centre, Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Consultant and Trainer, Greece
- **Erofili Dagalidi**, MSc, Licensed Psychologist, Researcher and Project Consultant, Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Expert, Babel Day Centre, Greece
- **Theodora Fetsi**, Project Consultant, Learning and Development (L&D) Coordinator, Babel Day Centre, Greece
- **Vasiliki (Vicky) Tsiligiri**, MSc, Political Scientist, Program Officer, Babel Day Centre, Greece
- **Flaminia Bartolini**, PhD, Sociologist, Project Manager, Ethno-Medical Center, Germany
- **Noemí Alcalá Alcalá**, Licensed Psychologist, Cognitive Behavioral Psychotherapist, Project Manager, Ethno-Medical Center, Germany
- **Matthias Wentzlaff-Eggebert**, Master of Management (Community Management), Community Health and NGO Management Consultant, Ethno-Medical Center, Germany
- **Eva Benelli,** Journalist, Zadig Srl, società benefit, Italy

- **Maria Rosa Valetto**, Physician, Publicist, Scientific Responsible for Learning Projects, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Valeria Confalonieri**, Publicist, Scientific Communication Specialist, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Costas Christophi,** PhD, Associate Professor of Biostatistics and Epidemiology, Adjunct Assistant Professor of Occupational and Environmental Health at Harvard T.H. Chan School of Public Health, Cyprus University of Technology, Cyprus
- **Katerina Kyprianou**, PhD(c), Researcher and Special Scientist, Cyprus University of Technology, Cyprus
- **Magda Anthousi**, MPH, Research Assistant, Cyprus University of Technology, Cyprus
- **Vasiliki (Vicky) Radaios**, MPH, Social Epidemiologist, Researcher and Project Manager, Prolepsis Institute, Greece
- **Lidia Bueno-Sánchez**, PhD, Social Worker, Researcher and Project Manager, Polibienestar, Spain
- **Ioanna Zygouri**, PhD, Psychologist, Researcher and Project Manager, Prolepsis Institute, Greece
- **Dina Zota,** MSc, PhD, Psychologist-Health Promotion Specialist, Director of Educational Strategy Development & Health Promotion, Prolepsis Institute, Greece
- **Monia Torre**, Cultural Anthropologist, Research Fellow, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Somidha Ray**, MSc, MA, Research Intern, Babel Day Centre, Greece, in collaboration with the University of Essex as part of the MA Refugee Care

**Training Methodology:**

- **Nikos Gionakis**
- **Theodora Fetsi**
- **Flaminia Bartolini**
- **Dina Zota**

**Editorial Team:**

- **Nikos Gionakis**
- **Erofili Dagalidi**
- **Theodora Fetsi**
- **Noemí Alcalá Alcalá**
- **Katerina Kyprianou**
- **Vasiliki Radaios**

**Translation & Localization:**

- Greek: **Vasiliki Radaios, Chrysa Grigoropoulou, Katerina Kyprianou, Magda Anthousi**
- German: **Noemí Alcalá Alcalá, Kübra Tuncel**
- Italian: **Valeria Confalonieri, Giulia Vismara**
- Spanish: **Lidia Bueno Sánchez**

**Technical Development:**

- **Christian Deligant**, IT Manager and Web Editor, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Raffaella Daghini**, e-Learning Platform Specialist and Web Editor, Zadig Srl, società benefit, Italy

**Steering Committee:**

- **Ramazan Salman** (Ethno-Medical Center, Germany)
- **Flaminia Bartolini** (Ethno-Medical Center, Germany)
- **Eva Benelli** (Zadig S.r.l, società benefit, Italy)
- **Vasiliki (Vicky) Tsiligiri** (Babel Day Centre, Greece)
- **Dina Zota** (Prolepsis Institute, Greece)
- **Costas Christophi** (Cyprus University of Technology, Cyprus)

**Special Thanks:** We extend our heartfelt gratitude to all the stakeholders, including frontline providers who provided valuable feedback throughout the curriculum development process.

For more information or inquiries, please contact info@projectmicare.eu

# Módulo 1.

# Fundamentos de la atención psicosocial en contextos migratorios

*Contenido elaborado por el* ***Centro de día Babel*** *(ONG Syn-Eirmos de Solidaridad Social – Grecia), el* ***Centro Etno-Médico Alemania/EMZ*** *(Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. – Alemania), y el* ***Instituto de Investigación en Políticas de Bienestar Social*** *(POLIBIENESTAR, Universitat de València – España), y revisado por el* ***Centro de día Babel*** *(ONG Syn-Eirmos de Solidaridad Social – Grecia)*

*Última actualización: Diciembre 2024*

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

**Módulo:** Fundamentos de la atención psicosocial en contextos migratorios

**Colaboradores responsables:** Centro de día Babel/Syn-Eirmos, EMZ, Polibienestar

| **Descripción del módulo** |
| --- |
| Este módulo ofrece una base integral en el área de la salud mental y atención psicosocial para los profesionales y voluntarios que trabajan con poblaciones de migrantes y refugiados. La Unidad 1.1 presenta a los participantes del curso los conceptos y marcos clave de la salud mental, mientras analiza las complejidades de la condición de migrante. También llama la atención sobre el papel de la cultura en la configuración de la salud mental. La Unidad 1.2 analiza los determinantes sociales de la salud mental y describe cómo las desigualdades sociales, económicas y estructurales influyen tanto en el viaje migratorio como en el proceso de reasentamiento. La Unidad 1.3 utiliza un marco socioecológico para explicar cómo diferentes factores a nivel individual, familiar, comunitario y sistémico/estructural influyen en los resultados de la salud mental. Se presta especial atención a la importancia de la resiliencia, en particular al concepto del desarrollo activado por la adversidad. La Unidad 1.4 enfatiza los viajes emocionales que los migrantes y refugiados pueden atravesar antes, durante y después de huir de sus países de origen. La unidad llama la atención sobre la importancia de comprender estos procesos no sólo como respuestas al trauma, sino también como parte de una adaptación psicológica más amplia a la migración. Finalmente, la Unidad 1.5 proporciona una exploración detallada de los desafíos de la salud mental, enfrentados con frecuencia por los migrantes y refugiados. La unidad enfatiza la compleja interacción entre la experiencia migratoria y la salud mental, reconociendo que la exposición a diversos estresores (incluidos estresores en la sociedad de acogida o en el contexto de reasentamiento) puede contribuir a una variedad de condiciones de la salud mental. Además de mejorar el conocimiento, este módulo equipa a los participantes con estrategias prácticas para reconocer los matices de las experiencias de los migrantes y refugiados. |

**Resultados de formación del módulo:**

Al finalizar este módulo, los participantes deberían poder:

- Definir conceptos y marcos clave relevantes para la atención psicosocial en contextos migratorios.
- Comprender la compleja relación entre la migración, la cultura y la salud mental.
- Revisar el tema de la salud mental en los migrantes y refugiados a través de un marco de determinantes sociales en lugar de una lente biomédica/individualista.
- Reconocer la variedad de factores que influyen en la salud mental en los migrantes y refugiados.
- Evaluar cómo las desigualdades estructurales y los factores socioeconómicos afectan los resultados de la salud mental a lo largo del viaje migratorio.
- Aplicar un marco socioecológico para comprender los factores de riesgo y de protección que influyen en la salud mental de los migrantes.
- Identificar factores clave de promoción y resiliencia que ayuden a mitigar los desafíos de la salud mental en las poblaciones de inmigrantes.
- Comprender los complejos viajes psicosociales que experimentan los migrantes y refugiados.
- Identificar las condiciones de salud mental comunes entre las poblaciones de migrantes y refugiados.
- Reconocer cómo los estresores y las dimensiones culturales de la sociedad de acogida afectan la salud mental y el bienestar psicosocial de los migrantes y refugiados.

**Unidades en este módulo:**

| Módulo 1. **Fundamentos de la atención psicosocial en contextos migratorios** |
|---|
| Bienestar psicológico en el contexto migratorio Unidad 1.1: |
| Determinantes sociales en la salud mental Unidad 1.2: |
| Factores de riesgo, protección y promoción resiliencia Unidad 1.3: |
| Dimensiones psicosociales del proceso migratorio Unidad 1.4: |
| Condiciones de la salud mental más comunes en los migrantes y refugiados Unidad 1.5:. |

**Unidad 1.1:** Bienestar psicológico en el contexto migratorio Unidad 1.1

| Descripción de la unidad |
| --- |
| Esta unidad de capacitación examina los conceptos y marcos clave para comprender la salud mental y el bienestar psicosocial en el contexto migratorio. Se destaca la importancia del lenguaje y la terminología en este campo. La unidad también aborda el papel del factor cultural en el trabajo con los migrantes y refugiados, incorporando varias perspectivas teóricas. Partiendo de la amplia perspectiva de la OIM sobre la migración, la unidad concluye brindando una mirada integral a las diferentes facetas de la condición del migrante. |

**Secciones de la unidad:**

1. Introducción
2. Conceptos clave en la salud mental
3. Significado del factor cultural
4. Entender la condición del migrante

## 1. Introducción

La migración internacional es un fenómeno complejo con una previsión de crecimiento en tamaño y complejidad en los próximos años. En 2020, había aproximadamente mil millones de migrantes en todo el mundo, lo que representa aproximadamente uno de cada ocho personas de la población mundial [1]. Los migrantes y refugiados son un grupo diverso y heterogéneo que se aleja de sus lugares habituales de residencia por diversas razones. Sus circunstancias pueden incluir escapar de un conflicto o de la violencia, buscar mejores oportunidades financieras, reunirse con la familia o acceder a la educación, entre muchas otras.

Los viajes migratorios varían ampliamente, desde cortos y sencillos hasta largos y peligrosos, con riesgos como el tráfico y la interceptación por parte de las autoridades. Una vez que llegan a un país diferente, su

experiencia puede verse determinada por su estatus legal, el entorno político y aspectos relacionados con la vivienda, la atención médica y el empleo [1-3].

En los últimos años, Europa ha visto un aumento significativo de inmigrantes que buscan nuevos comienzos. En 2022, casi 3,5 millones de personas recibieron sus primeros permisos de residencia en toda la UE, principalmente por motivos de trabajo, reunificación familiar y educación [4]. En 2023, más de un millón de personas solicitaron asilo, lo que supone un aumento del 18 % con respecto al año anterior y un aumento del 62 % en comparación con los niveles previos a la pandemia en 2019 [5]. Países como Alemania, España, Francia, Italia y Grecia se han convertido en destinos clave para quienes se desplazan. Según datos del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), a finales de 2023, Europa, incluida Turquía, acogía alrededor de un tercio de todos los refugiados a nivel mundial [6]; el número de refugiados aumentó de 12,4 millones a finales de 2022 a 13 millones a finales de 2023, en gran parte debido a la actual afluencia de refugiados procedentes de Ucrania.

Este dinámico panorama migratorio significa que los **profesionales de la salud** (incluidos psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, orientadores y otros) trabajan en **un mundo cada vez más multicultural**. Las diferencias culturales junto con los factores estructurales impactan significativamente cómo se aborda y brinda la atención a las poblaciones de migrantes y refugiados [2]. **Comprender la complejidad, la singularidad y la totalidad de la experiencia de los migrantes es crucial no sólo para el bienestar de los propios migrantes, sino también para las sociedades de las que forman parte** [7].

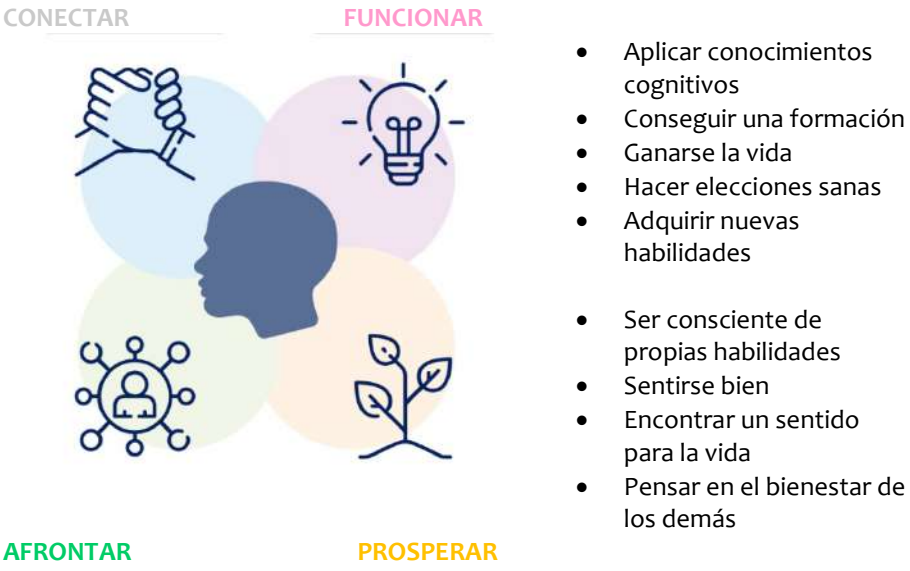
Esta unidad busca proporcionar una base con algunas definiciones clave y cuestiones conceptuales para abordar la salud mental y el bienestar psicosocial en el contexto migratorio. Se basa en el principio general de que **la salud mental de los migrantes y refugiados** no es simplemente la ausencia de trastornos mentales, sino que **está estrechamente vinculada al respeto de sus derechos fundamentales, la defensa de la dignidad en los procesos administrativos y el reconocimiento de las contribuciones que pueden aportar a sus comunidades receptoras**.

## 2. Conceptos clave en la salud mental

### *Salud mental*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece una definición amplia de la salud mental como "como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede manejar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad" [8]. Esta definición **enfatiza la naturaleza holística de la salud mental**, que incluye **el bienestar emocional, psicológico y social**. También destaca la **importancia de la adaptabilidad** y **funcionamiento eficaz**, ambos cruciales para afrontar los desafíos que a menudo presenta la migración. **No hay salud sin salud mental.** En otras palabras, **la salud mental es un aspecto fundamental de nuestras vidas** y **siempre afecta nuestra capacidad para conectarnos, funcionar, hacer frente y prosperar,** incluso cuando no somos conscientes de ello (consulte Imagen 1.1.1) [9].

**Imagen 1.1.1.** "La salud mental tiene un valor intrínseco e instrumental, ayudándonos a conectarse, funcionar, sobrellevar dificultades y prosperar."




Nota: Fuente de la imagen: La OMS, 2022, Informe mundial sobre salud mental, p. 11, Ginebra

**La salud mental representa un proceso complejo**, que va desde un estado óptimo del bienestar hasta estados severos de sufrimiento y deterioro emocional. **No se trata simplemente de la ausencia de trastornos mentales, sino de un estado dinámico influenciado por una multitud de factores individuales, sociales y estructurales.** Nuestra salud mental puede fluctuar **en respuesta a situaciones cambiantes de la vida y estresores**, y las diferentes experiencias presentan distintos grados de dificultad y angustia [9]. Por ejemplo, estados como la depresión y la ansiedad pueden variar desde episodios leves y una duración muy breve hasta períodos prolongados, que pueden resultar muy debilitantes. Es importante destacar que las personas que experimentan problemas de la salud mental aún pueden alcanzar niveles elevados de bienestar, del mismo modo que alguien con una condición de salud física puede estar en buena forma física. Comprender la salud mental como un continuo es importante para **reconocer la naturaleza diversa y fluida de las respuestas de los migrantes y refugiados a la adversidad** y **alejarse de las nociones binarias de que las personas están mentalmente sanas o enfermas** [7].

### *Bienestar psicológico*

***EL bienestar psicosocial*** es un concepto reciente que ha surgido en el contexto de problemas complejos y multidimensionales, como conflictos, desastres naturales o desplazamientos. En esencia, se refiere a **la interacción dinámica entre los procesos psicológicos individuales y el entorno social** [10]. En el campo de la atención a los migrantes y refugiados, el término "psicosocial" suele considerarse más adecuado para describir las respuestas de las personas ante la adversidad. Esto se debe a que se desafía el modelo biomédico de salud, donde la atención se centra comúnmente en factores biológicos, excluyendo a menudo las influencias psicológicas, ambientales y sociales [11].

Como se explicará más detalladamente en las próximas unidades, **las experiencias psicológicas y emocionales no siempre se pueden explicar únicamente por factores biológicos.** La perspectiva psicosocial busca **comprender la influencia combinada de tres aspectos principales relevantes para un individuo:** (i) aspectos intrapsíquicos, que se refieren a experiencias psicológicas dentro de una persona (como sentimientos, miedos, esperanzas y deseos); (ii) aspectos interpersonales, que se refieren a las

interacciones con los demás y las realidades y emociones que estas traen; y (iii) aspectos sociopolíticos, que se refieren al contexto social y cultural más amplio que influye en estas interacciones [7].

◎ Punto clave: **¿Qué es SMASS?**

El término compuesto *la salud mental y el apoyo psicosocial* (SMASS) se utiliza a menudo para describir **cualquier tipo de apoyo destinado a proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar las condiciones de salud mental** [12]. SMASS incluye una amplia gama de actividades e intervenciones diseñadas para abordar las necesidades psicológicas y sociales de las personas y comunidades afectadas por las crisis. El término destaca la **interrelación de la salud mental** (los aspectos psicológicos) y el **bienestar psicosocial** (los aspectos sociales) y exige una respuesta integral para apoyar las necesidades de las poblaciones afectadas. Las intervenciones de SMASS pueden incluir asesoramiento, programas de apoyo comunitario, actividades de manejo del estrés y esfuerzos para reconstruir las redes sociales y estructuras comunitarias.

Aunque están estrechamente relacionados, la "salud mental" y el "apoyo psicosocial" a menudo reflejan enfoques diferentes pero complementarios para los trabajadores de campo [12]. Como se ha visto anteriormente, el enfoque psicosocial implica un pensamiento relacional multinivel que ve a las personas como seres relacionales. Desde este punto de vista, la experiencia humana está indisolublemente ligada a las relaciones con uno mismo, los demás y el mundo. **La angustia surge cuando estas relaciones se interrumpen.** En consecuencia, las intervenciones SMASS tienen como objetivo **ayudar a los individuos y las comunidades a procesar estas rupturas y avanzar hacia una experiencia más cohesiva de ellos mismos y su entorno** [7].

→ **VIDEO:** *¿Qué es SMASS?* 💻

## 3. Significado de la cultura

*La cultura* es una construcción compleja; a lo largo de los años, ha habido un debate considerable dentro de la comunidad científica sobre su definición precisa [13]. Para nuestro propósito, adoptamos la

perspectiva amplia presentada por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) [14]. La cultura se percibe como un **sistema de creencias, símbolos, comportamientos, valores y costumbres compartidos que los miembros de una sociedad utilizan para darle sentido a su mundo e interactuar entre sí.** Estos elementos se transmiten de generación en generación, lo que ayuda a crear una identidad comunitaria distinta y cohesiva. Las personas de una cultura común a menudo tienen un sentido de pertenencia entre sí y al mismo tiempo se sienten diferentes de otros grupos.

**La cultura no puede entenderse como un sistema cerrado.** Rara vez la cultura existe como una combinación perfecta de una lengua y una religión dentro de un único grupo social en un territorio. No es estática, ni universal; evoluciona con el tiempo y a menudo surge de la coexistencia de subculturas, cada una con sus características distintas. Por ejemplo, una persona de 70 años y otra de 17 pueden compartir una cultura y al mismo tiempo pertenecer a diferentes subculturas dentro de esa cultura. Las subculturas permiten el reconocimiento mutuo y los intereses compartidos entre las personas, incluso si pertenecen a diferentes grupos étnicos/raciales, como los migrantes y los miembros de las comunidades de acogida que comparten una identidad subcultural (por ejemplo, individuos que se conectan sobre la base de la misma religión, la misma cultura musical o su identidad LGBTQI+) [14].

La cultura incluye elementos tanto tangibles como intangibles que pueden ofrecer apoyo **protector, restaurador y transformador a individuos y comunidades.** La cultura promueve la participación, la continuidad, la aceptación, la resiliencia y las interacciones sociales positivas [14]. Comprender la cultura es crucial para abordar eficazmente las necesidades de la salud mental en los migrantes y refugiados, ya que las diferencias culturales influyen en la forma en que interactuamos unos con otros.

→ **VIDEO:** *¿Qué es la cultura?* 💻

◎ Punto clave: ***Perspectivas teóricas sobre la cultura***

En la teoría cultural, hay dos corrientes principales de definiciones de la cultura [13]:

- ***La cultura como concepto estático:*** Esta perspectiva considera la cultura como una influencia homogénea sobre todos los individuos dentro de una sociedad, que moldea comportamientos y respuestas de manera uniforme. El trabajo del profesor Geert Hofstede, que divide la cultura en seis dimensiones, sigue siendo influyente a la hora de comprender diversos aspectos culturales y conceptualizar situaciones en categorías fijas, lo que puede resultar útil para navegar en contextos desconocidos o ambiguos. Según Hofstede, la cultura es "*un software de la mente*" y cada persona lleva dentro de sí "*patrones de pensamiento, sentimiento y actuación potencial que fueron aprendidos a lo largo de su vida*" [15]. [15]. En el contexto del trabajo con los migrantes y refugiados, esta perspectiva implica que la cultura se convierte en un aspecto definitorio de la identidad individual, que influye en los comportamientos y respuestas de las personas.

- ***La cultura como concepto fluido:*** Esta perspectiva ve la cultura como un proceso dinámico caracterizado por "sistemas de valores intersubjetivos y multifacéticos" que dan forma a las realidades vividas por las comunidades. Esta comprensión surge en gran medida del trabajo del antropólogo Clifford Geertz, quien describió la naturaleza evolutiva de la cultura como una mezcla de tradiciones y experiencias humanas compartidas más contemporáneas, creando una "red de significado" que define la identidad individual [16]. Por ejemplo, en la cultura estadounidense dominante, la rápida evolución de la tecnología representa una experiencia contemporánea compartida. Por el contrario, valores profundamente arraigados como el individualismo, la libertad y la autodeterminación (que permanecen relativamente inalterados con el paso de tiempo) reflejan tradiciones culturales. La noción de la cultura como fluida implica que es "un proceso activo de creación de significado" [17]: la cultura no es una unidad definida; en cambio, **las personas crean la cultura**, que cambia constantemente de manera tanto sutil como notable.

## 4. Comprender la condición migratoria

### *Definición(es) de la migración*

A grandes rasgos, ***la migración*** se define como **el movimiento de personas de un lugar a otro**, que puede ser **temporal o permanente**. Estos movimientos suelen estar motivados por diversos factores, como oportunidades económicas, conflictos o cambios ambientales. El impacto de la migración no se limita a la reubicación física, sino que también se extiende a **la dinámica social, económica y cultural de las comunidades de origen y de destino** [18]. A nivel internacional, **no existe una definición acordada del término "migrante"**; Las definiciones varían ampliamente dentro de contextos jurídicos, administrativos, de investigación y estadísticos [19,20]. Aunque la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 proporciona una definición jurídica del término "refugiado"[21], ninguna fuente equivalente define el "*migrante*", lo que genera un debate continúo. Esta variabilidad es más que una simple cuestión de semántica, ya que complica la investigación y las políticas, porque las diferentes definiciones de personas en movimiento afectan nuestra comprensión de sus experiencias, así como sus derechos y acceso a los servicios [20,22,23].

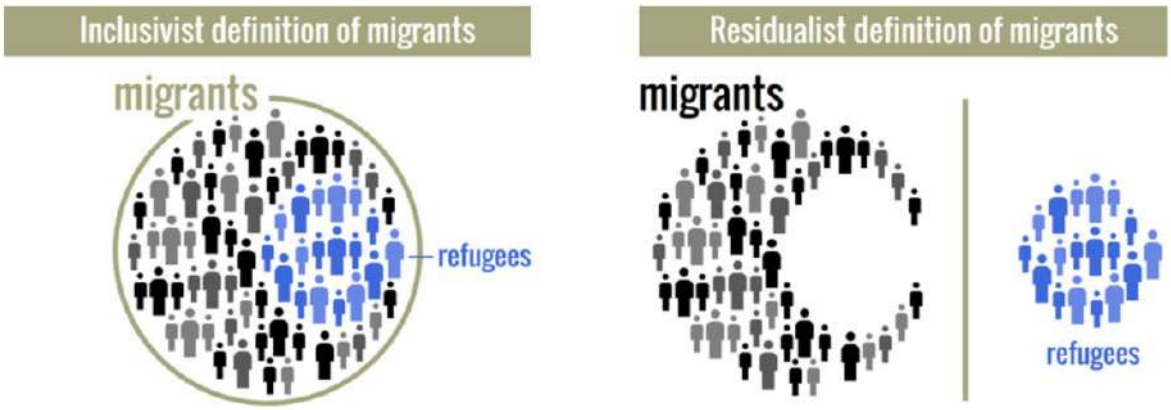
Según la OIM, un ***migrante*** "designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones", independientemente de su condición jurídica, de si el movimiento es voluntario o involuntario, de cuáles son las causas del movimiento o de la duración de su estancia" [20]. En esta definición amplia, la palabra "migrante" se utiliza como un término general y representa **grupos de personas que disfrutan de diferentes conjuntos de derechos y tienen diferentes caminos de vida.** Sin embargo, ha recibido importantes críticas, particularmente por parte del ACNUR, que argumenta que incluir a los refugiados bajo esta definición podría asociarlos con percepciones negativas de los migrantes y socavar los derechos especiales que les corresponden según el derecho internacional [22].

◎ Punto clave: **Una nota sobre la terminología**

¿Cuál es el significado de "migrante"? Según Jørgen Carling, profesor de investigación en el Instituto de Investigación para la Paz de Oslo (PRIO) [23], el núcleo del tema se constituye de dos perspectivas diferentes:

- ***La perspectiva inclusivista***, adoptada por la OIM, considera que los migrantes son personas que se han mudado de su residencia habitual, independientemente de su condición jurídica (documentados o indocumentados) o de sus impulsores de movimiento. Esta visión abarca a los refugiados, los trabajadores extranjeros, los supervivientes del tráfico y los estudiantes internacionales. Por lo tanto, se sostiene que los "migrantes" forman una categoría amplia, en la que los refugiados existen como una subcategoría específica.

- ***La perspectiva residualista***, adoptada por ACNUR, considera que los migrantes son personas que se han mudado por motivos distintos de huir del conflicto y, por lo tanto, excluye a los refugiados de su definición. Según este punto de vista, "*los migrantes eligen mudarse no debido a una amenaza directa de persecución o muerte, sino principalmente para mejorar sus vidas al encontrar trabajo o, en algunos casos, por motivos de educación, reunión familiar u otras razones*" [22].




*Nota:* Imagen procedente del recurso informativo: *meaningofmigrants.org*, 2017, Prof. Jørgen Carling, Oslo

A pesar de las diferencias de perspectiva, ambas visiones reconocen que los términos "migrante" y "refugiado" no son intercambiables. Puede encontrar más información en la descripción general de una página aquí. Este documento también está incluido en el 🕮 **Repositorio** para su posterior revisión (consulte Módulo 1, Recursos útiles).

Este curso intenta equilibrar ambos enfoques: si bien está más alineado con la definición inclusiva de personas en movimiento de la OIM, también reconocemos que las personas que han sobrevivido a formas graves de adversidad, como la violencia y la persecución, enfrentan desafíos que requieren consideraciones específicas, particularmente en términos de la salud mental. También hay que señalar que muchos migrantes pueden tener pocas o ninguna opción más que migrar, a menudo debido a circunstancias fuera de su control más que a preferencias personales. Por lo tanto, debe evitarse el término "migrante económico". Todos los migrantes, independientemente de su estatus, tienen derechos humanos fundamentales en sus países de origen, tránsito y destino, incluidos los derechos a la vida, la salud, la integridad física, la no discriminación y los derechos laborales [24].

### *Fases de la migración*

La OIM considera que la migración es **un proceso continuo que se produce en múltiples dimensiones**, que comienza antes de que los migrantes lleguen al país de acogida y se extiende más allá de su asentamiento inicial. La historia de cada migrante es única, con diversos motivos y métodos de movimiento [25]. La siguiente sección explora el marco de la OIM sobre las diferentes fases del proceso migratorio y las cuestiones específicas que pueden surgir en cada etapa [26].

| Fases de la migración | |
|---|---|
| ***Antes de la salida (preparación y toma de decisiones sobre emprender un viaje migratorio)*** | El proceso migratorio de cada persona varía **según migre por canales autorizados o irregulares.** Algunas personas pueden tener tiempo suficiente para prepararse, siguiendo requisitos de documentación precisos establecidos por su país de origen y/o país de destino (por ejemplo, pasaportes, visas, ofertas de trabajo, registros financieros, evaluaciones de salud). Para otros, la fase previa a la salida a menudo puede verse comprimida por acontecimientos fuera de su control. Alguien que se embarca en un viaje migratorio a través de canales no regulados decidirá cómo comenzar el proceso, |

| | |
|---|---|
| | considerando los riesgos involucrados (por ejemplo, obtener un visado turístico, cruzar las fronteras solo/a, contratar a un traficante ilegal de personas). En cualquier caso, la preparación financiera es esencial y puede llevar años. |
| **Tránsito** *(traslado físico desde el país de origen al destino previsto)* | Esto puede ser un viaje directo desde el país de origen al país de destino o implicar múltiples escalas nacionales e internacionales. En el caso de desplazamiento, las personas pueden verse obligadas a abandonar el país inmediatamente después del estallido de un conflicto, un desastre natural u otras circunstancias urgentes. Cuando el tránsito es escalonado, las personas pueden optar por permanecer temporalmente en cada parada para prepararse para su destino final (por ejemplo, manejando asuntos prácticos o burocráticos para aumentar su probabilidad de permanecer en su destino previsto) o porque se ven obligados a hacerlo debido a limitaciones financieras o barreras fronterizas. Esto puede dar lugar a que las personas queden varadas en países de tránsito, sin poder regresar a sus hogares o llegar a su destino, sin un estatus regularizado o sin acceso a oportunidades. La OIM denomina a las personas en esta situación "migrantes varados". |
| **Llegada** *(llegada al país de destino/ tránsito aéreo, marítimo o terrestre)* | Los migrantes que se desplazan a través de canales regulares suelen ser inspeccionados en los puntos de control fronterizo y pueden necesitar un visado a menos que estén exentos. Aquellos capturados por intentar entrar irregularmente se enfrentan con procedimientos para determinar si se les debe negar la entrada. Se les puede ofrecer el retorno voluntario o someterlos a un procedimiento de expulsión si son detenidos después de su entrada. La duración de dichos procedimientos varía debido a cuestiones sistémicas, tales como la acumulación de casos, las dificultades para conseguir representación legal y las complejidades de los casos individuales. La etapa de llegada es crítica, ya que tener la documentación necesaria puede impactar significativamente los pasos posteriores del proceso de migración. |
| **Estancia** *(admisión y estancia en el país de destino/tránsito por tiempo determinado o indefinido)* | La admisión a un país **suele ser temporal,** aunque a veces puede conducir a la residencia permanente. Durante el período de estancia, los inmigrantes deben cumplir con las leyes y los requisitos de visados, incluido el mantenimiento del empleo si tienen un visado de trabajo. Los estados están obligados a proteger los derechos humanos de todos los ciudadanos extranjeros, y los migrantes que viajan a través de canales regulares tienen derechos adicionales según las leyes nacionales e internacionales. Los estados también están obligados por el derecho internacional a permitir que quienes viajan a través de canales irregulares permanezcan y regularicen su estatus, adhiriéndose al principio de no devolución, que impide que los refugiados, solicitantes de asilo o aquellos que enfrentan graves violaciones de derechos humanos corren peligro en regresar. |
| **Migración circular** *(movimiento repetido de personas entre dos o* | Algunos individuos nunca regresan a su lugar de origen, mientras que otros sí lo hacen, ya sea voluntaria o involuntariamente. Las devoluciones se pueden clasificar en tres tipos: (1) **Retorno voluntario *(éxito)*:** Los objetivos alcanzados como empleo o educación en el extranjero; (2) **retorno voluntario *(fracaso percibido)*:** retorno debido a la incapacidad de cumplir objetivos, a menudo una decisión compleja influenciada por factores similares a |

| | |
|---|---|
| *más países) y retorno (retorno de los migrantes a su sociedad de origen)* | la migración; (3) **retorno forzoso:** incapacidad de mantener una condición jurídica en el país de acogida o de tránsito. Las circunstancias que rodean el retorno son un aspecto clave en la decisión final y en la activación de medidas específicas. En casos de deportación, las personas pueden buscar apoyo para retornos voluntarios y programas de reintegración en su país de origen. En cualquier caso, cada retorno se puede experimentar como un nuevo proceso migratorio. |
| **Integración sostenible** *(adaptación mutua entre los migrantes y las sociedades en las que viven) y Reintegración (reincorporación de los migrantes que regresan a su sociedad de origen)* | Como se comentará en unidades posteriores, la experiencia de integración y/o reintegración dependerá sustancialmente de factores en la **ecología social de la persona**, como género, edad, orientación sexual, recursos financieros, dominio del idioma, alfabetización, etc. **En esta etapa se pueden aprender reglas sociales y culturales, así como nuevos roles**. La integración y/o reintegración sostenible suele asociarse con el logro de la autosuficiencia económica, la estabilidad social y el bienestar psicosocial, lo que puede ayudar a las personas a afrontar posibles factores desestabilizadores relacionados con la migración o el regreso a su país de origen. El alcance del espacio compartido y la interacción social entre las comunidades de acogida y de migrantes es crucial para lograr la sostenibilidad. En última instancia, el éxito a largo plazo de la integración y/o la reintegración depende no sólo de los propios migrantes, sino también de las decisiones políticas a nivel individual, comunitario y estructural, incluidas aquellas relacionadas con la migración, el empleo, la salud, la sociedad, la vivienda y el medio ambiente. |

### *La experiencia de los refugiados*

**El término "refugiado" data de la década de 1680.** Tiene su origen en la palabra francesa *réfugié*, que significa "alguien que huye a un cobijo o refugio o lugar seguro", que, a su vez, deriva del latín re- ("volver") y fugere ("huir"). La palabra implica **huir de peligro, persecución o agitación política** [27]. ACNUR define al ***refugiado*** como una persona que "que han sido forzadas a abandonar su país de origen y, por tanto, han buscado protección en otro Estado. *Les es imposible volver porque existe el riesgo de que sean perseguidas por su identidad o por sus creencias, o bien porque el país del que provienen está sumido en violencia, conflictos armados u otros acontecimientos que alteran gravemente el orden público.*" [28]. Esto está en consonancia con el artículo 1 de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951, un tratado internacional histórico que se desarrolló en respuesta al desplazamiento a gran escala de personas después de la Segunda Guerra Mundial, con el objetivo de proporcionar un enfoque coherente y justo para la protección de los refugiados [21].

¿Qué significa huir de su propio hogar? Un concepto que aclara el **amplio espectro de experiencias involucradas al tomar la difícil decisión de huir** es el de "desplazamiento involuntario" [7,29]. El desplazamiento involuntario se refiere a la experiencia de personas que se ven obligadas a abandonar sus hogares debido a diversas agitaciones que hacen que sus condiciones de vida sean **inseguras o insostenibles**.

A diferencia de términos como "*migración forzada*" o "**desplazamiento**," que tienden a centrarse en el acto físico de trasladarse (o ser obligado a trasladarse) de un lugar a otro, el desplazamiento involuntario aborda la **experiencia general de pérdida y perturbación en las personas causada por el desarraigo de diversos contextos que se han asociado con un sentido de hogar.** Puede ser el resultado de una amplia gama de eventos adversos y situaciones precipitantes, como agitación política, conflictos militares, desastres naturales, cambios climáticos o marginación social.

◎ Punto clave: **Desplazamiento involuntario**

El concepto del ***desplazamiento involuntario*** fue introducido por primera vez por el Prof. Renos Papadopoulos, fundador y director del Centro de Trauma, Asilo y Refugiados (CTAR) de la Universidad de Essex. El concepto abarca dos aspectos clave: (i) la **desconexión emocional inicial** del propio hogar (incluidas las dimensiones emocional, familiar, cultural, social, étnica, lingüística y espiritual de un hogar), y (ii) el **posterior alejamiento físico y geográfico**. Por lo tanto, se cubren tanto los aspectos emocionales/psicológicos (internos) como físicos (externos) del desarraigo [7,29]. En esencia, sugiere que las personas:

- se han visto obligados, debido a diversas dificultades y circunstancias adversas, a sentir que sus hogares ya no son seguros, ni habitables.
- se ven obligados a abandonar sus hogares en busca de nuevos lugares donde vivir.
- Si tuvieran una verdadera opción, no habrían abandonado sus hogares.

Cabe señalar que el término "desplazamiento involuntario" **no conlleva ninguna connotación legal, psiquiátrica, psicológica, sociológica o técnica específica**, ni debe asociarse con otros términos especializados en campos académicos o profesionales. Más bien, **pretende describir la experiencia humana de los acontecimientos a los que se refiere.** Tampoco implica ni sugiere ninguna causa o efecto particular del desplazamiento, como qué tan grave fue, cuánto dura, qué sectores de la vida se vieron afectados, etc.

**Descanso para reflexionar:** ***Participe en una reflexión personal.***

Recuerde un momento en el que tomó conciencia de ser diferente a otras personas y como lo afrontó. Quizás estaba de visita en otro país y no hablaba ni leía el idioma; ¿cómo lo gestionó?

*Fuente:* culturallyconnected.ca

## FUENTES

[1] Organización Mundial de la Salud (2023). *Essential knowledge – health and migration*. Descargado el 2 de junio del, 2024 del sitio web de la OMS.

[2] Organización Mundial de la Salud (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care* (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series). Ginebra, OMS.

[3] Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2012). *Migration and human rights: Improving human rights-based governance of international migration*. Nueva York, Naciones Unidas.

[4] Eurostat (2023). *Residence permits - Statistics on first permits issued during the year*. Descargado el 2 de junio del 2024, del sitio web del Consejo Europeo.

[5] Agencia de Asilo de la Unión Europea (2023). *Latest asylum trends 2023*. Descargado el 2 de junio del 2024, del sitio web de la AAEU.

[6] Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2024). *Global trends: Forced displacement in 2023*. Copenhague: ACNUR.

[7] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Atenas: Babel Centro del Día (Syneirmos ONG de solidaridad social) y Centro de Trauma, Asilo y Refugiados (CTAR) (Universidad de Essex. de Essex).

[8] Organización Mundial de la Salud (2022). "*Mental health – Key facts*"., descargado el 8 de febrero del 2024, del sitio web de la OMS.

[9] Organización Mundial de la Salud (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Ginebra: OMS.

[10] Eiroa-Orosa F. J. (2020). Understanding psychosocial wellbeing in the context of complex and multidimensional problems. *International journal of environmental research and public health, 17*(16), 5937. https://doi.org/10.3390/ijerph17165937

[11] Eiroa-Orosa, F. J. (2017). A proposed inquiry into the effect of sociocultural changes on well-being. In N. J. L. Brown, T. Lomas, & F. J. Eiroa-Orosa (Eds.), *The Routledge international handbook of critical positive psychology* (pp. 368–376). Routledge.

[12] El Comité Permanente entre Organismos (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Ginebra: IASC.

[13] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). Kultursensitive psychotherapie. Hogrefe. https://doi.org/10.1026/02755-000

[14] Organización Internacional para las Migraciones. (2022). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement* (2nd ed.). Geneva: OIM.

[15] Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind.* London: McGraw-Hill.

[16] Geertz, C. (2017). *The interpretation of cultures* (3rd ed.). Basic Books.

[17] Street, B. V. (1993). Culture is a verb. In D. Graddol, L. Thompson, & M. Byram (Eds.), *Language and culture* (pp. 23-43). Clevedon, UK: BAAL and Multilingual Matters.

[18] Castles, S., de Haas, H., & Miller, M. J. (2020). *The age of migration: International population movements in the modern world* (6th ed.). Guilford Press.

[19] Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2012). *Migration and human rights: Improving human rights-based governance of international migration*. Nueva York: Naciones Unidas.

[20] Sironi, A., Bauloz C., and Emmanuel, M. (Eds.) (2019). *Glossary on migration* (International Migration Law, No. 34). Ginebra: OIM.

[21] Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (n.d.). *The 1951 Refugee Convention*. Descargado el 21 de mayo del, 2024, del sitio web del ACNUR.

[22] Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2015). *UNHCR viewpoint: 'refugee' or 'migrant' – which is right?*. Descargado el 21 de mayo del 2024, del sitio web del ACNUR.

[23] Carling, J. (n.d.). *What is the meaning of 'migrants'?*

[24] Althaus, A. (2016). The false dichotomy between 'economic migrants' and refugees. *New World; UNAUK Magazine*, 1, 10.

[25] Organización Internacional para las Migraciones (2022). *IOM movements*. Ginebra: OIM.

[26] Organización Internacional para las Migraciones (2022.). *Phases of migration* (EMM2.0 Handbook, The Global Context of International Migration). Descargado el 1 de marzo del 2024 del sitio web del programa *Essentials of Migration Management* (EMM2.0).

[27] Etymonline (n.d.). *Refugee*. In *Online etymology dictionary*. Retrieved June 4, 2024.

[28] Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (n.d.). *Refugees*. Descargado el 21 de mayo del 2024, del sitio web del ACNUR.

[29] Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development.* Routledge.

**Unidad 1.2:** Determinantes sociales en la salud mental

| Descripción de la unidad |
| --- |
| Esta unidad de capacitación examina la relación entre la migración y la salud desde una perspectiva global de la equidad en la salud pública . Utilizando un marco de determinantes sociales de la salud (DSS), se describen los factores sociales y estructurales estratificados que afectan la salud y la salud mental en los migrantes y refugiados a lo largo de su viaje migratorio. La unidad concluye con un análisis del impacto de los diferentes determinantes sociales en la salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones migrantes. Se proporciona material complementario con hallazgos de estudios recientes de investigación sobre el tema. |

**Secciones de la unidad:**

1. Introducción
2. Aspectos clave
3. Relación entre la salud y la migración
4. Determinantes sociales en la salud mental en el contexto migratorio

## 1. Introducción

Factores como la pobreza, el racismo estructural, la discriminación, el aislamiento de la familia y los apoyos sociales tradicionales y el acceso limitado a la atención médica son los principales impulsores de las ***desigualdades en la salud mental*** en los migrantes y refugiados [1]. También se sabe que los migrantes y refugiados se ven **afectados de manera desproporcionada** por crisis recientes, como la pandemia de COVID-19, el cambio climático y conflictos, así como por las crisis alimentarias y del costo de vida [2]. Aunque se sabe poco sobre cómo abordar y reducir eficazmente las diferencias en los resultados de la salud mental en diferentes grupos de personas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca **la interconexión de los factores sociales, económicos, políticos y ambientales en la creación del bienestar** [1-3].

Esta unidad, intenta brindar una comprensión más clara de la salud mental en los migrantes y refugiados utilizando el marco de determinantes sociales de la salud (DSS) de la OMS. Partiendo de las ideas de Dahlgren y Whitehead [4], se considera que la salud mental de los migrantes y refugiados está determinada, entre otros factores, por las circunstancias en las que viven y trabajan, así como por el impacto de estas circunstancias a lo largo de sus vidas.

→ **VIDEO:** *Equidad en la salud* 💻

## 2. Conceptos clave

### *Determinantes sociales en la salud*

Según la OMS, los ***determinantes sociales de la salud*** (DSS) se refieren a los factores no médicos que influyen en los resultados de salud. "Son las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana," incluido el acceso de las personas al poder, el dinero y los recursos [1,2,5]. **Los determinantes sociales de la salud afectan a todos** En el mejor de los casos, pueden proteger la buena salud. Sin embargo, muchas personas, particularmente en poblaciones históricamente desfavorecidas, enfrentan **numerosos factores sociales que contribuyen a resultados de salud adversos**, incluido un aumento de la morbilidad y la mortalidad [6].

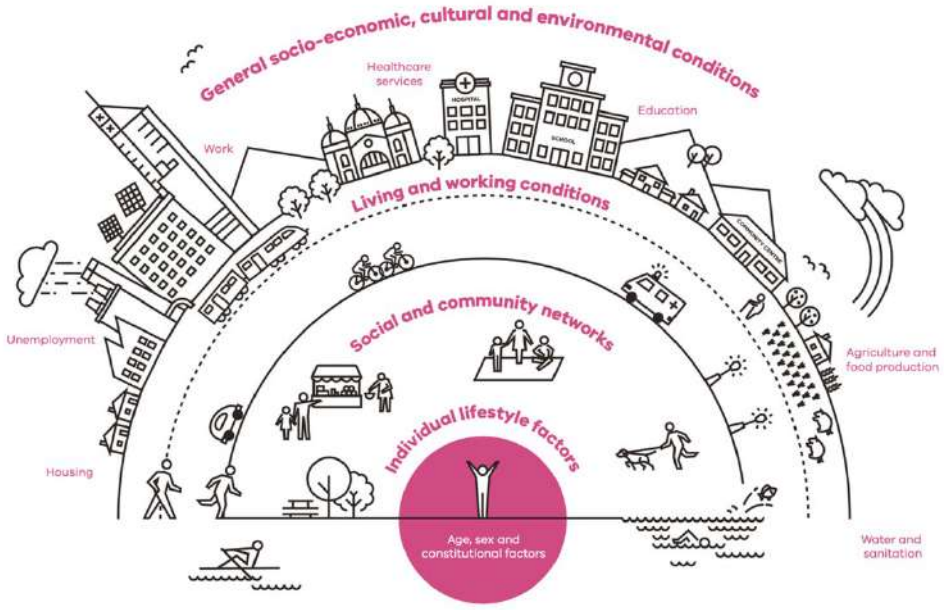
→ **VIDEO:** *Determinantes sociales en la salud* 💻

En las últimas décadas, se han desarrollado numerosos modelos para ilustrar los diversos determinantes que impactan la salud y el bienestar. **El arco iris de Dahlgren-Whitehead**, desarrollado en 1991 por Göran Dahlgren y Margaret Whitehead [4], **es el modelo más influyente y ampliamente utilizado para abordar las desigualdades en la salud pública.**

El modelo a menudo se representa como un arco iris (consulte Imagen 1.2.1), en el que el individuo se encuentra en el centro y está rodeado por varias capas concéntricas, cada una de las cuales representa diferentes niveles de influencia sobre la salud. A diferencia de los modelos medicalizados que se centran

en las causas biológicas de enfermedades específicas, **el modelo del arco iris describe diversas influencias sobre la salud (o determinantes) en múltiples niveles jerárquicos**, que van desde factores individuales hasta condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales.

**Imagen 1.2.1.** *"Determinantes más amplios de la salud"*




*Nota:* Imagen procedente del gobierno del Estado de Victoria, 2019, El plan para el bienestar y la salud pública de Victoria, 2019–2023, p.6, el Estado de Victoria (adaptado del modelo de arco iris de Dahlgren-Whitehead, septiembre del 1991)

1. **Factores individuales:** La capa más interna se refiere a las características personales, incluidos factores genéticos/hereditarios, tales como la edad, el sexo y la capacidad. Los factores del estilo de vida individuales se refieren a comportamientos de salud personal como la dieta, la actividad física, el consumo de alcohol y sustancias, entre otros. **En el contexto migratorio, los factores del estilo de vida individual pueden incluir experiencias personales, estrategias de afrontamiento y resiliencia.**
2. **Redes sociales y comunitarias:** La siguiente capa abarca las circunstancias sociales, incluida la familia y los círculos sociales más amplios. **Para los migrantes y refugiados, esta capa puede incluir experiencias de inclusión o exclusión social y fuentes de apoyo, como familiares, amigos, vecinos y redes comunitarias locales.**
3. **Condiciones de vida y trabajo:** Esta capa se centra en las *condiciones de vida y de trabajo más amplias* que influyen en la salud, tales como la vivienda, el acceso a la atención sanitaria, la educación y los servicios de bienestar, así como la salud y seguridad en el trabajo. **Para los migrantes y refugiados, esto puede incluir vivir en condiciones de hacinamiento o inseguras, desafíos para satisfacer las necesidades básicas de**

supervivencia, incapacidad para realizar actividades generadoras de ingresos, situaciones laborales precarias y acceso limitado a la atención médica.

4. **Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales:** La capa más externa representa los *factores socioeconómicos, culturales y ambientales más amplios* que determinan la salud. Estos factores pertenecen a las fuerzas y sistemas que configuran las condiciones de la vida diaria, incluida la desigualdad de ingresos, las normas y valores sociales, las agendas de desarrollo y los determinantes ambientales de la salud. Ejemplos en el contexto de la migración incluyen la discriminación y la xenofobia; políticas de inmigración hostiles; políticas del mercado laboral, incluidas las diferencias por raza y género en los entornos laborales; y factores geopolíticos más amplios.

### *Determinantes ascendentes, intermedios y descendentes*

Dentro del amplio campo de la salud pública, el concepto de determinantes "ascendentes", "intermedios" y "descendentes" se ha utilizado durante muchos años como analogía de los niveles de intervención con individuos, grupos y comunidades. La metáfora "aguas arriba-aguas abajo" ganó prominencia en forma de una historia en 1975 (ver vídeo a continuación) y desde entonces se ha empleado para ilustrar **la inutilidad de abordar únicamente los síntomas de un problema sin resolver la causa raíz** [7].

→ **VIDEO:** *Determinantes ascendentes en la salud pública* 💻

Como sugiere la metáfora, **lo que ocurre en la corriente de arriba se sentirá en la corriente de abajo.** Los factores ascendentes establecen el contexto amplio dentro del cual ocurren las elecciones y comportamientos individuales (factores descendentes). Por ejemplo, las normas sociales y las políticas económicas (ascendentes) pueden influir en las elecciones de estilo de vida indiviual y los comportamientos de salud (ascendentes) [8,9].

**Entonces, ¿cómo miramos "hacia arriba" las llamadas *causas de las causas* de la mala salud?** Un gráfico útil proporcionado en el 🕮 Repositorio ilustra algunos ejemplos de intervenciones en los tres niveles. Puede servir como guía para que profesionales y voluntarios puedan ver su impacto personal y colectivo en cada nivel (consulte 1.2 – Imagen 1.2.1-R "Determinantes sociales y necesidades sociales: Más allá de determinantes intermedios").

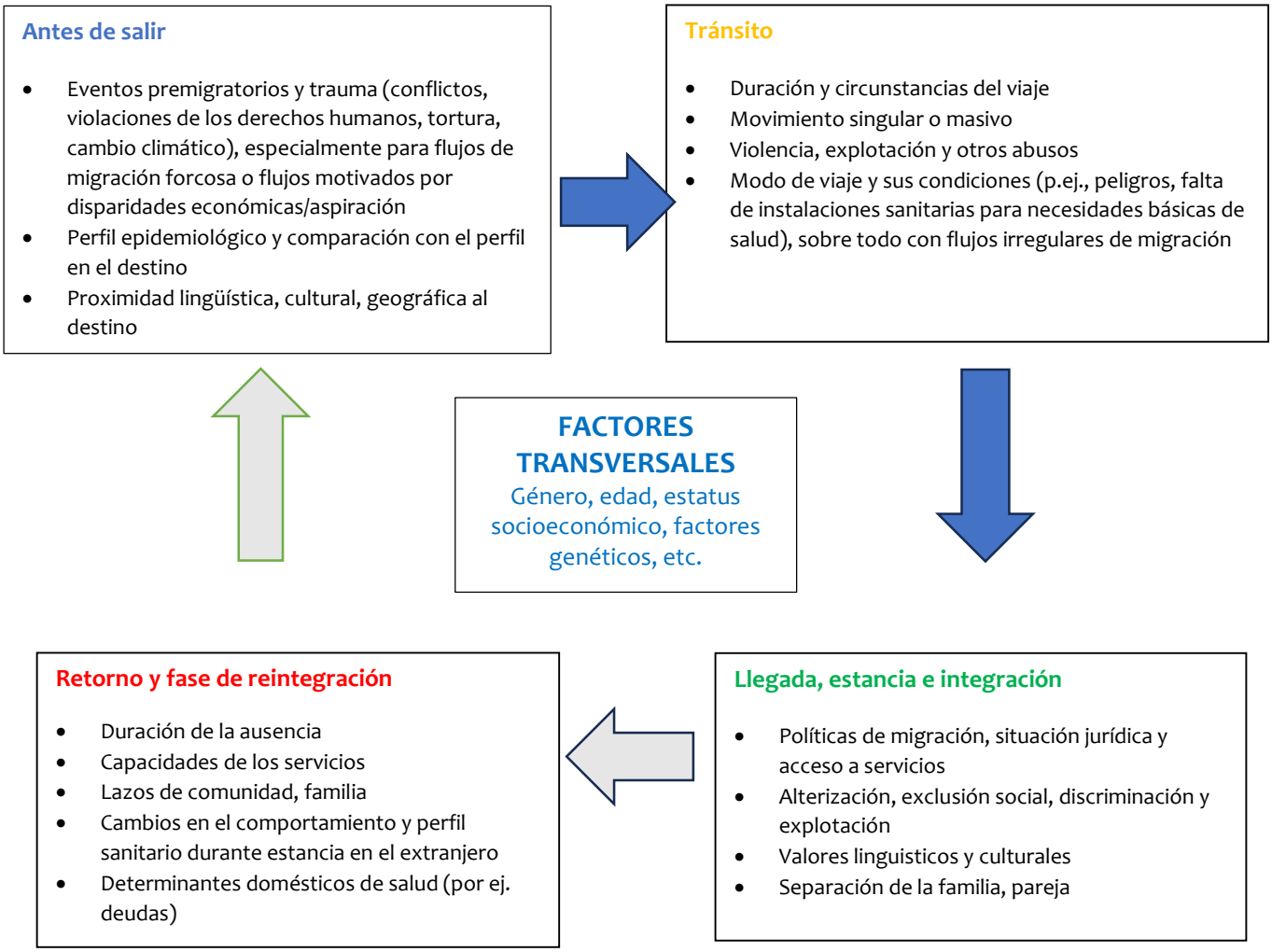
- ***Los factores* ascendentes** representan *determinantes estructurales que afectan a las comunidades de manera amplia y no equitativa.* La disparidad de ingresos, la discriminación institucional y la marginación social son ejemplos de factores ascendentes que impiden una salud óptima.
- ***Los factores* intermedios** representan *necesidades sociales y operan dentro de comunidades, vecindarios e instituciones locales*. Incluyen la falta de vivienda, inseguridad alimentaria, acceso deficiente a la educación y falta de disponibilidad de recursos.
- ***Los factores* descendentes** se refieren a *las necesidades más inmediatas de las personas a nivel individual o familiar*. Eso incluye la elección personal de estilo de vida, comportamientos de salud, enfermedades y lesiones intencionales o no intencionales.

En el Módulo 3, Unidad 3.2 se proporciona más información práctica sobre el tema, particularmente sobre el concepto de la *competencia estructural* (es decir, la capacidad de reconocer el impacto de la estructura social en un grupo social o individuo [10]): Conciencia cultural.

## 3. Relación entre la salud y la migración

La Constitución de la OMS define la ***salud*** como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades" [11]. La salud de los migrantes puede definirse como las diferencias en el bienestar físico, mental y social de los migrantes y las poblaciones tanto en las comunidades de origen como de destino y en todas las etapas del proceso migratorio [12]. Los procesos migratorios pueden afectar los resultados de salud del mismo modo que el estado de salud puede afectar los resultados de la migración (consulte la Imagen 1.2.3 sobre las fases de la migración analizadas en la Unidad 1.1) [13].

**Imagen 1.2.3.** "Aspectos de las distintas fases migratorias que pueden afectar la salud migratoria"




*Nota:* Gráfico obtenido de la Organización Internacional de las Migraciones, 2023, Salud migratoria durante las fases de migración, Manual EEM2.0 – Salud y Migración (adaptado de Vearey, Hui y Wickramage, 2019)

**La migración no constituye inherentemente un riesgo para la salud.** Sin embargo, las **condiciones que rodean el proceso migratorio** (como viajes inseguros, cambios en la distribución de enfermedades y mala nutrición) pueden contribuir a malos resultados de salud. La migración también puede afectar la salud mental de los migrantes **al empeorar las vulnerabilidades preexistentes y desafiar su resiliencia** [14].

Esto es particularmente evidente para quienes migran involuntariamente, incluidas las personas que huyen de desastres naturales o provocados por el hombre, conflictos y violaciones de derechos humanos, así como aquellos que se encuentran en una situación irregular. Por ejemplo, los migrantes que cruzan fronteras internacionales sin autorización pueden enfrentar tales riesgos como la explotación por parte de traficantes, lo que lleva a situaciones abusivas y dañinas que comprometen aún más su bienestar físico y mental [13].

◎ Punto clave: **Salud migratoria en detalle**

→ ***Peligros para la salud antes de la salida***

A menudo, las condiciones presentes antes de la salida sientan las bases para la salud y el bienestar de los migrantes y refugiados a lo largo de su viaje. Particularmente en el contexto del desplazamiento, la fase previa a la salida se ve comprimida por eventos fuera del control de la persona. Antes de la migración, es posible que las personas ya hayan experimentado:

- Salud comprometida debido a una nutrición inadecuada, acceso limitado a la atención médica o falta de programas de salud pública, incluida la vacunación infantil rutinaria.
- Condiciones de vida difíciles que contribuyeron a que huyeran de su país de origen.
- violencia, trauma o abuso, lo que exacerba aún más sus vulnerabilidades de salud

→ ***Peligros para la salud durante el viaje migratorio***

La fase de tránsito puede impactar negativamente la salud de los migrantes y refugiados debido a los siguientes factores:

- Viajes largos e inseguros para quienes se ven obligados a migrar sin documentos legales.
- condiciones de viaje que pueden incluir estar escondido durante días en un camión o hacinado en un espacio pequeño en un barco (comúnmente utilizado para cruzar el Atlántico o el Mediterráneo) o debajo de trenes en movimiento
- Viajar solo o en un grupo grande, con desafíos específicos que surgen para ciertos grupos, incluidos los niños (en particular menores no acompañados), las mujeres y las personas con discapacidades.

- desafíos relacionados con las capacidades de los sistemas de salud para acomodar a grandes grupos de personas a lo largo de las rutas migratorias debido a un desastre agudo o al aumento del nivel del mar (desplazamiento ambiental)

→ ***Peligros para la salud en los países de destino***

Los migrantes y refugiados pueden correr riesgo de sufrir problemas de salud en los países de destino debido a una variedad de factores, tales como:

- malas condiciones de vida
- acceso limitado o nulo a la salud y otros servicios
- separación de la familia y de los seres queridos
- cambios en el estilo de vida y adaptaciones a las prácticas de salud, hábitos alimentarios y patrones de actividad del país de destino, que pueden conducir a un mayor riesgo de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares.
- Actitudes xenófobas de las comunidades receptoras, incluidos los proveedores de servicios de salud, que pueden agravar los resultados de salud de los migrantes y provocar exclusión social, discriminación y explotación.
- a nivel existencial y espiritual, la pérdida de un sentido de omnipotencia (es decir, la idea de tener poder absoluto sobre sus propias vidas), lo que resulta en una pérdida de autoestima y confianza y, en ausencia de oportunidades para crear nuevos significados, en un sentido más permanente de pérdida existencial y aislamiento.

## 4. Determinantes sociales en la salud mental en el contexto migratorio

Como se ha indicado en la unidad anterior, la OMS) conceptualiza la salud mental "*como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede manejar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad*" [5]. La siguiente lista proporciona algunos ejemplos de determinantes sociales de la salud mental que pueden influir en los resultados de la salud mental de manera positiva y negativa:

- Vivienda, servicios básicos y medio ambiente
- Ingresos y protección social

- Educación
- Empleo
- Habilidades lingüísticas e interpretación
- Situación jurídica y proceso de solicitud de asilo
- Acceso a servicios de salud asequibles y de calidad digna
- Cultura, espiritualidad y antecedentes religiosos
- Inclusión social y aislamiento social
- Prejuicio, racismo y discriminación estructural

Se proporciona **un análisis más completo** de cómo cada uno de estos determinantes puede afectar la salud mental y el bienestar psicosocial de los migrantes y refugiados, consulte el 🕮 **Repositorio** ( 1.2 – Folleto 1. "*Determinantes sociales en la salud mental*").

Abordar los determinantes sociales de la salud mental en el contexto de la migración y el desplazamiento requiere **un enfoque profundo que vaya más allá del tratamiento de los síntomas individuales.** Las intervenciones deben tener **elementos psicosociales** en su núcleo, teniendo además en consideración **las condiciones más amplias que determinan la experiencia vivida de los migrantes y refugiados** [1,2,5,15].

## FUENTES

[1] Hynie, M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-Migration context: A critical review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(5), 297–303. https://doi.org/10.1177/0706743717746666

[2] Organización Mundial de la Salud (2023). *Draft operational framework for monitoring social determinants of health equity*. Descargado el 9 de abril del 2024 del sitio web de la OMS.

[3] Mawani, F. N. (2014). Social determinants of refugee mental health. In L. Simich & L. Andermann (Eds.), *Refuge and resilience: Promoting resilience and mental health among resettled refugees and forced migrants* (pp. 27–50). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7923-5_3

[4] Dahlgren, G., and Whitehead M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies. Retrieved February 14, 2024 from the CORE database.

[5] Organización Mundial de la Salud (2015). *What are social determinants of health?* Descargado el 9 de abril del 2024 del sitio web de la OMS.

[6] NASEM (2019). *Integrating social care into the delivery of health care: Moving upstream to improve the nation's health.* National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25467

[7] McMahon N. E. (2022). Framing action to reduce health inequalities: what is argued for through use of the 'upstream-downstream' metaphor? *Journal of public health (Oxford, England)*, 44(3), 671–678. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab157

[8] McKinlay J.B. (1975). A case for refocusing upstream: the political economy of illness. Applying behavioral science to cardiovascular risk: proceedings of a conference. *American Heart Association*, 7–17.

[9] Hahn R. A. (2021). What is a social determinant of health? Back to basics. *Journal of public health research*, *10*(4), 2324. https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2324

[10] Wang E. E. (2019). Structural Competency: What is it, why do we need it, and what does the structurally competent emergency physician look like?. *AEM education and training*, 4(Suppl 1), S140–S142. https://doi.org/10.1002/aet2.10415

[11] Organización Mundial de la Salud (2020). *Basic documents: Forty-ninth edition* (including amendments adopted up to 31 May 2019). Ginebra: OMS.

[12] Vearey, J., Hui, C., & Wickramage, K. (2019). *Chapter 7: Migration and health – Current issues, governance and knowledge gaps*. In IOM World Migration Report 2020 (pp. 209–228). https://doi.org/10.18356/9ea52c60-en

[13] Organización Internacional para las Migraciones (2022). *Migration health throughout the migration phases* (EMM2.0 Handbook, The Global Context of International Migration). (EMM2.0 Handbook, Health and Migration). Retrieved March 5, 2024 from the Essentials of Migration Management (EMM2.0) programme website.

[14] Davies, A., Basten, A., and Frattini, C. (2009). *Migration: a social determinant of the health of migrants*. Ginebra: OIM

[15] Organización Mundial de la Salud (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care* (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series). Ginebra: OMS.

**Unidad 1.3:** Factores de riesgo, protección y promoción/resiliencia

| Descripción de la unidad |
| --- |
| Esta unidad de capacitación explora los factores de riesgo, protección y promoción/resiliencia para la salud mental en los migrantes y refugiados. Se destaca la importancia de diferentes factores a nivel micro, meso y macro, que influyen en la salud mental de las personas que han sobrevivido a diferentes formas de adversidad. Basándose en la literatura mundial y las orientaciones recientes de la OMS, la unidad concluye ofreciendo material complementario sobre los desafíos y las influencias protectoras que son exclusivas de algunos grupos específicos. |

**Secciones de la unidad:**

1. Un marco socioecológico para comprender la salud mental en los migrantes y refugiados
2. Factores de riesgo y protección
3. Factores de promoción/resiliencia ante la adversidad
4. Desafíos e influencias protectoras exclusivas de subpoblaciones

## 1. Un marco socioecológico para comprender la salud mental en los migrantes y refugiados

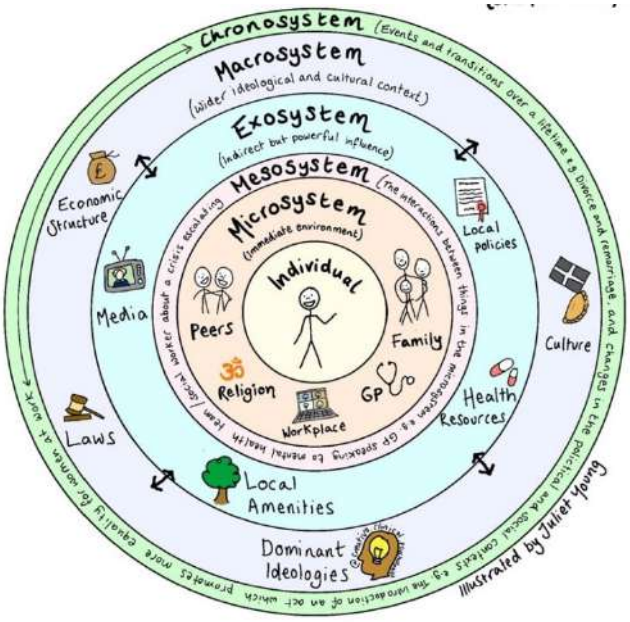
El **modelo socioecológico (MSE)** (ampliamente conocido como la ***"teoría ecológica de sistemas"***) fue conceptualizado por el psicólogo estadounidense de origen ruso Urie Bronfenbrenner en los años 70, para mejorar la comprensión del desarrollo humano. Posteriormente se formalizó como teoría en los años 1980. El marco socioecológico de Bronfenbrenner sostiene que **para comprender el crecimiento humano, debemos considerar todo el sistema ecológico en el que se produce el desarrollo** [1].

El modelo ha tenido muchas adaptaciones e interpretaciones a lo largo de los años. Aun así, a nivel básico, sugiere que el comportamiento individual está incrustado dentro de una red compleja de factores intrapersonales, interpersonales, institucionales, comunitarios y de políticas públicas, enfatizando la naturaleza recíproca de las interacciones entre los individuos y sus entornos. La red mencionada incluye **sistemas en los que el individuo está directamente implicado**, como barrios o escuelas, así como **sistemas**

**que están más alejados de la interacción o influencia directa**, como la comunidad, la política y la sociedad [2].

El marco de los determinantes sociales de la salud (DSS) analizado en la unidad anterior y el modelo socioecológico (MSE) son conceptos relacionados que enfatizan **la importancia de varios factores que impactan los resultados de salud.** Sin embargo, el DSS se centra en condiciones y entornos específicos que afectan los resultados de salud, mientras que el MSE proporciona **un marco integral para comprender las interacciones multinivel que moldean el comportamiento y el bienestar individual.** El MSE también reconoce que **los factores pueden cruzarse y operar en múltiples niveles**, afectando a las personas de manera diferente en función de sus experiencias acumulativas y cruzadas [2,3]. Se proporciona información más detallada sobre el concepto de la interseccionalidad en su relación con la salud mental en los migrantes y refugiados en el Módulo 2, Unidad 2.2: Perspectiva interseccional sobre la migración y la salud mental.

**Imagen 1.3.1.** "*La teoría ecológica de los sistemas de Bronfenbrenner en el contexto de la psicología comunitaria*"




*Nota:* Gráfico producido por la psicóloga clínica Dra. Juliet Young, agosto de 2021

El gráfico anterior (Imagen 1.3.1) proporciona un ejemplo ilustrativo de los **diversos factores a nivel individual, familiar, organizacional, comunitario y social** (nivel o sistema micro, meso, exo y macro) que influyen en la salud mental y el bienestar **a lo largo del tiempo** (también descrito como cronosistema). La Universidad de Minnesota ha elaborado un gráfico más detallado que refleja resultados de investigaciones a través de una lente socioecológica [3]. El documento también está incluido en el 🕮 **Repositorio** para su posterior revisión (consulte Módulo 1, Recursos útiles).

Si bien la investigación por sí sola no puede captar plenamente las experiencias vividas por las personas, proporciona un marco fundamental que puede ayudarnos a comprender la salud mental en el contexto de la migración y el desplazamiento. Este modelo promueve una visión holística de la salud mental, enfatizando **un enfoque basado en las fortalezas que se centra en la resiliencia y la recuperación en lugar de la enfermedad.** Se aplica a todo el mundo y considera el ciclo entero de la vida [3].

Los vídeos a continuación brindan más información sobre la perspectiva ecológica, la historia y el desarrollo de la teoría ecológica de los sistemas de Bronfenbrenner.

→ **VIDEO:** *Qué es la perspectiva ecológica? Principios básicos y conceptos clave de la psicología comunitaria* 💻

→ **VIDEO:** *Los sistemas ecológicos de Bronfenbrenner: 5 fuerzas que impactan nuestra vida* 💻

## 2. Factores de riesgo y de protección

### *Factores de riesgo y de protección*

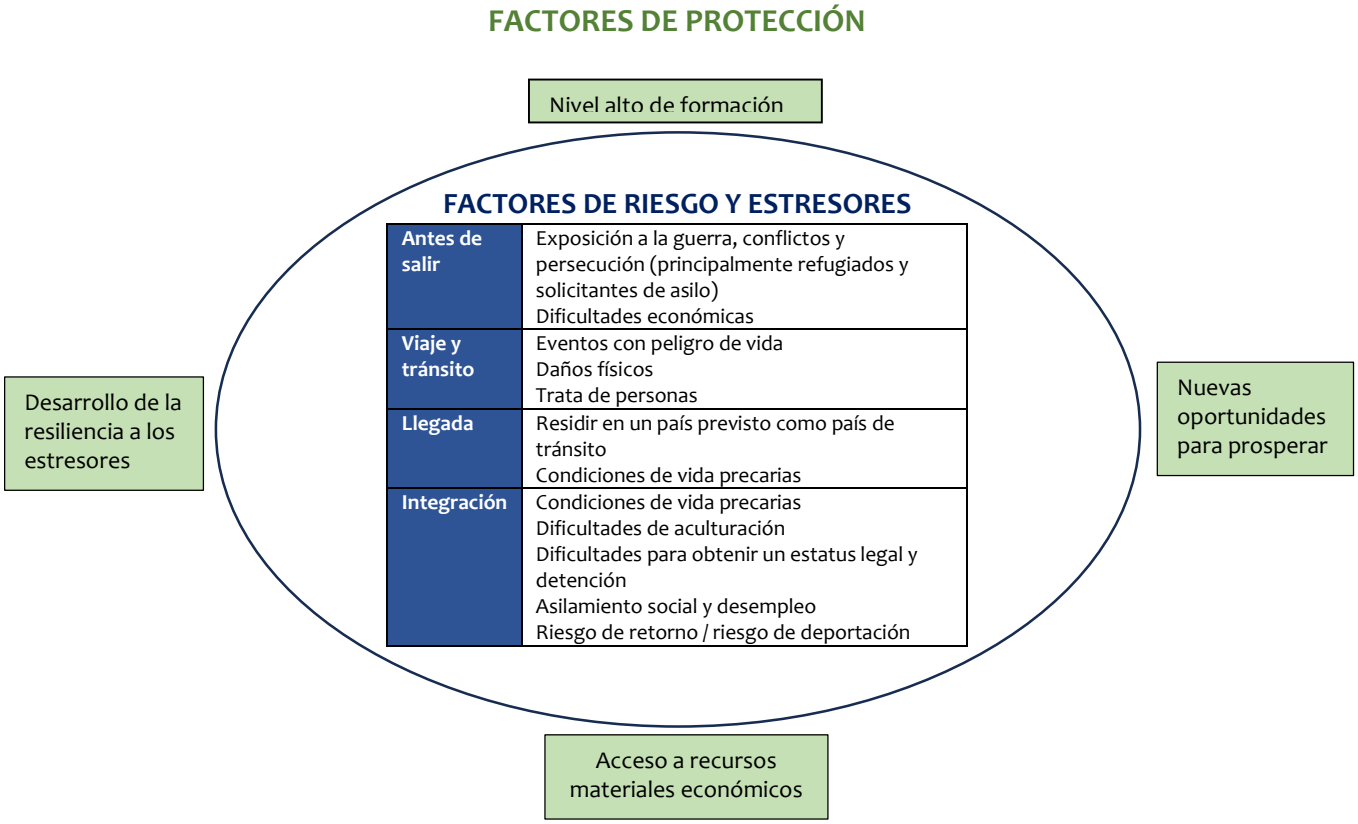
Según la OMS, "a lo largo de nuestras vidas, múltiples determinantes individuales, sociales y estructurales pueden combinarse para proteger o socavar nuestra salud mental y cambiar nuestra posición en el proceso de la salud mental" [4]. Los factores psicológicos y biológicos individuales, como las habilidades emocionales, el uso de sustancias y la genética, pueden aumentar la susceptibilidad a los problemas de salud mental. Como se ha visto en la unidad anterior, las condiciones sociales, económicas, geopolíticas y

ambientales desfavorables (como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la privación ambiental) también elevan el riesgo de una mala salud mental. **Estos riesgos (o factores de riesgo) pueden manifestarse en todas las etapas, pero pueden ser particularmente dañinos durante períodos sensibles del desarrollo, especialmente en la primera infancia.**

**Los factores de protección, que también ocurren a lo largo de nuestras vidas, sirven para reducir o amortiguar el riesgo de resultados negativos para la salud mental al mejorar nuestra capacidad para afrontar circunstancias que de otro modo serían adversas.** Los factores de protección Incluyen habilidades sociales y emocionales, interacciones sociales positivas, educación de calidad, empleo decente, vecindarios seguros y fuertes vínculos comunitarios. Son son elementos clave en el desarrollo de la resiliencia, que a menudo se conoce como la capacidad de resistir la adversidad y recuperarse de acontecimientos difíciles de la vida [5].

*Los factores de riesgo y de protección* **operan en varios niveles sociales.** Las amenazas locales impactan a individuos, familias y comunidades, mientras que los desafíos globales, como las crisis económicas, los brotes de enfermedades, las crisis humanitarias, los desplazamientos forzados y el cambio climático, amenazan a poblaciones enteras [4-6]. Los factores de protección y de riesgo en el contexto de la migración se describen en detalle a continuación (Imagen 1.3.2).

**Imagen 1.3.2.** "*Factores de riesgo y protección en la de salud mental de los migrantes y refugiados*"




*Nota:* El gráfico reproducido por el equipo de EU-MiCare, basándose en información de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018, Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants, p. 4, Copenhague)
La reproducción de esta imagen no implica respaldo por parte de la OMS.

**Cada factor de riesgo y de protección por sí solo tiene un poder predictivo limitado.** La mayoría de las personas no presentan síntomas de salud mental y pueden recuperarse por completo a pesar de la exposición a múltiples adversidades, mientras que algunas pueden desarrollar trastornos de salud mental sin ningún factor de riesgo aparente. La interacción de varios determinantes determina la salud mental, y múltiples estresores pueden conducir colectivamente a malestar psicológico [6].

Como afirma la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR), "*no es necesario que sea un único evento masivo que provoque angustia psicológica o problemas de salud mental; puede ser una acumulación de múltiples estresores diferentes. En cualquier momento, un conjunto diverso de factores individuales*, familiares, comunitarios y estructurales pueden combinarse para proteger o socavar

la salud mental[7]." **Aunque la mayoría de las personas son resilientes, aquellas expuestas a circunstancias adversas corren un mayor riesgo.**

**Se puede encontrar información adicional en el** 🕮 Repositorio (consulte 1.3 – Tabla 1.3.1-R *"Factores de riesgo y de protección para promover la resiliencia"* y Tabla 1.3.2-R *"Factores de riesgo y de protección adicionales para*

## 3. Factores de promoción/resiliencia ante la adversidad

Entonces, ¿qué es la resiliencia? En términos generales, la ***resiliencia*** se considera tanto **la capacidad de un individuo para soportar experiencias de trauma y estrés como la capacidad de permanecer activamente involucrado en las tareas de la vida**, particularmente en el esfuerzo por restaurar los recursos perdidos durante períodos de adversidad [8]. El supuesto rector es que **todos los seres humanos poseen un impulso inherente para adquirir, mantener, fomentar y proteger los recursos que consideran valiosos para su supervivencia y bienestar**. Muchos factores, incluida nuestra biología, psicología, interacciones sociales y antecedentes culturales, influyen en la resiliencia y todos actúan juntos para moldear la forma en la que manejamos el estrés [9].

Cuando hablamos de resiliencia es importante aclarar si la vemos como una característica personal, un proceso o un resultado. Es fácil pensar en la resiliencia como algo que uno tiene o no tiene, pero en realidad **la resiliencia representa un proceso continuo. La resiliencia puede variar en fuerza y aparecer en diferentes grados en diferentes áreas de la vida** [9].

**Los factores de promoción/resiliencia mejoran la salud mental y el bienestar psicosocial frente a la adversidad** y explican por qué no todos aquellos que han estado expuestos a circunstancias adversas desarrollan resultados negativos de salud mental [10]. Los factores de promoción/resiliencia también abarcan una variedad de actividades, escenarios y circunstancias, como relaciones de apoyo, la capacidad de la persona para afrontar y adaptarse a circunstancias cambiantes, buenos ambientes de trabajo y otros [11,12].

### ○ Resiliencia psicológica

La resiliencia psicológica tiene definiciones diferentes. Esencialmente, es **la capacidad de recuperarse de traumas y superar la adversidad.** Como se mencionó anteriormente, las conceptualizaciones actuales de resiliencia psicológica incluyen capacidades individuales y apoyos sociales y ambientales. El papel de la resiliencia en la producción de salud, particularmente salud mental, ha sido ampliamente investigado entre los grupos de inmigrantes, lo que ha llevado a su reconocimiento como **un factor importante para el bienestar psicosocial** [5,12]. Varía según ciertas características individuales: la edad avanzada, el desplazamiento prolongado y las dificultades continuas disminuyen la resiliencia, mientras que mejores condiciones de vida/trabajo, ser más joven y tener niveles más altos de apoyo mejoran la resiliencia y, en última instancia, mejoran la salud mental [8,9,12].

Se ha incluido un gráfico útil que presenta algunos factores que promueven la resiliencia en el 🕮 Repositorio (consulte 1.3 – Imagen 1.3.1-R *"Cinco factores que promueven la resiliencia"*). Tengan en cuenta que muchos factores promueven la resiliencia. **La resiliencia no es un rasgo que una persona simplemente posee o carece; es un proceso**

### ○ Crecimiento postraumático

En el contexto del desplazamiento, **el crecimiento postraumático** se refiere a **cómo los migrantes y refugiados se involucran en la creación de significado e interpretan sus experiencias**; este proceso reflexivo aporta ganancias positivas en sus vidas [13]. El crecimiento postraumático funciona como **un factor de promoción/resiliencia**, protegiendo a los migrantes y refugiados contra el impacto negativo de la adversidad, como el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT), la depresión y la ansiedad [14]. Los estudios que exploran el crecimiento postraumático en los migrantes y refugiados han destacado sus beneficios, que incluyen **la capacidad de hacer frente a múltiples pérdidas, una mayor tolerancia a la incertidumbre y la imprevisibilidad de sus circunstancias, una reducción de la angustia psicológica, una mayor satisfacción con la vida y experiencias positivas posteriores a la migración** [13-15].

### ○ Desarrollo activado por la adversidad (DAA)

*El desarrollo activado por la adversidad* (DAA) se refiere a **las características, habilidades y hábitos positivos recientemente desarrollados que surgen después de soportar circunstancias de vida adversas**

**o altamente desafiantes** [16]. Estos rasgos positivos estaban ausentes, ocultos o no apreciados conscientemente antes de que ocurrieran las dificultades. Es importante destacar que estos resultados no excluyen (y a menudo coinciden con) reacciones negativas o neutrales ante la adversidad [16,17]. En otras palabras, **una persona que huyó de su tierra natal puede mostrar resiliencia y DAA en algunas áreas de su vida mientras exhibe vulnerabilidad en otras**. La capacidad de afrontar los principales desafíos de la vida y adaptarse rápidamente no significa estar libre de angustia, del mismo modo que sentirse profundamente triste y desorientado no significa una falta de progreso en otras áreas.

◎ Punto clave: ***La tabla de la adversidad***

En los discursos tradicionales dentro del campo de la "atención a los refugiados", hay un fuerte enfoque en el trauma, que representa una respuesta severa y válida a la adversidad. Sin embargo, este énfasis **simplifica demasiado las diversas experiencias de los migrantes y refugiados.** Para capturar mejor la amplia gama de respuestas a situaciones adversas, se recomienda utilizar la **tabla de la adversidad.**

La tabla **no es una prueba psicométrica, ni una herramienta de evaluación estandarizada**; en cambio, proporciona **un marco para evaluar y comprender las diferentes y diversas formas en que los individuos, las familias, las comunidades y las sociedades en general responden a la adversidad**. Es útil para recordarnos la complejidad, la singularidad y la totalidad de todas las personas afectadas por la adversidad, así contrarrestando polarizaciones y generalizaciones inútiles. Esto es particularmente importante en el contexto de nuestro trabajo, donde a menudo los sobrevivientes de la adversidad se ven exclusivamente como víctimas indefensas. La tabla de la adversidad clasifica las respuestas a eventos adversos (como desplazamiento, guerra y persecución) en tres tipos: (i) respuestas negativas, (ii) respuestas sin cambios y (iii) respuestas positivas. La tabla coincide con la teoría de los sistemas socioecológicos, analizada anteriormente en esta unidad, ubicando las dificultades y nuevas oportunidades dentro del espectro completo del ecosistema que rodea a los migrantes y refugiados. La OIM, en colaboración con el Prof. Renos Papadopoulos, ha desarrollado un recurso complementario sobre el empleo de la tabla de la adversidad como parte de su Manual sobre salud mental y apoyo psicosocial de base comunitaria en emergencias y desplazamiento [18]. Más información sobre cómo

utilizar la tabla se puede encontrar en el 🕮 Repositorio (consulte 1.3 – Folleto 1. *"La tabla de la adversidad en detalle"* y Recursos útiles).

## 4. Desafíos e influencias protectoras exclusivas de subpoblaciones específicas

Ciertos grupos de migrantes y refugiados requieren consideraciones específicas de su población con respecto a los factores de riesgo y de protección, así como las barreras y facilitadores que enfrentan cuando se trata de acceder a la atención. Sobre la base de la evidencia disponible, la OMS ha identificado cinco temas interrelacionados que son relevantes para varios grupos, contextos y etapas del proceso migratorio:

1. identidad propia y apoyo comunitario;
2. necesidades básicas y seguridad;
3. conceptos culturales de salud mental y estigma;
4. exposición a la adversidad y eventos potencialmente traumáticos;
5. navegando por la salud mental y otros sistemas y servicios [5].

Información complementaria sobre los temas mencionados, así como los desafíos y las influencias protectoras enfrentados por algunas subpoblaciones específicas (como mujeres, personas con experiencias de tortura, personas LGBTQI+, adultos mayores, personas con discapacidad) se puede encontrar en el 🕮 Repositorio (consulte 1.3 – Folleto 2. *"Desafíos e influencias protectoras exclusivas de subpoblaciones específicas"*). Un análisis más completo de los desafíos y las influencias protectoras enfrentados por los niños y jóvenes se puede consultar: en el Módulo 3,

🕘 **Descanso para reflexionar:** *Participe en una autorreflexión (o reflexión grupal con sus pares) y considere cómo se entrelazan múltiples factores para influir en la vulnerabilidad y resiliencia de los migrantes*

En la página siguiente, encontrará cuatro ejemplos que ilustran la interacción de factores a nivel micro, meso y macro.

Como se ha analizado anteriormente, estos factores pueden afectar (de manera positiva, negativa o neutral) la capacidad de los migrantes para evitar, resistir, afrontar o recuperarse de los diversos tipos de adversidad que enfrentan con frecuencia.

Ahora, tomando en consideración el modelo socioecológico y la teoría sobre los factores de riesgo, protectores y de promoción/resiliencia, considere posibles respuestas que podrían apoyar el bienestar psicosocial de los individuos en cada uno de los escenarios siguientes.

| | |
|---|---|
| **Ejemplo 1**<br>Un hombre de mediana edad con un buen nivel de formación y buena salud, que pertenece a un segmento poderoso de la sociedad, normalmente tendría un nivel bajo de vulnerabilidad. Sin embargo, estaría vulnerable a extorsiones y violencia en el caso de involucrarse en prácticas no seguras de migración, tales como contratar a contrabandistas de migrantes para que le ayude acceder a un país por medios irrefulares, sobre todo si tuviera que viajar con el contrabandista a través de países que no disponen de mecanismos para proteger de la violencia a migrantes objetos de tráfico ilícitos. | **Ejemplo 2**<br>Una familia que está viviendo una crisis, por ej. por pérdida de empleo a causa de una emergencia de salud para el principal asalariado, puede llevar a decisones de migración que aumentarían la vulnerabilidad a explotación labroal de uno o más miembros de la familia. Sin embargo, esta decisión sería menos probable si ellos pudieran pedir ayuda a su familia extendida, miembros de la comunidad y/o a través de programas de bienestar social. Los factores de riesgo domésticos serían mitigados por factores a nivel de la comunidad. |
| **Ejemplo 3**<br>Personas que se enfrentan con la discriminación, el acoso y barreras al acceder servicios debido a su estatus como migrantes suelen ser más vulnerables a la violencia, la explotación y el abuso. Si ellas no pueden acceder los mismos servicios que los demás, es más probable que estén más aisladas y vulnerables a quienes buscan su abuso e explotación. | **Ejemplo 4**<br>Miembros de una comunidad desplazados por causa de catástroes naturales pueden enfrentarse con riesgos de trata, ya que los traficantes frequentemente tienen como objetivo a personas desplazadas. Sin embargo, si los líderes locales e nacionales actúan rapidamente para mitigar los riesgos de tráfico proporcionando de manera oportuna a las personas desplazadas información correcta contra la trata y tomando medidas de medidas de aplicación de la ley contra el tráfico, los miembros de la comunidad probalemente estarían proegidos de este riesgo. |

*Fuente: la OIM, Los determinantes de la vulnerabilidad de los migrantes, adaptado por el equipo de EU-MiCare para los fines del presente curso.*

## FUENTES

[1] Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*(7), 513-531. https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513

[2] Sallis, J., Owen, N., & Fisher, E. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 465-482). Jossey-Bass.

[3] Michaels, C., Blake, L., Lynn, A., Greylord, T., & Benning, S. (2020). *Mental health and well-being ecological model*. Center for Leadership Education in Maternal & Child Public Health, University of Minnesota – Twin Cities; Last update: July 2024. Descargado el 27 de julio del 2024 del sitio web de UoM.

[4] Organización Mundial de la Salud (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Executive summary. Ginebra: OMS.

[5] Organización Mundial de la Salud (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care* (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series). Ginebra: OMS.

[6] Organización Mundial de la Salud (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants* (Technical guidance on refugee and migrant health). Copenhague: Oficina regional para Europa de la OMS.

[7 ] Centro de Referencia para Apoyo Psicosocial de la FICR (2023). *Community-Based Mental Health (CBMH) training guide*. Copenhague: IFRC.

[8] Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 56*(5), 258–265. https://doi.org/10.1177/070674371105600504

[9] Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology, 5*, 10.3402/ejpt.v5.25338. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338

[10] Patel, V., & Goodman, A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental health. *International journal of epidemiology, 36*(4), 703–707. https://doi.org/10.1093/ije/dym147

[11] Herrman, H. (2001). The Need for Mental Health Promotion. *Australian & New Zealand journal of psychiatry, 35*(6), 709–715. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00947.x

[12] Sim, A., Bowes, L., & Gardner, F. (2019). The Promotive Effects of Social Support for Parental Resilience in a Refugee Context: a Cross-Sectional Study with Syrian Mothers in Lebanon. *Prevention science, 20*(5), 674–683. https://doi.org/10.1007/s11121-019-0983-0

[13] Chan, K. J., Young, M. Y., & Sharif, N. (2016). Well-being after trauma: A review of posttraumatic growth among refugees. *Canadian psychology. Psychologie canadienne, 57*(4), 291–299. https://doi.org/10.1037/cap0000065

[14] Ssenyonga, J., Owens, V., & Olema, D. K. (2013). Posttraumatic growth, resilience, and posttraumatic stress disorder (PTSD) among refugees. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 82*, 144–148. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.238

[15] Sims, K., & Pooley, J. A. (2017). Posttraumatic growth amongst refugee populations: A systematic review. *In U. Kumar (Ed.), The Routledge international handbook of psychosocial resilience* (pp. 230–247). Routledge/Taylor & Francis Group.

[16] Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 9*(3), 301–312. https://doi.org/10.1080/13642530701496930

[17] Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development.* Routledge.

[18] Organización Internacional para las Migraciones. (2022). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement* (2nd ed.). Ginebra: OIM

**Unidad 1.4:** Dimensiones psicosociales del proceso migratorio

| Descripción de la unidad |
| --- |
| Esta unidad ofrece una visión general de varios modelos que exploran los procesos psicosociales implicados en la migración. Primero, se introducen las fases psicológicas en un contexto general de migración. A continuación, se examinan dos modelos que abordan las complejidades relacionadas con el desplazamiento y el desplazamiento involuntario. Finalmente, se examina el concepto del "duelo migratorio". Se proporciona material complementario con información sobre la aculturación, las estrategias de la aculturación y el estrés aculturativo. |

**Secciones de la unidad:**

1. Introducción
2. Procesos psicosociales de la migración
3. Duelo migratorio

## 1. Introducción

**La migración es un proceso complejo y dinámico que implica importantes ajustes psicológicos.** Es un proceso que **empieza mucho antes del acto real de migrar** y **continúa mucho después de llegar al nuevo destino**. Comprender el viaje psicológico de la migración puede ayudar a los trabajadores de campo a comprender mejor la experiencia de las personas a las que ayudan y, al mismo tiempo, ajustar sus intervenciones de apoyo acorde a sus necesidades. Como se ha analizado en la Unidad 1.3, el contexto en el que se produce la migración y las circunstancias que la rodean determinarán tanto los factores de riesgo como los de protección. Tras la compleja interacción de estos factores, las personas pueden desarrollar respuestas de afrontamiento resilientes o problemas de salud mental con diversos grados de gravedad.

El objetivo principal de esta unidad es proporcionar un marco que permita a los profesionales y voluntarios comprender **los complejos viajes psicológicos de los migrantes y refugiados.** Una comprensión más profunda nos permitirá **ir más allá de la visión reduccionista de la llamada "experiencia de los migrantes y refugiados" como un evento singular y traumático**. Con demasiada frecuencia, en el amplio campo de la atención a los migrantes y refugiados, **el apoyo se centra estrictamente en la devastación y la agitación desencadenados por la migración y el desplazamiento, pasando por alto las vidas anteriores y los desafíos actuales que persisten *después* del reasentamiento.** Al ampliar nuestra perspectiva para examinar el arco completo de los procesos psicosociales (antes, durante y después de la migración), desarrollamos una comprensión más matizada de las formas profundas en las que la experiencia de perder el hogar remodela la vida y la identidad.

## 2. Procesos psicosociales de la migración

Trabajando con personas con biografías migratorias, es importante reconocer **la tendencia común a confundir un evento en sí con la forma única en que lo experimenta un individuo, una familia o una comunidad.** Un error que ocurre en nuestro campo es cuando la creencia incorrecta de que todos los individuos reaccionan ante la adversidad de manera uniforme reemplaza la suposición correcta de que cada persona experimenta eventos externos de manera diferente (debido a los factores contribuyentes, como sus historias personales y colectivas, influencias culturales y sociales, narrativas dominantes más amplias, dinámicas de poder, etc.). **Esto lleva a una noción demasiado simplificada que todas las personas expuestas a la adversidad, como la guerra o los desastres naturales, inevitablemente quedarán "traumatizadas".**

Esta visión colapsa la compleja realidad de las experiencias individuales en una narrativa única y homogénea. **Una comprensión adecuada de la adversidad requiere identificar sus distintos componentes, que incluyen:** (a) el evento en sí, (b) la experiencia del evento, (c) el impacto de esta experiencia, (d) la respuesta general al impacto, y (e) cómo se comunica todo lo anterior a los demás [1]. A menudo, existe una tendencia a dejar que la percepción inicial y simplificada del evento (es decir, la migración como "crisis" o "trauma") domine la interpretación de todos estos elementos. Los marcos que examinan las llamadas

"fases psicológicas de la migración" ofrecen una comprensión holística, ya que **consideran no sólo los factores estresantes externos, sino también los procesos psicosociales individuales experimentados por los migrantes mientras navegan por sus nuevas vidas.**

→ **VIDEO:** *Chimamanda Ngozi Adichie: El peligro de una historia aislada | TED* 💻

Esta perspectiva más amplia invita a un cambio fundamental en nuestro enfoque epistemológico del cuidado. En lugar de patologizar el sufrimiento o asumir el trauma como un resultado inevitable, **se nos anima a discernir las sutilezas de cómo se experimentan y se procesan los eventos a lo largo del tiempo** [1]. Esto también significa **diferenciar la angustia del desorden** [2] y **reconocer las diversas formas en que los individuos y las comunidades responden a la adversidad y las dificultades**. En consecuencia, esta comprensión más profunda nos incita a comprometernos con las personas a las que ayudamos **como con personas integrales moldeadas por un proceso continuo de experiencias, y no como víctimas estáticas de eventos singulares**. Eso cambia nuestro enfoque de la intervención en crisis a **un proceso continuo de atención psicosocial, que respeta la complejidad de la migración como un viaje transformador y multifacético.**

◎ Punto clave: **Dimensiones psicosociales del proceso migratorio: poner la teoría en práctica**

Pero, ¿cómo podemos aplicarlo en el contexto de nuestro trabajo diario? Trabajando con una persona o una familia, puede resultar útil considerar: (1) **la fase migratoria en la que se encuentran**, (2) **los desafíos que enfrentan actualmente** y (3) **los procesos emocionales asociados con estos desafíos** [1].

**Las circunstancias difíciles asociadas con la experiencia vivida por los migrantes están en constante diálogo con los recursos externos e internos a su disposición.** Por ejemplo, como se ha visto en unidades anteriores, si un individuo no habla el idioma de la sociedad de acogida y tiene dificultades financieras importantes, pero también es muy adaptable y cuenta con una sólida red de apoyo social, es menos probable que desarrolle problemas graves de la salud mental. Por el contrario, una persona que enfrenta desafíos similares y carece de estos recursos será más propensa a sufrir resultados adversos en su salud mental. Incluso si un migrante se ha adaptado funcionalmente a la sociedad de

acogida, es vital que los trabajadores de campo **permanezcan sensibles a sus necesidades, capacidades y recursos, así como a la forma en la que estos evolucionan a lo largo del proceso migratorio**.

La siguiente sección describe los procesos psicosociales que los migrantes y refugiados pueden experimentar al huir de sus países de origen. Se divide en dos partes: la primera presenta una conceptualización general que describe las fases por las que pueden atravesar los migrantes en términos de aspectos emocionales clave y dinámicas familiares, mientras que la segunda se centra en las particularidades de la experiencia de los refugiados.

### *Fases psicológicas generales de la migración*

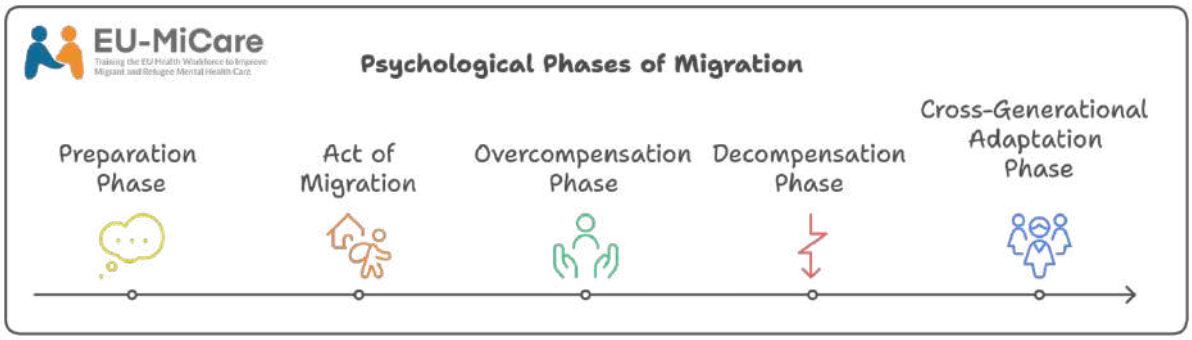
El primer proceso descrito en esta unidad se refiere a las experiencias psicológicas de las personas que se ven impulsadas a migrar. Hacemos referencia a dos autores clave en esta área: Carlos E. Sluzki [4], psiquiatra argentino y experto en migración y terapia familiar, y el Prof. Wielant Machleidt [5], psiquiatra alemán, conocido por su trabajo en psiquiatría transcultural y la salud mental en el contexto migratorio.

Sluzki desarrolló un modelo fundamental que describe las fases psicológicas de la migración, centrándose en la adaptación funcional. En el contexto de la migración, la adaptación funcional se refiere **al proceso mediante el que los individuos se adaptan y gestionan los desafíos planteados por su nuevo entorno, particularmente en términos del funcionamiento psicológico y social**. Esta adaptación incluye **aprender a navegar las normas sociales, leyes y prácticas culturales de la sociedad de acogida, al mismo tiempo manteniendo la capacidad de enfrentar a los estresores de la migración.** La adaptación funcional exitosa está marcada por la capacidad de una persona para integrarse en el nuevo entorno y preservar su bienestar mental y emocional, a menudo mediante el desarrollo de **nuevas estrategias de afrontamiento y nuevos sistemas de apoyo** [4].

Este modelo sentó las bases para contribuciones posteriores, como las de Machleidt [5], quien enfatizó **los aspectos emocionales de la migración**. El modelo propone que el proceso psicológico de la migración se puede dividir en cinco fases experimentadas por todos los migrantes (Imagen 1.4.1), independientemente

de su origen cultural. Al reconocer la naturaleza cíclica de las emociones, los efectos de la exclusión social y la importancia de la integración cultural, los profesionales y voluntarios pueden interactuar con las poblaciones migrantes de manera más significativa, al tiempo que apoyan su adaptación sostenible a nuevos hogares.

**Imagen 1.4.1.** "Fases psicológicas de la migración"




*Nota:* Imagen preparada por el equipo de EU-MiCare basándose en información de Schön (2010) y Bassot (2013)

[Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (p. 108-123). Berlin: Psychiatrie Verlag; and, Machleidt, M. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen.* (1a ed). Stuttgart. W. Kohlhammer GmbH.]

En la siguiente tabla, se desarrolla cada fase con más detalle, integrando ambos modelos y especificando los aspectos emocionales clave y las dinámicas familiares que pueden surgir [4,5].

| Fases psicológicas de la migración[1] | | |
|---|---|---|
| **Fase** | **Aspectos emocionales clave** | **Dinámica familiar** |
| **Fase de preparación**<br>*El proceso de toma de decisiones. Esta fase incluye la toma de decisiones, la* | • **Miedo**<br>• **Incertidumbre**<br>• **Euforia y esperanza** | • **Conversaciones sobre la decisión a migrar**<br>• **Conflictos** por separación de la familia o porque la migración |

[1] Como se analizó en la Unidad 1.1, muchos de los llamados migrantes "voluntarios" o "económicos" se ven impulsados por circunstancias coercitivas, lo que hace que sus decisiones dependan menos de la verdadera voluntad y más de la supervivencia. Incluso si no huyen de crisis directas o adversidades dolorosas (como conflictos violentos o desastres climáticos), fuerzas estructurales, como las dificultades económicas, la inestabilidad política, la desigualdad social y la degradación ambiental, a menudo los obligan a migrar.

| | | |
|---|---|---|
| *planificación y la anticipación antes de la migración.* | | involucra a todo un núcleo familiar y puede que no sea una decisión compartida por todos los miembros de la familia. |
| **Proceso de migración**<br>*El proceso propiamente dicho de reubicación, que puede ser breve o prolongado.* | • **Estrés y ansiedad** por la incertidumbre sobre el viaje y la llegada y el impacto emocional de la separación. | • Puede producirse un **"duelo de despedida"** [5], que implique la pérdida de funciones y entornos familiares (es decir, ser cuidador de una familia). |
| **Fase de sobrecompensación**<br>*El período inicial después de la llegada está marcado por una "fase de luna de miel" [5], caracterizada por la idealización de la cultura de acogida. Puede durar desde seis meses hasta un año o dos. El objetivo principal es encontrar su propio camino y al mismo tiempo asegurarse el sustento en el país de acogida.* | • **Alto optimismo y entusiasmo**<br>• **Emociones contradictorias:** curiosidad, miedo, vergüenza, tristeza y alegría.<br>• **Procesamiento emocional gradual** a través de interacciones con otros en situaciones similares.<br>• **Manejo funcional del estrés** (es decir, la capacidad de afrontar los factores estresantes de la vida de manera saludable) **en su punto más alto** | • **Los conflictos quedan en un segundo plano**<br>• **Se enfatizan las dinámicas y normas familiares típicas**; es decir, familias unidas pueden mostrar dinámicas emocionales más cercanas entre diferentes miembros de la familia; familias ya distanciadas pueden mostrar una mayor distancia |
| **Fase de descompensación**<br>Dos subfases principales:<br>1. Fase de adaptación crítica *(lucha por adaptarse al nuevo entorno)*<br>2. Fase de luto *(duelo emocional por la salida del país de origen)* | • **Desilusión e idealización** de la cultura del hogar.<br>• Lenta transición de la **euforia al duelo**<br>• ***El estrés aculturativo*, es decir, la tensión psicológica derivada de la adaptación a una nueva cultura, puede tener un impacto considerable**<br>• **Ansiedad y frustración, marcando un patrón cíclico de emociones** de la fase anterior<br>• **Pueden surgir problemas y crisis de salud mental** | • **Al cuestionar la identidad, las viejas estrategias de afrontamiento pueden resultar menos eficaces**; pérdida del papel anterior en la sociedad o la familia<br>• **Posibles choques culturales** debido a que los niños y adolescentes se adaptan más rápido a la nueva cultura que otros miembros de la familia<br>• Cambios en las funciones y estructuras familiares debido a nuevas situaciones laborales y escolares<br>• **Impacto en los recursos de los que ya dispone la familia** |
| | **Riesgos para la salud** | |

| | | |
|---|---|---|
| | • **Mayor riesgo de problemas de salud mental relacionados con el estrés debido a experiencias muy estresantes**<br>• **Dificultades de adaptación que conducen a mayores niveles de angustia**<br>• **Las experiencias adversas previas y las dificultades psicológicas pueden reactivarse por situaciones estresantes que se enfrentan en el presente.** | |
| **Fase de adaptación intergeneracional**<br>*Integración de valores tradicionales con nuevas normas culturales. Se alinea con la fase de integración sostenible (consulte Unidad 1.1) descrita por la OIM, donde las personas comienzan a ver el país de acogida como propio.* | • **Cambios internos,** incluida la resiliencia emocional y estrategias para afrontar el estrés.<br>• **Logro de un nivel de eficacia** en el nuevo entorno<br>• **Ajustes en las actitudes hacia la nueva cultura.**<br>• **Ajustes en los hábitos culturales originales.**<br>• **Desarrollo de la competencia intercultural** con la adquisición de habilidades necesarias para navegar y comunicarse eficazmente en la nueva cultura.<br>• **Sentido de pertenencia en ambos contextos culturales, aumentando la autoestima y el bienestar emocional.** No lograr este equilibrio puede generar sentimientos de alienación de ambas culturas.<br>• **Ambivalencia emocional,** caracterizada por una combinación de orgullo y resentimiento, lealtad y desapego, cuando se trata de la propia ascendencia. | • **Posibles conflictos entre generaciones** (por ejemplo, padres inmigrantes y sus hijos que nacieron y/o crecieron en el país anfitrión) **sobre el idioma, el comportamiento o los valores**.<br>• **El estilo de vida de las generaciones posteriores** es cada vez más similar al de la sociedad de acogida.<br>• **Inversión de roles**: a los hijos de inmigrantes nacidos en el nuevo país (inmigrantes de segunda generación) a menudo se les asigna **la función de equilibrar las dos culturas distintas que los rodean, sirviendo como "intermediarios culturales"** dentro de sus familias de origen y/o con nuevos inmigrantes/recién llegados de su país de origen.<br>• **Las generaciones más jóvenes pueden estar impulsadas por la esperanza de una vida mejor**, lo que motiva el éxito a nivel académico o profesional, pero crea presión emocional para cumplir con las expectativas familiares.<br>• **Diversos grados de identificación con la cultura** de la familia de origen en la segunda, tercera y cuarta generación. |

| | | |
|---|---|---|
| **Fase de inclusión e identidad bi o multicultural**<br><br>*Se centra en cómo las personas y las familias navegan y armonizan dos (o más) identidades culturales. Se relaciona más con la formación de la identidad individual que con la dinámica familiar. En esta fase, las personas crean una identidad coherente que combina y equilibra elementos de ambas culturas.* | • **Conflicto interno y tensión emocional entre las múltiples identidades culturales,** sintiéndose arrastrados entre su cultura heredada y las normas de la sociedad de acogida.<br>• **Confusión, ansiedad o culpa,** especialmente si estos aspectos culturales parecen incompatibles.<br>• **Sentido de orgullo, pertenencia y estabilidad** que se desarrolla con el tiempo.<br>• **Ser capaz de expresar auténticamente aspectos de ambas culturas sin miedo al rechazo.** | • **Tensión entre los miembros mayores de la familia** (que pueden aferrarse más firmemente a los valores tradicionales) **y las generaciones más jóvenes** (que normalmente se adaptan a la cultura de acogida más rápidamente)**.**<br>• **Equilibrar las diferentes expectativas culturales dentro de la familia,** como honrar los valores culturales tradicionales y al mismo tiempo adaptarse a las nuevas normas sociales. |

→ **VIDEO:** *Michael Rain: Cómo es ser el niño de unos inmigrantes | TED* 💻

### *Fases psicológicas del desplazamiento*

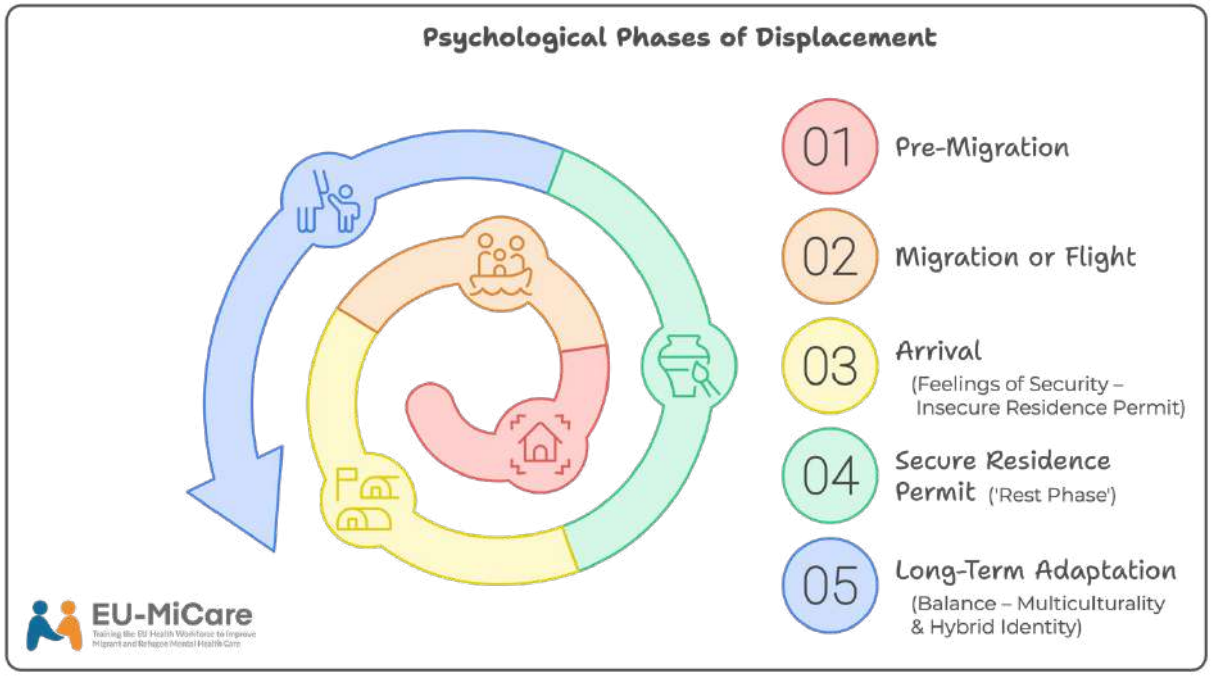
El viaje psicológico de aquellos desplazados por conflictos, persecución o desastres ambientales difiere mucho del de aquellos que migran en circunstancias menos angustiosas. A menudo, la fase crítica de adaptación se superpone con el proceso de desplazamiento, lo que puede intensificar los problemas de la salud mental. Además, los mecanismos de afrontamiento y las redes de apoyo conocidos del país de origen pueden no estar presentes en el nuevo entorno, lo que genera crisis de identidad [6].

Es importante reflexionar sobre las idiosincrasias de las diferentes fases en este contexto, porque cada fase representa desafíos y oportunidades únicos y requiere diferentes formas de apoyo (incluida asistencia

Un análisis más exhaustivo está disponible en el 🕮 Repositorio (consulte 1.4 – Folleto 1. "Fases psicológicas del desplazamiento"), destacando los procesos emocionales clave en cada etapa [6,7]. La Imagen 1.4.1-R en el mismo folleto, creada por el psicólogo alemán y experto en trauma, Dr. Jan Ilhan Kizilhan, proporciona **una descripción visual de los procesos involucrados tanto en la migración mixta como en el desplazamiento**, como se analiza en esta unida.

psicológica, ayuda humanitaria y recursos comunitarios). El siguiente gráfico (Imagen 1.4.2) ofrece una breve descripción de las fases psicológicas del desplazamiento.

**Imagen 1.4.2.** *"Fases psicológicas del desplazamiento"*




*Nota:* Imagen preparada por el equipo de EU-MiCare basándose en información de Kizilhan (2012)

[Kizilhan, J.I. (2012). *Kultursensitive Psychotherapie.* Berlin: VWB.]

◎ Punto clave: ***Procesos internos y externos del desplazamiento involuntario***

El profesor Renos Papadopoulos propone un modelo que consta de **seis segmentos** y **cuatro fases** de la "dislocación involuntaria", como lo nombra el autor [1], denominada aquí "desplazamiento involuntario". Como se ha analizado en la Unidad 1.1, el desplazamiento involuntario debe entenderse como un proceso longitudinal, no como un evento único que ocurre en un punto. **Este viaje va desde el desplazamiento** (la sensación inicial de que su casa deja de sentirse como su hogar, seguida por la salida del hogar) a la reubicación (la búsqueda, el descubrimiento y el asentamiento en un nuevo hogar)

**e abarca dimensiones tanto internas como externas.** Al distinguir estos aspectos, podemos apreciar mejor los matices de las siguientes seis etapas (o segmentos) de este proceso [1]:

1. ***Desplazamiento interno:*** La sensación inicial de ya no sentirse "en casa" en el espacio familiar, donde el hogar ya no se considera seguro o viable.
2. ***Desplazamiento externo:*** El abandono forzoso del hogar físico o simbólico por considerarlo inseguro, lo que puede implicar huir de un espacio geográfico o verse privado de elementos culturales, espirituales o psicológicos del hogar.
3. ***Anhelo de un nuevo hogar:*** La búsqueda de un nuevo espacio que ofrezca seguridad y la posibilidad de crear un sentido de pertenencia viable.
4. ***Identificación de un nuevo hogar:*** Encontrar un lugar que tenga el potencial de convertirse en un hogar nuevo y seguro.
5. ***Asentamiento:*** La lucha por establecer un nuevo hogar y recrear una sensación de comodidad y seguridad en este nuevo espacio.
6. ***Darle sentido a la experiencia:*** Procesar y comprender las complejas capas del desplazamiento y sus impactos emocionales, psicológicos y existenciales.

Complementando estos segmentos se encuentran las cuatro fases siguientes [1], ofrecidas como una alternativa a otras clasificaciones del proceso migratorio y de refugiado, como las mencionadas anteriormente.

1. **Anticipación:** Esta fase se centra en el periodo previo a salir del hogar. Las personas son conscientes del peligro inminente y deben tomar decisiones rápidas y de alto riesgo, no sólo para ellas mismas, sino también para sus seres queridos. Se enfrentan a la incertidumbre de si irse o quedarse, bajo una intensa presión debido al tiempo limitado y las consecuencias de cada decisión. Esta fase se puede dividir en dos subfases: (1) cuando el hogar todavía se percibe como seguro, y (2) cuando comienzan a aceptar la realidad del "desplazamiento inicial", es decir, el momento en que enfrentan por primera vez el hecho de que deben abandonar su hogar y que la partida es inevitable.
2. **Eventos devastadores:** Esta fase marca la erupción de eventos temidos, incluidos eventos traumáticos (como graves amenazas para la vida). Estas experiencias forman una parte central

de la narrativa del individuo y determinan su respuesta emocional y psicológica al desplazamiento. Esta es también la fase a la que normalmente se hace referencia como "el trauma".

3. **Supervivencia:** Aquí, la atención se centra en la supervivencia inmediata: asegurar refugio, alimentos, agua y seguridad. Los individuos experimentan una falta de control ya que las decisiones sobre su estructura diaria a menudo se toman por ellos, dejándolos en un estado temporal en el que tienen poco o ningún poder de toma de decisiones. La supervivencia también puede abarcar la búsqueda de atención médica, reunión con familiares y búsqueda de ayuda y asistencia de emergencia.
4. **Adaptación:** A medida que las personas se adaptan a alojamientos a más largo plazo, la incertidumbre disminuye. Comienzan a enfrentar nuevos desafíos (por ejemplo, adaptarse a una cultura diferente, aprender un nuevo idioma y gestionar la vida diaria) mientras imaginan un futuro en el nuevo entorno, aunque las leyes migratorias pueden influir en esta perspectiva.

Cada persona vive estos procesos de manera única, influenciada por sus circunstancias particulares. **Los pasos del *desplazamiento* al *asentamiento* pueden implicar fases de lucha, adaptación y reconciliación con las pérdidas sufridas durante el desplazamiento, así como esfuerzos para reconstruir un sentido coherente de uno mismo en un nuevo contexto [1].**

## 3. Duelo migratorio

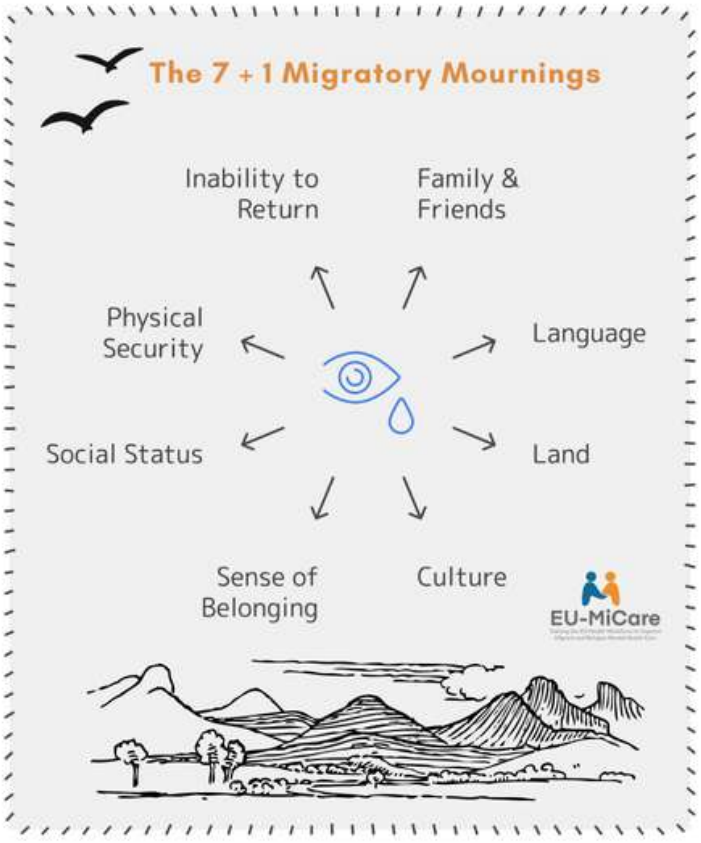
El síndrome de Ulises, también conocido como "***el duelo migratorio***" o "el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple", es un concepto introducido en 2002 por el psiquiatra español Dr. Joseba Achotegui [8] para describir los desafíos psicológicos y emocionales enfrentados por los migrantes durante el proceso migratorio. Inspirado en el viaje mítico del héroe griego Odiseo (Ulises), este modelo puede ayudar a los trabajadores de campo a identificar áreas específicas en las vidas de los migrantes que necesitan atención especial para promover la resiliencia y prevenir problemas graves de la salud mental.

De manera similar a lo anterior, en lugar de patologizar las respuestas psicológicas a la migración, el modelo sirve como marco para identificar las adaptaciones psicológicas experimentadas por los migrantes debido

a múltiples pérdidas y desafíos continuos [9]. El siguiente gráfico y tabla presentan las siete áreas de duelo del síndrome de Ulises, junto con un área adicional propuesto por el Prof. González Calvo, quien ha contribuido a ampliar la teoría de Achotegui al identificar características clave del duelo migratorio, como su naturaleza parcial, recurrente y múltiple [10,11]. Más información sobre la aplicación práctica de esta teoría está disponible en el 🕮**Repositorio** (consulte 1.4 – Folleto 2. *"Duelo migratorio"*) .

→ **VIDEO:** *Síndrome de Ulises y maneras de cicatrizar* 💻

**Imagen 1.4.3.** "*Los 7 + 1 duelos migratorios*"




*Nota:* Imagen preparada por el equipo de EU-MiCare basándose en información de Achotegui (2024)

[Achotegui, J. (2024). Migratory grief, as partial, recurrent and multiple grief. *International Journal of Family & Community Medicine*, *8*(2), 44–47. https://doi.org/10.15406/ijfcm.2024.08.00348]

Como parte de su proyecto "El síndrome de Ulises y maneras de cicatrizar", Hui International, en colaboración con el Dr. Joseba Achotegui, ha desarrollado una serie de recursos multilingües (incluyendo inglés, árabe, farsi, pastún y ucraniano) para crear conciencia sobre los estresores o duelos migratorios enfrentados por los migrantes y refugiados en todo el mundo. Una hoja informativa útil de 4 páginas está disponible aquí. Este documento, junto con otros materiales del mismo proyecto está incluido en el 🕮 **Repositorio** (consulte Módulo 1, Recursos útiles).

**"Los 7 + 1 duelos migratorios"**

| | |
|---|---|
| **Familia y amigos** | Dolor emocional por dejar atrás a familiares, amigos y redes sociales familiares. |
| **Idioma** | Frustración y aislamiento por perder la capacidad de comunicarse con fluidez en un nuevo idioma. |
| **Tierra** | Este tipo de duelo engloba el concepto de "tierra" de forma más amplia: los paisajes, los colores, los olores, la luminosidad, el clima, etc. |
| **Cultura** | Desafíos para adaptarse a una nueva cultura con diferentes normas, hábitos y valores. Se relaciona con el proceso de aculturación. |
| **Sentido de pertenencia** | Pérdida del grupo de pertenencia, donde uno está identificado y reconocido. Las experiencias de prejuicio, racismo, xenofobia, marginación y exclusión en el país de acogida pueden aumentar el malestar psicológico. |
| **Estatus** | Pérdida del estatus social (por ejemplo, aceptar un trabajo mal remunerado). Las limitaciones debidas a una situación residencial insegura también pueden incluir una pérdida de estatus (por ejemplo, refugiados que tienen limitaciones específicas relacionadas con la vivienda o las oportunidades profesionales debido al reconocimiento restringido de su formación profesional previa). |
| **Seguridad física** | Ansiedad por el peligro físico durante el viaje o en el país de acogida. En muchos casos, los riesgos presentes no son tan altos como los que quedan atrás. |
| **Incapacidad de regresar** [10] | Para algunas personas, el sentimiento y el deseo de regresar a menudo persisten y nunca se abandonan por completo. Para algunos migrantes, si las condiciones económicas y la administración lo permiten, puede ser posible regresar en algún momento, aunque sólo sea para visitar a sus seres queridos. Para otros, esto ni siquiera será una opción debido a conflictos, persecución política, inestabilidad económica y otros. |

**Descanso para reflexionar:** ***Participe en una reflexión personal.***

Considere una persona a la que actualmente está ayudando o con la que está en contacto.

- ¿Qué fase cree que está viviendo ahora mismo? ¿Puede identificar una fase que ya haya pasado?
- Aplicando la teoría del duelo migratorio, junto con el resto de la información descrita anteriormente, ¿qué áreas podrían servir como recurso para esta persona en su nuevo entorno? ¿Cuáles son sus luchas actuales y en qué aspecto podrían estar experimentando un duelo más profundo?
- ¿Qué intervenciones o derivaciones usted puede iniciar desde su campo laboral para apoyar la adaptación funcional y promover la salud mental de la persona en su nuevo entorno?

## FUENTES

[1] Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development*. Routledge.

[2] Horwitz, A. V. (2007). Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health (London, England: 1997), 11*(3), 273–289. https://doi.org/10.1177/1363459307077541

[3] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe Verlag.

[4] Sluzki, C. E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Eds.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (pp. 108-123). Psychiatrie Verlag.

[5] Machleidt, M. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen* (1st ed.). W. Kohlhammer GmbH.

[6] Kizilhan, J. I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie*. VWB.

[7] Kizilhan, J. I. (n.d.). Psychologische Phasen der Migration [Video]. MiMi Gewaltprävention. https://mimi-gewaltpraevention-lernen.de/migration/ [Consultado el 18 de septiembre 18, 2024].

[8] Achotegui, J. (2022). Immigrants living extreme migratory grief: The Ulysses syndrome. *International Journal of Family & Community Medicine, 6*, 303-305. https://doi.org/10.15406/ijfcm.2022.06.00295

[9] Achotegui, J., Solanas, A., Fajardo, Y., Espinosa, M., Bonilla, I., & Espeso, D. (2017). Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración: Escala Ulises. *Norte de Salud Mental, 15*(57), 13-23.

[10] González Calvo, V. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social, núm. 7*, 77-97.

[11] Achotegui, J. (2024). Migratory grief, as partial, recurrent, and multiple grief. *International Journal of Family & Community Medicine, 8*(2), 44–47. https://doi.org/10.15406/ijfcm.2024.08.00348

**Unidad 1.5:** Trastornos de la salud mental más comunes en los migrantes y refugiados

| Descripción de la unidad |
| --- |
| Esta unidad de capacitación ofrece una visión general de los diversos hallazgos y limitaciones de la investigación existente sobre los trastornos de salud mental en el contexto migratorio. También se enfatiza la importancia de distinguir entre trastornos psiquiátricos graves y respuestas normales a la adversidad. Se proporciona una breve descripción de las categorías de diagnóstico comunes, junto con consideraciones culturales. Se argumenta a favor de pasar del enfoque biomédico dentro de la psiquiatría dominante a una comprensión holística de los factores sociales, contextuales y estructurales que impactan el bienestar psicosocial de los migrantes y refugiados. |

**Secciones de la unidad:**

1. Introducción
2. Evidencia actualmente disponible sobre problemas de la salud mental en los migrantes y refugiados
3. Consideraciones para intervenciones con los migrantes que padecen de trastornos de la salud mental
4. Categorías de diagnóstico comunes

## 1. Introducción

Como se ha visto en las unidades anteriores, la OMS define la salud mental como un estado en el que las personas realizan su potencial, enfrentan el estrés de la vida, trabajan productivamente y contribuyen a su comunidad [1]. **La migración puede amenazar este estado debido a razones estresantes para abandonar el hogar, las duras condiciones de viaje y las dificultades encontradas en el nuevo entorno.**

Estos estresores pueden conducir a efectos psicológicos nefastos y, específicamente en los refugiados, a una "respuesta normal a circunstancias anormales" que incluye, entre otros fenómenos, desorientación nostálgica: un anhelo por el pasado mientras uno se siente perdido en el presente [2]. Sin embargo, **no**

**todos los migrantes experimentan o responden al estrés únicamente de forma negativa; para la mayoría, la migración también significa una oportunidad para encontrar nuevos significados y reconstruir una nueva normalidad.**

**Es crucial distinguir entre reacciones psicológicas normales y posibles trastornos de salud mental** en personas que han atravesado viajes migratorios estresantes. Las reacciones psicológicas normales al estrés migratorio pueden incluir sentimientos temporales de tristeza, ansiedad y dificultad para dormir. Estas reacciones suelen ser **proporcionales al estresor** y **tienden a disminuir a medida que la persona se adapta al nuevo entorno.**

Sin embargo, cuando estos síntomas **persisten, se intensifican con el tiempo** o **afectan significativamente la capacidad de funcionamiento**, pueden indicar la presencia de un trastorno de salud mental [3-6]. Los síntomas que pueden indicar el desarrollo de una patología incluyen depresión prolongada, ansiedad severa, alteraciones continuas del sueño o pensamientos intrusivos que **persisten a pesar de otras formas de apoyo psicosocial y no se alivian con el tiempo.** Por tanto, es fundamental que los profesionales y voluntarios controlen cuidadosamente estos síntomas para diferenciar entre las respuestas adaptativas resultantes de la exposición a la adversidad y los signos de afecciones más graves que requieren una intervención especializada.

## 2. Evidencia actualmente disponible sobre problemas de la salud mental en los migrantes y refugiados

La investigación en el campo de la salud mental y la migración muestra resultados mixtos, lo que **dificulta generalizar los hallazgos.** Los estudios suelen centrarse en la ansiedad, la depresión, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y, en menor medida, los trastornos psicóticos. Para los refugiados en particular, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría informa sobre una amplia variación en la prevalencia de los trastornos de la salud mental [7]:

- 4% a 40% para la ansiedad
- 5% a 44% para la depresión

- 9% a 36% para el trastorno de estrés postraumático

Esta amplia variación entre los diferentes estudios se puede atribuir al hecho de que, a menudo, los estudios **no tienen en cuenta la relación entre los trastornos de la salud mental y los diferentes tipos de migración, factores socioeconómicos, el factor cultural y el contexto.** Las variaciones también surgen de cuestiones relacionadas con el tamaño y la selección de la muestra, la confiabilidad y la adaptación cultural de las herramientas, la falta de estudios longitudinales y una excesiva dependencia de los autoinformes [8]. Es importante señalar que las estadísticas alarmistas sobre enfermedades mentales en las poblaciones inmigrantes **no siempre están respaldadas por revisiones sistemáticas**. La prevalencia de los trastornos mentales **varía significativamente** entre personas de diferentes orígenes culturales y está influenciada por una serie de factores personales, sociales y culturales [8,9]; en otras palabras, **la migración puede ser un proceso estresante, pero no todos los migrantes responden al estrés de la misma manera.**

◎ Punto clave: ***Una perspectiva de la investigación sobre la salud mental de los migrantes y refugiados***

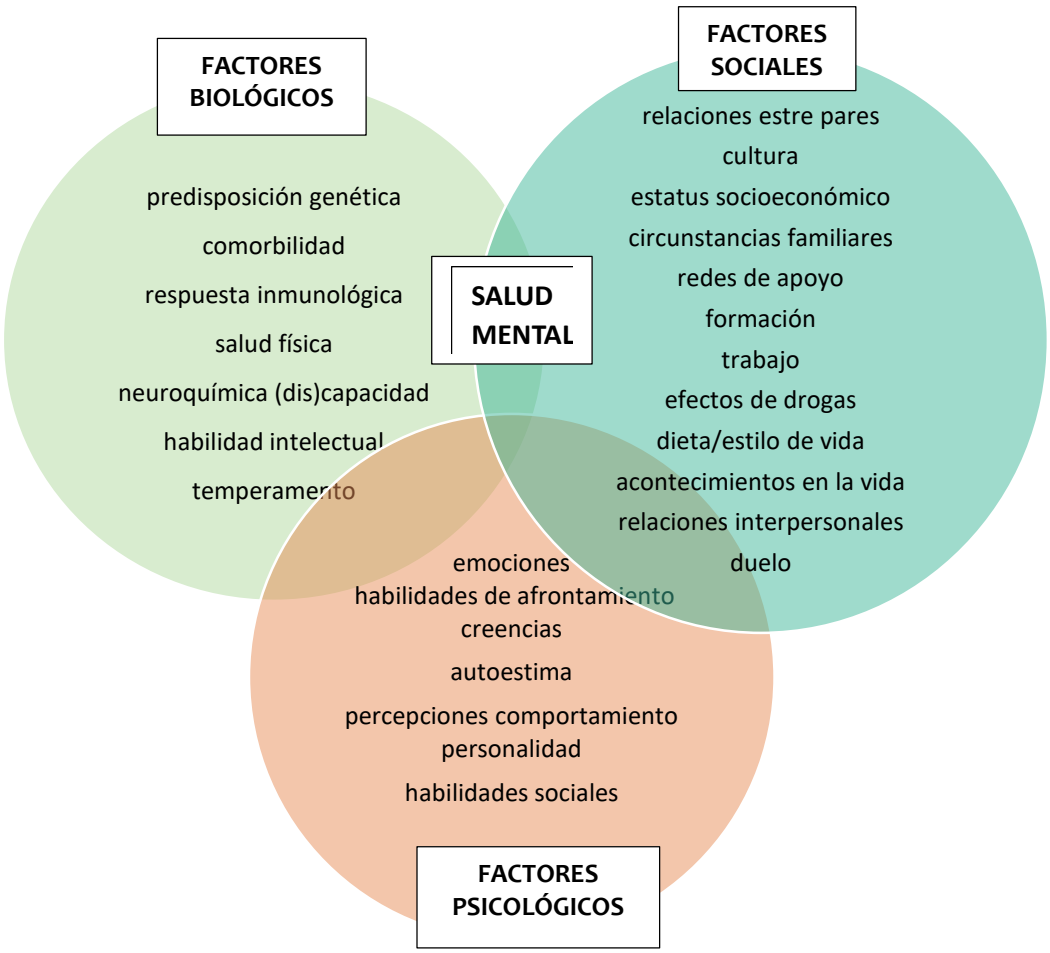
Un análisis de los estudios realizados en Europa **no encontró diferencias sustanciales en los trastornos mentales en las poblaciones de inmigrantes y no inmigrantes** [10]. Sólo el TEPT fue más frecuente en los refugiados que en los no refugiados. Aun así, no es el trastorno más común: la depresión sí lo es, y afecta sólo a un pequeño porcentaje de personas, de modo similar que en la población general.

De hecho, los estudios indican que los problemas de la salud mental en los migrantes a menudo se relacionan con su proceso de integración y los factores sociales que enfrentan en el país de acogida [11,12]. Las experiencias de violencia, explotación y detención aumentan la vulnerabilidad a los trastornos mentales [11-13], y los supervivientes de la trata de personas son más propensos a desarrollar el TEPT [14].

## 3. Consideraciones para intervenciones con los migrantes con trastornos de salud mental

Estas consideraciones resaltan la necesidad de que los proveedores de servicios respondan a las personas con las que trabajan de una manera que refleje **la complejidad, totalidad y singularidad de su experiencia.** Esto significa **comprender los síntomas dentro de los contextos sociales y culturales de las personas e ir más allá de los enfoques de diagnóstico tradicionales.** Los profesionales, en particular los profesionales de la salud y la salud mental que, de conformidad con las regulaciones nacionales, están encargados de suministrar tratamiento a través de intervenciones especializadas, tales como la farmacoterapia y la psicoterapia, deben utilizar un enfoque multifacético, como el ***modelo biopsicosocial*** [14]. Al igual que la teoría de los sistemas socioecológicos analizada en la Unidad 1.3, este modelo analiza los problemas de la salud mental como resultado de varios factores interconectados (biológicos, psicológicos y sociales). Este enfoque reconoce que los problemas de la salud mental surgen de múltiples aspectos de la vida de una persona y afectan su bienestar general.

**Imagen 1.5.1.** *"El modelo biopsicosocial en la salud mental"*




*Nota:* Imagen preparada por el equipo de EU-MiCare basándose en la influyente propuesta del modelo biopsicosocial de Engel [Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science (New York, N.Y.), 196(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460]

Las últimas versiones de los dos principales manuales utilizados en la mayoría de los países europeos para evaluar los trastornos de la salud mental, la *CIE-11* [3] de la Organización Mundial de la Salud y el *DSM-5* [4] de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, se diseñaron teniendo en cuenta una mayor sensibilidad cultural para mejorar el diagnóstico y la atención en poblaciones diversas.

**Entonces, ¿cómo responder a las diversas necesidades de las personas con las que nos encontramos en la práctica diaria de nuestro trabajo?** La OMS elaboró una nota orientativa sobre el apoyo a la salud mental y el bienestar psicosocial de los refugiados, solicitantes de asilo y migrantes en Europa. Allí se detallan los desafíos que enfrentan y las respuestas variadas de salud mental que pueden experimentar, sujetas a cambios con el tiempo [15]. Este documento está incluido en el 🕮 **Repositorio** (consulte Módulo 1, Recursos útiles). **En el Módulo 2 se proporciona información detallada sobre las habilidades para reconocer y evaluar las necesidades de la salud mental en los**

## 4. Categorías de diagnóstico comunes

Según la OMS, "*un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Hay muchos tipos diferentes de trastornos mentales. Por lo general, va asociado a la angustia o a la discapacidad funcional en otras áreas importantes. También se denominan problemas de la salud mental, aunque este último término es más amplio y abarca los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y (otros) estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva.*" [5].

En la siguiente sección, se proporciona una presentación común de algunas categorías diagnósticas o "trastornos" a menudo atribuidos a los migrantes y refugiados, junto con una serie de consideraciones culturales basadas en las recomendaciones proporcionadas por la OMS [3,5,15,16]. En el Módulo 2, Unidad 2.1 se proporciona un análisis más exhaustivo del factor cultural en su relación con la salud mental: Comprender la influencia del factor cultural en la salud mental.

La siguiente sección tiene como objetivo mejorar las habilidades de todos los profesionales y voluntarios que trabajan con estas poblaciones. Sin embargo, **no es una guía completa** y **no se debe utilizar con fines de diagnóstico**, cuya realización queda reservada para profesionales formados en medicina. Los problemas que no están cubiertos en la sección incluyen el uso de sustancias nocivas, lesiones cerebrales traumáticas y trastornos del desarrollo neurológico, tales como la demencia y la discapacidad intelectual.

Un factor esencial a considerar trabajando con etiquetas de diagnóstico es que **nunca cubrirán completamente la experiencia de las personas a las que se refieren** [17].

**Las necesidades de la salud mental en los migrantes son complejas y multifacéticas**; no verlas como tales puede resultar en un diagnóstico erróneo (es decir, la identificación incorrecta de una condición psicológica, que incluye tanto el sobrediagnóstico, donde una condición se identifica erróneamente cuando no existe, como el subdiagnóstico, donde se pasa por alto una condición existente).

El diagnóstico erróneo en migrantes y refugiados tiene graves implicaciones. El sobrediagnóstico **puede causar un estigma psiquiátrico** y **distraer la atención de cuestiones como la discriminación institucional y la opresión sistémica** que, en primer lugar, producen desigualdades en la salud mental [18]. El subdiagnóstico puede conducir a **un tratamiento ineficaz, retrasos en la atención y costes médicos más elevados** [19].

- **Depresión**

Según la CIE-11 [3], "*los trastornos depresivos se caracterizan por* ***un estado de ánimo depresivo*** *(por ejemplo, tristeza, irritación, sensación de vacío) o* ***pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar***". Como ocurre con todos los demás problemas de la salud mental, el tratamiento de los trastornos depresivos sólo debe considerarse si la persona presenta síntomas persistentes durante varias semanas y, como resultado, tiene dificultades considerables para realizar las actividades diarias [5].

Los síntomas de la depresión pueden incluir deficiencias en la concentración, la energía, la memoria, el pensamiento y la organización y el inicio de tareas; desesperanza sobre el futuro; y pensamientos o actos suicidas [5]. La depresión puede ser menos reconocible en los migrantes y refugiados **debido a diferencias culturales a la hora de expresar angustia.**

Además de los síntomas típicos, como la disminución del estado de ánimo y la falta de interés en actividades placenteras (incluidas aquellas que antes disfrutaban), los migrantes y refugiados pueden experimentar síntomas físicos inexplicables, denominados **"somatización"** o **"síntomas somatomorfos"**, y expresar angustia emocional a través de dolor físico, fatiga e incomodidad [17,20]. Aunque nunca se puede estar seguro de que no se encontrará una causa física en el futuro, estos síntomas a menudo se consideran expresiones físicas de problemas emocionales [17].

- **Trastornos relacionados con la ansiedad y el miedo**

> Según la CIE-11 [3], "*Los trastornos de ansiedad se caracterizan por **un miedo y una preocupación excesivos** y por trastornos del comportamiento conexos. Los síntomas son **lo suficientemente graves como para provocar una angustia o una discapacidad funcional importantes.** El miedo y la ansiedad son fenómenos estrechamente relacionados; el miedo representa una reacción a la amenaza inminente percibida en el presente, mientras que la ansiedad está más orientada hacia el futuro, refiriéndose a la amenaza anticipada percibida.* "

Para el diagnóstico específico del trastorno de ansiedad generalizada, se requieren síntomas marcados de ansiedad, manifestados en un estado de ánimo incómodo (también conocido como "aprehensión" o "ansiedad flotante") y una preocupación excesiva por los eventos negativos, que ocurren en diferentes aspectos de la vida cotidiana. Incluso cuando la ansiedad es grave, el diagnóstico puede resultar complicado.

**La ansiedad y la preocupación son respuestas normales al estrés**; en niveles saludables, pueden ayudar a resolver problemas. Para la mayoría de los migrantes y refugiados, la ansiedad y la preocupación son **manejables** y **no interfieren con la vida diaria**. Las personas que se encuentran en situaciones extremadamente estresantes (por ejemplo, que viven en condiciones de vivienda precarias) pueden experimentar ansiedad y preocupación intensas correspondientes a sus circunstancias. **Las preocupaciones realistas** (como las barreras del idioma, el miedo a la deportación y la separación familiar) **pueden juzgarse erróneamente como excesivas sin el contexto adecuado**. Estos no deben considerarse signos de trastorno de ansiedad generalizada si sólo ocurren en tales condiciones [3,16]. En el trastorno de

ansiedad generalizada, la ansiedad y la preocupación son excesivas, persistentes e intensas y afectan negativamente el funcionamiento.

Además, las características culturales pueden influir en la forma en la que se presenta la ansiedad. Algunos grupos pueden mostrar **más síntomas físicos que preocupación**, como mareos o sensación de calor en la cabeza. Los migrantes y refugiados pueden experimentar ansiedad más allá de las descripciones de la ansiedad generalizada y trastornos de pánico, incluidos **síndromes culturalmente específicos**, como los "ataques de nervios" en las comunidades latinas, caracterizados por intensa angustia emocional y síntomas físicos [21].

- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

Según la CIE-11 [3], *"el trastorno de estrés postraumático (TEPT) puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles"* [2]. Cuando un conjunto específico y característico de síntomas (reexperimentación, evitación y mayor sensación de amenaza actual) persiste durante más de un mes después de un evento potencialmente traumático, la persona puede haber desarrollado el TEPT [5].

El TEPT generalmente se caracteriza por varios grupos de síntomas: síntomas intrusivos (p. ej., recuerdos angustiantes recurrentes o sueños relacionados con la experiencia traumática), síntomas de evitación (p. ej., evitar recordatorios externos del evento), alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo, y cambios en la excitación y la reactividad.

Los síntomas del TEPT pueden variar mucho entre personas de diferentes orígenes [3]. En algunos grupos, **la ira puede ser la forma más destacada y culturalmente apropiada de expresar angustia**, mientras que en otros, l**as pesadillas pueden tener significados culturales importantes**. Síntomas como dolores de cabeza, mareos y malestar gastrointestinal pueden ser comunes en algunas culturas, pero normalmente no se incluyen en las descripciones estándar del TEPT, lo que lleva a un posible diagnóstico erróneo. Las diferencias culturales también afectan **cómo se desarrolla el TEPT y cómo se percibe la adversidad**. Por

[2] **Diferentes personas experimentarán diferentes eventos de manera diferente.** En lugar de los términos "trauma" o "evento traumático", en nuestro trabajo diario con los migrantes y refugiados, recomendamos utilizar el término más inclusivo "adversidad".

ejemplo, en algunas culturas, **la adversidad que afecta a los miembros de la familia se considera más grave que la adversidad a la que uno mismo ha sobrevivido**, o las personas pueden sentirse particularmente angustiadas por la **incapacidad de realizar rituales funerarios.** Por último, algunos síntomas, como los pensamientos intrusivos, pueden considerarse normales en determinados contextos.

Cabe señalar que muchas personas que han sobrevivido a acontecimientos extremadamente amenazantes u horribles pueden desarrollar un trastorno de adaptación en lugar de trastorno del TEPT. El trastorno de adaptación puede ser el resultado de **cualquier tipo de estrés**, no sólo de eventos graves, y **puede empeorar con un apoyo familiar o comunitario limitado**, especialmente en personas que provienen de culturas colectivistas, como suele ser el caso de los inmigrantes y refugiados [3]. Sin embargo, **existe el riesgo de etiquetar respuestas adaptativas culturalmente normales como enfermedad**, particularmente cuando el profesional no está familiarizado con la cultura de la persona [16].

Para los refugiados y solicitantes de asilo que se enfrentan con una incertidumbre y ansiedad prolongadas, puede resultar difícil juzgar qué es verdaderamente "desadaptativo". Al igual que el TEPT, el diagnóstico del trastorno de adaptación requiere identificar un estresor específico o múltiples estresores, implicando una causa clara. Este enfoque no es adecuado para quienes han enfrentado **múltiples adversidades a largo plazo que afectan muchos aspectos de sus vidas y relaciones, especialmente cuando la adversidad continúa** [22].

- ### Trastornos del espectro psicótico

Según la CIE-11 [3], los trastornos del espectro psicótico "*se caracterizan por presentar una alteración en la evaluación de la realidad y del comportamiento, y por la presencia de síntomas positivos (delirios, alucinaciones, pensamiento y conducta desorganizada y experiencias de pasividad y control) (..)*". **Las personas con psicosis pueden creer firmemente o percibir cosas que no son reales.** Sus creencias y experiencias **suelen ser consideradas anormales por sus comunidades.** Las personas con psicosis a menudo no se dan cuenta de que tienen una enfermedad mental y con frecuencia no pueden funcionar normalmente en muchas áreas de sus vidas [5].

**Las creencias y expresiones de angustia varían según las culturas;** por lo tanto, **algo que se percibe como extraño o "psicótico" en una cultura puede ser normal en otra** [19]. Por ejemplo, las creencias en brujería o fuerzas sobrenaturales o el miedo a los tabúes culturales son comunes en muchas culturas [3]. Las manifestaciones normales del duelo pueden manifestarse en formas que se asemejan a los síntomas psicóticos, como ver espíritus, lo que suele ser el caso entre las comunidades hispanas/latinas y del sur de China. Los malentendidos entre personas y proveedores de servicios de diferentes culturas pueden complicar el diagnóstico, por lo que las **aportaciones de la familia o la comunidad pueden ayudar**.

A las minorías étnicas y a los inmigrantes se les suele diagnosticar más trastornos psicóticos, lo que podría deberse a un diagnóstico erróneo del estrés de la migración y la discriminación [3]. Es importante tener cuidado al elaborar un diagnóstico a través de intérpretes o en un segundo idioma para evitar malinterpreciones de expresiones culturales como psicosis. La vulnerabilidad a los trastornos psicóticos en los migrantes puede ser desencadenada **por la experiencia de desplazamiento, estrés crónico, aislamiento social y desorientación cultural.** Los factores adicionales incluyen **antecedentes de una enfermedad mental, acceso inadecuado a la atención médica y el uso de sustancias como mecanismos para afrontar el estrés** [22].

## FUENTES

[1] Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud .

[2] Papadopoulos, R. K. (2002b). Refugees, home and trauma. In R. K. Papadopoulos (Ed.), *Therapeutic care for refugees: No place like home* (pp. 9–39). London: Karnac.

[3] Organización Mundial de la Salud (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*. https://icd.who.int/

[4] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

[5] Organización Mundial de la Salud (2022). *Mental disorders – key facts*. Descargado el 30 de abril del 2024 del sitio web de la OMS.

[6] OMS y ACNUR (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies.* Ginebra: OMS.

[7] American Psychiatric Association (2020). *Mental health facts on refugees, asylum-seekers, & survivors of forced displacement*. Retrieved June 5, 2024 from the APA website.

[8] Schininá, G. (2021). Migration governance and mental health. In D. Bhugra, O. Ayonrinde, E. J. Tolentino, K. Valsraj, & A. Ventriglio (Eds.), *Oxford Textbook of Migrant Psychiatry* (pp. 243–250). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med/9780198833741.003.0027

[9] Schininá, G., & Zanghellini, T. E. (2018). Internal and International Migration and its Impact on the Mental Health of Migrants. In *Mental Health and Illness in Migration* (pp. 1–19). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-0750-7_3-1

[10] Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. Ginebra: OMS.

[11] Hynie, M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(5), 297–303. https://doi.org/10.1177/0706743717746666

[12] Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602-612. https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602

[13] Ottisova, L., Hemmings, S., Howard, L. M., Zimmerman, C., & Oram, S. (2016). Prevalence and risk of violence and the mental, physical and sexual health problems associated with human trafficking: an updated systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(4), 317–341. https://doi.org/10.1017/S2045796016000135

[14] Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

[15] Organización Mundial de la Salud (2015). *Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum Seekers and Migrants on the Move in Europe*. Ginebra: OMS.

[16] Organización Mundial de la Salud (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Ginebra: OMS.

[17] Kirmayer L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, *62 Suppl 13*, 22–30.

[18] Metzl, J. M., & Hansen, H. (2018). Structural competency and psychiatry. *JAMA psychiatry*, *75*(2), 115–116. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3891

[19] Schoretsanitis, G., Bhugra, D., & Exadaktylos, A. (2021). Psychiatric emergencies in asylum seekers. In D. Bhugra, O. Ayonrinde, E. J. Tolentino, Jr., K. Valsraj, & A. Ventriglio (Eds.), *Oxford textbook of migrant psychiatry* (pp. 533–542). Oxford University Press.

[20] Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in migrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association journal, 183*(12), E959-E967. https://doi.org/10.1503/cmaj.090292

[21] Liebowitz, M. R., Salmán, E., Jusino, C. M., Garfinkel, R., Street, L., Cárdenas, D. L., Silvestre, J., Fyer, A. J., Carrasco, J. L., & Davies, S. (1994). Ataque de nervios and panic disorder. *The American journal of psychiatry*, *151*(6), 871–875. https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.871

[19] Sen, P., Summers, A., & Maloney, C. (2022). Common diagnoses. In C. Maloney, J. Nelki, & A. Summers (Eds.), *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals* (pp. 150–165). Cambridge: Cambridge University Press.

[22] Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 302*(5), 537-549. https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132

Co-funded by the European Union

**Financiado por la Unión Europea.**
No obstante, los puntos de vista y opiniones expresados son únicamente los de los autores y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea o la Agencia Ejecutiva Europea en Educación y Cultura (EACEA). Ni la Unión Europea, ni la EACEA pueden ser consideradas responsables de ello.

El trabajo está publicado bajo la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC-BY-NC 4.0).

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

# Repository

## Module 1. Foundations of Psychosocial Care in Migration Contexts

The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

**Unit:** 1.2 Social Determinants of Mental Health

**Figure 1.2.1-R. *"Social Determinants and Social Needs: Moving Beyond Midstream"***

So how do we look 'upstream', to the so-called *causes-of-the-causes* of poor health? This useful graphic below illustrates some examples of interventions at all three levels. It can serve as a guide for professionals to see what their personal and collective impact can be at every level.

*Note:* Graphic sourced from the de Beaumont Foundation and Trust for America's Health, January 2019, "Health Affairs: Meeting Individual Social Needs Falls Short Of Addressing Social Determinants Of Health"

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

## Handout 1: *"Social Determinants of Mental Health in Detail"*

As health and mental health professionals, social workers, cultural mediators, and volunteers working with migrants and refugees, understanding the numerous factors influencing people's mental health and psychosocial well-being is essential for providing effective and targeted support and advocating for policy changes that address the root causes of health disparities.

A more comprehensive review of studies on how different social determinants impact the mental health of migrants and refugees is provided below.

- **Housing, basic amenities, and the environment**

**Poor housing conditions are associated with adverse health outcomes.** Research reveals that migrants and refugees face a multitude of mental health challenges due to a combination of insufficient support, inadequate housing, and structural discrimination. Studies have demonstrated that migrants and refugees experiencing housing insecurity had a difficulty accessing mental health support services. Lack of housing also hindered people's capacity to improve language proficiency or participate in ESOL (English for Speakers of Other Languages) classes, consequently affecting their prospects for long-term integration [1]. Additionally, **prolonged stays in refugee camps and the associated daily stressors** (lack of freedom of movement, concerns regarding safety, substandard living conditions) **have been linked to poor mental health outcomes** [2,3]. Improving housing quality – by integrating adequate ventilation, moisture control, heating-cooling systems, and insulation to combat issues like dampness, mold, indoor air pollution, and extreme temperatures – can decrease the likelihood of respiratory diseases, cardiovascular issues, cancer, and mental health conditions [4].

- **Income and social protection**

Income and social security have been found to be **among the most important determinants of mental health**. Regardless of their original socio-economic background, refugees are often forced to leave behind their material possessions, livelihoods, savings, and professional credentials when fleeing their homelands. While some manage to retain resources, many arrive in a state of relative poverty, which can persist for years. Studies comparing refugee mental health to that of resident populations consistently show an association between refugees' economic opportunities in the host country (including the right to work, access to employment, and socio-economic status) and their mental well-being. Studies have shown **that refugees who were unemployed, had infrequent contact with social support networks, perceived their job as of a lower level than their skills and qualifications, and found money management difficult,** were significantly **more likely to have poorer mental health outcomes than others** [5-7].

- **Education**

Education serves as a critical social determinant for the mental health for migrant and refugee populations by providing **a sense of stability, fostering social connections, enhancing self-esteem, improving economic prospects, and reducing stigma**. In a mixed-method study from Germany that combined interviews with gatekeepers (teachers and school psychologists) and longitudinal surveys with refugee adolescents, school and social activities were found to be major stabilizers and sources of support for refugee mental health [8]. An additional critical finding was that schools that were predominantly attended by migrant and low-income children were understaffed to meet the complex developmental and educational needs of a multicultural and socially disadvantaged student body, which in turn led to significant barriers to accessing mental health services, including delayed or nonexistent help-seeking on behalf of the students. On the contrary, **the more positively refugee adolescents viewed their school environment, the fewer barriers they anticipated in accessing mental health services**.

- **Employment**

A growing number of research suggests that **situational factors contributing to unemployment and underemployment are linked to adverse mental health outcomes**, including depression, high levels of stress, and anxiety [9]. **Unemployment disrupts established routines and time structures**, which can have negative effects on psychological well-being. Employment not only provides a sense of structure but also fosters shared experiences, expanding social connections beyond familial relationships. Migrants and refugees experiencing underemployment or unemployment often feel **marginalized and frustrated**, which can exacerbate mental distress.

Unlike voluntary migrants who often have more agency in their migration decisions, refugees encounter greater obstacles in securing suitable employment due to factors beyond their control (e.g., labor market restrictions during the asylum-seeking process). This includes arriving in a new country with limited proficiency in the official language. Additionally, refugees may encounter difficulties in having their qualifications recognized. While credential recognition is a common challenge for migrants, studies suggest that refugees may face even greater hurdles, often finding themselves overqualified for the jobs they manage to secure [10]. This **mismatch between qualifications and employment status** has been associated with lower self-reported mental health, as it impacts **people's sense of self-worth** in profound ways.

- **Language skills and interpretation**

The ability to speak the official language of the host country – or access proper interpretation – both emerge as critical factors influencing mental health outcomes. Being able to speak, read, and write in the local language is vital for effective communication with healthcare providers and integration into social settings. For migrants and refugees, language consistently poses **a barrier to accessing health and social care services, impeding**

**access to preventative treatment and screening**, and **leading to fragmented care and delayed linkage to appropriate services** [11]. The absence of qualified, professional interpreters also emerges as a frequent issue in health settings; interpreters often have undefined roles, which can result in the delivery of unclear information and compromise the quality of care [12]. Addressing these barriers is crucial for providing culturally responsive and people-centered services, and for empowering people to be active agents in the decisions that concern their health and well-being.

- **Legal status and the asylum-seeking process**

Within the legal system, asylum seekers are those who have submitted their application for being recognized as refugees but have not yet been granted refugee status. As a result, they do not have the same legal rights as those who are legally recognized as refugees. Apart from the pre-migration stress and the difficulties they are faced with in the host country, they also have to deal with issues related to the asylum-seeking process. For instance, they may face an **insecure residency status** and have to **wait for an indefinite amount of time** to receive the outcome of their application [13]. This indefinite waiting period can be **extremely stressful**, and its length has been associated with **increased risk of poor mental health outcomes** [14]. Asylum interviews are also perceived as stressful by asylum seekers and have a negative impact on their mental well-being [15].

- **Access to affordable health services of decent quality**

Migrants and refugees often face numerous barriers in accessing health services, ranging from **discriminatory behavior by healthcare professionals**, **unaffordable fees**, **low health literacy**, and **lack of culturally sensitive care** [16,17]. They may also find it difficult to gain access to healthcare professionals who are culturally and linguistically appropriate and sensitive to their needs. With health systems becoming increasingly digitized, it is also common for migrants and refugees to become 'digitally excluded' and thereby unable to access information and help related to their health [18].

- **Culture, spirituality, and religious background**

The experience of involuntary dislocation is a highly stressful event in a person's life that disrupts their social network and sense of belongingness. During the post-migration stage, migrants and refugees may encounter **cultural and religious differences in the host community**, making it difficult for them to adapt to their new settings. When people struggle to adapt to the culture of the host community, their mental health and psychosocial well-being can be compromised. This may often show up as diminished mood and anxiety, as well as a difficulty to socially engage [19].
Being religious or spiritual can have a healing effect on people on the move by allowing them to retain **a sense of connection** with their social and cultural practices. **The ability to practice one's religion is connected to positive mental health and well-being** and equips people with the skills needed to cope with the stress that often surrounds displacement [20,21]. Religion also offers migrants and refugees a like-minded community that

they can practice or connect with, which increases their access to emotional and social support, and protects against mental illness [22].

- **Social inclusion and social isolation**

Social isolation is a public health concern and has been shown to disproportionately affect migrants and refugees. Studies on the relationship between migration and loneliness generally show that **migrants and refugees of all ages report higher levels of loneliness** compared to the local population [23]. Migrants and refugees are at greater risk of experiencing social isolation in a host community due to lack of access to their previous social networks and challenges in understanding how the new social context operates. In turn, feelings of loneliness may be mediated by factors such as education, satisfaction with social relationships, and the feeling of belonging or fitting into one's environment [24]. Social inclusion for migrants and refugees can take many forms, ranging from participating in community festivities and events, to taking language classes, having access to health services and education opportunities, etc. **Having a larger local network**, which includes more of their own relatives and friends, **along with more frequent interactions with local friends, helps reduce feelings of loneliness and isolation** [25].

- **Prejudice, racism, and discrimination**

Migrants and refugees are at increased risk of experiencing prejudice, racism, and structural discrimination. This can be at any stage of the migration cycle. Many individuals and communities are forced to flee their home country on account of racism and discrimination, such as the Rohingya people. Once they manage to flee and seek asylum in another country, they may also encounter harsh and restrictive national policies, which criminalize them and view them as a 'threat' to the national security. This may take the form of denying or creating unnecessary hurdles in attaining refugee status, which may in turn affect their psychosocial well-being [26]. When they are granted refugee status, discrimination and racism in the resettlement country may prevent them from successfully integrating [27]. Although significant knowledge gaps exist regarding the impact of discrimination on mental health, a meta-analysis found consistent links between the two [28]. Additionally, another study demonstrated that **discrimination results in more limited access to social support** for migrants and refugees, which in turn makes them more physically and mentally vulnerable [29].

Co-funded by the European Union

## REFERENCES


[1] Allsopp, J., Sigona, N., & Phillimore, J. (2014). *Poverty among refugees and asylum seekers in the UK: An evidence and policy review*. Birmingham: University of Birmingham, Institute for Research into Superdiversity.

[2] van de Wiel, W., Castillo-Laborde, C., Francisco Urzúa, I., Fish, M., & Scholte, W. F. (2021). Mental health consequences of long-term stays in refugee camps: preliminary evidence from Moria. *BMC public health*, *21*(1), 1290. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11301-x

[3] Riley, A., Varner, A., Ventevogel, P., Taimur Hasan, M. M., & Welton-Mitchell, C. (2017). Daily stressors, trauma exposure, and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. *Transcultural psychiatry*, *54*(3), 304–331. https://doi.org/10.1177/1363461517705571

[4] The Lancet. (2024). Housing: an overlooked social determinant of health. In *The Lancet* (Vol. 403, Issue 10438, p. 1723). Elsevier BV. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00914-0

[5] Chen, C., Smith, P., & Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity & health*, *15*(6), 601–619. https://doi.org/10.1080/13557858.2010.502591

[6] Bakker, L., Dagevos, J., & Engbersen, G. (2013). The Importance of Resources and Security in the Socio-Economic Integration of Refugees. A Study on the Impact of Length of Stay in Asylum Accommodation and Residence Status on Socio-Economic Integration for the Four Largest Refugee Groups in the Netherlands. In *Journal of International Migration and Integration* (Vol. 15, Issue 3, pp. 431–448). Springer Science and Business Media LLC. https://doi.org/10.1007/s12134-013-0296-2

[7] Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, *294*(5), 602–612. https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602

[8] Podar, M.-D., Frețian, A.-M., Demir, Z., Razum, O., & Namer, Y. (2022). How schools in Germany shape and impact the lives of adolescent refugees in terms of mental health and social mobility. In *SSM - Population Health* (Vol. 19, p. 101169). Elsevier BV. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101169

[9] Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Schützwohl, M., Wang, D., & Priebe, S. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *200*(3), 216–223. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084764

[10] Chen, C., Smith, P., & Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity & health*, *15*(6), 601–619. https://doi.org/10.1080/13557858.2010.502591

[11] Pandey, M., Maina, R. G., Amoyaw, J., Li, Y., Kamrul, R., Michaels, C. R., & Maroof, R. (2021). Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. *BMC health services research*, *21*(1), 741. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06750-4

[12] Kale, E., & Syed, H. R. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient education and counseling*, *81*(2), 187–191. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.002

[13] Robjant, K., Hassan, R., & Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 194*(4), 306–312. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053223

[14] Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, *192*(12), 843–851. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15

[15] Schock, K., Rosner, R., & Knaevelsrud, C. (2015). Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. *European journal of psychotraumatology*, *6*, 26286. https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26286

[16] Stanciole, A. E., & Huber, M. (2009). European Centre Policy Brief, May 2009 – Access to Health Care for Migrants, Ethnic Minorities, and Asylum Seekers in Europe. Retrieved March 6, 2024, from the European website on Integration.

[17] Alarcon F. J. (2022). The Migrant Crisis and Access to Health Care. *Delaware journal of public health*, *8*(4), 20–25. https://doi.org/10.32481/djph.2022.10.006

[18] Refugee Council UK (2021). *Healthcare for refugees: Where are the gaps and how do we help?* Retrieved March 6, 2024, from the Refugee Council website.

[19] Andreouli, E. (2013). Identity and acculturation: The case of naturalised citizens in Britain. In *Culture & Psychology* (Vol. 19, Issue 2, pp. 165–183). SAGE Publications. https://doi.org/10.1177/1354067x13478984

[20] Wu, S., Ellingson, S., Hagstrom, P., & Kucinskas, J. (2021). Religion and refugee well-being: the importance of inclusive community. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *60*(2), 291-308.

[21] Maier, K., Konaszewski, K., Skalski, S. B., Büssing, A., & Surzykiewicz, J. (2022). Spiritual Needs, Religious Coping and Mental Wellbeing: A Cross-Sectional Study among Migrants and Refugees in Germany. *International journal of environmental research and public health*, *19*(6), 3415. https://doi.org/10.3390/ijerph19063415

[22] Emmett, J. M. (2021). *Religion, Refugees, and Mental Health in South Asia: A Systematic Review*. University of Washington.

[23] Strang, A. B., & Quinn, N. (2019). Integration or Isolation? Refugees' Social Connections and Wellbeing. In *Journal of Refugee Studies* (Vol. 34, Issue 1, pp. 328–353). Oxford University Press (OUP). https://doi.org/10.1093/jrs/fez040

[24] Barjaková, M., Garnero, A., & d'Hombres, B. (2023). Risk factors for loneliness: A literature review. *Social science & medicine (1982)*, *334*, 116163. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163

[25] Koelet, S., & de Valk, H. A. (2016). Social networks and feelings of social loneliness after migration: The case of European migrants with a native partner in Belgium. *Ethnicities*, *16*(4), 610-630. https://doi.org/10.1177/1468796816638398

[26] Fenix – Humanitarian Legal Aid (2023). *Waiting to be Heard: Considerations on the impact of Greek asylum policies on the psychosocial wellbeing of asylum seekers on Lesvos*. Retrieved March 18, 2024, from the Relief Web website.

[27] Ayón, C. (2015). *Economic, social, and health effects of discrimination on Latino immigrant families.* Washington, DC: Migration Policy Institute.

[28] Szaflarski, M., & Bauldry, S. (2019). The Effects of Perceived Discrimination on Immigrant and Refugee Physical and Mental Health. *Advances in medical sociology*, *19*, 173–204. https://doi.org/10.1108/S1057-629020190000019009

[29] Pascoe EA, & Smart Richman L (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 135(4), 531–554. https://doi.org/10.1037/a0016059

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

**Unit:** 1.3 Risk, Protective, and Promotive/Resilience Factors

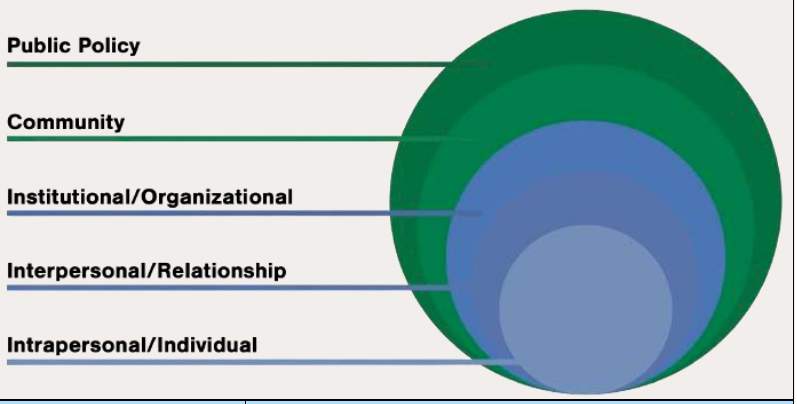
## Table 1.3.1-R. *"Risk and Protective Factors to Promote Resilience"*

**The Five Levels of the Social-Ecological Framework**

*Understanding the influence of risk and protective factors can have significant positive impacts in promoting good mental health and resilience for individuals, families, groups, and communities.*

***Definition of risk factors***
Risk factors are aspects, characteristics, or exposures that increase the risk of developing a difficult mental health outcome.

***Definition of protective factors***
Protective factors are aspects, characteristics, or exposures that reduce risk factors, or independently act to increase positive outcomes.




| Level | Risk Factors | Protective Factors |
|---|---|---|
| **Individual**<br>*The individual characteristics that influence behavior, such as knowledge, attitudes, beliefs, skills, physical characteristics, and personality traits.* | • Genetic or familial predisposition<br>• Gender and age<br>• Childhood neglect<br>• History of discrimination<br>• Minority status (e.g., gender identity/ sexual orientation, marginalized racial/ethnic group)<br>• Disability or chronic health condition<br>• Low socio-economic status<br>• Exposure to trauma (witnessing or experiencing), including involvement in armed groups<br>• Experience of physical or sexual abuse | • Self-esteem<br>• Coping styles<br>• Civic engagement<br>• Individual agency<br>• Religious beliefs and practices<br>• Access to livelihoods (including household-level)<br>• Access to supportive and inclusive learning pathways (schools, training centers, etc.)<br>• Access to care and support services |
| **Relationships**<br>*Formal and informal social networks and social support systems, including family, friends, peers, neighbors, teachers, co-workers, service providers.* | • Loss of parent/caregiver or family member<br>• A history of mental health conditions within the family, including depression, suicide, and self-harm<br>• Alcohol and substance use within household<br>• Intimate partner violence (witnessing or experiencing)<br>• Household-level economic stress<br>• Abuse and neglect within the family<br>• Experiences of racism, sexism, ableism, and gender-based violence | • Parental support and parental monitoring<br>• Secure attachment<br>• Positive family functioning<br>• Positive mental health of parent/caregiver<br>• Quality of home environment<br>• Emotional support<br>• Peer social support<br>• Participation and engagement in supportive relationships |

Co-funded by the European Union

| | | |
|---|---|---|
| **Organizations**<br>*Rules, regulations, policies, and informal structures of organizations and institutions (such as schools, workplaces, agencies, businesses, healthcare services, etc.) that may constrain or promote recommended behaviors.* | • Destruction of schools, workplaces, hospitals and/or lack of access to inclusive opportunities<br>• Violence experienced at school, work, healthcare, and other agencies – by peers, teachers, supervisors, service providers<br>• Lack of connectedness and a sense of belonging, including through teasing, discrimination, stigma<br>• Lack of capacity of service providers<br>• Lack of accessible physical environment and resources | • School retention/ level of schooling achieved<br>• Work retention<br>• Social support<br>• Social cohesion programs<br>• Counselling/peer-to-peer support<br>• Mental and physical health promotion in school and work settings and in educational and employment planning<br>• Meaningful participation in work, leisure, or community groups<br>• Referral systems to connect people to appropriate services |
| **Community**<br>*Social networks and norms, or standards, which exist among individuals, groups, and organizations/ institutions within defined boundaries.* | • Disruption of social networks<br>• Changes in gender or religious dynamics<br>• Cultural norms or concepts (i.e., hiding distress, using violence to resolve conflict)<br>• Community-level violence<br>• Stigma and discrimination<br>• Prevailing perceptions of mental health/illness and acceptable coping strategies within communities | • Cultural norms, practices, or concepts (i.e., adherence to ideology, connection to land)<br>• Community acceptance and cohesion<br>• Inclusive services<br>• Accessible spaces for living, working, and recreation<br>• Adequate preparedness measures to mitigate risks from natural hazards |
| **Public Policy**<br>*Local, state, and federal policies and laws that regulate or support healthy actions and practices.* | • Housing/settlement options (i.e., temporary vs. permanent)<br>• Modes of delivery of support<br>• Limited access to services and economic opportunities in historically excluded communities<br>• Systemic marginalization and discrimination<br>• Policies that serve to discriminate against members of specific communities<br>• Absence of accountability mechanisms<br>• Poor governance | • Peace and security<br>• Supportive policies and legal frameworks<br>• Trust in national system and government<br>• Specific mental health policies for vulnerable groups, including children and adolescents<br>• On the move support for migrants<br>• Equitable development, with inclusive services and assistance at all levels |

*Note:* Graphic sourced by McClay et al. (2023); Table re-produced by the EU-MiCare team based on information provided by the WHO (2023), UNICEF, (n.d.), McLeroy et al. (1988), and McClay et al. (2023).

[World Health Organization (2023). Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care;
UNICEF (n.d.). Brief on the social ecological model;
McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly, 15*(4), 351– 377. https://doi.org/10.1177/109019818801500401;
McClay, A., Schaefer, C., Max, J. L., Sedivy, V., & Garrido, M. (2023). Increasing our impact using a social-ecological approach. Administration on Children, Youth and Families, Family and Youth Services Bureau.]

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

**Table 1.3.2-R. *"Additional Risk and Protective Factors for Migrants and Refugees"***

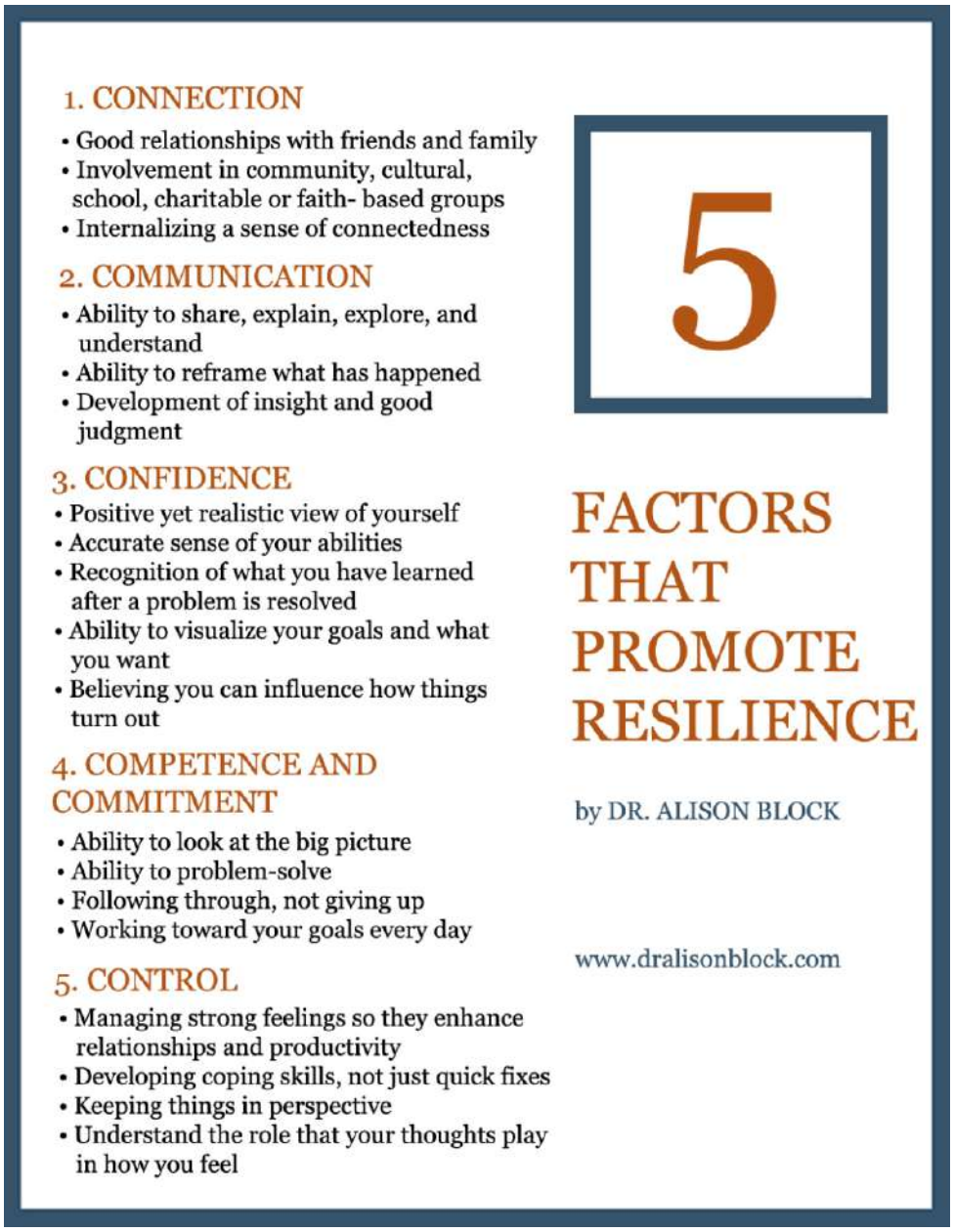
| Level | Risk Factors | Protective Factors |
|---|---|---|
| **Before travel** | • Exposed to and/or witnessing potentially traumatic and violent events<br>• Economic hardship and social deprivation<br>• History of mental health problems before migration | • Good financial conditions<br>• A higher level of education in the home country |
| **During travel** | • Violent events and abuse and/or exploitation during the journey<br>• Unsafe travel routes<br>• Separation from loved ones<br>• Witnessing the death of others (e.g., shipwreck, border violence) | • Travelling through less dangerous or more direct routes<br>• Having the support of family members or trusted friends during the travel |
| **Settlement in a host country** | • Food insecurity<br>• Lack of (suitable) accommodation or dissatisfaction with accommodation<br>• Lack of access to information<br>• Delays in residency/asylum-seeking process | • Having better conditions of settlement<br>• Access to health care<br>• Prompter and/or smoother process for obtaining a residence status |
| **Integration in a host country** | • Social isolation<br>• Unemployment<br>• Discrimination and victimization<br>• Challenges related to cultural identity and acculturation issues<br>• Descending social mobility<br>• Length of resettlement (long-term resettled refugees and migrants vs. those at first resettlement) | • Social networks, including people from different ethnic groups<br>• Sense of belonging in the host country |
| **Immigration status challenged or revoked** | • Threats of deportation<br>• Detention in immigration centres<br>• Losing jobs and/or accommodation | • Sense of being safe in the home country<br>• Presence of a family or a social network there<br>• Maintaining a strong sense of belonging |

*Note:* Table re-produced by the EU-MiCare team based on information provided by the WHO (2023) and IOM (n.d.)

[World Health Organization (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care*; IOM (n.d.). *The Determinants of Migrant Vulnerability*.]

**Figure 1.3.1-R. *"Five Factors that Promote Resilience"***

The graphic below illustrates five factors that promote resilience across individuals and communities. Note that resilience is not a trait that a person simply possesses or lacks; it is a dynamic process influenced by various interacting elements.




*Note:* Graphic sourced from the Dr. Alison Block and the Anti-Poverty Service – Learning Resources, 2021, "5 Factors that Promote Resilience"

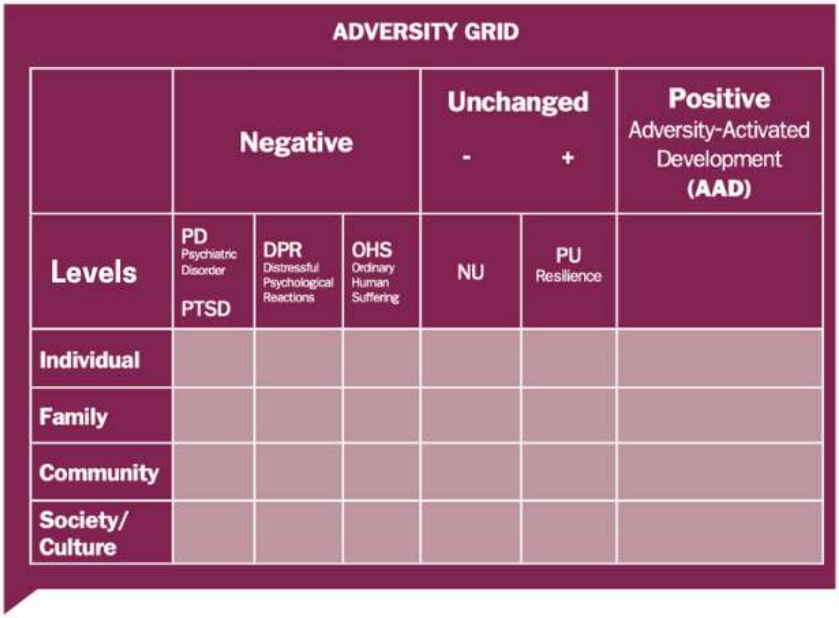
EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care
Co-funded by the European Union

## Handout 1: *"Adversity Grid in Detail"*

Developed by Prof. Renos Papadopoulos, the *Adversity Grid* (see Figure 1.3.4) is a **conceptual framework** designed to help workers and survivors of adversity **distinguish the diverse range of responses to highly challenging events**. It allows for the **crucial differentiation between distress and disorder**, and **facilitates the processing of adverse events** by making it easier to understand the complex impacts of adversity. This approach counters the common simplifications, polarizations, and generalizations that often arise in the field of migrant and refugee care and prevents the development of a victim identity among people who have survived adversities.

By providing a holistic and nuanced view of the refugee experience, **it avoids dehumanization and recognizes people's complexity, uniqueness, and totality.** The Grid also acknowledges that adversity affects not just individuals but also families, communities, and societies. While it is not a test or quantifiable assessment tool, it captures how adversity impacts these larger units, reflecting their collective experiences and perceptions.

**Figure 1.3.2-R.** *"Adversity/'Trauma' Grid: Range of Responses to Adversity"*




*Note:* Graphic sourced by Babel Day Centre, 2019, Manual on the "Psychosocial Dimensions of the Refugee Condition – Synergic Approach", ed. Renos Papadopoulos

***How to utilize the Adversity Grid***

The Adversity Grid is a **versatile framework** that can be used to understand the impacts of adversity on individuals, families, communities, and societies, whether for assessment or therapeutic purposes. It provides

**a comprehensive view by considering positive and negative impacts as well as unchanged states** across various levels of human groups.

***Negative responses to adversity*** are categorized into three levels:

- **Psychiatric disorders (PD):** Severe and diagnosable conditions, such as PTSD, that meet criteria set by the DSM-5 or ICD-11 (see Unit 1.5 for more details). These are the most severe and intense responses that often require clinical intervention.
- **Distressful psychological reactions (DPR):** Symptoms that don't meet the full criteria for a psychiatric disorder but still affect individuals' mental health. Examples include occasional intrusive thoughts or mood changes that do not escalate to clinical levels.
- **Ordinary human suffering (OHS):** Common negative effects that result from adversity but do not fit the criteria for psychiatric or psychological disorders. This category recognizes that many people experience significant distress without developing clinical conditions.

***Unchanged responses to adversity*** refer to personal qualities, relationships, and behaviors that remain constant, or unchanged, despite the adversities faced. This category highlights that not all aspects of a person's life change in response to adversity.

***Positive responses to adversity*** involve recognizing that adversity can lead to personal growth and new strengths. This concept, known as Adversity-Activated Development (AAD), refers to the development of new, positive traits or capabilities that arise specifically due to the experience of adversity. Unlike pre-existing strengths that individuals maintain, AAD represents new, transformative aspects of development triggered by the adversity itself. This approach emphasizes that overcoming adversity can lead to meaningful and constructive changes in a person's life.

***Applications of the Grid***

The Grid can be utilized by various population groups:

- Field workers can start a collaborative conversation about the Grid with the individuals they are working with, and then provide them with a copy (either in print or digital format) for self-reflection. Afterward, individuals can return for a discussion of their insights. Writing responses can be done on separate sheets or digital documents, as the Grid's spaces are too small for detailed notes. The Grid can be completed over multiple sessions or in a single meeting, depending on priorities. It can also be used informally for exploration without writing, or solely for the worker's orientation without involving service users. Typically, the Grid is used by two people together but can also be adapted for couples, families, or groups, such as in refugee camps, for collective exploration.

- Individuals/service users can use the Grid in a self-administered way to reflect on their own experiences beyond the obvious impacts, enhancing self-awareness. When used periodically over time, the Grid helps individuals observe changes in their responses and understand the actions and circumstances that led to these changes. This approach empowers individuals by allowing them to gain insights from their own experiences, rather than relying solely on external experts.
- Field workers, particularly those employed or volunteering in distressing environments where burnout or vicarious trauma are common concerns, can find the Grid useful for themselves. By applying the Grid to their own experiences, professionals and volunteers can gain a holistic view of their own responses to adversity. This self-awareness helps them understand the full range of their reactions and better manage the complexities of their work, counteracting the negative effects often associated with working in challenging settings.

The Grid is flexible and can be adapted to fit different contexts by modifying the levels and categories used. For instance, if family or community levels are not relevant, they can be replaced with alternatives, such as work teams or specific organizations. The number of levels can also be adjusted based on the focus of the assessment. Additionally, the three categories of negative effects can be tailored to fit specific situations. If the focus is not on mental health, you can replace psychiatric and psychological categories with simpler severity gradations (e.g., 'Most Severe,' 'Moderately Severe,' 'Least Severe') or other relevant degrees of negative impact. Similarly, the Grid can be adjusted to include different degrees of positive development in Adversity-Activated Development (AAD) based on the needs of the situation. Lastly, it can incorporate the dimension of time by adding layers that represent different chronological phases. This can be visualized as a three-dimensional cube, with each layer representing a distinct time period or phase. For example, when working with individuals who have been involuntarily displaced, you may use four different Grids to capture responses during each phase: Anticipation, Devastating Events, Survival, and Adjustment (see Unit 1.4 for more details on the phases of involuntary dislocation).

**Content developed by the EU-MiCare team based on information in:**

Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development.* Routledge.

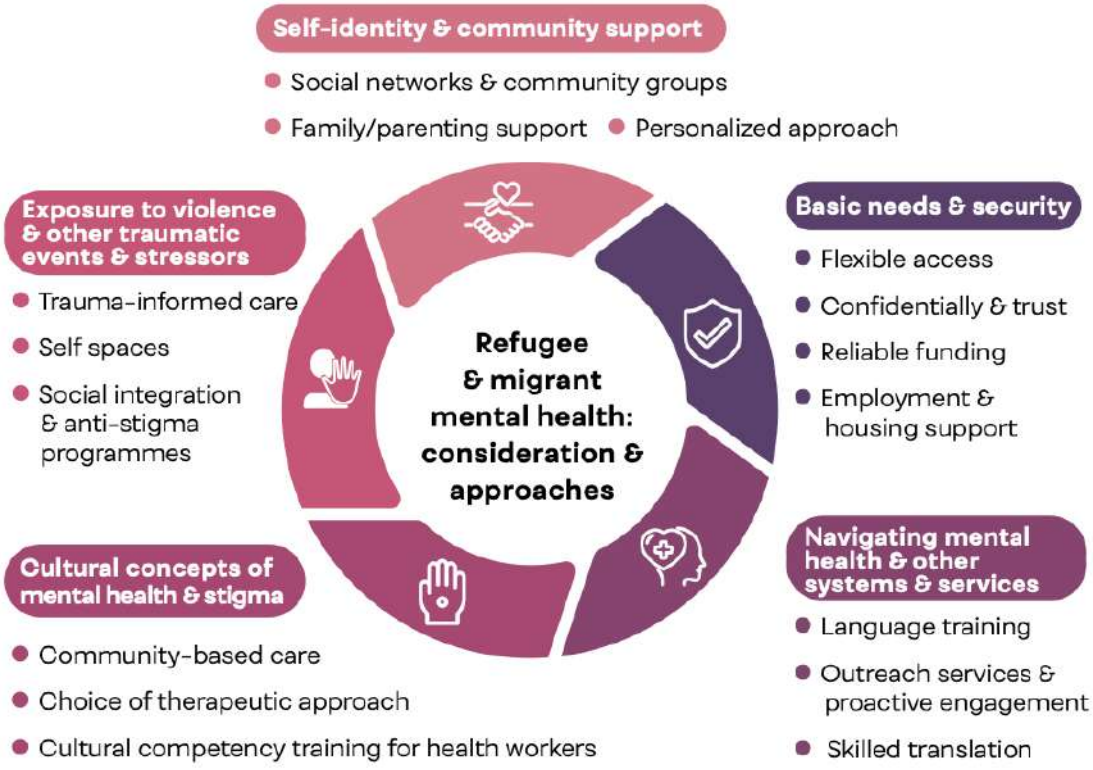
EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

## Handout 2: *"Challenges and Protective Influences Unique to Specific Sub-Populations"*

Evidence shows that risk and protective factors, as well as barriers and facilitators to care, vary among different migrant groups. In a recent report on the mental health needs of migrants and refugees, the World Health Organization has identified five key themes that apply across different groups and stages of migration: self-identity and community support; basic needs and security; cultural concepts of mental health and stigma; exposure to trauma; and navigating health systems. These themes are interconnected and can guide effective interventions for improving mental health care for migrants and refugees (see Figure 1.3.5).

**Figure 1.3.3-R.** *"Considerations and approaches for refugee and migrant mental health"*




*Note:* Graphic sourced by the WHO, 2023,
"Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care"

A more comprehensive review on specific risk and protective factors faced by different sub-groups (such as women, people with experiences of torture, and LGBTQI+ individuals) is provided below.

- **Women**

Data indicates that migrant and refugee women and girls represent nearly half of international migrants worldwide. Despite this, there is limited research on the intersection of gender and migration, particularly as it

relates to experiences of sexual assault and intimate partner violence [1]. Young refugee women are particularly vulnerable to gender-based violence (including female genital mutilation/FGM) throughout their journey and often require reproductive health care after settling into a new country. A study in California revealed that one in three refugee women reported having survived traumatic events prior to migration, including physical assault, captivity, sexual assault, and weapon assault [2]. Refugee women in Western countries face a tenfold risk of developing symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) compared to non-refugee women [3].

Compounding the migration-related challenges for women are difficulties related to resettlement. Migrant and refugee women face barriers such as separation from family, language difficulties, and unfamiliarity with their new environment. They often experience increased hardship and reduced social support as they transition from collectivist cultures to more individualistic ones. Additionally, they may be reluctant to seek help outside their family due to cultural differences and past experiences. Refugee women also struggle with the loss of resources, renegotiation of new roles, and institutional racism in the host communities [3].

Conversely, a growing body of research emphasizes the importance of faith, religious practice, and community engagement in the psychosocial well-being of migrant and refugee women. In a study exploring the experiences of refugee women in regional locations in Australia [4], a factor that was identified as crucial for coping was establishing connections with communities, whether from their country of origin or the host country. For those who were resettled without male partners, particularly important was the development of social supports within the local community due to being ostracized by their community of origin. Volunteers played an important role in filling support gaps in rural areas where services were lacking. Additionally, gaining employment was highlighted as contributing significantly to women's sense of belonging, providing not only extra income but also purpose, routine, and social support.

- **People with experiences of torture**

Experiences of torture have consistently been shown to be a strong predictor of various long-lasting physical and psychological challenges. Research indicates a significant association between torture severity and mental health symptoms, including depression, anxiety, and PTSD [5]. For refugee torture survivors, particularly those suffering from a pre-existing mental health condition, language barriers in the host society pose a significant risk factor by hindering access, utilization, and effectiveness of mental health services [5]. Moreover, immigration status plays a crucial role in mental health outcomes, with studies indicating that fear of detention and deportation exacerbate symptoms of PTSD [6].

Nonetheless, it is not possible to pinpoint the exact prevalence of psychological conditions among torture survivors due to the heterogenous samples and measures used across studies. This means that the lived realities of migrants and refugees with experiences of torture are not being adequately represented. As a case in point, researchers have reported that some individuals manifest extraordinary resilience and growth in the aftermath of torture, as seen in Ugandan former child soldiers [7] and Iraqi refugees [8]. As with migrant and refugee

women, community engagement plays a vital role in fostering resilience in people who have experienced torture. Refugee communities hold high values on collectivism and social cohesion, and evidence suggests that torture survivors who engage with community resources show higher levels of resilience. Language fluency and employment serve as additional resilience-promoting factors, with improved psychological outcomes observed among those proficient in English and employed [9].

- **LGBTQI+ individuals**

Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and intersex (LGBTQI+) migrants and refugees encounter unique and specific risks throughout the migration process. Their experiences differ from those of other migrants due to the compounded and intersecting discrimination they may face, particularly related to their diverse sexual orientations, gender identities and expressions, and sex characteristics (SOGIESC). LGBTQI+ migrants and refugees have been found to exhibit significantly high prevalence rates of mental health challenges, including depression, anxiety, PTSD, suicidality, and substance use. These rates are markedly elevated compared to non-LGBTQI+ migrants as well as LGBTQI+ individuals without a migration background [10], suggesting that the intersectionality of multiple marginalized identities amplifies the vulnerability to poor mental health outcomes.

Risk factors for LGBTQI+ migrants and refugees include experiences of discrimination and violence in their countries of origin, often perpetrated by community members and state actors. Upon migration, they often continue to face risks of discrimination and violence, even in countries that are perceived as more accepting. Structural violence during the asylum-seeking process exacerbates these challenges, as they frequently encounter restricted access to healthcare, social services, and employment rights. Additionally, the necessity to continually verify their SOGIESC identity to secure asylum can be re-traumatizing, especially for those accustomed to concealing their identities due to criminalization or victimization in their home countries [11].

Protective and promotive factors for migrants and refugees with diverse SOGIESC include social support, the ability to accept and process emotions, and maintaining hope and optimism about the future. Studies indicate that support from the LGBTQI+ community, access to legal and community services, and the ability to remain hopeful, significantly contribute to positive mental health outcomes [12]. Despite enduring symptoms of depression, anxiety, and PTSD, many LGBTQI+ migrants and refugees demonstrate remarkable adaptability, underscoring that resilience and vulnerability are not mutually exclusive and can coexist. This is often facilitated by the newfound freedom to express their identities, which highlights the complex interplay between mental health and the capacity for positive adaptation.

- **Older adults**

Older migrants and refugees (i.e., those 65 and above) are perceived to be more vulnerable than their younger counterparts. Migration and forced displacement are considered to be significant risk factors for the development of mental health conditions in older adults, particularly anxiety, depression, and PTSD [13]. Older adults are also particularly vulnerable to poor mental health outcomes due to the cumulative effect of the life-

threatening events they may have been exposed to after fleeing their counties of origin [14]. Moreover, they may arrive in host countries with other underlying physical and mental health conditions – the experience of migration and forced displacement gets compounded by age-specific conditions such as neurodegenerative disorders, chronic physical illness, etc. [13] Adding to these challenges are the difficulties in adapting to new languages and customs, and struggling with isolation from family members during the transition [15].

Social support is a crucial protective factor for the well-being of older migrants and refugees. As seen above, health issues in later life, combined with past adversities, can lead to poor outcomes. However, strong social support can mitigate these effects by improving overall well-being and reducing early mortality [16]. Emotional support, particularly from family and community, buffers against the negative impacts of past adversities, enhancing life satisfaction and meaning. Older migrants and refugees who harbor a sense of purpose (such as in their roles as contributing and productive family members) have been found to have a higher quality of life [17]. Other protective factors include access to basic services, adherence to cultural and spiritual practices, and participation in ethnic communities and religious networks. Personal factors such as language acquisition, cognitive reappraisal, and optimism also play an important role [16].

- **Persons living with disabilities**

According to Article 1 of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities [18], "*persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others*". Migrants and refugees living with disabilities are considered to be an 'invisible' population, as they are systematically neglected and excluded from the discourse [19]. The intersection of migration and disability is critical as migrants and refugees with chronic physical and mental health conditions are especially vulnerable to exposure to adversity and often lack necessary care during the asylum-seeking process [20].

In their home countries, migrants and refugees living with disabilities may face persecution or stigma on the basis of their political views, religious beliefs, or disability (being actively discriminated against on grounds of impairment). Delays in social and healthcare services can worsen disabling conditions, serving as a significant risk factor for well-being [20]. They may also face challenges with their psychosocial well-being, including stigmatization and discrimination, lack of access to specialized educational programming, communication barriers, etc. [19-21]. Additional risk factors including the lack of suitable housing and employment that accommodates their specific needs, and a difficulty in accessing treatment due to structural barriers, such as limited capacity, long waiting times, a focus on short-term rather than long-term support, and inadequate allowances which may result in an over-reliance on charities for assistance [20,21].

Protective factors for migrants and refugees with disabilities include social inclusion in host countries, suitable housing, access to tailored and accommodating educational and vocational opportunities, and adequate healthcare services [22]. Community support and social networks are also critical in helping to trace and actively screen individuals with non-communicable conditions, as is often the case with neurodevelopmental disabilities.

Co-funded by the European Union

## REFERENCES


[1] Hennebry, J., KC, H., and Williams, K. (2021). *Gender and Migration Data: A Guide for Evidence-based, Gender-responsive Migration Governance*. Geneva: International Organization for Migration (IOM).

[2] Sudhinaraset, M., Cabanting, N., & Ramos, M. (2019). The health profile of newly-arrived refugee women and girls and the role of region of origin: using a population-based dataset in California between 2013 and 2017. *International journal for equity in health, 18*(1), 158. https://doi.org/10.1186/s12939-019-1066-3

[3] Hawkins, M. M., Schmitt, M. E., Adebayo, C. T., Weitzel, J., Olukotun, O., Christensen, A. M., Ruiz, A. M., Gilman, K., Quigley, K., Dressel, A., & Mkandawire-Valhmu, L. (2021). Promoting the health of refugee women: a scoping literature review incorporating the social ecological model. *International journal for equity in health, 20*(1), 45. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01387-5

[4] Hawkes, C., Norris, K., Joyce, J., & Paton, D. (2021). Exploring Resilience, Coping and Wellbeing in Women of Refugee Background Resettled in Regional Australia. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 12). Frontiers Media SA. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.704570

[5] Elklit, A., Palic, S., Lasgaard, M., & Kjær , K. (2012). Social support, Coping and Posttraumatic Stress Symptoms in Young Refugees. *Torture, 22*(1), 11-23.

[6] Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 188*, 58–64. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007864

[7] Klasen, F., Oettingen, G., Daniels, J., Post, M., Hoyer, C., & Adam, H. (2010). Posttraumatic resilience in former Ugandan child soldiers. *Child development, 81*(4), 1096–1113. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01456.x

[8] Kira, I., Amer, M. M., & Wrobel, N. H. (2014). Arab Refugees: Trauma, Resilience, and Recovery. In S. C. Nassar-McMillan et al. (Eds.), *A Biopsychosocial Approach to Arab Americans: Perspectives on Culture, Development, and Health* (pp. 175-195). New York: Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-8238-3_9

[9] Pannu Khin, P., Burt, K., & Fondacaro, K. (2022). Identifying resilience-promoting factors for refugee survivors of torture. *Torture, 32*(3), 31–48. https://doi.org/10.7146/torture.v32i3.128843

[10] Lewis N. M. (2009). Mental health in sexual minorities: recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health & place, 15*(4), 1029–1045. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.05.003

[11] White, L. C., Cooper, M., & Lawrence, D. (2019). Mental illness and resilience among sexual and gender minority refugees and asylum seekers. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 69(678), 10–11. https://doi.org/10.3399/bjgp19X700349

[12] Alessi, E. J. (2016). Resilience in sexual and gender minority forced migrants: A qualitative exploration. *Traumatology, 22*(3), 203–213. https://doi.org/10.1037/trm0000077

[13] Virgincar, A., Doherty, S., & Siriwardhana, C. (2016). The impact of forced migration on the mental health of the elderly: a scoping review. *International psychogeriatrics, 28*(6), 889–896. https://doi.org/10.1017/S1041610216000193

[14] Peters-Nehrenheim, V., Rommerskirch-Manietta, M., Purwins, D., Roes, M., & Tezcan-Güntekin, H. (2022). Care preferences of older migrants and minority ethnic groups with various care needs: a protocol for a scoping review. *BMJ open*, 12(11), e061712. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061712

[15] Yang, M. S., & Hedeker, D. (2020). A life-span approach to examining older vulnerable population's subjective well-being: the role of adversity and trauma. *Aging & mental health, 24*(12), 2043–2052. https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1652245

[16] Tippens, J. A., Erwin, S., Eller, K., Dutra Gross, R. M., Bearss, B., Kemp, B., Mollard, E., Njiru, L., Okwarah, P., Palmer-Wackerly, A. L., & Lakati, A. (2023). Multisystemic Resilience and Psychosocial Wellbeing among Older Refugees: A Systematic Review with Implications for Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS). *Journal of immigrant and minority health, 25*(5), 1152–1170. https://doi.org/10.1007/s10903-023-01516-y

[17] Krause, N. (2004). Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. *The gerontologist*, 44(5), 615–623. https://doi.org/10.1093/geront/44.5.615

[18] United Nations (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Retrieved March 17, 2024, from the UN website.

[19] European Union Agency for Asylum (2024). Persons with disabilities in asylum and reception systems – Situation Analysis. Publications Office of the European Union. Retrieved March 17, 2024, from the EUAA website.

[20] Harris, J. (2003). 'All Doors are Closed to Us': A social model analysis of the experiences of disabled refugees and asylum seekers in Britain. *Disability & Society, 18*(4), 395–410. https://doi.org/10.1080/0968759032000080968

[21] Soldatic, K., Somers, K., Buckley, A., & Fleay, C. (2015). 'Nowhere to be found': disabled refugees and asylum seekers within the Australian resettlement landscape. *Disability and the global south*, *2*(1), 501-522.

[22] Rfat, M., Zeng, Y., Yang, Y., Adhikari, K., & Zhu, Y. (2022). A Scoping Review of Needs and Barriers to Achieving a Livable Life among Refugees with Disabilities: Implications for Future Research, Practice, and Policy. *Journal of evidence-based social work*, *20*(3), 373–403. https://doi.org/10.1080/26408066.2022.2162357

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

**Unit:** 1.4 Psychosocial Dimensions of the Migration Process

## Handout 1: *"Psychological Phases of Displacement"*

In line with the general model of migration by Sluzki and Machleidt discussed in Unit 1.4, the following table presents a conceptualization of the psychological phases of displacement [1,2].

It is important to recognize that these models are not definitive and do not suggest a strictly linear progression; rather, they aim to enhance our understanding of the complex and nuanced dimensions of human experience. Each migratory journey is unique.

**Table 1.3.1-R.** *"Psychological Phases of Displacement"*

| | |
|---|---|
| **Pre-Migration**<br>*Period previous to displacement. It may include experiences of persecution, violence or living in a state of fear and uncertainty.* | Fear of persecution, trauma from past experiences, loss of security, and uncertainty about the future. |
| **Migration or Flight**<br>*Actual process of displacement. This process can take months, until the displaced person or family arrive to their destination.* | Fleeing from danger, crossing borders, and seeking refuge in other countries. Possible experience of traumatic events during the migration journey. Loss of home and community. Uncertainty about the future. |
| **Arrival (Feelings of Security – Insecure Residence Permit)**<br>*Period immediately following arrival in the host country, often characterized by relief at escaping immediate danger and uncertainty.* | *Culture shock*, language barriers, loss of social support networks, and uncertainty about legal status and rights. Asylum application processes (or the lack of options to obtain regularized residency permits and, consequently, feel secure and able to start building up stability) constitute a major stressor during this phase. |
| **Secure Residence Permit (Rest Phase)**<br>*Period after ensuring security and stability (in many cases due to a secure residence permit) where the person typically enters in a "rest phase".* | **Distressful memories may resurface, leading to significant psychological distress**. Emotional decompensation can occur when individuals, already vulnerable due to past life-threatening experiences, become less able to manage their emotional responses. If these issues remain unattended and the individual lacks access to coping resources, decompensation can worsen, potentially resulting in more severe mental health issues, such as depression or anxiety disorders. |
| **Long-Term Adaptation Phase (Balance – Multiculturality & Hybrid Identity)**<br>*Finding balance and rediscovering the identity of oneself. Ongoing process of adaptation to the new context and new life situation, which may take years.* | The regular acculturation process and the development of multicultural identities might start to take place. Acculturative stress, experiences of discrimination, barriers and opportunities to accessing education, employment, and healthcare can make a difference on how the functional adaptation to the new environment and psychological well-being might develop. |

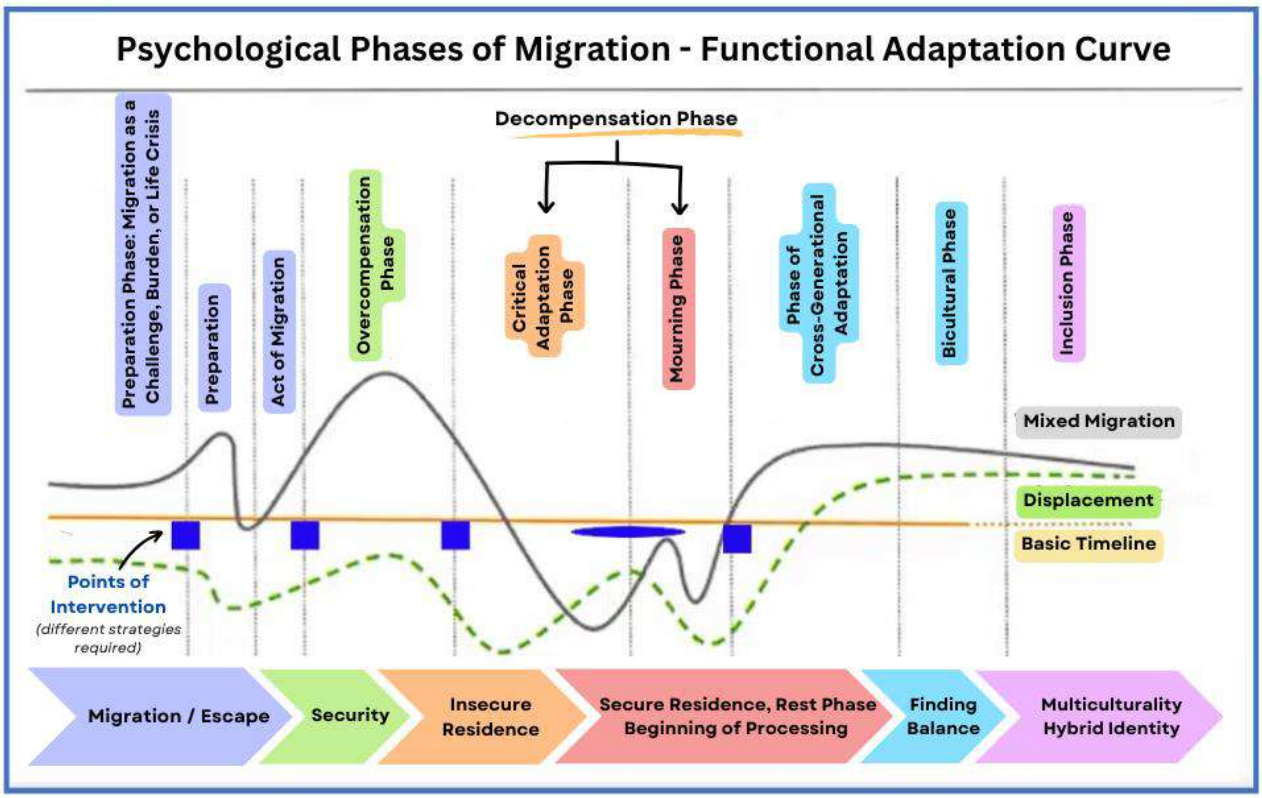
*Note:* Table adapted by the EU-MiCare team based on information by Kizilhan (2012; n.d.)

[Kizilhan, J.I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie.* (p. 19-20). Berlin: VWB; and, Kizilhan, J.I. (n.d.). *Psychologische Phasen der Migration* [Video]. MiMi Gewaltprevention. Accessed September 18, 2024.]

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care
Co-funded by the European Union

The processes surrounding mixed migration and displacement are visually integrated in the graphic below, highlighting both differences and commonalities for easier understanding and comparison.

**Figure 1.4.1-R** "*Migratory Processes in Mixed Migration and Displacement*"




*Note:* Adapted from Kizilhan, J.I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie.* (p. 20). Berlin: VWB; Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (p. 110). Berlin: Psychiatrie Verlag.

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

## Handout 2: *"Migratory Mourning"*

Achotegui's theory offers field workers a framework to better understand the emotional complexities migrants and refugees may face when leaving their home countries. It acknowledges the profound sense of loss many experience, which includes not only tangible losses like homes and communities but also symbolic ones such as identity, social status, and cultural belonging. Field workers can assess these areas by considering:

- **Vulnerability:** Assess the individual's history for prior difficulties that may affect their ability to adapt in specific areas (e.g., someone with pre-existing social anxiety may struggle to form new relationships). Vulnerable indicators might include:
  - *Physical Vulnerability*
  - *Psychological Vulnerability*
  - *Personal History*
  - *Age*

- **Stressor:** Identify the number and severity of post-migration obstacles in each area and determine if the person or family has sufficient resources to overcome them (e.g., a person accustomed to rural life might find urban living stressful due to limited access to nature). These might include:
  - *Personal Stressors*
  - *Environmental and Social Stressors*

Each area can be evaluated to understand the degree of stress and vulnerability a migrant experiences, depending on the resources they bring and the challenges or opportunities in the host community. Each vulnerability factor or stressor, which also determines the type of migratory mourning, can be assessed as "simple" (i.e., the mourning can be processed adequately), "complex" (i.e., with difficulties that can be overcome through the coping skills of the person or family), or "intense" (i.e., when difficulties are severe and may lead to a deeper crisis). Additionally, the level of support or discrimination in the host environment can significantly impact migrants' mental well-being.

Understanding these factors helps field workers identify areas where migrants are most vulnerable. It also highlights potential sources of resilience within the new environment. By recognizing their specific challenges and strengths, migrants can better navigate their journey, and professionals and volunteers can provide realistic, effective support tailored to their unique experiences.

The following section of this handout contains a reproduction of the "Ulysses Scale", originally developed in Spanish by Dr. Joseba Achotegui from the University of Barcelona, in collaboration with the Health Initiative of the Americas (HIA) at the School of Public Health, University of California, Berkeley. The scale was created to assist in assessing migratory grief and Ulysses Syndrome. The original material is available from the Centre de Documentació en Atenció a les Persones (Documentation Center for People Services), part of the Diputació de Barcelona (Barcelona Provincial Council) in Catalonia, Spain.

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care
Co-funded by the European Union

The concept of Ulysses Syndrome falls within mental health, positioned on the boundary between common mental health challenges and diagnosable disorders.

1. Psychosocial wellbeing
2. Psychological distress
3. Ulysses' Syndrome
4. Severe mental health issues and disorders
5. Mental helath crisis (danger to self or others)

| | Vulnerability | | Stressors | |
|---|---|---|---|---|
| **Grief for the family** | Simple | | Simple | |
| | Complex | | Complex | |
| | Extreme | | Extreme | |
| **Grief for the language** | Simple | | Simple | |
| | Complex | | Complex | |
| | Extreme | | Extreme | |
| **Grief for the culture** | Simple | | Simple | |
| | Complex | | Complex | |
| | Extreme | | Extreme | |
| **Grief for the land** | Simple | | Simple | |
| | Complex | | Complex | |
| | Complex | | Complex | |
| **Grief for the social status** | Simple | | Simple | |
| | Complex | | Complex | |
| | Extreme | | Extreme | |
| **Grief for the group of belonging** | Simple | | Simple | |
| | Complex | | Complex | |
| | Extreme | | Extreme | |
| **Grief for physical risks** | Simple | | Simple | |
| | Complex | | Complex | |
| | Extreme | | Extreme | |

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care
Co-funded by the European Union

| Recount | Simple | Complex |
|---|---|---|
| Vulnerability | | |
| Stressor | | |
| Mourning | | |

| Other Observations | |
|---|---|
| Protective Factors | |
| Cultural Factors | |
| Risk Factors | |
| Subjective Factors | |
| Other Factors | |
| General Comments | |

→ **VIDEO:** *The Ulysses Syndrome: Mental Health in a Minute*

**Recommendations on how to apply the Ulysses scale based on a case study (Juan):**

- **Background:** Juan is a 28-year-old man who arrived in Oakland, California, two years ago from Mexico. He was a healthy, strong, positive individual, actively involved in his community. He comes from a family that had good relationships.
- **Symptoms:** They include sadness, crying, anxiety, recurring thoughts about his problems, severe headaches, insomnia. He does not experience apathy or thoughts of death.
- **Personal Situation:** He left behind two children, ages 6 and 4, in Mexico and regrets that he does not know when he will see them again. He works in construction, installing roofs on houses; a risky and dangerous job, and he has fallen twice. He has had to move several times because his limited income, along with what he sends to his family, often does not cover rent. Additionally, he has a large debt from the journey to the U.S. He sees no way out of his situation.
- **Legal Status and Safety Concerns:** He is undocumented and fears deportation every day. If he returns without the money he owes, he fears for his life.
- **Language Barrier:** He does not speak English.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Grief for the family**<br>• **Vulnerability:** No physical or mental limitations prior to migration<br>• **Stressors:** Forced separation from young children | Simple | X | Simple | |
| | Complex | | Complex | |
| | Extreme | | Extreme | X |
| **Grief for the language**<br>• **Vulnerability:** No physical or mental limitations prior to migration<br>• **Stressors:** Does not speak English | Simple | X | Simple | |
| | Complex | | Complex | |
| | Extreme | | Extreme | X |
| **Grief for the culture**<br>• **Vulnerability:** No physical or mental limitations prior to migration<br>• **Stressors:** Cannot connect with native culture | Simple | X | Simple | |
| | Complex | | Complex | |
| | Extreme | | Extreme | X |
| **Grief for the land**<br>• **Vulnerability:** No physical or mental limitations prior to migration<br>• **Stressors:** Oakland's climate is mild | Simple | X | Simple | X |
| | Complex | | Complex | |
| | Complex | | Complex | |
| **Grief for the social status**<br>• **Vulnerability:** No physical or mental limitations prior to migration<br>• **Stressors:** Hard work, undocumented status, severe housing issues | Simple | X | Simple | |
| | Complex | | Complex | |
| | Extreme | | Extreme | X |
| **Grief for the group of belonging**<br>• **Vulnerability:** No physical or mental limitations prior to migration<br>• **Stressors:** Has not experienced racism directly but believes there are certain prejudices toward immigrants | Simple | X | Simple | X |
| | Complex | | Complex | |
| | Extreme | | Extreme | |
| **Grief for physical risks**<br>• **Vulnerability:** No physical or mental limitations prior to migration<br>• **Stressors:** Fear of detention, works in dangerous conditions, threat of death if he returns | Simple | X | Simple | |
| | Complex | | Complex | |
| | Extreme | | Extreme | X |

**Content developed by the EU-MiCare team based on information in:**

Achotegui, J. (2024). Migratory grief, as partial, recurrent, and multiple grief. *International Journal of Family & Community Medicine, 8*(2), 44–47. https://doi.org/10.15406/ijfcm.2024.08.00348

Achotegui, J. (2022). Immigrants living extreme migratory grief: The Ulysses syndrome. *International Journal of Family & Community Medicine, 6*, 303–305. https://doi.org/10.15406/ijfcm.2022.06.00295

Achotegui, J., Solanas, A., Fajardo, Y., Espinosa, M., Bonilla, I., & Espeso, D. (2017). Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración: Escala Ulises. *Norte de Salud Mental, 15*(57), 13–23.

## Handout 3: *"Berry's Acculturation Theory"*

### 1. Acculturation, acculturative strategies, and acculturative stress

Prof. John W. Berry defines acculturation as "the dual process of cultural and psychological change that takes place as a result of contact between two or more cultural groups and their individual members. At the group level, it involves changes in social structures and institutions and in cultural practices. At the individual level, it involves changes in a person's behavioural repertoire" [3].

Berry's model of acculturation provides a comprehensive framework for explaining how individuals and groups adapt to a new cultural environment using different strategies. It considers both the migrants' experiences (individual perspective) and the reactions and policies of the host society (societal perspective).

**Individual Perspective**

From the individual's point of view, there are four acculturation strategies based on two key dimensions: the degree to which individuals maintain their original culture and the degree to which they integrate new values and seek interaction with the host society.

- **Assimilation:** Individuals adopt mostly the host culture and separate from their original culture. They seek to become indistinguishable from the host society regarding behaviours, traditions and values. This strategy can lead to higher social acceptance but may involve significant personal and cultural loss.
- **Separation**: Individuals maintain their original culture and avoid interaction with the host society. They live within their cultural enclaves and limit their exposure to the broader host culture. While this strategy preserves their cultural identity, it can lead to social isolation and limited opportunities.
- **Integration:** Individuals maintain their original culture while also engaging with the host culture. They become bicultural, navigating and blending elements from both cultures. This strategy often leads to positive outcomes, such as increased social support and better mental health, as it allows individuals to retain their cultural identity while gaining the benefits of the new culture.
- **Marginalization:** Individuals neither maintain their original culture nor adopt the host culture. They feel disconnected from both their heritage and the new society, which can lead to significant psychological stress and social alienation.

**Host Society Perspective**

From the host society's point of view, Berry's model examines how the broader societal context influences the acculturation process. This includes the attitudes, policies, and practices that shape the experiences of migrants.

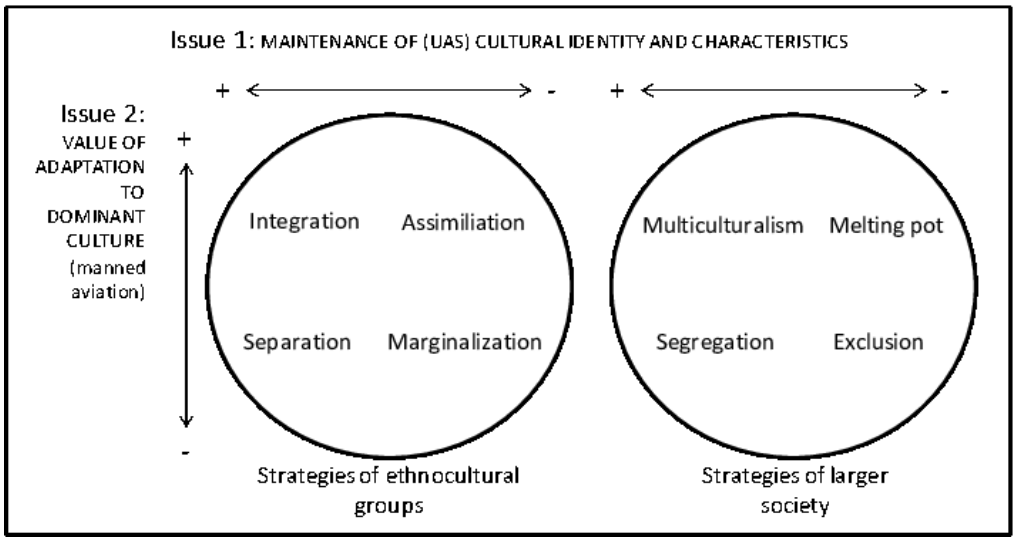
- **Multiculturalism:** The host society encourages the maintenance of original cultural identities and supports cultural diversity. This approach promotes integration by providing resources and opportunities for migrants to engage with both their culture of origin and the new culture. It leads to

positive outcomes for both the host society and the migrants, fostering social cohesion and mutual respect.

- **Melting Pot:** The host society expects immigrants to assimilate and adopt the dominant culture, often at the expense of their original cultural identities. This approach can pressure migrants to abandon their heritage, leading to potential loss of cultural diversity and identity conflict for individuals.
- **Segregation:** The host society supports the maintenance of original cultures but restricts interaction with the dominant culture. This can lead to the development of cultural enclaves and limited social integration. While it preserves cultural identities, it may hinder social cohesion and create parallel societies.
- **Exclusion:** The host society neither supports the maintenance of original cultures nor encourages interaction with the dominant culture. This approach marginalises migrants, leading to significant social and economic disadvantages. It fosters discrimination and social exclusion, negatively impacting the well-being of migrants and the overall harmony of society.

Berry's model emphasises that the interaction between individual strategies and societal attitudes significantly influences the acculturation process. For example, an individual's integration strategy is more likely to be successful in a multicultural society that values diversity. Conversely, an individual seeking to integrate in a society with exclusionary attitudes may face significant challenges and stress.

**Figure 1.4.2-R.** *"Model of acculturation strategies"*




*Note:* Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013

Co-funded by the European Union

## REFERENCES

[1] Kizilhan, J.I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie.* (pp. 19-20). Berlin: VWB.

[2] Kizilhan, J.I. (n.d.). *Psychologische Phasen der Migration* [Video]. MiMi Gewaltprevention. Accessed September 18, 2024.

[3] Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

Co-funded by the European Union

**Funded by the European Union.**

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC-BY-NC 4.0).

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. PROLEPSIS INSTITUTE Cyprus University of Technology ZODIG POLIBIENESTAR Universitat de València teirnos BABEL

# Módulo 2.

# Mejorar las habilidades para reconocer y evaluar las necesidades de la salud mental en los migrantes

***Mediadores culturales, intérpretes, trabajadores sociales, orientadores, cuidadores de menores no acompañados y voluntarios***

*Contenido elaborado por el Centro Etno-Médico Alemania/EMZ (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. – Alemania), el Instituto de Investigación en Políticas de Bienestar Social (POLIBIENESTAR, Universitat de València – España),*

*y Universidad Tecnológica de Chipre/CUT (Chipre), y editado por el Centro de Dia Babel/Babel Day Center , (ONG Syn-Eirmos de Solidaridad Social – Grecia), en colaboración con la Universidad Tecnológica de Chipre/CUT (Chipre)*

*Última actualización: Diciembre 2024*

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

| | |
|---|---|
| **Módulo:** | Mejorar las habilidades para reconocer y evaluar las necesidades de la salud mental de los migrantes |
| **Versión:** | Mediadores culturales, intérpretes, trabajadores sociales, orientadores, cuidadores de menores no acompañados y voluntarios |
| **Colaboradores responsables:** | EMZ, Polibienestar, CUT, Syn-Eirmos/Centro de día Babel |

## Descripción del módulo

Este módulo está dirigido a profesionales y voluntarios que trabajan fuera de entornos clínicos, como trabajadores sociales, mediadores culturales y otros proveedores relevantes, y aborda el tema de la identificación y evaluación de las necesidades de la salud mental en los migrantes y refugiados. La Unidad 2.1 tiene como objetivo ayudar a los profesionales que trabajan en contextos transculturales a comprender y gestionar la influencia del factor cultural en la evaluación de las necesidades de la salud mental. La Unidad 2.2 examina la perspectiva interseccional sobre la migración y la salud mental, partiendo del razonamiento de que la aplicación de la teoría de la interseccionalidad puede hacer más justicia a la complejidad de la experiencia de los migrantes y refugiados. Una perspectiva interseccional también puede ayudar a los profesionales y voluntarios a ampliar su visión, identificar otros elementos relevantes para su práctica y reflexionar sobre sus posiciones y cómo éstas afectan sus encuentros con las personas con las que trabajan. La Unidad 2.3 ofrece ideas sobre la evaluación de las necesidades de la salud mental en los migrantes y refugiados. El módulo introduce estrategias para la evaluación de la salud mental a través de una lente culturalmente sensible y proporciona herramientas prácticas para los procedimientos de detección y derivación al personal especializado. También explora la evaluación del riesgo de suicidio, considerando las influencias culturales y las vulnerabilidades de los migrantes y refugiados. Por último, la Unidad 2.4 tiene como objetivo mejorar los conocimientos y habilidades de los participantes para reconocer y evaluar crisis e implementar los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) en el contexto de su trabajo.

Al comprender la definición de los PAP junto con su marco y prácticas básicos, los participantes estarán mejor equipados para crear un entorno seguro, preparados para enfrentar los desafíos de una respuesta rápida a las necesidades de la salud mental de las poblaciones migrantes en diferentes situaciones.

**Resultados de formación del módulo:**

Al finalizar este Módulo, los participantes deberían ser capaces de:

- Examinar cómo los factores culturales pueden influir en diversos aspectos de la salud mental.
- Identificar las cuatro trampas culturales en las interacciones transculturales.
- Descubrir marcos para evaluar y comprender los problemas de la salud mental en poblaciones cultural y lingüísticamente diversas.
- Utilizar la autorreflexión para hallar prejuicios, suposiciones y estereotipos culturales personales.
- Reflexionar sobre las intersecciones de poder, privilegios e identidad y su impacto en la salud mental.
- Utilizar herramientas de detección de la salud mental culturalmente apropiadas, por ejemplo, una versión adaptada de la Entrevista de Formulación Cultural (EFC) del DSM-5 para personal no especializado.
- Analizar enfoques eficaces para la evaluación del riesgo de suicidio.
- Comprender la diferencia entre una crisis psicosocial y una emergencia psiquiátrica.
- Demostrar formas eficaces de hablar sobre el suicidio con personas en apuros.
- Describir las definiciones de primeros auxilios psicológicos (PAP) e intervención en crisis.
- Explicar en qué consisten los PAP y qué es lo que no incluyen.
- Enumerar los tres principios de acción centrales en los PAP.

**Unidades en este módulo:**

| Módulo 2. Mejorar las habilidades para reconocer y evaluar las necesidades de la salud mental en los migrantes |
|---|
| Comprender la influencia del factor cultural sobre la salud mental Unidad 2.1: |
| Perspectivas interseccionales sobre la migración y la salud mental Unidad 2.2: |
| Enfoques de detección en la salud mental de los migrantes y refugiados Unidad 2.3: |
| Primeros auxilios psicológicos (PAP)Unidad 2.4: |

## **Unidad 2.1:** Comprender la influencia del factor cultural sobre la salud mental

| Descripción de la unidad |
|---|
| Esta unidad de formación tiene como objetivo ayudar a los profesionales que trabajan con poblaciones de migrantes y refugiados a comprender la influencia del factor cultural en la evaluación de las necesidades de la salud mental. Se examinan una variedad de factores culturales que impactan en la forma en que los proveedores y usuarios de servicios abordan la salud mental, incluido el posible estigma asociado con la búsqueda de ayuda. La unidad también ofrece una variedad de consideraciones y herramientas prácticas de autorreflexión diseñadas para ayudar a los trabajadores de campo a cerrar brechas culturales y superar desafíos en sus interacciones con los migrantes y refugiados. |

**Secciones de la unidad:**

1. Introducción
2. La relación entre el factor cultural y la salud mental
3. Las cuatro trampas culturales en interacción con los migrantes y refugiados
4. Incorporación de diversas perspectivas en la evaluación de la salud mental

## 1. Introducción

Como se vio en la Unidad 1.1, el factor cultural influye en la forma en que hablamos de la salud mental y, a su vez, la forma en que hablamos de la salud mental influye en la cultura. **Cuando encontramos una palabra, ya sea hablada o escrita, le asignamos un significado influenciado por nuestras percepciones culturales y sociales.** Nuestras experiencias de vida determinan cómo entendemos e interpretamos esa palabra. Por ejemplo, las palabras "salud mental" y "enfermedad mental" pueden tener **diversas interpretaciones y explicaciones entre diferentes grupos raciales, étnicos o culturales** [1].

En el contexto de la atención sanitaria, en el que se reúnen personas de orígenes cultural y lingüísticamente diversos, **el factor cultural determina casi todos los aspectos de la interacción.** El factor cultural influye en **cómo las personas comunican sus síntomas** y **qué síntomas eligen compartir**. Afecta **si las personas buscan ayuda, el tipo de ayuda que buscan, cómo luchan, los apoyos sociales de los que dependen y el estigma que pueden asociar con los problemas de la salud mental.** También **determina el significado que atribuyen a su experiencia.** Algunas personas pueden ver los problemas de la salud mental como condiciones físicas, mientras que otras pueden verlos como signos de desgracia. **Si un sistema de salud no tiene en cuenta estas perspectivas diversas, es posible que las personas no reciban la ayuda que necesitan** [1-4].

Para proporcionar servicios de la salud mental eficaces, es importante crear **un entorno en el que exista un entendimiento compartido, no sólo en términos de lenguaje, sino también en términos de alinear expectativas, perspectivas e interpretaciones entre el proveedor de servicios y la persona que accede a la atención** [4]. El desarrollo de una comprensión compartida, o un *lenguaje común*, significa un reconocimiento común que forma una base de confianza mutua y comunicación entre personas que provienen de diferentes puntos de vista. Ésta no es una habilidad que pueda aprenderse simplemente una vez y aplicarse de manera uniforme. Más bien, **es un proceso activo y continuo que evoluciona a través de la interacción y colaboración continuas con las personas con quien trabajamos.**

◎ Punto clave: ***¿Contextos interculturales, multiculturales, interculturales comparativos o transculturales? Una nota sobre el lenguaje***

En los debates sobre las diferencias culturales y diversos contextos, los términos intercultural, multicultural, intercultural *comparativo* (*cross-cultural* en inglés) y transcultural tienen cada uno un significado distinto [5,12]:

- La multiculturalidad describe **la existencia paralela de diversos grupos culturales dentro de una sociedad**; un mosaico de identidades culturales separadas y relativamente estables. Los entornos multiculturales a menudo carecen de una interacción profunda entre culturas, ya que se centran en la tolerancia y la representación en lugar del intercambio o la integración activos. El multiculturalismo tiende a mantener fronteras culturales, permitiendo que los grupos coexistan sin necesariamente influir unos en las prácticas o perspectivas de los demás.

- La interculturalidad se centra en las **interacciones y relaciones entre distintos grupos culturales.** Así como promueve el diálogo y el entendimiento mutuo reconociendo a la vez las diferencias culturales, a menudo en entornos con tensiones históricas o estructurales entre grupos dominantes y minoritarios. Los marcos interculturales son particularmente relevantes en contextos educativos y comunitarios donde se prioriza el entendimiento entre diferentes grupos culturales.

- El interculturalismo *comparativo* (*cross-culturalism*) se centra en **comparar y analizar comportamientos, valores, sistemas de creencias, moral, hábitos y normas sociales entre diferentes grupos culturales**; su objetivo principal es comprender los matices culturales que influyen en la interacción humana. Es un enfoque sistemático en la investigación que se centra en identificar puntos en común y diferencias entre culturas. Aunque no implica la integración o mezcla, permite a los investigadores y profesionales desarrollar marcos que pueden facilitar la comunicación y abordar posibles malentendidos en diversos entornos.

- La transculturalidad deriva de perspectivas teóricas de las culturas como relacionales, dinámicas, fluidas y en constante evolución. Desde este punto de vista, **las culturas no son estáticas, ni**

**aisladas, sino se moldean activamente a través de interacciones continuas e influencia mutua.** Esta perspectiva es especialmente pertinente en contextos migratorios, ya que destaca las experiencias compartidas e interconectadas a través de la brecha cultural. Desafiando la noción de las culturas como "islas" separadas, la transculturalidad fomenta una mentalidad de cohesión social, **convirtiéndola en un marco crítico para comprender las complejidades de la identidad y la pertenencia en un mundo cada vez más globalizado.**

En este curso,adoptamos una lente transcultural que trasciende una comprensión unidimensional y lineal de la migración. Para comprender verdaderamente las complejidades de las experiencias vividas por los migrantes y refugiados, reconocemos que las personas interactúan continuamente con (y se adaptan a) diversos elementos, accediendo a redes más amplias de conocimiento cultural. Como profesionales y proveedores de servicios, nosotros también estamos llamados a cambiar y evolucionar, dejando atrás percepciones familiares para conocer genuinamente a las personas en su camino hacia la creación de un nuevo hogar. Esta transformación recíproca permite a ambas partes superar las brechas culturales, fomentando un viaje mutuo de resiliencia, adaptación y comprensión.

## 2. La relación entre el factor cultural y la salud mental

La fenomenología de la salud mental describe **cómo los individuos experimentan y dan sentido a su bienestar mental.** Así como enfatiza los significados e interpretaciones subjetivos que las personas atribuyen a sus experiencias psicológicasdentro de un marco cultural más amplio de creencias, valores y prácticas [1]. Sin embargo, el factor cultural moldea significativamente no sólo las experiencias subjetivas de los individuos, sino también la dinámica de sus relaciones con los proveedores de la atención sanitaria [6,7]. Como se analizó en la Unidad 1.5, cuando se pasan por alto los factores sociales y culturales en el proceso de evaluación, pueden producirse diagnósticos erróneos y perpetuación de estereotipos clínicos basados en la raza, la etnia y el género, entre otros factores. Además, un creciente conjunto de pruebas subraya que **los sistemas de salud existentes pueden no estar adecuadamente preparados para satisfacer las necesidades de las poblaciones minoritarias y migrantes en contextos transculturales** [3]. En la

siguiente sección, hacemos referencia a una serie de factores culturales que pueden influir en diversos aspectos de la salud mental.

### *Autoidentidad*

La cultura **moldea significativamente no sólo la forma en que los individuos definen y abordan los problemas, sino también sus suposiciones sobre la identidad y las relaciones.** Esta diversidad de visiones del mundo significa que las creencias fundamentales sobre la realidad y uno mismo varían en todo el mundo. La depresión, por ejemplo, a menudo se manifiesta **a través de quejas somáticas y relacionales en culturas no occidentales, un reflejo de la construcción sociocéntrica** (o colectiva) **de identidad en estos entornos** [1,3,4]. Aquí, el sentido de identidad está integrado en (y continuamente moldeado por) las relaciones y los contextos sociales. Por el contrario, las culturas occidentales frecuentemente enmarcan la depresión con sentimientos de inutilidad y desesperación. Estos son estados intrapsíquicos que reflejan una noción individualista del yo, que se ve como una entidad interna autónoma responsable de uno mismo [4].

En entornos no occidentales, donde la identidad propia es más relacional, conceptos como honor, deber y virtud desempeñan un papel importante, mientras que las sociedades occidentales priorizan la autorrealización y la autenticidad. La diferencia en la autoconcepción también afecta los tipos de experiencias emocionales que las personas reportan: la culpa es más frecuente en las culturas individualistas, y surge de la autocrítica interna, mientras que la vergüenza tiende a ser más pronunciada en las culturas colectivistas, ligada al juicio social. Estas visiones contrastantes de la identidad personal pueden plantear desafíos para los profesionales de servicios, especialmente aquellos capacitados en modelos occidentales que se centran en el cambio individual [4].

### *Estilos de afrontamiento y búsqueda de tratamiento*

**El factor cultural también influye en los estilos de afrontamiento y las conductas de búsqueda de tratamiento** [3,4], lo que significa que los antecedentes culturales de un individuo pueden determinar **si la persona busca ayuda de los servicios de la salud mental convencionales o de los curanderos tradicionales.**

En culturas donde se percibe que la angustia psicológica es causada por fuerzas espirituales (como las maldiciones o el mal de ojo), es más probable que las personas recurran a profesionales comunitarios en busca de apoyo en lugar de atención psiquiátrica [1,3,4]. La búsqueda de tratamiento también puede verse influenciada por las experiencias de aprendizaje sociocultural en torno a la salud mental. Algunas culturas promueven la apertura emocional, mientras que otras fomentan la moderación. En culturas donde **los problemas de la salud mental conllevan connotaciones de vergüenza o debilidad, las personas pueden internalizar estas creencias**, lo que resulta en renuencia a acceder a los servicios de la salud mental.

### *Estigma*

Definido como un "conjunto de actitudes y creencias negativas" [8], ***el estigma*** **motiva el miedo, la evasión y la discriminación social contra las personas que enfrentan problemas de la salud mental**. El estigma relacionado con los problemas de la salud mental y la búsqueda de ayuda puede entenderse a través de cinco ámbitos distintos pero interconectados [9]: (1) **autoestigma**, (2) **estigma de búsqueda de ayuda**, (3) **estigma asociativo**, (4) **estigma público** y (5) **estigma anticipado**. El estigma es particularmente generalizado entre ciertos grupos culturales, que pueden experimentar una vergüenza y un aislamiento intensificados debido a unas normas culturales. Los estudios demuestran que, por ejemplo, las comunidades asiático-americanas en los EE. UU. buscan ayuda en menor proporción, en parte debido **al estigma extremo que asocia la enfermedad mental con la deshonra familiar** [10]. Mientras tanto, la investigación intercultural comparativa destaca cómo varían las actitudes del público hacia las enfermedades mentales [1,10,11]: Los hispanos y asiático-americanos a menudo ven a las personas con problemas de la salud mental como más peligrosas que otros grupos, lo que potencialmente refuerza las barreras al tratamiento.

### *Relaciones dentro de los sistemas sanitarios*

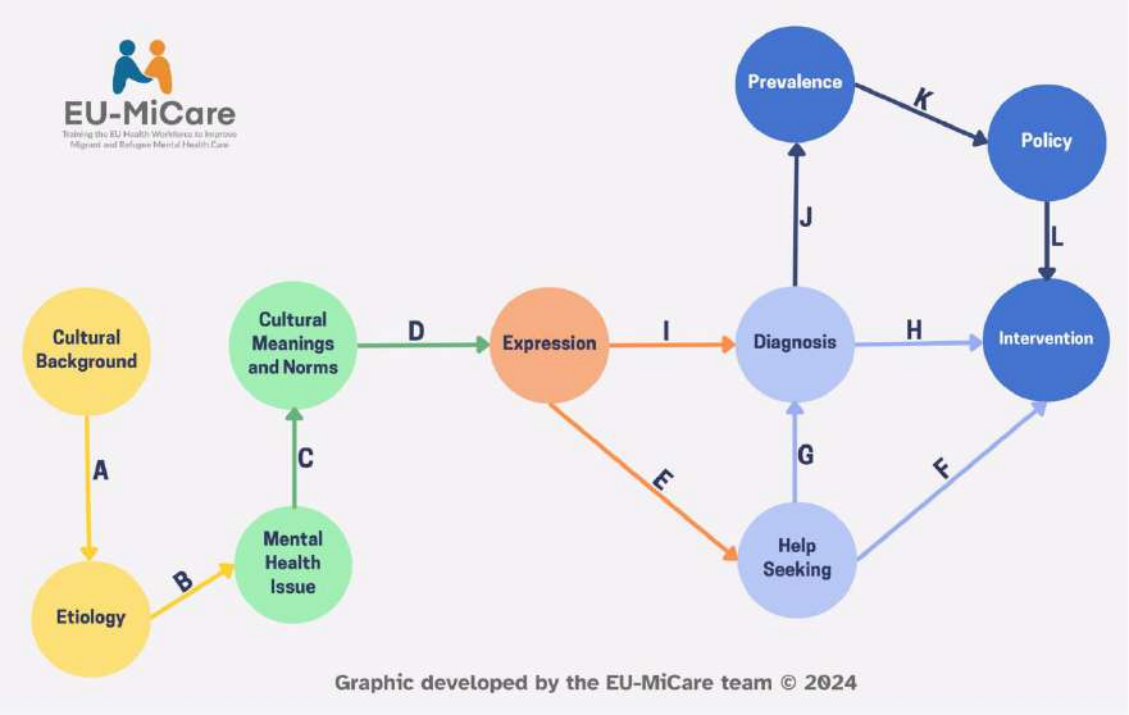
Cuando los usuarios y proveedores de servicios no comparten antecedentes culturales, **puede aumentar la posibilidad de desalineación de valores, suposiciones y expectativas sobre el tratamiento**, y los profesionales posiblemente desestimen síntomas o perspectivas que la persona considera críticas. **Las**

**dinámicas de poder, los sesgos institucionales y las injusticias históricas que permean los sistemas de salud** también pueden constituir barreras sustanciales para una prestación de atención eficaz [2,7]. Por ejemplo, las poblaciones marginadas a menudo enfrentan una discriminación sistémica, que puede fomentar **sentimientos de desconfianza hacia las instituciones de salud que históricamente no les han atendido de manera equitativa.**

Los profesionales de la salud, como cualquier otro grupo, tienen una cultura profesional distinta, marcada por un **enfoque en marcos biomédicos que conceptualizan los problemas de la salud mental como si surgieran de desequilibrios químicos en el cerebro.**. A su vez, esto puede llevar a un fuerte énfasis en los "diagnósticos objetivos" y los tratamientos farmacológicos como método de intervención primaria [4]. Este enfoque corre el riesgo de **priorizar soluciones universales y puede crear involuntariamente una distancia con los usuarios de los servicios al pasar por alto las percepciones culturalmente arraigadas que determinan las experiencias individuales de la salud mental.**

Si bien existe un reconocimiento cada vez mayor entre los profesionales de que el factor cultural afecta significativamente la salud mental, muchos proveedores de servicios todavía tienen dificultad para articular cómo estos factores culturales se traducen en la práctica clínica. El modelo de Influencias culturales en la salud mental (CIMH) (consulte la Imagen 2.1.1 a continuación y la tabla en la página siguiente) [3] se desarrolló específicamente para llenar este vacío proporcionando **un enfoque estructurado para comprender cómo el factor cultural se cruza con la salud mental**.

**Imagen 2.1.1.** "Modelo de las influencias culturales en la salud mental (CIMH)"




Nota: Imagen readaptada por el equipo de EU-MiCare basándose en información de Hwang et al. (2008)

| Componentes del modelo CIMH | |
|---|---|
| **Vías A y B:** | Los antecedentes culturales y las características de los individuos (A) son factores que influyen en la aparición de problemas de la salud mental (B). Por ejemplo, los refugiados que han sido desplazados pueden enfrentarse con factores estresantes y barreras únicos para la atención de la salud mental, lo que genera un mayor riesgo de sufrir resultados adversos en la salud mental. |
| **Vías C y D:** | Los significados y normas culturales (C) determinan cómo se expresan los problemas de la salud mental (D). |
| **Vías E y I:** | La forma en que se manifiestan los problemas de la salud mental afecta si la persona busca ayuda y cómo lo hace (E), así como las suposiciones relacionadas con su diagnóstico (I). |
| **Vías G, H y F:** | Profesionales de diferentes campos, tales como la atención primaria, los servicios de la salud mental y la medicina indígena/prácticas curativas tradicionales, pueden ofrecer diferentes interpretaciones de los estados de la salud mental (G), lo que lleva a diversos tratamientos y resultados (H y F). |

| | |
|---|---|
| **Vías J, K y L:** | El diagnóstico afecta la prevalencia informada de problemas de la salud mental dentro de grupos de población específicos, como los inmigrantes (J). Estos datos de prevalencia pueden determinar las decisiones políticas (K), lo que a su vez influye en los tipos de tratamientos disponibles, incluidas intervenciones culturalmente sensibles y recursos de la salud mental en idiomas nativos (L). |

*Nota:* Readaptado por el equipo de EU-MiCare basándose en información de Hwang et al. (2008)

◎ Punto clave: **Enfoque culturalmente sensible al asesoramiento en casos de duelo traumático**

Para ilustrar estas consideraciones culturales, el Prof. John McLeod [4] proporciona el siguiente caso de estudio:

*En el invierno de 1984, unos 12.000 Falashas (judíos de Etiopía) fueron expulsados de sus aldeas en el norte de Etiopía por una combinación de hambre, miedo a la guerra y el deseo de emigrar a Israel. En su larga marcha por el desierto y en los campos de refugiados murieron unas 3.000 personas. Finalmente, el gobierno israelí logró transportar por aire a los sobrevivientes a un lugar seguro, pero sólo después de un gran trauma y perturbaciones en los grupos familiares.*

*Unos dos años más tarde, M, una mujer etíope de 31 años, casada, con cuatro hijos y que sólo hablaba amárico, fue remitida a una unidad psiquiátrica en Jerusalén. Aunque fue difícil conseguir servicios de traducción adecuados, se supo que había vagado durante muchas semanas por el desierto, tiempo durante el cual su bebé había muerto. Continuó cargando el cadáver durante varios días, hasta que llegó a Israel y le quitaron el cadáver de fuerte olor y lo enterraron. Durante los dos años anteriores había sido hospitalizada repetidamente tras "ataques de asma". Ahora estaba agitada, temerosa y deprimida, y se quejaba de "tener una serpiente en la pierna". Se le diagnosticó un episodio psicótico agudo. El personal de la unidad psiquiátrica pudo encontrar un antropólogo familiarizado con la cultura y el idioma de M, y resultó que ella se sentía "impura", porque nunca había podido someterse al ritual de purificación requerido por su secta religiosa para todos aquellos que han entrado en contacto con un cadáver humano. Su suegra no le había permitido hablar de sus sentimientos en torno a su duelo: "serpiente en la pierna» resultó ser un modismo Falasha para referirse al desacuerdo con una suegra. M recibió asesoramiento que la animó a hablar sobre la muerte de su bebé y se organizó*

*un ritual de purificación. A los 30 meses de seguimiento, estaba bien y tuvo un nuevo bebé, aunque admitió que todavía estaba de luto por su hijo muerto.*

*El caso de M, y las cuestiones que plantea, se describen más detalladamente en Schreiber (1995). Es un caso que demuestra las fortalezas de un enfoque multicultural. Aunque la persona necesitada presentaba síntomas físicos y somáticos que en principio podrían tratarse con medicamentos y psiquiatría occidental convencional, los terapeutas involucrados en el caso se tomaron la molestia de explorar el significado de estos síntomas y luego construir una forma de ayuda que reuniera intervenciones indígenas y psicoterapéuticas de una manera apropiada para esta persona individual.*

## 3. Cuatro trampas culturales en interacción con los migrantes y refugiados

Conforme al indicado anteriormente, para promover el bienestar psicosocial en el contexto de las interacciones transculturales, **los trabajadores de campo deben superar desafíos relacionados con sus propios prejuicios y actitudes.** Abordar estos desafíos implica autorreflexión y conciencia de las cuatro trampas culturales que podrían mitigar la eficacia de la comunicación con personas de diferentes orígenes culturales y lingüísticos [12,13].

| Las cuatro trampas culturales en las interacciones transculturales | |
|---|---|
| **1. Asimetrías de poder** | Las diferencias en el estatus social, situación legal o roles institucionales pueden crear desequilibrios en la interacción entre los trabajadores de campo y los migrantes y refugiados, afectando la comunicación y la colaboración. |
| *EJEMPLO: Mariela, una mujer indígena de una zona rural de El Salvador, podría sentirse intimidada por su trabajadora social alemana debido a su estatus legal y su desconocimiento del sistema de salud alemán. Este desequilibrio de poder podría hacer que Mariela dude en hablar abiertamente sobre sus problemas de la salud mental por temor a ser estigmatizada, lo que afectaría su salud general y su proceso de adaptación.* | |
| **2. Experiencias Colectivas** | Tanto los clientes/usuarios de servicios como los profesionales aportan a la terapia sus experiencias culturales colectivas y tensiones históricas, que pueden influir en sus percepciones e interacciones. |

| | |
|---|---|
| ***EJEMPLO (continuación):*** *Si la trabajadora social de Mariela tiene nociones preconcebidas acerca de que los indígenas salvadoreños se resisten a la medicina moderna basándose en estereotipos históricos, esto podría afectar la forma en que perciben la renuencia de Mariela a ciertos tratamientos.* | |
| **3. Imágenes extranjeras** | Los retratos de los medios influyen en los prejuicios y estereotipos, moldeando las percepciones de diferentes grupos culturales. |
| ***EJEMPLO (continuación):*** *Los medios de comunicación a menudo representan a los inmigrantes salvadoreños bajo una luz negativa, lo que podría llevar a la trabajadora social de Mariela a verla inconscientemente a través de una lente de estereotipos - como una víctima o definirla únicamente por su estatus de migrante. Reconocer y desafiar estos estereotipos ayuda al trabajador social a brindar una atención más personalizada y significativa.* | |
| **4. Diferentes patrones culturales** | Las diferencias en las normas culturales pueden provocar malentendidos en la relación entre la persona que busca y la persona que proporciona ayuda profesional. |
| ***EJEMPLO (continuación):*** *La trabajadora social de Mariela podría esperar comenzar las sesiones de asesoramiento con un enfoque directo en cuestiones psicosociales, lo que contrasta con la práctica de Mariela de generar confianza primero a través de una conversación informal. Mariela podría percibir el acercamiento directo como abrupto o impersonal. El trabajador social debe reconocer esta diferencia cultural y dar tiempo para establecer relaciones para mejorar la comunicación y la eficacia de la terapia.* | |

Nota: Reproducido por el equipo de EU-MiCare, basándose en información de von Lersner & Kizilhan (2017).

## 4. Incorporación de diversas perspectivas en la evaluación de la salud mental

La siguiente sección presenta modelos y herramientas prácticos diseñados para ayudar a identificar y abordar puntos de estancamiento en la relación profesional-cliente, particularmente en el contexto de la atención a migrantes y refugiados. Se puede encontrar un resumen de las categorías de diagnóstico y las consideraciones culturales relacionadas en el Módulo 1, Unidad 1.5: Condiciones de la salud mental más comunes entre los migrantes y refugiados.

### *Modelos explicativos en la práctica clínica*

Un aspecto esencial del trabajo en contextos transculturales implica comprender **cómo las personas dan sentido a su experiencia**. El DSM-5 define ***los conceptos culturales de angustia*** como las formas en que los grupos culturales "experimentan, perciben y comunican el sufrimiento, los problemas de conducta o los pensamientos y emociones preocupantes" [14]. Estas "percepciones" o "explicaciones", que pueden

diferir de los marcos con base científica, reflejan los modelos explicativos de enfermedades. Al utilizar un ***modelo explicativo*** (ME), los médicos pueden hacer las preguntas: ***qué, por qué, cómo y quién*** para desarrollar un lenguaje común con las personas con las que trabajan hacia el objetivo con un resultado compartido: la curación [15,16]. Al incorporar los ME en los procedimientos de evaluación, los proveedores de servicios pueden obtener información valiosa sobre las creencias, expectativas y antecedentes culturales de una persona, mejorando así la eficacia de las intervenciones [15].

🕘 **Descanso para reflexionar:** Participe en la autorreflexión (o reflexión grupal con sus compañeros) pensando en un momento desafiante.

Reflexione sobre una experiencia desafiante o angustiosa que haya vivido en un contexto cultural diferente, una en el que se haya sentido frustrado, confundido, avergonzado o profundamente molesto. Considere cómo su origen cultural puede haber influido en su reacción ante esta situación. ¿Puede identificar algún factor cultural que pueda explicar su respuesta? ¿Cómo podrían haber reaccionado los individuos de la cultura local - de manera similar o diferente, y cuál podría haber sido su modelo explicativo de la angustia o la enfermedad en esa situación? ¿Por qué cree que las reacciones serían diferentes, si lo fueran?

*Fuente: Culture Matters: The Peace Corps Cross-Cultural Workbook*

*adaptado por el equipo de EU-MiCare para los fines del presente curso.*

La adaptación de esta imagen para los fines de este ejercicio no implica respaldo por parte del Cuerpo de Paz.

La ***Entrevista de Formulación Cultural*** (EFC) [17] es la primera herramienta del sistema DSM diseñada para integrar el enfoque del modelo explicativo en la exploración de problemas de la salud mental. La tabla de la página siguiente proporciona una guía sencilla que puede servir como **rompehielos para iniciar debates sobre la salud mental**. Eso ayuda a los profesionales a **comprender la percepción de la persona** y **comenzar a construir puentes hacia el desarrollo de modelos explicativos adaptados** [12].

→ **VIDEO:** *Uso de la Entrevista de Formulación Cultural* 💻

| ¿Cómo definirías tu problema? |
|---|
| 1. ¿Cuáles son las consecuencias del problema? |
| 2. ¿Cuáles son las causas del problema? |
| 3. ¿Cuánto tiempo ha durado el problema? |
| 4. ¿Qué explicaciones tiene su entorno familiar o social al problema? |
| 5. ¿Qué inquietudes tiene sobre el problema? |
| 6. ¿Cómo crees que se puede tratar? |
| 7. ¿Quién podría ayudarte? |

Nota: Reproducido por el equipo de EU-MiCare, basándose en información de von Lersner & Kizilhan (2017).

### *Expresiones culturales de profunda tristeza ("Modismos de angustia")*

Si bien la depresión se reconoce como un concepto intercultural [12], los enfoques culturalmente específicos de la angustia están moldeados por modelos explicativos individuales y normas culturales en torno a la salud mental. Por lo tanto, las personas de diversos orígenes culturales pueden describir la angustia de manera diferente. Estas expresiones culturalmente únicas, **que pueden no alinearse directamente con síntomas o síndromes específicos, sino que más bien encarnan una comprensión compartida de la angustia dentro de una comunidad**, se denominan ***modismos de angustia*** [18].

> ***Ejemplo:*** *En Turquía, dos modismos de profunda tristeza son "tengo la cabeza resfriada" y "tengo el hígado frío". Las emociones expresadas no se ajustan a los esquemas de diagnóstico occidentales habituales y deben entenderse en sentido figurado. Proporcionan información sobre los*

**¿Por qué es importante considerar los modismos de angustia?** Estas expresiones pueden servir como un puente vital para los médicos de la salud mental, permitiéndoles obtener una comprensión más profunda de los problemas y desafíos que los migrantes y refugiados articulan en relación con su bienestar. Además, para los profesionales fuera de este campo, los modismos de angustia pueden indicar que un individuo se encuentra en un momento en el que es apropiado iniciar atención especializada y derivarlo a un experto

de la salud mental. Si bien puede que no sea necesario memorizar todos los modismos, frases o conceptos debido a su diferente relevancia (o falta de ella) en diferentes comunidades, los profesionales deben mantener una postura abierta e inquisitiva hacia la exploración de las diversas formas de comunicación determinadas por factores como la generación, la historia, la región geográfica y la identidad de género.

El DSM-5 ofrece una lista de "conceptos culturales de malestar" para guiar a los proveedores de los servicios de la salud mental a la hora de incorporar estos matices en la práctica clínica [14], enfatizando la importancia de comprender tanto la intensidad como el significado subyacente de estas expresiones de malestar culturalmente específicas. Más información en 🕮 **Repositorio** (consultar 2.1 – Folleto 1. "Lista de modismos de angustia").

### *Competencia cultural y sensibilidad cultural*

El desarrollo de la competencia cultural requiere un enfoque multifacético que implica una comprensión profunda de diversas normas, valores, creencias y estilos de comunicación culturales. También requiere **cultivar la empatía, la curiosidad, la humildad y la apertura hacia las diferencias culturales** [2,7]. La sensibilidad cultural va más allá de la mera conciencia de la diversidad cultural e Implica **la capacidad de adaptar su comportamiento, comunicación y intervenciones para satisfacer las necesidades y preferencias de individuos de diversos orígenes culturales**. Esto incluye prácticas como escuchar activamente, suspender el juicio y estar en sintonía con los matices culturales en la comunicación tanto verbal como no verbal [7].

Realizar una reflexión adecuada y desarrollar las competencias mencionadas puede ayudar significativamente a abordar los desafíos presentes en escenarios como los ilustrados anteriormente. Se proporcionará una mayor exploración de estas competencias y conceptos en el Módulo 3, Unidad 3.1: Comunicación Eficaz y Unidad 3.2: Conciencia cultural.

**Descanso para reflexionar: Reflexionar sobre la analogía del iceberg de la cultura**

La cultura ha sido acertadamente comparada con un iceberg. Así como un iceberg tiene una sección visible por encima de la línea de flotación y una sección más grande e invisible debajo de la línea de flotación, una cultura tiene algunos aspectos que son observables y otros que sólo se pueden sospechar, imaginar o intuir.

También como un iceberg, la parte visible de la cultura (el comportamiento observable) es sólo una pequeña parte de un conjunto mucho más grande. La idea del iceberg cultural proviene de *Beyond Culture* de Edward T. Hall (1976).

Tómese un momento para reflexionar sobre las características enumeradas a continuación. Piense cuáles de estos aspectos son observables en sus interacciones cotidianas con los migrantes y refugiados y cuáles podrían ser menos visibles u ocultos bajo la superficie. Considere cómo estos elementos culturales invisibles podrían influir en los comportamientos y experiencias que son visibles para usted como profesional o voluntario. En su reflexión pregúntese:¿Qué aspectos de la cultura se pueden ver y cuáles permanecen ocultos a la vista?

- ¿Cómo los aspectos invisibles de la cultura determinan o influyen en los comportamientos visibles?
- ¿Cómo podrían estos factores influir en su salud mental o sus estrategias de afrontamiento?
- ¿Cómo podría la comprensión de estos factores ocultos cambiar la forma en que se acerca a las personas con las que trabajas?

- *(continuación en la página siguiente)*

1. expresiones faciales
2. creencias religiosas
3. rituales religiosos
4. importancia del tiempo
5. pinturas
6. valores
7. literatura
8. creencias sobre la educación de niños
9. concepto de liderazgo
10. gestos
11. costumbres de celebraciones
12. concepto de la justicia
13. naturaleza de la amistad
14. noción de humildad
15. comida
16. costumbres de comer
17. percepción del mundo natural
18. concepto de uno mismo
19. ética laboral
20. concepto de la belleza
21. música
22. estilos de ropa
23. visión general del mundo
24. concepto del espacio personal
25. reglas de la etiqueta social

*Fuente: Culture Matters: The Peace Corps Cross-Cultural Workbook*

*adaptado por el equipo de EU-MiCare para los fines del presente curso.* La adaptación de esta imagen para los fines de este ejercicio no implica respaldo por parte del Cuerpo de Paz.

**FUENTES**

[1] Office of the Surgeon General (US), Center for Mental Health Services (US), & National Institute of Mental Health (US). (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity: A supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

[2] Ogundare, T. (2020). Culture and mental health: Towards cultural competence in mental health delivery. *Journal of Health and Social Sciences, 5*(1), 23–34.

[3] Hwang, W. C., Myers, H. F., Abe-Kim, J., & Ting, J. Y. (2008). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: the cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clinical Psychology Review*, *28*(2), 211–227. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.05.001

[4] McLeod, J. (2013). Multicultural counseling. In *An Introduction to Counselling* (5th ed., pp. 286–315). Open University Press.

[5] Benessaieh, A. (2010). *Transcultural Americas: Cultures, Identities, and Nation-States in a Globalized World.* Ottawa, Ontario: University of Ottawa Press.

[6] Smedley, B. D., Stith, A. Y., Nelson, A. R., & Institute of Medicine (U.S.) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care (2003). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care.* Washington, DC: National Academy Press.

[7] Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry,* 49(2), 149–164. https://doi.org/10.1177/13634615124446673

[8] Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765–776. https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765

[9] Crowe, A., Averett, P., Glass, J. S., Dotson-Blake, K. P., Grissom, S. E., Ficken, D. K., & Holmes, J. (2016). Mental health stigma: Personal and cultural impacts on attitudes. *Journal of Counselor Practice*, *7*(2), 97–119.

[10] Zhang, A. Y., Snowden, L. R., & Sue, S. (1998). Differences between Asian and White Americans' help seeking and utilization patterns in the Los Angeles area. *Journal of Community Psychology,* 26(4), 317–326. https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199807)26:4<317::AID-JCOP2>3.0.CO;2-Q

[11] Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: are mental illness and help-seeking self-stigmas different?. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(4), 520–531. https://doi.org/10.1037/a0033555

[12] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie.* Hogrefe. https://doi.org/10.1026/02755-000

[13] Auernheimer, G. (2002). Interkulturelle Kommunikation, mehrdimensional betrachtet, mit Konsequenzen für das Verständnis von interkultureller Kompetenz. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (Interkulturelle Studien, Bd. 13, 2. Aufl., 35-65). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

[14] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing

[15] Kirmayer, L.J. and Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: social context and explanatory models. In I.M. Salloum and J.E. Mezzich (Eds.), *Psychiatric Diagnosis: Patterns and Prospects* (pp.29–37). New York: John Wiley & Sons.

[16] Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture.* Berkeley, CA: University of California Press.

[17] Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., & Kirmayer, L. J. (Eds.) (2016). *DSM-5® handbook on the cultural formulation interview.* American Psychiatric Publishing, Inc.b'\

[18] Kaiser, B. N., & Jo Weaver, L. (2019). Culture-bound syndromes, idioms of distress, and cultural concepts of distress: New directions for an old concept in psychological anthropology. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 589–598. https://doi.org/10.1177/1363461519862708

**Unidad 2.2:** Perspectivas interseccionales sobre la migración y la salud mental

| Descripción de la unidad |
| --- |
| Esta unidad de formación tiene como objetivo ayudar a los profesionales y voluntarios que trabajan con los migrantes y refugiados a ir más allá de enfoques simplistas en su práctica. Se abordan los riesgos del esencialismo cultural, que reduce a los individuos a un único marcador de identidad, descuidando las complejidades de sus experiencias. La unidad adopta una perspectiva interseccional y enfatiza la necesidad de una comprensión multidimensional de la identidad que incorpore factores como la raza, el género, la edad y la situación legal junto con la cultura. También se proporcionan herramientas y marcos para identificar mejor la interacción de estos factores, ofreciendo un enfoque más matizado para apoyar la salud mental y el bienestar psicosocial de los migrantes y refugiados. |

**Secciones de la unidad:**

1. Introducción: Más allá de la cultura
2. Exploración de las dimensiones sociopolíticas de la identidad trabajando con los migrantes y refugiados
3. Interseccionalidad: Un marco para comprender la complejidad

## 1. Introducción: Más allá de la cultura

Como se vio en unidades anteriores, la cultura es un elemento central que determina las identidades y experiencias individuales, incluidas las percepciones de la salud mental y bienestar. Sin embargo, **está el riesgo del *esencialismo cultural*** - una lente cada vez más estrecha que posiciona el factor cultural como el único determinante de las acciones y los resultados, particularmente entre los migrantes y refugiados. Esta tendencia, paralela a la ***simplificación excesiva*** de las identidades de los migrantes, aplana la complejidad de la vida de las personas en narrativas singulares definidas únicamente por su origen, apariencia o idioma. Lo que hay en común entre el esencialismo y la simplificación excesiva es que **los individuos son reducidos**

**a (y categorizados a través de) una sola característica** – en este caso, la cultura–, **mientras que todas las demás dimensiones de su identidad se mezclan o, peor aún, se borran.** En definitiva, esto refuerza los estereotipos y al mismo tiempo perpetúa las divisiones entre "nosotros" y "ellos".

> Al definirnos a nosotros, pocos de nosotros nos basaríamos únicamente en las categorías de "alemán", "italiano", "español" o "griego" sin incluir otras facetas de la identidad (por ejemplo, nuestro género, nuestra profesión, o nuestra edad). El factor cultural de ninguna manera puede servir como explicación única para todo el comportamiento humano. Incluso dentro del mismo grupo cultural, las comprensiones y prácticas de la cultura pueden variar ampliamente, influenciadas

Para ir más allá de esta lente limitante, debemos adoptar una comprensión más matizada de la cultura. El factor cultural no debe verse como un monolito, sino como **una interacción dinámica de discursos y prácticas, profundamente influenciada por sistemas de poder más amplios.** En este marco, la interseccionalidad emerge como una herramienta indispensable ofreciendo un medio para desentrañar binarios simplistas e iluminar las fuerzas estructurales que influyen en las realidades vividas por las personas en movimiento. Si bien es innegable que el factor cultural influye en la salud mental, **no puede estar aislado de las formas en que la migración se cruza con otras dimensiones de la identidad**, tales como la raza, la clase y el género.

Comprender las experiencias de aquellos a quienes buscamos apoyar exige **una lente multidimensional que respete sus complejas identidades y situación**. Para los trabajadores de campo esto significa reconocer **los diversos elementos que determinan las vidas de los migrantes y refugiados**: en sus países de origen, durante sus viajes y en sus nuevos entornos. Esta conciencia es esencial para abordar sus necesidades, preocupaciones y recursos únicos, particularmente cuando se trata de apoyar su salud mental y bienestar psicosocial. Esta unidad explora la perspectiva interseccional como marco orientador para ir más allá de explicaciones singulares basadas en el factor cultural, centrándose en cambio en **un análisis más amplio del poder y la forma en que éste determina quiénes son los migrantes y refugiados y qué desafíos y contradicciones enfrentan.**

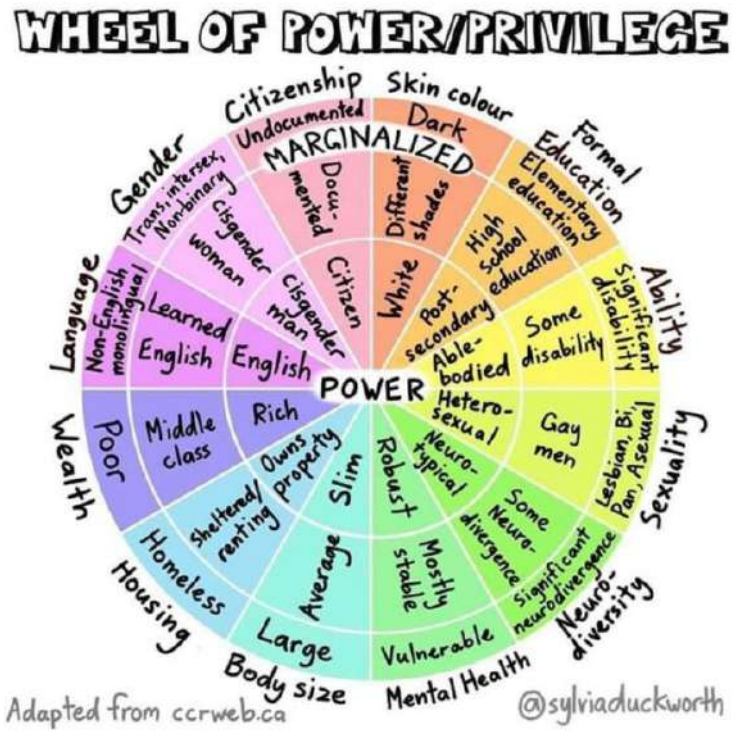
## 2. Exploración de las dimensiones sociopolíticas de la identidad trabajando con los migrantes y refugiados

No existe una lista definitiva de elementos significativos (también conocidos como marcadores de identidad, categorías sociales o dimensiones), al igual que no existe una lista de identidades. En la literatura y la investigación académicas, los temas más discutidos son el género, la raza/etnicidad[1]y la clase, dependiendo también del contexto de la investigación. Sin embargo, para algunas personas otras dimensiones como la edad, la sexualidad, la discapacidad, la religión o la situación legal pueden desempeñar un papel crucial. En definitiva, qué dimensiones son decisivas varía de un individuo a otro y depende de su situación de vida y del contexto.

La imagen 2.2.1 ilustra los distintos grados en que los individuos, según características específicas, pueden experimentar marginación o tener poder dentro de la sociedad. Las posiciones más cercanas al centro representan poder e indican que la persona puede disfrutar de mayores privilegios en esa dimensión (por ejemplo, ser ciudadano, ser blanco o ser rico). Por el contrario, las posiciones más alejadas del centro significan una mayor marginación y posible discriminación (por ejemplo, tener una discapacidad significativa o carecer de vivienda).

[1] En el contexto estadounidense, los términos "raza" y "etnicidad" son categorías comunes utilizadas en investigaciones, medios de comunicación y clasificaciones censales. En el contexto europeo, debido a sus connotaciones históricas y al potencial de reforzar los estereotipos raciales, el término "raza" se evita en gran medida. En cambio, se suelen utilizar conceptos alternativos como "etnicidad", "origen étnico" o "antecedentes migratorios".

**Imagen 2.2.1.** "La rueda del poder/privilegio"




Nota: Imagen preparada por @sylviaduckworth , fuente: el Consejo Canadiense para los Refugiados.

Si uno se posiciona en la rueda en las diferentes categorías, probablemente vería que su posición está más cerca del centro en algunos casos, mientras que en otros podría encontrarse más en el exterior de la rueda. Lo mismo les sucede a los inmigrantes y refugiados que podemos encontrar en un entorno profesional. Si bien esta versión de la rueda incluye muchas características importantes, **no debe considerarse definitiva.** Se pueden agregar categorías adicionales, ya que algunas de las incluidas pueden desempeñar un papel menor para ciertos individuos o dentro de contextos específicos[2]. Existen numerosas dimensiones que influyen en las experiencias vividas por los migrantes y refugiados, tanto positiva como negativamente.

[2] La categoría del "idioma", por ejemplo, demuestra que esta versión de la rueda se ha desarrollado en un contexto de habla inglesa y podría ser adoptado como "idioma del país", siendo más neutral.

Puede encontrar una lista provisional y no exhaustiva en el 🕮 Repositorio (consultar 2.2 – Folleto 1. "Una lista no exhaustiva de características").

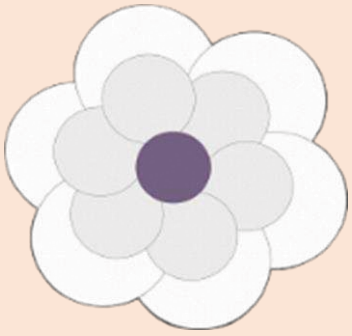
La salud mental se incluye como una categoría en la rueda del poder y el privilegio, lo que resalta su doble asociación con posiciones privilegiadas y marginadas. Las personas con salud mental estable a menudo poseen una mayor capacidad para navegar en sistemas de poder en comparación con aquellas con vulnerabilidades de la salud mental. Esta dinámica, sin embargo, está profundamente entrelazada con otras dimensiones de la identidad, que varían en intensidad e impacto:

- **Ciudadanía/Situación legal:** La inseguridad prolongada en la situación legal exacerba significativamente los problemas de la salud mental entre los refugiados, solicitantes de asilo e inmigrantes indocumentados. Como ya se vio en la Unidad 1.2, factores como la detención, la movilidad restringida y las condiciones de vivienda precarias contribuyen a una mala salud mental [1,2,3].
- **Apariencia/Color de piel:** Los marcadores visibles de diferencia, como el color de la piel o la vestimenta cultural, aumentan significativamente la exposición a la discriminación y la violencia racista, las cuales están fuertemente correlacionadas con el malestar psicológico. Estas experiencias **no se comparten por igual entre los migrantes y refugiados, sino que varían según factores raciales y étnicos.** Las personas fácilmente identificadas como "extranjeros" u "otros" por su apariencia (por ejemplo, tonos de piel más oscuros o vestimenta cultural, como pañuelos en la cabeza) enfrentan mayores riesgos de discriminación y violencia. Aquellos que pueden integrarse en sociedades europeas predominantemente blancas tienen menos probabilidades de recibir ese trato [4,5,6]. Estas disparidades resaltan la carga desproporcionada de la salud mental que soportan los grupos visiblemente marginados.
- **Género:** En la salud mental, los patrones a menudo se alinean con las concepciones tradicionales de feminidad y masculinidad, así como con las expectativas de género. Las mujeres generalmente tienen más probabilidades de experimentar trastornos de internalización, como ansiedad y depresión, que a menudo implican culpa y reproche a sí mismas [7]. Por el contrario, los hombres son más propensos a padecer trastornos de externalización, como el uso o la dependencia de sustancias nocivas, que frecuentemente se manifiestan como un comportamiento agresivo o de confrontación [8,9]. Sin

embargo, los avances recientes en la investigación sobre la salud mental subrayan **la necesidad de capturar situaciones que surgen en la encrucijada de género y otros factores, como la raza y la clase.**

**Descanso para reflexionar:** *Participe en una autorreflexión utilizando la Flor del Poder*

Dibuje una flor grande en una hoja de papel siguiendo el ejemplo siguiente. Etiquete de 6 a 7 pétalos con categorías de identidad relevantes para su contexto, tales como sexo, raza, clase, religión, tipo de familia, formación, capacidad/discapacidad u origen geográfico. El centro de la flor representa la nacionalidad (p. ej., española), los pétalos internos reflejan características específicas (p. ej., género: femenino; religión: musulmán), los pétalos exteriores representan identidades dominantes en la sociedad (es decir, identidades que históricamente han tenido y actualmente tienen más recursos e influencia; por ejemplo, género: masculino; religión: católico).



Después de rellenar sus propias características en los pétalos, reflexione sobre las siguientes preguntas:

- ¿Cuántas de sus características personales difieren de la identidad dominante?
- ¿Cuáles de sus características son fijas o inmutables?
- ¿Qué ideas proporciona esto sobre su propio poder o potencial para ejercer el poder?
- ¿Cómo podría esta comprensión moldear su papel como profesional o voluntario que trabaja con los migrantes y refugiados?

*Fuente: JASS (Just Associates): We Rise Toolkit*

## 3. Interseccionalidad: Un marco para comprender la complejidad

Como se analizó anteriormente, **los individuos ocupan simultáneamente múltiples posiciones en diversas dimensiones de la identidad.** Sin embargo, comprender estas posiciones requiere algo más que simplemente enumerarlas y resumirlas. Es esencial avanzar hacia un análisis colectivo de estas categorías y examinar su interacción e influencia entre sí. Este enfoque integrador revela la naturaleza interconectada de las dimensiones de la identidad y su impacto acumulativo. El concepto de interseccionalidad proporciona información valiosa sobre esta interacción.

La interseccionalidad tiene su origen en las luchas sociales y el movimiento por los derechos civiles de los años 1970 en los Estados Unidos, que estaban dirigidos contra formas de discriminación a múltiples niveles. En aquel momento, la atención se centró en **la opresión específica que sufrían las mujeres negras, que se veían afectadas simultáneamente por el sexismo y el racismo.** Durante mucho tiempo, el concepto ha permanecido restringido dentro de los círculos feministas y académicos. Sin embargo, en los últimos años, la perspectiva interseccional se ha adoptado cada vez más en un contexto más amplio, por ejemplo, en el análisis de las disparidades en salud.

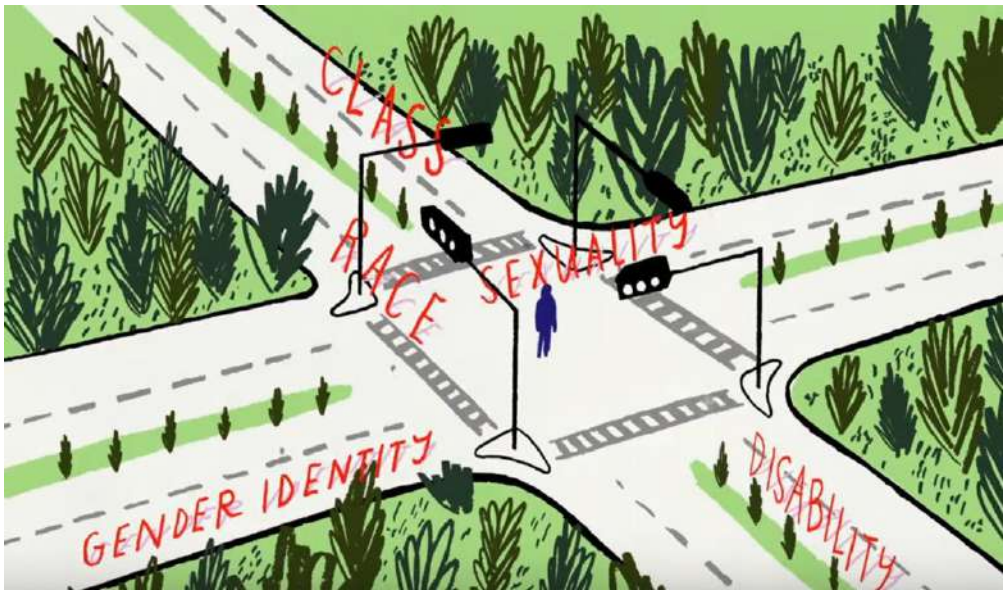
→ **VIDEO:** *Qué es interseccionalidad?* 💻

La conceptualización del término fue introducida a finales de los años 1980 por la abogada y socióloga afroamericana Kimberlé Crenshaw [10,11]. En sus estudios jurídicos utilizó **la metáfora de una intersección de calles (encrucijada) para ilustrar las complejas interacciones entre los marcadores de identidad/sociales y las diferentes formas de discriminación y opresión**, como se presenta en la Imagen 2.2.2 en la página siguiente. Desde entonces, el concepto se ha convertido en una herramienta fundamental de la teoría social, que ofrece ideas sobre cómo las diferentes categorías sociales se cruzan para producir experiencias únicas de desigualdad e injusticia.

Lo innovador del enfoque de interseccionalidad es que **se centra en los efectos simultáneos y superpuestos de diferentes categorías sociopolíticas, que se influyen mutuamente.** Desde este punto de

vista, no basta simplemente con reconocer múltiples dimensiones de la identidad y sumarlas; es necesario comprender la interdependencia entre ellas. En las intersecciones de estas identidades, **los individuos pueden experimentar simultáneamente privilegios y discriminación como resultado de su pertenencia a diferentes grupos sociales.** Por ejemplo, una persona puede ser discriminada por su identidad de género, pero al mismo tiempo experimentar privilegios por su estatus de clase.

**Imagen 2.2.2.** "Interseccionalidad como una encrucijada:
CLASE SOCIAL, RAZA, SEXUALIDAD, IDENTIDAD DE GÉNERO y DISABILIDAD "




*Nota.* Captura de pantalla tomada de materiales del Museo Nacional de Historia y Cultura Afroamericana (NMAAHC) (2017): (NMAAHC) (2017): #APeoplesJourney: Las mujeres afroamericanas y su lucha por la igualdad (ENG); YouTube [28.03.2024].

→ **VIDEO:** *Interseccionalidad y salud* 💻

→ **VIDEO:** *Interseccionalidad y salud mental* 💻

En el caso de los migrantes y refugiados, una perspectiva interseccional puede guiar a los trabajadores de campo a reconocer cómo se originan los procesos de discriminación y exclusión, y cómo el acceso a los recursos y las barreras a la participación se definen por la interacción de varios marcadores sociales de

diferencias. El siguiente caso ejemplifica cómo una perspectiva interseccional puede mejorar la comprensión de escenarios de la vida real:

(…) una joven romaní es discriminada en el mercado laboral porque (i) es romaní y se la percibe como "peligrosa", (ii) es una mujer y, por lo tanto, "está destinada a tener hijos pronto" y (iii) es joven y, por lo tanto, "sin experiencia". Estas circunstancias o factores superpuestos crean una forma compuesta de discriminación que no puede entenderse simplemente sumando cada criterio individual. Al ser considerada inexperta e incompetente, la mujer comparte ciertas experiencias de discriminación con los jóvenes; al suponer que encaja en un papel tradicional, comparte experiencias con otras mujeres; y al ser percibida como peligrosa, comparte experiencias con todos los romaníes, incluidos los hombres. Sin embargo, es la intersección de todos estos elementos lo que hace que su experiencia sea única [12].

Aunque la perspectiva interseccional se ha utilizado a menudo para analizar formas específicas de opresión o discriminación, como en el ejemplo anterior, **también puede ayudar a identificar recursos y oportunidades específicos que se originan en la interacción de diferentes dimensiones.** Los profesionales y voluntarios que trabajan con los migrantes y refugiados están llamados a comprender la complejidad de las situaciones de vida de las personas con las que trabajan, marcadas por la **presencia simultánea de privilegios, discriminaciones y recursos.** La interseccionalidad puede ayudarles a centrarse no sólo en los factores que dificultan sus vidas (por ejemplo, dificultades y adversidades por motivos de género u orientación sexual, experiencias de exclusión y movilidad social descendente por su origen étnico, etc.), sino también en aquellos elementos que, si se desarrollan adecuadamente, pueden representar un recurso y abrir perspectivas de futuro para ellos (por ejemplo, experiencias de pertenencia a una comunidad social o religiosa, el desarrollo de habilidades y conocimientos personales, vínculos sociales y familiares).

◎ Punto clave: **Poner en práctica las ideas de interseccionalidad**

¿Cómo pueden los profesionales y voluntarios que trabajan en el campo poner en práctica los conceptos bastante abstractos de esta unidad? ¿Cómo podemos iniciar un cambio de actitudes y perspectivas en la práctica diaria? Aquí hay algunas sugerencias:

- Piense en la cultura como sólo una dimensión que da forma a las identidades y posiciones personales de los migrantes y refugiados. Recuerde, somos mucho más que la cultura en la que crecimos, y también lo son aquellos con quienes trabaja.
- Concéntrese en la singularidad de cada persona y evite estereotipar a los individuos como representantes de una cultura particular. Si desea comprender el papel de la cultura para una persona específica, simplemente pregúntele al respecto.
- Reconozca que todos, incluido usted mismo, estamos influenciados por aspectos culturales que moldean nuestra forma de pensar, actuar y percibir el mundo. Reflexione sobre cómo su propios antecedentes culturales (junto con otros factores) pueden afectar sus percepciones y evaluaciones de situaciones o comportamientos.
- Vaya más allá de la competencia cultural como marco singular para brindar apoyo. Si bien el conocimiento de una cultura es útil, centrarse en experiencias compartidas y elementos comunes fomentará vínculos más fuertes con aquellos a quienes ayuda.
- Utilice una perspectiva interseccional para comprender las complejas circunstancias de la vida de aquellos a quienes apoya. Considere la interacción de varias dimensiones sociales (tales como género, edad, situación legal) y explore cómo estos factores pueden generar recursos para ayudar a las personas a superar los desafíos.
- ¡Sea reflexivo/a! Su posicionamiento social y experiencias afectan sus encuentros con sus interlocutores. Herramientas como la Rueda del Poder/Privilegio y la Flor del Poder pueden ampliar su conciencia sobre cómo estos factores impactan su trabajo.

## FUENTES

[1] Hajak, V. L., Sardana, S., Verdeli, H., & Grimm, S. (2021). A systematic review of factors affecting mental health and well-being of asylum seekers and refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 643704. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.643704

[2] Boettcher, V. S., & Neuner, F. (2022). The impact of an insecure asylum status on mental health of adult refugees in Germany. *Clinical Psychology in Europe, 4*(1), e6587. https://doi.org/10.32872/cpe.6587

[3] PICUM (2022). *Insecure residence status, mental health and resilience* (Briefing Paper). Descargado el 16 de julio del 2024 del sitio web de PICUM. https://picum.org/our-publications/?_languages=english

[4] Williams, D. R., Lawrence, J. A., Davis, B. A., & Vu, C. (2019). Understanding how discrimination can affect health. *Health Services Research, 54*(Suppl 2), 1374–1388. https://doi.org/10.1111/1475-6773.13222

[5] Antidiskriminierungsstelle des Bundes. (2016). *Diskriminierungsrisiken für Geflüchtete in Deutschland*. Eine Bestandsaufnahme der Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

[6] Szaflarski, M., & Bauldry, S. (2019). The effects of perceived discrimination on immigrant and refugee physical and mental health. *Advances in Medical Sociology, 19*, 173–204. https://doi.org/10.1108/S1057-629020190000019009

[7] Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L., & Glaesmer, H. (2020). Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany. *Conflict and Health, 14*, 44. https://doi.org/10.1186/s13031-020-00291-z

[8] Barbieri, D., García Cazorla, A., & Thil, L. (2021). *Índice de Igualdad de Género 2021:* Salud. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. https://data.europa.eu/doi/10.2839/834132

[9] Organización Mundial de la Salud (2002). Género y salud mental. Ginebra: OMS. https://iris.who.int/handle/10665/68884

[10] Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum, 1*, 139–167.

[11] Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review, 43*, 1241–1299.

[12] Fredman, S. (2016). *Discriminación interseccional en la legislación de la UE sobre igualdad de género y no discriminación*. Oficina de Publicaciones. Comisión Europea, Dirección General de Justicia y Consumidores. https://data.europa.eu/doi/10.2838/241520

**Unidad 2.3:** Enfoques de detección en la salud mental de los migrantes y refugiados

| Descripción de la unidad |
| --- |
| Esta unidad proporciona conocimientos prácticos para los trabajadores sociales, mediadores culturales, voluntarios y otros profesionales relevantes sobre la evaluación de las necesidades de la salud mental en los migrantes y refugiados. Introduce un marco para la colaboración interdisciplinaria, centrándose en los procesos de la detección, intervención y derivación. Para apoyarlo se proporciona una versión breve de la Entrevista de Formulación Cultural (EFC) del DSM-5 como ayuda en la promoción de un entendimiento mutuo entre la persona que busca ayuda y el profesional. Esta unidad también brinda orientación sobre la evaluación del riesgo de suicidio, destacando estrategias para navegar este aspecto complejo pero crítico de la atención a los migrantes y refugiados. |

**Secciones de la unidad:**

1. Introducción
2. Un marco fundamental para evaluar la salud mental en diversos contextos
3. Evaluación de la salud mental: Entrevista de formulación cultural (EFC)
4. Evaluación del riesgo de suicidio: Aspectos clave

## 1. Introducción

La evaluación de la salud mental en diversos entornos plantea desafíos importantes, particularmente para el personal no especializado que puede carecer de la capacitación formal típicamente asociada con el diagnóstico y tratamiento de condiciones de la salud mental [1,2]. Si bien es cierto que en la mayoría de los países, los profesionales especializados (como psicólogos y psiquiatras) son los principales responsables de realizar diagnósticos y tratamientos psicológicos, la realidad es que cualquier profesional o voluntario –ya sea un trabajador social, un mediador cultural o un trabajador de campo– puede encontrarse con personas con problemas de salud mental. Es un mito que el examen de salud mental sea una tarea

reservada únicamente a los expertos. En cambio, es crucial dotar al personal no especializado de habilidades fundamentales para evaluar eficazmente las necesidades de la salud mental [3]. Esto garantiza que puedan identificar los pasos necesarios y guiar las intervenciones apropiadas, incluidos seguimientos y derivaciones relevantes para quienes necesitan apoyo más especializado.

La necesidad de herramientas culturalmente sensibles y adaptables se vuelve aún más apremiante cuando se trabaja con poblaciones como migrantes y refugiados, cuyos diversos orígenes culturales y lingüísticos a menudo desafían los enfoques de evaluación tradicionales centrados en Occidente [1]. La presente unidad aborda estas brechas ofreciendo un marco para la detección de la salud mental adaptado a profesionales no especializados y voluntarios que trabajan con los migrantes y refugiados en diversos contextos.

## 2. Un marco fundamental para evaluar la salud mental en diversos contextos

Las intervenciones psicosociales con los migrantes y refugiados a menudo implican múltiples etapas, cada una de las cuales requiere enfoques personalizados y herramientas especializadas para abordar de manera efectiva las diversas necesidades de esta población. La colaboración interdisciplinaria es vital en estos contextos, particularmente donde los desafíos son complejos y los recursos limitados. En la práctica, esto implica integrar conocimientos especializados de los ámbitos sanitario, educativo, jurídico, de protección y psicosocial para establecer un sistema de atención coordinado y estratificado. La delineación de los papeles e integración cuidadosa de las competencias en todas las disciplinas fomenta un enfoque cohesivo para garantizar que se tomen las acciones adecuadas en cada etapa de la intervención. En esta dirección, el siguiente marco destaca tres pasos fundamentales e interconectados en la evaluación de la salud mental [1,3]:

1) **La detección y la evaluación**, para las que uno tiene que contar con unas **herramientas y marcos adecuados** como apoyo en la evaluación de los siguientes dos factores. → *Herramientas y marcos de evaluación*

Esta fase requiere **herramientas y marcos de evaluación apropiados y culturalmente sensibles para evaluar las necesidades y preocupaciones específicas del individuo.** Las pruebas de detección y las evaluaciones iniciales son fundamentales para determinar si el alcance de la experiencia del profesional o las capacidades de un voluntario pueden abordar adecuadamente estas necesidades. **Las herramientas de evaluación deben cubrir de manera integral dominios como la salud física y mental, la estabilidad socioeconómica y el acceso a recursos jurídicos y educativos** [2].

Además, es fundamental que el personal no especializado tenga la capacidad de realizar un examen del estado mental (EEM) básico para identificar los problemas clave de la salud mental. Un EEM implica observar y documentar aspectos centrales del estado mental de un individuo [3]. Esto incluye **comportamiento y apariencia** (signos relacionados con la forma en que una persona se ve o actúa), **estado de ánimo y afecto** (expresión y regulación de las emociones), **contenido del pensamiento** (el tema de los pensamientos, como delirios, paranoia o ideas suicidas), **trastornos de la percepción** (por ejemplo, alucinaciones) y **cognición** (alteraciones en las capacidades mentales como la memoria, el razonamiento o la toma de decisiones). Estas observaciones proporcionan información crítica que puede guiar una mayor intervención o derivación a especialistas cuando sea necesario. Igualmente importante es comprender que **el proceso de detección y evaluación no consiste en identificar síntomas sino en establecer confianza y una comprensión compartida entre el profesional y la persona que busca ayuda**, como se ilustra en la Unidad 2.1.

2) **Intervención**, proporcionada dentro del **marco de su propia experiencia, utilizando estrategias de intervención seguras.** → *Estrategias seguras de intervención profesional*

**Adaptar las intervenciones para abordar las necesidades y preocupaciones específicas del individuo** es crucial para facilitar la adaptación a un nuevo contexto y reducir el estrés migratorio. Esto requiere enfoques multidisciplinarios, que incluyan asesoramiento psicosocial, programas de empleo y educación/integración, y asistencia jurídica. **Las estrategias de intervención deben ser relevantes para los desafíos actuales que enfrenta el individuo.** También es importante reconocer nuestros límites tanto profesionales como personales.

3) **Derivación**, cuando es necesario movilizar recursos de apoyo y se requiere la intervención de otros profesionales. → *Movilización de recursos y uso de redes de derivación*

**Un profesional o voluntario bien informado, que trabaja dentro de una red expansiva de recursos, está mejor equipado para abordar las intervenciones con mayor confianza**, mitigando el aislamiento que a menudo se encuentra en escenarios complejos de la vida real. **Se debe realizar un mapeo de servicios antes de realizar las pruebas de detección y evaluación para garantizar la disponibilidad de vías de derivación eficaces** [4]. Colaboración con organizaciones de la sociedad civil, municipios y autoridades locales es esencial para optimizar los esfuerzos de apoyo. Establecer relaciones continuas con puntos de contacto en varias agencias facilita una derivación fluida. Las redes de derivación deben incluir tales servicios críticos como **atención médica, apoyo psicosocial, asesoramiento legal, asesoramiento social, mediación cultural y asistencia laboral**, que son vitales para el bienestar psicosocial de los migrantes y losrefugiados [3,4 ].

## 3. Evaluación de la salud mental: Entrevista de formulación cultural (EFC)

Como se vio en la Unidad 2.1, dependiendo del modelo explicativo que un individuo pueda tener con respecto a ciertos desafíos, combinado con el posible estigma que rodea la expresión de problemas de la salud mental, la persona puede sentirse más o menos cómoda hablando sobre temas íntimos con profesionales de la salud. Por ejemplo, si una persona tiene un modelo explicativo más somático de los síntomas de ansiedad (por ejemplo, "dificultad para respirar") y teme ser rechazada por experimentar problemas de la salud mental, puede resultarle particularmente difícil abordar preguntas relacionadas con sus experiencias íntimas, como acontecimientos adversos, o incluso nombrar y aceptar emociones desagradables.

La Entrevista de Formulación Cultural (EFC) fue desarrollada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría como parte de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) **para construir puentes de comunicación entre el trabajador de campo y la persona que busca ayuda** (consulte también Unidad 2.1) [5]. La EFC se basa en el trabajo de Arthur Kleinman, un destacado psiquiatra y antropólogo. El modelo de formulación cultural de Kleinman enfatiza **la importancia de comprender el contexto cultural en el que ocurren los síntomas de la salud mental**, considerando factores como la identidad cultural, el contexto social y el significado de la enfermedad dentro de diferentes marcos culturales.

**¿Cómo puede resultarme útil la EFC como a trabajador social, mediador cultural o voluntario?**

La EFC es valiosa para los trabajadores sociales, mediadores culturales y voluntarios, ya que ayuda en la comunicación y genera confianza con personas de diversos orígenes, lo que facilita abordar las barreras y mejorar el apoyo general.

| Examen breve adaptado de la Entrevista de formulación cultural (EFC) del DSM-5 | |
|---|---|
| **Explicación** | **Formulación sugerida** |
| **Definición cultural del problema**<br>*(Comprender las definiciones culturales del problema)* | |
| Obtenga la visión del individuo sobre los problemas centrales y las preocupaciones clave. Céntrese en la forma propia del individuo de entender el problema. Utilice el término, expresión o breve descripción indicada en la pregunta al lado para identificar el problema en preguntas posteriores (por ejemplo, "su conflicto con su hijo"). | ***¿Qué te trae por aquí hoy?*** *Las personas a menudo entienden sus problemas a su manera, que puede ser similar o diferente a la forma en que los médicos describen el problema. ¿Cómo describirías tu problema?* |
| **Percepciones culturalmente específicas de posibles causas, contexto y apoyo disponible para la persona que busca ayuda**<br>*(Identificar percepciones culturales de la causa, contexto y sistemas de apoyo)* | |
| Esta pregunta indica la importancia del problema para la persona, que podría ser relevante para el tratamiento clínico. Tenga en cuenta que las personas pueden identificar múltiples causas, según el aspecto del problema que estén considerando. | *¿Por qué crees que te ha pasado esto? ¿Cuáles crees que son las causas del problema?* |
| Céntrese en las opiniones de los miembros de la red social de la persona. Estas pueden ser diferentes y pueden diferir de las de la persona. | *¿Qué piensan los demás en tu familia, tus amigos u otras personas de tu entorno sobre las causas de tu problema?* |
| **Factores culturalmente específicos que afectan las estrategias de afrontamiento y las solicitudes previas de ayuda**<br>*(Explore los factores que afectan la capacidad de afrontar la situación y las conductas pasadas de búsqueda de ayuda)* | |

| | |
|---|---|
| Pregunte sobre los diferentes tipos de opciones de apoyo (por ejemplo, tratamiento médico, atención psiquiátrica, grupos de apoyo, asesoramiento en el trabajo, medicina tradicional, asesoramiento religioso o espiritual y otras formas de tratamiento tradicional o alternativo). | *Las personas suelen buscar diferentes tipos de ayuda, incluidos diferentes médicos, ayudantes o curanderos. ¿Qué tipos de tratamiento, ayuda, asesoramiento o curación ha buscado en el pasado para su afección?* |
| Aclare la experiencia y valoración de la persona respecto a la ayuda que recibió | *¿Qué tipos de ayuda o tratamiento fueron los más útiles? ¿Cuáles no lo fueron?* |
| **Factores culturalmente específicos que influyen en la solicitud actual de ayuda**<br>***(Reconozca el impacto de los factores culturales en la relación entre la persona y el profesional)*** | |
| Aclare las necesidades y expectativas actuales percibidas por la persona de una ayuda sin limitaciones. Concéntrese en las opiniones de su red social con respecto a su comportamiento de búsqueda de ayuda. | ¿Qué tipo de ayuda cree que sería más útil para su problema en este momento? |
| Explore cualquier inquietud relacionada con el centro de tratamiento o la relación médico-paciente, incluido el racismo percibido, las barreras del idioma o las diferencias culturales que podrían afectar su disposición a buscar ayuda, la comunicación o la calidad de la atención. | *¿Alguna vez le ha preocupado esto? ¿Hay algo que podamos hacer para garantizar que reciba el tratamiento que necesita?* |

Nota: Adaptado de APA/Falkai et al., 2015, citado en Lersner & Kizilhan, 2017

## 4. Evaluación del riesgo de suicidio: Aspectos clave

Los trabajadores de campo, incluidos los voluntarios, pueden encontrarse con situaciones en las que tengan que evaluar si la vida de una persona con la que trabajan está en peligro debido a pensamientos suicidas. Las revisiones sistemáticas y los metaanálisis revelan que estas poblaciones experimentan tasas significativamente más altas de suicidio y conductas suicidas (como intentos e ideas) que el público general. **Las experiencias de adversidad y aislamiento social contribuyen profundamente a este mayor riesgo.** Como se vio en el Módulo 1, **la vulnerabilidad se ve agravada por la intrincada red de desafíos socioeconómicos, culturales y psicológicos que enfrentan** [6,7,8].

Hablar sobre el suicidio puede ser un desafío tanto para quienes buscan ayuda como para quienes los apoyan, especialmente si estos últimos no están capacitados o no están acostumbrados a abordar estos temas. Sin embargo, **sólo porque sea un tema difícil no significa que pueda ignorarse**. Por esta razón, la

siguiente sección proporciona herramientas básicas para ayudar a los trabajadores de campo a sentirse más preparados para abordar este delicado tema.

Sin embargo, más allá de una perspectiva impulsada por la crisis, es vital comprender que **cuando las personas se sienten atrapadas en sus circunstancias, su angustia a menudo se manifiesta en declaraciones cargadas de emociones**, incluidas expresiones de intención suicida. **Estas declaraciones tienen menos que ver con la finalidad y más con comunicar la profundidad de su dolor y hacer una petición desesperada de reconocimiento.** Por lo tanto, los trabajadores de campo deben abordar esos momentos con empatía, reconociendo la gravedad de los sentimientos de la persona [8,9].

### *El papel de la responsabilidad colectiva en la prevención del suicidio*

Al abordar el riesgo de suicidio entre los migrantes y refugiados, es importante reconocer que, **si bien los profesionales de la salud y trabajadores del campo desempeñan un papel fundamental, no están solos en el manejo de estas situaciones complejas.** La prevención del suicidio no debe recaer únicamente en los hombros de los profesionales individuales; **es una responsabilidad colectiva compartida por organizaciones, comunidades y redes de apoyo.** La responsabilidad de proteger a las personas en riesgo está incorporada en marcos estructurales que garantizan los recursos y una responsabilidad. Las investigaciones enfatizan que los sistemas de salud deben tomar medidas proactivas para identificar y abordar el riesgo de suicidio en diversos entornos de atención. Desafortunadamente, muchas organizaciones no brindan apoyo adecuado, lo que deja a unos proveedores enfrentar estos riesgos de forma aislada.

La prevención del suicidio debe considerarse parte de **una estrategia más amplia y coordinada que implique una responsabilidad organizacional clara, evaluaciones periódicas de riesgos, protocolos integrales de atención y seguimiento, así como un seguimiento exhaustivo.** El último también debería incluir derivaciones y servicios de rehabilitación apropiados para las personas en riesgo, así como apoyo para quienes brindan atención. Los trabajadores de campo deben estar equipados no sólo con las habilidades, sino también con **el respaldo institucional para intervenir eficazmente.** La incorporación de

estos elementos garantiza que ningún profesional soporte la carga emocional y logística de gestionar estos escenarios por sí solo.

### *Principios básicos para responder a las expresiones de intención suicida*

En esencia, cuando alguien expresa pensamientos suicidas, puede estar diciendo: "El dolor es tan abrumador que no puedo ver el futuro". **Validar este dolor** (reconocer la sensación de estar atrapado) **puede ofrecer la sensación de ser visto y oído.** Afirmaciones como: "Parece que esta situación parece tan abrumadora que es difícil ver alternativas en este momento", reflejan tanto empatía como aceptación de su experiencia. A continuación se proporcionan unas recomendaciones adicionales para responder a las expresiones de intención suicida [8,9].

- **Mantenga una actitud abierta.** Mantener una actitud abierta hacia la exploración culturalmente sensible para evaluar el riesgo actual del individuo, considerando tanto los tabúes como los factores protectores, tales como las creencias y actitudes culturales o religiosas con respecto al suicidio. **Pregúntele a la persona si tiene pensamientos sobre la muerte en general.** Si, por motivos religiosos o culturales, el suicidio es un tabú para el cliente, será muy difícil que la persona lo verbalice ya que estos pensamientos vendrán unidos a la culpa. Mantenga una conversación abierta, empática y amigable, evitando juicios y al mismo tiempo mostrando comprensión por el conflicto que pueda sentir la persona [9].

- **Valide emociones.** Muestre comprensión de estos pensamientos en el contexto de su vida actual. Demostrar respeto y comprensión hacia estos pensamientos puede fortalecer la relación y promover la confianza.

- **Tome a la persona en serio.** Es posible que en el contexto de una amenaza de deportación, el individuo exprese un deseo de morir en lugar de regresar a su lugar de origen. Aunque en ocasiones estas expresiones puedan ser percibidas como búsqueda de atención o instrumentalización para frenar la deportación, es importante recordar que, en su función de

profesional o voluntario, debe tomar en serio estas expresiones y actuar dentro de su ámbito de intervención: valorar, intervenir, derivar.

- **Normalice.** Recuerde que los pensamientos relacionados con la muerte forman parte de la sintomatología de algunas condiciones clínicas, como la depresión o el trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, no es necesario tener un diagnóstico clínico para experimentar pensamientos suicidas. Transmítale a la persona que no está sola con estos pensamientos. Otros en situaciones similares también los experimentan. No es un síntoma de "locura" sino una expresión de desesperación ante una situación difícil.
- **Reforzar y aliviar.** Elogie a su cliente por buscar ayuda y encontrar la confianza para abrirse y hablar sobre estos pensamientos. Este es el primer paso para encontrar alternativas al suicidio. Han hecho lo correcto - refuerce esta idea.
- Utilice herramientas de evaluación culturalmente sensibles. Evalúe los posibles problemas de la salud mental subyacentes para brindar tratamiento y/o derivar en consecuencia.
- **No estás solo/a; conectar y/o referir a otros profesionales.** Si es necesario, active recursos derivando al cliente a un entorno más protector si el riesgo de suicidio es alto y sus capacidades de intervención han llegado a su límite. Esto podría ir desde derivar a un colega con más experiencia y formación para evaluar estos aspectos, hasta un profesional de la salud, una clínica o servicios de urgencias dependiendo del riesgo y urgencia de actuar.
- **Activar recursos a medio plazo.** Una vez evaluados los recursos, active recursos formales, informales o institucionales derivando al individuo a otros profesionales que puedan abordar aspectos tales como cuestiones legales (por ejemplo, relacionadas con el estatus migratorio), sociales (por ejemplo, activación de grupos de apoyo), socioeconómicas (por ejemplo, empleo o vivienda) o familiares (por ejemplo, resolución de conflictos familiares).

### *Mitos relacionados con pensamientos y comportamientos suicidas*

Existen muchos mitos sobre las conductas suicidas. **Estos conceptos erróneos pueden llevar a algunos proveedores a sentirse ansiosos o no preparados trabajando con personas en apuros.** Adquirir

conocimientos, formación y experiencia en la intervención en crisis de suicidio mejora significativamente la competencia de un orientador y, por tanto, su confianza. El entrenamiento debe centrarse en aumentar la capacidad de mantener la calma ante emociones intensas.

Un primer paso para trabajar en esta dirección es identificar algunos conceptos erróneos dañinos sobre los pensamientos y comportamientos suicidas. La siguiente tabla presenta 10 mitos comunes identificados por la OMS [10].

| Diez mitos comunes sobre pensamientos y comportamientos suicidas | |
|---|---|
| **Mito** | **Realidad** |
| **Mito 1: Las personas que hablan de suicidio no se harán daño a sí mismas ya que sólo quieren atención.** | Un orientador debe tomar todas las precauciones cuando se enfrenta a una persona que habla sobre ideación, intención o plan suicida. **Todas las amenazas de autolesión deben tomarse en serio.** |
| **Mito 2: Si un orientador habla con un paciente sobre el suicidio, le está dando la idea a la persona.** | Un consejero no provoca un comportamiento suicida simplemente preguntando si los pacientes están considerando hacerse daño. **La validación del estado emocional del individuo y la normalización de la situación inducida por el estrés son componentes necesarios** para reducir la ideación suicida. |
| **Mito 3: El suicidio siempre es impulsivo y ocurre sin previo aviso.** | El suicidio puede parecer impulsivo, **pero es posible que esté considerado durante algún tiempo.** Muchos individuos suicidas dan algún tipo de mensaje verbal o conductual sobre sus ideas de intención de hacerse daño. |
| **Mito 4: Los individuos suicidas quieren morir o están decididos a suicidarse.** | La mayoría de las personas que se sienten suicidas comparten sus pensamientos con al menos otra persona, o llaman a una línea telefónica de crisis o a un médico, lo que es **evidencia de ambivalencia, no de compromiso de suicidarse.** |
| **Mito 5: Cuando un individuo muestra signos de mejoría o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro.** | Uno de los momentos más peligrosos es inmediatamente después de la crisis, o cuando la persona está en el hospital tras un intento. La semana siguiente al alta es aquella en la que la persona se muestra particularmente frágil y en peligro de autolesionarse. Dado que **un predictor de la conducta futura es la conducta pasada, la persona suicida a menudo sigue estando en riesgo.** |
| **Mito 6: El suicidio es siempre hereditario.** | No todos los suicidios pueden vincularse a la herencia y los estudios concluyentes son limitados. Sin embargo, **los antecedentes familiares de suicidio son un factor de riesgo importante para la conducta suicida**, particularmente en familias donde la depresión es común. |
| **Mito 7: Las personas que intentan o se suicidan siempre tienen un trastorno mental.** | Las conductas suicidas se han asociado con depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos mentales, además de |

| | |
|---|---|
| | conductas destructivas y agresivas. Sin embargo, esta asociación no debe sobreestimarse. La proporción relativa de estos trastornos varía en diferentes lugares y hay **casos en los que no se manifestó ningún trastorno mental.** |
| **Mito 8: El suicidio sólo le ocurre a "ese otro tipo de personas", no a nosotros.** | **El suicidio les ocurre a todo tipo de personas y se encuentra en todo tipo de sistemas sociales y familias.** |
| **Mito 9: Una vez que una persona ha intentado suicidarse, nunca volverá a intentarlo.** | Los intentos de suicidio son **un predictor crítico del suicidio.** |
| **Mito 10: Los niños no se suicidan porque no comprenden la finalidad de la muerte y son cognitivamente incapaces de realizar un acto suicida.** | Aunque es raro, los niños se suicidan y cualquier gesto, a cualquier edad, debe tomarse en serio. |

*Nota:* Adaptado de la OMS (2006)

### *Diferenciar entre una crisis psicosocial y una emergencia psiquiátrica*

Comprender la **diferencia entre una crisis psicosocial y una emergencia psiquiátrica** es esencial en este contexto, ya que orienta a los trabajadores de campo a brindar la respuesta e intervención adecuadas. **Una emergencia psiquiátrica requiere una acción inmediata para garantizar la seguridad de la persona y de los demás,** mientras que **una crisis psicosocial puede necesitar intervenciones de apoyo sin la misma urgencia.** Este conocimiento ayuda a asignar recursos de manera efectiva, garantizar que las personas reciban el nivel adecuado de atención y generar confianza al abordar cada situación de manera adecuada. En la siguiente tabla, se enumeran algunos factores clave que pueden ayudar a identificar el tipo de crisis que podría enfrentar [11].

| **¿Crisis Psicosocial o Emergencia Psiquiátrica?** | |
|---|---|
| **Crisis Psicosocial** | **Emergencia psiquiátrica** |
| • Crisis subjetiva grave.<br>• Colapso de la capacidad de afrontamiento o de los recursos.<br>• Intervenciones en 24-48 horas.<br>• Puede resultar útil un enfoque multidisciplinario. | • Emergencia médica objetiva.<br>• Peligro que amenaza la vida.<br>• Se requiere una intervención inmediata.<br>• Se requiere una intervención multidisciplinar.<br>• Respuesta orientada a la acción. |

| | |
|---|---|
| • Establecer contacto, orientar hacia soluciones y activar recursos. | |

Nota: Adaptado de Stein, C. (2020)

### *Consideraciones al evaluar el riesgo de suicidio inmediato*

Como se vio anteriormente, no sólo existen factores de riesgo, sino también recursos y capacidades, que ayudan a la persona a seguir adelante y prevenir el suicidio. Por lo tanto, explorar un tema tan delicado implica desarrollar una conversación, donde se deben considerar ambos aspectos. En la Imagen 2.3.1 en la página siguiente se utiliza un sistema de semáforo para ilustrar los niveles de riesgo de suicidio. Cada color corresponde a factores que influyen en el riesgo: a medida que se acumulan más factores de riesgo, aumenta el nivel de preocupación, lo que guía la urgencia de la intervención. Es importante señalar que los factores de riesgo y de protección están correlacionados y son acumulativos. Esto significa que las personas con algunos factores de riesgo tienen más probabilidades de experimentar riesgos adicionales y pueden tener menos factores de protección.

**Imagen 2.3.1.** "Factores protectores y de riesgo en la conducta suicida"

**Verde**: representa factores protectores, lo que indica un riesgo bajo.

**Amarillo**: representa riesgo moderado de problemas de la salud mental o crisis de vida.

**Naranja**: resalta indicadores de alto riesgo como pensamientos o comportamientos suicidas.

**Rojo**: denota un riesgo grave vinculado a factores psicológicos y sociales.

La Figura 2.3.2 presenta otra imagen que amplía este concepto al presentar un modelo continuo para ayudar a los trabajadores de campo a identificar reacciones angustiantes que pueden requerir apoyo [12]. Como se analizó en la Unidad 1.1, la salud mental existe en un amplio espectro, que va desde un funcionamiento positivo y saludable a un extremo hasta síntomas o afecciones graves que impactan significativamente la vida diaria en el otro extremo. Es importante destacar que la salud mental no es ni fija, ni estática; Los individuos avanzan y retroceden a lo largo de su camino personal en respuesta a factores estresantes y experiencias. El concepto de una continuidad proporciona a los trabajadores de campo un marco práctico y no estigmatizante para identificar problemas de la salud mental. El marco también destaca señales de advertencia observables, como cambios en los sentimientos, el pensamiento, el comportamiento o el aspecto físico, que pueden servir como pistas o "señales de alerta" del riesgo de suicidio. Las estrategias clave incluyen: (a) observar cambios dramáticos en el comportamiento; (b) supervisar los cambios a lo largo del tiempo; (c) hablar sobre las inquietudes y hacer preguntas directas, que suele ser el paso más desafiante [12]. Más adelante se proporcionará más información sobre cómo iniciar una conversación sobre el suicidio.

Ambos modelos está destinado únicamente a fines de referencia, para ayudar a agilizar el proceso de evaluación del riesgo de suicidio. Su objetivo es equipar a los trabajadores de campo con herramientas para distinguir entre fluctuaciones emocionales normales y signos preocupantes que requieren intervención inmediata. Sin embargo, siempre es esencial no tomar decisiones de forma aislada y discutir casos específicos dentro del contexto de su equipo cuando no esté seguro/a.

**Imagen 2.3.2.** "Reacciones ordinarias y angustiosas en el modelo continuo de la salud mental"

| | Verde | Amarillo | Naranja | Rojo |
|---|---|---|---|---|
| **Cambios de sentimientos** | • Fluctuaciones normales en el humor<br>• Sentido de propósito<br>• Disfrute de la vida | • Irritabilidad<br>• Impaciencia<br>• Pérdida parcial de placer en intereses habituales | • Abrumado<br>• Inseguridad constante<br>• Pérdida de placer en intereses habituales | • Estado depresivo<br>• Ataque de pánico<br>• Culpa<br>• Desesperación |
| **Cambios de pensamientos** | • Buena concentración<br>• Actitud positiva | • Pérdida parcial de concentración<br>• Mala memoria | • Baja concentración<br>• Malas decisiones<br>• Actitud negativa | • Incapacidad de concentrarse<br>• Pensamientos frecuentes de suicidio |
| **Cambios de comportamiento** | • Rendimiento laboral constante<br>• Actividad social<br>• Percepción calma de las cosas | • Cambios pequeños en el rendimiento laboral<br>• Actividad social reducida | • Cambios notables en el rendimiento laboral<br>• Evitación social y aislamiento | • Cambios substanciales en el rendimiento laboral<br>• Aislamiento, evitación de eventos sociales<br>• Accesos de ira |
| **Cambios físicos** | • Buen estado físico<br>• Buen nivel de energía | • Tensión muscular<br>• Nivel bajo de energía | • Tensión incrementada, Dolores,<br>• Fatiga incrementada | • Enfermedad física<br>• Fatiga constante, agotamiento |

*Nota.* Adaptado de Harman (n.d)

### *Iniciar la conversación sobre el suicidio*

Hablar del suicidio y la autolesión nunca es fácil. A continuación se sugieren algunas preguntas que pueden ayudar a romper el hielo y abordar este delicado tema [13]. Nuevamente, el objetivo de estas preguntas no es que se hagan de manera literal o similar a una entrevista. En cambio, **se recomienda crear un ambiente empático y respetuoso donde la persona se sienta segura para hablar abiertamente sobre sus luchas.**

| **Cómo hablar sobre el suicidio o la autolesión** |
|---|
| **1. Cree una atmósfera segura y privada para que la persona comparta sus pensamientos. No juzgues a la persona por ser suicida. Ofrézcase a hablar con la persona a solas o con otras personas de su elección.** |
| **2. Utilice una serie de preguntas en las que cualquier respuesta conduzca naturalmente a otra pregunta. Por ejemplo:** |

- Comience con el presente: *¿Cómo te sientes?*
- Reconozca los sentimientos de la persona: *Te ves triste/molesto. Quiero hacerte algunas preguntas al respecto.*
- *¿Cómo ves tu futuro? ¿Cuáles son tus esperanzas para el futuro?*
- *A veces la gente siente que no vale la pena vivir la vida. ¿Puedes decirme cómo te sientes acerca de tu propia vida?*
- *¿Cuáles son algunos de los aspectos de tu vida que hacen que valga la pena vivirla?*
- *¿Cuáles son algunos de los aspectos de tu vida que pueden hacerte sentir o pensar que no vale la pena vivirla?*
- *¿Te encuentras deseando un escape permanente de la vida?*
- *¿Cómo te pasaría eso? ¿Qué podrías hacer para lograrlo?*
- *¿Piensas en tu propia muerte o en morir?*
- *¿Alguna vez has pensado en hacerte daño o intentar quitarte la vida?*

**3. Si la persona ha expresado ideas suicidas se le puede preguntar:**

- *¿Piensas en hacerte daño?*
- *¿Cuándo empezaste a experimentar estos pensamientos y sentimientos?*
- *¿Qué pasó antes de que los tuvieras?*
- *¿Has hecho algún plan para acabar con tu vida?*
- *¿Has considerado cuándo hacerlo? ¿Alguna vez has intentado suicidarte?*
- *¿Puedes evitar tenerlos distrayéndote con una actividad u otros pensamientos más positivos?*
- *¿Alguna vez has actuado sobre estos pensamientos?*
- *Si no ha actuado en consecuencia, ¿qué tan cerca cree que estuvo de actuar?*
- *¿Qué te impidió actuar en consecuencia?*
- *¿Crees que podrías actuar sobre estos pensamientos de autolesión o suicidio en el futuro?*
- *¿Tiene un plan para hacerse daño o quitarse la vida? ¿Puedes contarnos más al respecto?*
- *¿Tiene a tu disposición esos métodos para quitarse la vida, como pastillas sin receta, pastillas recetadas, cuchillos o la proximidad a un balcón, puente o metro?*
- *Si te quitaras la vida, ¿qué imaginas que les pasaría después de morir a aquellas personas que son importantes para ti?*

**4. Evalúe los factores de protección preguntando:**

- *¿Cómo te sientes acerca de tu propio futuro?*
- *¿Qué te ayudaría a sentirte o pensar de manera más positiva, optimista o esperanzadora sobre tu futuro?*
- *¿Qué haría más (o menos) probable que intentaras quitarte la vida?*
- *¿Qué sucede en tu vida que te hace desear morir o escapar de la vida?*
- *¿Qué sucede en tu vida que te ayuda a querer vivir?*
- *Si comenzaras a tener pensamientos sobre hacerte daño o suicidarte nuevamente, ¿qué harías para evitarlos?*

Nota: Adaptado de mhGAP-HIG (2015) de la OMS y la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (n.d.)

*Establecer un acuerdo verbal y desarrollar un plan de seguridad colaborativo*

Cuando el riesgo de suicidio es de moderado a alto, establecer un acuerdo verbal y desarrollar un plan de colaboración puede ser una forma eficaz de respaldar la seguridad de una persona que experimenta pensamientos o conductas suicidas. **Un plan tiene como objetivo garantizar la seguridad y proporcionar una guía proactiva en momentos de crisis, cuando la agitación emocional o psicológica puede impedir el pensamiento claro.** Por lo general, el plan captura estrategias de afrontamiento y pasos específicos para buscar ayuda cuando se intensifican los pensamientos suicidas. Cualquiera que sea el formato, este plan se crea conjuntamente con el individuo, enfatizando su autonomía y aportes para identificar qué estrategias resuenan más en él cuando navega por emociones angustiosas [3].

El enfoque de este procedimiento es la opción de introducir **un acuerdo verbal.** El acuerdo significa el compromiso de **la persona de permanecer segura hasta la próxima reunión, con una comprensión del papel que desempeñan los recursos disponibles para respaldar su seguridad.** Sin embargo, como se describió anteriormente, un acuerdo verbal no asigna la responsabilidad únicamente al individuo. En cambio, reconoce que **la seguridad también es responsabilidad de una red más amplia: el sistema de salud, los servicios de la salud mental y las estructuras de apoyo a la persona desempeñan su papel.** Este compromiso de mantenerse seguro debe basarse en la responsabilidad colectiva de estos sistemas. Cuando se llega a un acuerdo verbal, éste se debe entender como un compromiso mutuo y estructural entre la persona, su comunidad y los profesionales involucrados, más que una promesa aislada de un individuo. Como parte del procedimiento, los siguientes pasos proporcionan una estructura y claridad [9]:

1) **Introducir un acuerdo verbal**

Se presenta la opción de realizar un acuerdo verbal y un plan de seguridad, asegurando que la persona esté en condiciones de comprometerse con él (por ejemplo, no bajo la influencia del alcohol u otras sustancias que puedan afectar su juicio). Redacción sugerida: "A algunas personas que experimentan dificultades similares les resulta útil llegar a un acuerdo verbal. ¿Te gustaría que nos pusiéramos de acuerdo ahora para garantizar que puedas permanecer a salvo hasta nuestra próxima reunión?"

2) **Compromiso verbal con la seguridad**

El individuo se compromete a permanecer vivo, seguro e ileso hasta su próxima cita, especificando la fecha y hora. Este acuerdo incluye un reconocimiento verbal de que no pondrán en peligro su vida, intencionalmente o no, y el compromiso de utilizar todos los recursos disponibles a su disposición para mantener su seguridad.

→ *Este acuerdo verbal por parte del cliente debe complementar el desarrollo de un plan integral de seguridad, que esté respaldado por las acciones de los proveedores. Por su parte, los profesionales y los voluntarios también deben comprometerse a garantizar que existan mecanismos de seguridad y apoyo continuo. Estos mecanismos incluyen, y a veces presuponen, varios componentes clave: mapear los servicios disponibles (incluidos detalles específicos como los horarios de funcionamiento de las clínicas de emergencia o los bancos de alimentos, especialmente para personas en condiciones precarias), facilitar el intercambio de información en todo el contexto organizacional, manteniendo al mismo tiempo una estricta confidencialidad, movilizar recursos e involucrar activamente a los cuidadores del individuo o a una red de apoyo más amplia [3].*

**3) Plan de contacto de emergencia**

De manera colaborativa se desarrolla un plan de emergencia, identificando a quién contactará la persona si su condición empeora. Esta lista puede incluir hasta tres personas de confianza (familiares, amigos o personas de apoyo) y/o un profesional o institución de la salud mental. La persona debe tener fácil acceso a sus contactos de emergencia; por ejemplo, mantener una nota escrita con nombres y números de teléfono en su billetera o teléfono.

**4) Confirmar el acuerdo**

Tanto el trabajador de campo como el individuo confirman verbalmente su comprensión y aceptación del acuerdo, asegurando claridad sobre sus respectivos papeles en el plan de crisis.

**5) Hacer un seguimiento**

Se informa a la persona la hora y el lugar de su próxima cita, y se le anima a utilizar los contactos de emergencia acordados o los recursos de crisis antes de la reunión en caso de necesidad.

**El compromiso verbal es sólo un elemento dentro de un procedimiento más amplio de planificación colaborativa de la seguridad, pero es crucial para establecer un sentido de seguridad y responsabilidad compartida.** Puede resultar especialmente eficaz cuando las barreras del idioma o las diferencias

educativas dificultan la comprensión de los documentos escritos. La planificación de la seguridad también puede incluir la identificación de una variedad de estrategias adaptadas a las necesidades y preocupaciones singulares de la persona, como aplicar técnicas calmantes para las emociones angustiantes, practicar el cuidado personal, mantener una dieta nutritiva, establecer límites saludables y crear rutinas de sueño consistentes. Estos elementos forman conjuntamente **una "caja de herramientas" a la que la persona puede acceder cuando enfrenta emociones intensas y difíciles.**

**No hay dos planes de seguridad iguales**; un plan debe seguir siendo flexible y receptivo, evolucionando junto con las circunstancias cambiantes del individuo. Desde este punto de vista, **los planes de seguridad no están sujetos a plantillas rígidas o predeterminadas, sino que son documentos dinámicos y vivos que se adaptan a las complejidades y circunstancias cambiantes del viaje de cada persona.**

Los controles periódicos son cruciales para mantener la confianza y ajustar el plan según sea necesario. Los proveedores deben alentar la revisión del plan de seguridad durante las sesiones de seguimiento para garantizar que siga siendo relevante y eficaz. Igualmente importante es abordar este proceso con sensibilidad cultural. Si el individuo lucha con el término "suicidio" debido a tabúes culturales o malestar personal, renombrar el plan como un recurso "para mantenerle a salvo" o "para navegar en momentos de crisis" puede hacerlo más accesible y solidario [13].

Para mejorar la utilidad de un plan de seguridad, es importante ofrecer formatos que se alineen con las preferencias y necesidades de acceso del individuo. Para algunos, una copia tangible en papel puede servir como un recurso confiable, mientras que otros podrían beneficiarse más de herramientas electrónicas o basadas en aplicaciones, o de una simple foto almacenada en su teléfono para una fácil referencia. Cualquiera que sea el formato, el proveedor debe mantener una copia documentada, lo que garantiza una transición fluida de la atención. Se deben establecer protocolos estandarizados para almacenar, revisar y actualizar los planes de seguridad dentro de las estructuras organizacionales **para evitar la redundancia y reducir el costo emocional de contar repetidamente experiencias angustiosas, que las personas a menudo enfrentan** [3].

Si la persona tiene pensamientos suicidas pero no hay peligro inmediato para su vida, es hora de derivarla a un profesional de la salud mental. Si ya están en contacto con un profesional, anímela a plantear estos pensamientos durante su próxima cita o a solicitar una reunión más temprana si la cita no es lo suficientemente pronto. Si no se puede concertar una cita en los próximos días, es recomendable crear un plan de seguridad más detallado. La siguiente tabla resume los pasos básicos a considerar al desarrollar un plan de seguridad para abordar los pensamientos suicidas agudos [14].

| Pasos para crear un plan de crisis para afrontar pensamientos suicidas agudos |
|---|
| 1. **Identificación de señales de alerta de una crisis suicida.** *¿Cómo notarás que es momento de usar/activar el plan de emergencia?* |
| 2. **Estrategias de afrontamiento que se pueden utilizar de forma independiente.** *¿Qué acciones puedes tomar por tu cuenta para gestionar estos pensamientos y evitar actuar en consecuencia?* |
| 3. **Personas y situaciones sociales que te distraen de estos pensamientos.** *¿Existen personas o entornos sociales que puedan ayudarte a redirigir tus pensamientos? ¿Hay lugares donde te sientes seguro/a y protegido/a?* |
| 4. **Personas solidarias a las que puedes acudir en busca de ayuda.** ¿A quién puedes acudir para obtener apoyo emocional o compartir tus dificultades? |
| 5. **Contactos con centros de ayuda profesionales** |

*Nota:* Adaptado de Stanley, B., & Brown, G. K. (2012)

## FUENTES

[1] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie.* Hogrefe Verlag.

[2] Organización Internacional para las Migraciones (2020). Kit de herramientas para la evaluación de los factores individuales *Protección y Asistencia para Personas Migrantes Vulnerables a la Violencia, la Explotación y el Abuso: Gestión de casos individuales*. Descargado el 12 de octubre del 2024 de https://www.iom.int

[3] Organización Mundial de la Salud (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies*. Ginebra: OMS.

[4] Ager, A., & Strang, A. (2008). Understanding integration: A conceptual framework. *Journal of Refugee Studies, 21*(2), 166–191. https://doi.org/10.1093/jrs/fen016

[5] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

[6] Amiri, S. (2022). Prevalence of Suicide in Immigrants/Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research*, 26(2), 370–405. https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1802379

[7] Cogo, E., Murray, M., Villanueva, G., Hamel, C., Garner, P., Senior, S. L., & Henschke, N. (2022). Suicide rates and suicidal behaviour in displaced people: A systematic review. *PloS one*, *17*(3), e0263797. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263797

[8] Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2018). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview. *International journal of environmental research and public health*, *15*(7), 1438. https://doi.org/10.3390/ijerph15071438

[9] Gräßer, M., Iskenius, E. L., Hovermann jun., E. (2017). Tehrapie-Tools. Psychotherapie für Menschen mit Migraitons- und Fluchterfahrung. (1st ed.). Beltz.

[10] Organización Mundial de la Salud (2006). Preventing suicide: a resource for counselors. Ginebra: OMS.

[11] Stein, C. (2020). *Spannungsfelder der Krisenintervention* (2nd ed.). W. Kohlhammer GmbH. https://doi.org/10.17433/978-3-17-034163-0

[12] Harman, G. (n.d.). ADF suicide prevention – BeyondBlue. Descargado el 18 de septiembre del 2024 de https://researchcentre.army.gov.au/sites/default/files/suicide_primer_beyondblue.pdf

[13] Registered Nurses' Association of Ontario (n.d.). Interview questions for assessment of suicidal ideation and plan. Nursing Best Practice Guidelines. Descargado el 18 de septiembre del 2024 de https://bpgmobile.rnao.ca/content/interview-questions-assessment-suicidal-ideation-and-plan

[14] Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 256–264. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001

**Unidad 2.4:** Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

| Descripción de la unidad |
| --- |
| Esta unidad está diseñada para mejorar la capacidad de los participantes para reconocer y evaluar crisis e implementar eficazmente primeros auxilios psicológicos (PAP) en el contexto de la migración. El objetivo principal es promover y salvaguardar la salud mental y el bienestar psicosocial de los migrantes y refugiados. A través del debate sobre los principios básicos, las prácticas clave y los diversos modos de aplicación de los PAP, los participantes estarán mejor equipados para crear un entorno inclusivo y de apoyo para las personas con quien trabajan. Esto les permitirá responder de manera eficaz y empática a las diversas necesidades de la salud mental que puedan surgir en esta población. |

**Secciones de la unidad:**

1. Introducción
2. Definición de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Propósito y componentes
3. Guía de los PAP en Diferentes Crisis: "Ver, Escuchar, Conectar"
4. Un caso práctico de los PAP para una práctica reflexiva

## 1. Introducción

Cuando ocurren eventos angustiosos, como desastres naturales, accidentes, incendios o incidentes de violencia interpersonal (por ejemplo, violencia sexual), personas, familias y comunidades enteras pueden verse profundamente afectadas [1,2]. Las reacciones individuales a tales eventos varían sustancialmente, ya que cada persona los procesa de manera diferente. Mientras que algunos pueden sentirse abrumados, confundidos o inseguros acerca de lo que está sucediendo, otros pueden experimentar miedo, ansiedad, entumecimiento o desapego emocional. Las reacciones pueden variar de leves a graves, según el individuo y las circunstancias. Y si bien las personas son ingeniosas por naturaleza y capaces de afrontar los desafíos de la vida, algunos pueden ser particularmente vulnerables durante una crisis y requerir apoyo adicional

[1]. El objetivo principal de los primeros auxilios psicológicos (PAP), que se explorará más a fondo en esta unidad, es ayudar a quienes se encuentran en peligro mediante la provisión de apoyo emocional y práctico inmediatamente después de un acontecimiento traumático [2]. En tales situaciones, cualquiera puede encontrarse en condiciones de ofrecer esta ayuda fundamental.

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) están diseñados para ayudar a las personas a sentirse más tranquilas, seguras y protegidas. Es un enfoque compasivo y de apoyo que se centra en abordar las necesidades tanto emocionales como prácticas. Los PAP se basan en la comprensión de que, en tiempos de crisis, las personas pueden experimentar emociones abrumadoras que disminuyen su capacidad para afrontarlas [1,2]. A través de la escucha activa y la comunicación constante con la persona en peligro, el ayudante trabaja para identificar sus necesidades inmediatas y apoyarla para que recupere una sensación de control [2].

## 2. Definición de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): Propósito y componentes

### *Definición de los PAP*

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) **implican una respuesta humana y de apoyo a las personas que sufren y necesitan asistencia.** Los PAP abarcan las siguientes prácticas y principios [1,2]:

- Brindar atención y apoyo prácticos sin ser intrusivos
- Evaluar necesidades e inquietudes para determinar la ayuda adecuada
- Atender las necesidades básicas, como el acceso a los alimentos y al agua
- Escuchar a las personas sin presionarlas para que hablen
- Consolar a las personas y ayudarlas a sentirse tranquilas
- Conectar a las personas con información, servicios y redes de apoyo social
- Proteger a las personas de mayores daños y angustias

**También es importante aclarar qué NO son los PAP:**

- No es un enfoque reservado sólo para profesionales

- No es asesoramiento, ni terapia profesional
- No implican pedirle a alguien que discuta o analice el acontecimiento angustioso
- No implican presionar a las personas para obtener detalles sobre lo sucedido
- No implican una discusión detallada del acontecimiento angustioso
- No significa presionar a las personas para que compartan sus sentimientos y reacciones ante el acontecimiento.

*Los PAP: ¿Quién, cuándo y dónde?*

| | |
|---|---|
| **¿QUIÉN puede proporcionar los PAP?** | Cualquiera en el campo puede proporcionar los PAP: voluntarios, socorristas y miembros del público No se limita a especialistas en la salud mental o aquellos con experiencia específica |
| **¿Á quién están destinados los PAP?** | Los PAP están destinados a personas que experimentan angustia después de estar expuestas a una crisis. Se pueden proporcionar tanto a niños como a adultos. Sin embargo, no todo el mundo necesitará o querrá los PAP. **No fuerce** la ayuda a personas que no la quieren, pero asegure de que es fácilmente accesible para aquellos que la puedan buscar. |
| **¿CUÁNDO se proporcionan los PAP?** | Los PAP tiene como objetivo ayudar a las personas *que han sido afectadas recientemente por un acontecimiento angustioso y generalmente se brindan durante el acontecimiento o inmediatamente después.* Sin embargo, a veces pueden ser necesarios días o incluso semanas después, dependiendo de la duración del acontecimiento, su gravedad y la respuesta del individuo. |
| **¿DÓNDE se proporcionan los PAP?** | Los PAP se proporcionan en *entornos suficientemente seguros tanto para usted como para las personas con las que trabaja.* Esto puede incluir espacios comunitarios, tales como el lugar de un accidente, centros de salud, refugios, campamentos, escuelas o puntos de distribución de alimentos y otra ayuda. Los PAP también deben ofrecerse *en entornos donde haya privacidad para hablar con la persona que recibe apoyo.* Para las personas que han estado expuestas a ciertos tipos de situaciones de crisis, como la violencia sexual, la privacidad es esencial para mantener la confidencialidad y preservar la dignidad de la persona. |

Nota: Reproducido por el equipo de EU-MiCare, basándose en información de la Organización Mundial de la Salud (2011, 2013) y el Centro de Referencia para Apoyo Psicosocial de la FICR (2018)

## 3. Guía de los PAP en Diferentes Crisis: "Ver, Escuchar, Conectar"

### *Definición de crisis y situaciones de crisis*

*Crisis* se define como: "Una condición inestable que implica un cambio inminente, abrupto o significativo que requiere atención y acción urgente para proteger la vida, los activos, la propiedad o el medio ambiente" [4]. Los PAP pueden ser beneficiosos en una amplia gama de situaciones en las que las personas experimentan sufrimiento o angustia. En cada uno de estos contextos, los PAP se puede aplicar con un enfoque personalizado, utilizando directrices específicas para abordar las necesidades únicas de los afectados. Las crisis se clasifican en los siguientes tipos [2]:

| | |
|---|---|
| ***Crisis personales*** | La mayoría de las personas enfrentarán una crisis en algún momento, ya sea que implique sufrir un accidente automovilístico, perder un trabajo o experimentar la muerte de un ser querido. Las crisis personales pueden producir una amplia variedad de respuestas, según las circunstancias y su impacto en el individuo. |
| ***Desafíos sociales*** | El personal y los voluntarios apoyan a personas y grupos de personas marginadas y que experimentan aislamiento social. |
| ***Desafíos de salud*** | Agencias nacionales de la mayoría de los países del mundo participan en actividades relacionadas con la salud, incluida la realización de capacitaciones, la prestación de los PAP y el apoyo a personas que sufren de discapacidades físicas y mentales. |
| ***Desastres Naturales*** | Desastres como terremotos, inundaciones e incendios suelen afectar a un gran número de personas a la vez. Estos acontecimientos pueden causar daños ambientales generalizados y provocar pérdidas importantes de vidas y hogares. |
| ***Desastres provocados por el hombre*** | Muchos desastres son el resultado del comportamiento humano, incluidos incendios, explosiones en fábricas o minas, accidentes masivos que involucran vehículos de transporte o situaciones de pánico en festivales cuando los escenarios colapsan. |
| ***Violencia*** | Muchas personas presencian o experimentan violencia, en conflictos domésticos, violencia sexual y de género, violencia criminal, violencia relacionada con pandillas, crímenes de odio y violencia basada en estigmas, etc. |
| ***Desplazamiento*** | Más personas que nunca están migrando alrededor del mundo y las razones de la migración global son muy variadas. |

Nota: Reproducido por el equipo de EU-MiCare del Centro de Referencia para Apoyo Psicosocial de la FICR (2018)

### *"Ver, Escuchar, Conectar"*

Los tres principios básicos de actuación en los PAP son ver, escuchar y conectar. Estos principios de actuación le ayudarán a afrontar una crisis de forma segura, acercarse a las personas afectadas y comprender sus necesidades, y vincularlas con apoyo e información prácticos [1-3,5]:

**"VER"**

- Evalúe lo que ha sucedido o está sucediendo.
- Determine quién necesita ayuda y evalúe los riesgos de seguridad y protección.
- Verifique si hay lesiones físicas e identifique necesidades prácticas e inmediatas.
- Evalúe reacciones emocionales.

**"ESCUCHAR"**

- Esté atento/a y escuche activamente, acepte las emociones de la persona en apuros.
- Intente crear un ambiente de calma para él o ella.
- Pregunte sobre las necesidades y preocupaciones inmediatas de la persona para abordar las fuentes de angustia más apremiantes.

**"CONECTAR"**

- Ayude a la persona que está en peligro a acceder a información clave.
- Conéctela con sus seres queridos y personas que puedan ayudarle a abordar problemas prácticos.
- Póngale en contacto con los servicios de apoyo social.

### *Lo que se debe y no se debe hacer en una comunicación eficaz*

Para fomentar un entorno seguro y garantizar una comunicación eficaz, se pueden aplicar algunas estrategias [1,7].

| ¿QUÉ DECIR Y HACER? ✓ | ¿QUÉ NO DECIR Y NO HACER? X |
|---|---|
| • Trate de encontrar un lugar tranquilo para hablar y minimice las distracciones externas.<br>• Respete la privacidad y mantenga confidencial la historia de la persona, si es apropiado. | • No presione a nadie para que cuente su historia.<br>• No interrumpa ni apresure la historia de alguien (por ejemplo, no mire su reloj, ni hable demasiado rápido). |

| | |
|---|---|
| • Manténgase cerca de la persona pero mantenga una distancia adecuada según su edad, sexo y cultura.<br>• Hágale saber que está escuchando: por ejemplo, incline la cabeza o diga "hmmmm..."<br>• Sea paciente y tranquilo/a.<br>• Proporcione información fáctica si la tiene. Sea honesto/a acerca de lo que sabe y lo que no sabe. "No lo sé, pero intentaré averiguarlo por ti".<br>• Brinde información de manera simple para que la persona pueda entenderla.<br>• Reconozca cómo se sienten y cualquier pérdida o acontecimiento importante que le cuenten, como la pérdida de su hogar o la muerte de un ser querido. "Lo siento. Me imagino que esto es muy triste para ti".<br>• Reconozca las fortalezas de la persona y cómo se ha ayudado a sí misma.<br>• Permita el silencio. | • No toque a la persona si no estás seguro de que sea apropiado hacerlo.<br>• No juzgue lo que ha hecho o no, ni cómo se siente. No diga: "no deberías sentirte así" o "deberías sentirte afortunado de haber sobrevivido".<br>• No invente cosas que no sabe.<br>• No utilice términos demasiado técnicos.<br>• No les cuente la historia de otra persona.<br>• No hable de sus propios problemas.<br>• No haga falsas promesas, ni falsas garantías.<br>• No piense, ni actúe como si tuviera que resolver todos los problemas de la persona.<br>• No le quite a la persona la fuerza y la sensación de poder cuidar de sí misma.<br>• No hable de las personas en términos negativos (por ejemplo, no las llame "loco/a" o "enloquecido/a"). |

Nota: Adaptado por el equipo de EU-MiCare, basándose en información de la Organización Mundial de la Salud (2011) Primeros auxilios psicológicos: Guía para trabajadores de campo.

→ **VIDEO:** *Qué son los PAP?* 💻

### *Consideraciones especiales en la administración de los PAP*

Para que los PAP sean compasivos y también contextualmente relevantes e impactantes, es importante reconocer los distintos desafíos que enfrentan grupos específicos [1]. Por ejemplo, los niños y adolescentes son especialmente vulnerables debido a su continuo desarrollo emocional y psicológico. Sus necesidades van más allá de la seguridad y la comodidad inmediatas y requieren intervenciones que fomenten la resistencia y la estabilidad a largo plazo. Del mismo modo, las personas que sufren de problemas de salud o discapacidades enfrentan dificultades agravadas, ya que la agitación del desplazamiento a menudo interrumpe el acceso a atención y apoyo esenciales. Quienes corren un mayor riesgo de discriminación o violencia forman otro grupo que requiere atención especial. Como se vio en la Unidad 2.2, las experiencias

de marginación, ya sea por motivos étnicos, de género u otros factores, pueden intensificar significativamente el desgaste psicológico del desplazamiento. Para estas personas, los PAP deben integrar consideraciones físicas y psicológicas, así como esfuerzos a nivel social (es decir, mediación y apoyo legal) abordando las desigualdades y vulnerabilidades subyacentes, que determinan sus experiencias.

A menudo, la implementación de los PAP se ve complicada por la diversidad de marcos disponibles. Si bien las directrices de la OMS sirven como referencia fundamental, han surgido numerosas adaptaciones, cada una de ellas diseñada para satisfacer las necesidades únicas de poblaciones o contextos específicos [6]. Esto ha dado lugar a una vasta heterogeneidad de enfoques, que reflejan la complejidad de las experiencias humanas en las crisis. Esta diversidad, aunque desafiante, es también una de las mayores fortalezas de los PAP. Eso permite a los profesionales seleccionar modelos que se alineen estrechamente con las características culturales, sociales e individuales de las personas a las que ayudan. En última instancia, la eficacia de los PAP radica en su adaptabilidad y capacidad de respuesta, reconociendo que si bien el sufrimiento puede ser una experiencia humana compartida, los caminos hacia la curación son profundamente personales y variados.

## 4. Un escenario de caso de los PAP para una práctica reflexiva

"Los refugiados llegan a un nuevo lugar, son transportados en camiones y se les informa que este será ahora su hogar. Han sido reubicados debido al conflicto que los expulsó de sus comunidades anteriores. Al bajar de los camiones, se hace evidente una variedad de emociones: algunos lloran y están visiblemente temerosos, otros parecen desorientados y algunos suspiran de alivio. Para la mayoría, dominan el miedo y la incertidumbre; no están seguros de dónde dormirán, comerán o accederán a la atención médica. El sonido agudo de cualquier ruido fuerte asusta a algunos, evocando temores de disparos. Usted es voluntario/a de una agencia que distribuye alimentos y se le ha pedido que ayude en los puntos de distribución."

Mientras se prepara para ayudar, **considere lo que le gustaría saber** sobre esta situación. Pregúntese:

- ¿Quiénes son las personas a las que ayudaré?
- ¿Cuál es su origen cultural?

- ¿Existe alguna regla de conducta o costumbre que deba seguir? Por ejemplo, ¿es más apropiado que las ayudantes hablen con las mujeres refugiadas?
- ¿Qué tan lejos han viajado?
- ¿Qué sé sobre el conflicto que han vivido?
- ¿Qué servicios se están brindando en el lugar donde se reciben a los refugiados?
- Si estoy trabajando en un equipo, ¿cómo nos organizaremos para ayudar en esta situación? ¿Qué tareas asumirá cada persona? ¿Cómo nos coordinaremos entre nosotros y con otros grupos de ayudantes que puedan estar allí?

Al encontrarse con un grupo de refugiados, ¿qué es lo que debo **VER**?

- ¿Qué necesitarán la mayoría de los refugiados?
- ¿Tendrán hambre, sed o cansancio? ¿Hay alguien herido o enfermo?
- ¿Hay familias o personas del mismo pueblo dentro del grupo de refugiados? ¿Hay niños o adolescentes no acompañados?
- ¿Quién más puede necesitar ayuda especial? Los individuos del grupo de refugiados parecen tener diferentes tipos de reacciones ante la crisis. ¿Qué tipo de respuestas emocionales usted ve?

Al acercarse a las personas del grupo de refugiados, ¿cuál es la mejor manera de ESCUCHAR sus preocupaciones?

- ¿Cómo debo presentarme antes de ofrecer apoyo?
- Las personas que han experimentado o presenciado violencia pueden estar muy asustadas y sentirse inseguras. ¿Cómo puedo apoyarlas y ayudarlas a sentirse tranquilas?
- ¿Cómo puedo identificar las necesidades y preocupaciones de las personas que pueden necesitar ayuda especial, como las mujeres?
- ¿Cómo me acercaré y ayudaré a niños y adolescentes no acompañados?

¿Qué hay que hacer para **CONECTAR** a las personas con la información y el apoyo práctico?

- ¿Qué necesidades básicas pueden tener las personas?
- ¿Qué servicios de apoyo están disponibles y podrían ser útiles?
- ¿Cómo puede la gente acceder a ellos?
- ¿Cuándo y dónde puede la gente encontrar más información sobre lo que está causando este acontecimiento?
- ¿Cómo puedo ayudar a proteger a las personas vulnerables, como las mujeres o los niños no acompañados, de mayores daños?
- ¿Cómo puedo ayudar a poner en contacto a las personas vulnerables con sus seres queridos y servicios?
- ¿Qué necesidades especiales podrían tener las personas, incluidas aquellas que han estado expuestas a la violencia? ¿Qué puedo hacer para poner en contacto a las personas con sus seres queridos o servicios?

## FUENTES

[1] Organización Mundial de la Salud (2011). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo.* Ginebra: OMS. https://www.who.int/publications/i/item/97892415482O5

[2] Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Rojas (2018). *Entrenando en Primeros Auxilios Psicológicos Para las Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Rojas.* Copenhague: Centro de Referencia para Apoyo Psicosocial de la FICR. Descargado el 12 de septiembre del 2024 de https://pscentre.org/?resource=a-guide-to-psychological-first-aid-for-red-cross-red-crescent-societies

[3] Organización Mundial de la Salud (2013). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo.* Ginebra: OMS. https://www.who.int/publications/i/item/97892415486l8

[4] Organización Mundial de la Salud (2020). *Glosario de terminología sobre la gestión del riesgo de emergencias sanitarias y de desastres* Ginebra: OMS. Descargado el 17 de septiembre del 2024 de https://www.who.int/publications/i/item/glossary-of-health-emergency-and-disaster-risk-management-terminology

[5] Uribe Guajardo, M. G., Slewa-Younan, S., Santalucia, Y., & Jorm, A. F. (2016). Important considerations when providing mental health first aid to Iraqi refugees in Australia: A Delphi study. International Journal of Mental Health Systems, 10(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s13033-016-0087-1

[6] Hermosilla, S., Forthal, S., Sadowska, K., Magill, E. B., Watson, P., & Pike, K. M. (2023). We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *Journal of Traumatic Stress, 36*(1), 5–16. https://doi.org/10.1002/jts.22888

[7] Blunt Therapy (n.d.). *A brief guide to psychological first aid.* Descargado el 10 de mayo del 2024 de https://www.blunt-therapy.com/a-brief-guide-to-psychological-first-aid/

[8] Levy, E., Farchi, M., Gidron, Y., & Shahar, E. (2020). Psychological first aid through the 'SIX Cs model' – An intervention with migrants on the move. *Intervention, 18*(1), 71–77. https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_51_18

Co-funded by the European Union

**Financiado por la Unión Europea.**

No obstante, los puntos de vista y opiniones expresados son únicamente los de los autores y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea o la Agencia Ejecutiva Europea en Educación y Cultura (EACEA). Ni la Unión Europea, ni la EACEA pueden ser consideradas responsables de ello.

El trabajo está publicado bajo la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC-BY-NC 4.0).

# Repository

## Module 2. Improving Skills on Recognizing & Assessing Migrants' Mental Health Needs

**The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.**

**However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.**

**Unit:** 2.1 Understanding the Influence of Culture on Mental Health and Mental Health Promotion

### Handout 1: *"List of Idioms of Distress"*

With the introduction of the DSM-IV in 1994, culture-bound syndromes were officially recognized in psychiatric classification for the first time. The DSM-5 (2013) revised and expanded this section, shifting from viewing culture as region-based to understanding it as a dynamic, broader concept [1,2].
The DSM-5 defines three types of cultural concepts of distress:

1. *Cultural syndromes* - Symptom patterns commonly found in specific cultural contexts, recognized locally as meaningful illness experiences.
2. *Cultural idioms of distress* - Shared ways of expressing suffering that may not align with specific diagnoses, reflecting how individuals talk about personal or social distress.
3. *Cultural explanations or perceived causes* - Culturally shaped beliefs about the origin or meaning of symptoms or illness.

An appendix in the DSM-5 [2] includes a glossary of well-documented cultural concepts of distress, highlighting their clinical relevance and the relationships between syndromes, idioms, and cultural explanations. This glossary is reproduced in Table 2.1.1.-R: "Glossary of Cultural Concepts of Distress" below.

We recommend field workers to view this glossary not as a fixed or universal reference, but as a set of examples to guide awareness and inquiry. Culture and language are constantly evolving; idioms may vary across generations, social groups, or regions, and their meanings may shift over time. Field workers should remain open and curious, especially when encountering unfamiliar expressions or forms of distress. Engaging with individuals to co-create a shared understanding of their experience-rather than relying solely on predefined terms-helps ensure more respectful and accurate support. Ultimately, the glossary is a starting point, not a substitute for culturally sensitive, person-centered engagement.

**Table 2.1.1.-R: "Glossary of Cultural Concepts of Distress"**

| Idiom/Syndrom | Description |
|---|---|
| **Ataque de nervios**<br><br>***Related conditions in other cultural contexts:*** *Indisposition* in Haiti, blacking out in the Southern United States, and *falling out* in the West Indies.<br><br>***Related conditions in DSM-5:*** Panic attack, panic disorder, other specified or unspecified dissociative disorder, conversion (functional neurologic symptom) disorder, intermittent explosive disorder, other specified or unspecified anxiety disorder, other specified or unspecified trauma and stressor-related disorder. | *Ataque de nervios* ("attack of nerves") is a syndrome among individuals of **Latino descent**, characterized by symptoms of intense emotional upset, including acute anxiety, anger, or grief; screaming and shouting uncontrollably; attach of crying; trembling; heat in the chest rising into the head; and becoming verbally and physically aggressive. Dissociative experiences (e.g., depersonalization, derealization, amnesia), seizure-like or fainting episodes, and suicidal gestures are prominent in some *ataques* but absent in others. A general feature of an *ataque de nervios* is a sense of being out of control. Attacks frequently occur as a direct result of a stressful event relating to the family, such as news of the death of a close relative, conflicts with a spouse or children, or witnessing an accident involving a family member. For a minority of individuals, no particular social event triggers their *ataques*; instead, their vulnerability to losing control comes from the accumulated experience of suffering.<br>No one-to-one relationship has been found between *ataque* and any specific psychiatric disorder, although several disorders, including panic disorder, other specified or unspecified dissociative disorder, and conversion disorder, have symptomatic overlap with *ataque*.<br>In community samples, *ataque* is associated with suicidal ideation, disability, and outpatient psychiatric utilization, after adjustment for psychiatric diagnoses, traumatic exposure, and other covariates. However, some *ataques* represent normative expressions of acute distress (e.g., at a funeral) without clinical sequelae. The term *ataque de nervios* may also refer to an idiom of distress that includes any "fit"-like paroxysm of emotionality (e.g., hysterical laughing) and may be used to indicate an episode of loss of control in response to an intense stressor. |

| | |
|---|---|
| **Dhat sydnrome**<br><br>***Related conditions in other cultural contexts:*** *koro* in Southeast Asia, particularly Singapore and *shen-k'uei* ("kidney deficiency") in China.<br><br>***Related conditions in DSM-5:*** Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, somatic symptom disorder, illness anxiety disorder, erectile disorder, early (premature) ejaculation, other specified or unspecified sexual dysfunction, academic problem. | *Dhat syndrome* is a term that was coined in **South Asia** little more than half a century ago to account for common clinical presentations of young male patients who attributed their various symptoms to semen loss. Despite the name, it is not a discrete syndrome but rather a cultural explanation of distress for patients who refer to diverse symptoms, such as anxiety, fatigue, weakness, weight loss, impotence, other multiple somatic complaints, and depressive mood. The cardinal feature is anxiety and distress about the loss of *dhat* in the absence of any identifiable physiological dysfunction. *Dhat* was identified by patients as a white discharge that was noted on defecation or urination. Ideas about this substance are related to the concept of *dhatu* (semen) described in the Hindu system of medicine, Ayurveda, as one of seven essential bodily fluids whose balance is necessary to maintain health.<br>Although *dhat syndrome* was formulated as a cultural guide to local clinical practice, related ideas about the harmful effects of semen loss have been shown to be widespread in the general population, suggesting a cultural disposition for explaining health problems and symptoms with reference to *dhat syndrome*. Research in health care settings has yielded diverse estimates of the syndrome's prevalence (e.g., 64% of men attending psychiatric clinics in India for sexual complaints; 30% of men attending general medical clinics in Pakistan). Although *dhat syndrome* is most commonly identified with young men from lower socioeconomic backgrounds, middle-aged men may also be affected. Comparable concerns about white vaginal discharge (leu-korrhea) have been associated with a variant of the concept for women. |
| **Khyal cap**<br><br>***Related conditions in other cultural contexts:*** Laos (*pen lom*), Tibet (*srog rlunggi nad*), Sri Lanka (*vata*), and Korea (*hwa byung*). | "Khyal attacks" (*khyâl cap*), or "wind attacks," is a syndrome found among **Cambodians in the United States and Cambodia**. Common symptoms include those of panic attacks, such as dizziness, palpitations, shortness of breath, and cold extremities, as well as other symptoms of anxiety and autonomic arousal (e.g., tinnitus and neck soreness). Khyâl attacks include catastrophic cognitions centered on the concern that *khyâl* (a windlike substance) may rise in the body—along with blood— |

| | |
|---|---|
| ***Related conditions in DSM-5:*** Panic attack, panic disorder, generalized anxiety disorder, agoraphobia, posttraumatic stress disorder, illness anxiety disorder. | and cause a range of serious effects (e.g., compressing the lungs to cause shortness of breath and asphyxia; entering the cranium to cause tinnitus, dizziness, blurry vision, and a fatal syncope). Khyâl attacks may occur without warning, but are frequently brought about by triggers such as worrisome thoughts, standing up (i.e., orthostasis), specific odors with negative associations, and agoraphobic-type cues like going to crowded spaces or riding in a car. Khyâl attacks usually meet panic attack criteria and may shape the experience of other anxiety and trauma- and stressor-related disorders. *Khyâl* attacks may be associated with considerable disability. |
| **Kufungisisa**<br><br>***Related conditions in other cultural contexts:*** "'Thinking too much" is a common idiom of distress and cultural explanation across many countries and ethnic groups. It has been described in Africa, the Caribbean and Latin America, and among East Asian and Native American groups.<br><br>***Related conditions in DSM-5:*** Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, posttraumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder, persistent complex bereavement disorder. | *Kufungisisa* ("thinking too much" in Shona) is an idiom of distress and a cultural explanation among the **Shona of Zimbabwe.** As an explanation, it is considered to be causative of anxiety, depression, and somatic problems (e.g., "my heart is painful because I think too much"). As an idiom of psychosocial distress, it is indicative of interpersonal and social difficulties (e.g., marital problems, having no money to take care of children). *Kufungisisa* involves ruminating on upsetting thoughts, particularly worries.<br>*Kufungisisa* is associated with a range of psychopathology, including anxiety symptoms, excessive worry, panic attacks, depressive symptoms, and irritability. In a study of a random community sample, two-thirds of the cases identified by a general psychopathology<br>measure were of this complaint.<br>In many cultures, "thinking too much" is considered to be damaging to the mind and body and to cause specific symptoms like headache and dizziness. "Thinking too much" may also be a key component of cultural syndromes such as "brain fag" in Nigeria. In the<br>case of brain fag, "thinking too much" is primarily attributed to excessive study, which is considered to damage the brain in particular, with symptoms including feelings of heat or crawling sensations in the head. |

| | |
|---|---|
| **Maladi moun**<br><br>***Related conditions in other cultural contexts:*** Concerns about illness (typically, physical illness) caused by envy or social conflict are common across cultures and often expressed in the form of "evil eye" (e.g. in Spanish, *mal de ojo*, in Italian, *mal'occhiu*).<br><br>***Related conditions in DSM-5:*** Delusional disorder, persecutory type; schizophrenia with paranoid features. | *Maladi moun* (literally "humanly caused illness," also referred to as "sent sickness") is a cultural explanation in Haitian communities for diverse medical and psychiatric disorders. In this explanatory model, interpersonal envy and malice cause people to harm their enemies by sending illnesses such as psychosis, depression, social or academic failure, and inability to perform activities of daily living. The etiological model assumes that illness may be caused by others' envy and hatred, provoked by the victim's economic success as evidenced by a new job or expensive purchase. One person's gain is assumed to produce another person's loss, so visible success makes one vulnerable to attack. Assigning the label of sent sickness depends on mode of onset and social status more than presenting symptoms. The acute onset of new symptoms or an abrupt behavioral change raises suspicions of a spiritual attack. Someone who is attractive, intelligent, or wealthy is perceived as especially vulnerable, and even young healthy children are at risk. |
| **Nervios**<br><br>***Related conditions in other cultural contexts:*** *Nevra* among Greeks in North America, *nierbi* among Sicilians in North America, and *nerves* among whites in Appalachia and Newfoundland.<br><br>***Related conditions in DSM-5:*** Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, other specified or unspecified dissociative disorder, somatic symptom disorder, schizophrenia. | *Nervios* ("nerves") is a common idiom of distress among Latinos in the United States and Latin America. Refers both to a general state of vulnerability to stress and to a syndrome evoked by difficult life circumstances. *Nervios* includes a wide range of symptoms of emotional distress, somatic disturbance, and inability to function. Common symptoms include headaches and "brain aches," irritability, stomach disturbances, sleep difficulties, nervousness, tearfulness, inability to concentrate, trembling, tingling sensations, and *mareos* (dizziness with occasional vertigo-like exacerbations). *Nervios* tends to be an ongoing problem, although it is variable in the degree of disability manifested. *Nervios* is a broad syndrome that ranges from cases free of a mental disorder to presentations resembling adjustment, anxiety, depressive, dissociative, somatoform, or psychotic disorders. Differential diagnosis depends on the constellation of symptoms, the kind of social events associated with onset and progress, and the level of disability experienced. |

| | |
|---|---|
| **Shenjing shuairuo**<br><br>***Related conditions in other cultural contexts:*** Neurasthenia-spectrum idioms and syndromes are present in India *(ashaktapanna)* and Japan *(shinkei-suijaku)*, among other settings. Other conditions, such as brain fag syndrome, burnout syndrome, and chronic fatigue syndrome, are also closely related.<br><br>***Related conditions in DSM-5:*** Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, somatic symptom disorder, social anxiety disorder, specific phobia, posttraumatic stress disorder. | *Shenjing shuairuo* ("Weakness of the nervous system" in **Mandarin Chinese**) is a cultural syndrome that integrates conceptual categories of traditional Chinese medicine with the Western diagnosis of neurasthenia. In the second, revised edition of the Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD-2-R), *shenjing shuairuo* is defined as a syndrome composed of three out of five nonhierarchical symptom clusters: weakness (e.g., mental fatigue), emotions (e.g., feeling vexed), excitement (e.g., increased recollections), nervous pain (e.g., headache), and sleep (e.g., insomnia). *Fan nao* (feeling vexed) is a form of irritability mixed with worry and distress over conflicting thoughts and unfulfilled desires. The third edition of the CCMD retains *shenjing shuairuo* as a somatoform diagnosis of exclusion. Salient précipitants of *shenjing shuairuo* include work- or family-related stressors, loss of face (*mianzi, lianzi*), and an acute sense of failure (e.g., in academic performance). *Shenjing shuairuo* is related to traditional concepts of weakness (*xu*) and health imbalances related to deficiencies of a vital essence (e.g., the depletion of *qi* [vital energy] following overstraining or stagnation of qi due to excessive worry). In the traditional interpretation, *shenjing shuairuo* results when bodily channels (*jing*) conveying vital forces (*shen*) become dysregulated as a result of various social and interpersonal stressors, such as the inability to change a chronically frustrating and distressing situation. Various psychiatric disorders are associated with *shenjing shuairuo*, notably mood, anxiety, and somatic symptom disorders. In medical clinics in China, however, up to 45% of patients with *shenjing shuairuo* do not meet criteria for any DSM-IV disorder. |
| **Susto**<br><br>***Related conditions in other cultural contexts:*** Similar etiological concepts and symptom configurations are found globally. In the Andean region, *susto* is referred to as *espanto*. | *Susto* ("fright") is a cultural explanation for distress and misfortune prevalent among some **Latinos** in the United States and among people in **Mexico, Central America, and South America**. It is not recognized as an illness category among Latinos from the Caribbean. *Susto* is an illness attributed to a frightening event that causes the soul to leave the body and results in unhappiness and sickness, as well as difficulties functioning in key social roles. Symptoms may appear any time from days to years after the fright is experienced. In extreme cases, *susto* may result in death. There are no |

| | |
|---|---|
| ***Related conditions in DSM-5:*** Major depressive disorder, posttraumatic stress disorder, other specified or unspecified trauma and stressor-related disorder, somatic symptom disorders. | specific defining symptoms for *susto*; however, symptoms that are often reported by people with *susto* include appetite disturbances, inadequate or excessive sleep, troubled sleep or dreams, feelings of sadness, low self-worth or dirtiness, interpersonal sensitivity, and lack of motivation to do anything. Somatic symptoms accompanying *susto* may include muscle aches and pains, cold in the extremities, pallor, headache, stomachache, and diarrhea. Precipitating events are diverse, and include natural phenomena, animals, interpersonal situations, and supernatural agents, among others.<br>Three syndromic types of *susto* (referred to as cibih in the local Zapotec language) have been identified, each having different relationships with psychiatric diagnoses. An interpersonal *susto* characterized by feelings of loss, abandonment, and not being loved by family, with accompanying symptoms of sadness, poor self-image, and suicidal ideation, seemed to<br>be closely related to major depressive disorder. When *susto* resulted from a traumatic event that played a major role in shaping symptoms and in emotional processing of the experience, the diagnosis of posttraumatic stress disorder appeared more appropriate. *Susto* characterized by various recurrent somatic symptoms—for which the person sought health care from several practitioners—was thought to resemble a somatic symptom disorder. |
| **Taijin kyofusho**<br><br>***Related conditions in other cultural contexts:*** *Taein kong* po in Korea.<br><br>***Related conditions in DSM-5:*** Social anxiety disorder, body dysmorphic disorder, delusional disorder, obsessive-compulsiveisorder, olfactory reference | Taijin kyofusho ("interpersonal fear disorder" in **Japanese**) is a cultural syndrome characterized by anxiety about and avoidance of interpersonal situations due to the thought, feeling, or conviction that one's appearance and actions in social interactions are inadequate or offensive to others. In the United States, the variant involves having an offensive body odor and is termed olfactory reference syndrome. Individuals with *taijin kyofusho* tend to focus on the impact of their symptoms and behaviors on others. Variants include major concerns about facial blushing (erythrophobia), having an offensive body odor (olfactory reference syndrome), inappropriate |

| | |
|---|---|
| syndrome (a type of other specified obsessive-compulsive and related disorder). Olfactory reference syndrome is related specifically to the *jikoshu-kyofu* variant *of taijin kyofusho*, whose core symptom is the concern that the person emits an offensive body odor. This presentation is seen in various cultures outside Japan. | gaze (too much or too little eye contact), stiff or awkward facial expression or bodily movements (e.g., stiffening, trembling), or body deformity.<br>*Taijin kyofusho* is a broader construct than social anxiety disorder in DSM-5. In addition to performance anxiety, *taijin kyofusho* includes two culture-related forms: a "sensitive type," with extreme social sensitivity and anxiety about interpersonal interactions, and an "offensive type," in which the major concern is offending others. As a category, *taijin kyofusho* thus includes syndromes with features of body dysmorphic disorder as well as delusional disorder. Concerns may have a delusional quality, responding poorly to simple reassurance or counterexample.<br>The distinctive symptoms of *taijin kyofusho* occur in specific cultural contexts and, to some extent, with more severe social anxiety across cultures. Similar syndromes are found in Korea and other societies that place a strong emphasis on the self-conscious maintenance of appropriate social behavior in hierarchical interpersonal relationships. *Taijin kyofusho*-like symptoms have also been described in other cultural contexts, including the United States, Australia, and New Zealand. |

*Note:* American Psychiatric Association. (2013). Glossary of cultural concepts of distress. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 833–837). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

## REFERENCES

[1] American Psychiatric Association. (2013). Glossary of cultural concepts of distress. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 833–837). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

[2] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie.* Hogrefe. https://doi.org/10.1026/02755-000

**Unit:** 2.2 Intersectionality

## Handout 1: *"A Non-Exhaustive List of Characteristics"*

Based on relevant research [1-7] below you will find a tentative, non-exhaustive list of dimensions that can be especially relevant for refugees and migrants and how they can play a positive/negative role for them.

- **Gender:** generally speaking, the life experiences of individuals are always gendered and this is true for any setting. Concerning refugees and migrants in particular, gender can be e.g. relevant in shaping experiences in the country of origin (e.g. specific oppression and lack of freedom for women in some countries of origin) and during the flight/migration process (e.g. women are generally more exposed to gender-based violence). On the other hand, life in the destination country can coincide with a re-negotiation of gender roles within the family and with new opportunities for all genders.
- **Race/Ethnicity:** these elements are especially relevant regarding exposure to discrimination and racism. Among refugees and migrants, those who are easily labeled as foreigners (e.g. because of their skin color or appearance) are more exposed to discrimination, racist violence etc. These elements, in turn, can have a great impact on how the person feels in the migration country, his/her willingness and ability of participation in the migration society. Race/ethnicity may play a role also in the country of origin, e.g. in case of an ethnic minority.
- **Class**: class is central for the experiences of refugees and migrants in their countries of origin, as class belonging influences education, access to resources, economic situation etc. These factors, in turn, enable some people to leave their country more easily or comfortably than others, or to leave at all when those belonging to the poorest social class might not have this option. Although the flight/migration experience and arrival in a new country often levels the class differences in some ways (e.g. because all asylum seekers/refugees are accommodated in the same facilities and undergo the same legal processes), these persist concerning the immaterial aspects (e.g. knowledge of foreign languages, education, contacts).
- **Age:** age determines the "bodily" experience of flight/migration, the possibilities and perspectives in the country of migration (e.g. in learning the language, finding a job) but is also relevant from a legal point of view. Minors enjoy different rights than adults regarding their asylum process and chances of legal status, and special regulations apply to unaccompanied minors. In this regard, young asylum seekers and migrants might also enjoy some advantages due to their age.
- **Sexuality:** discrimination and oppression based on sexual orientation are a common ground for flight and migration from repressive countries of origin. Furthermore, sexuality plays a role in the country of arrival, as further discrimination experiences due to this reason cannot be excluded. However, it also informs the chances of a successful asylum-seeking procedure, as special rights are recognized to people from sexual minorities coming from countries where e.g. homosexuality is banned and repressed. The shared belonging to a sexual minority can, in some cases, facilitate the contact and the bounding with organized communities in the countries of arrival. This, in turn, can enhance the feeling

of being part of a community and enjoying a safe-space, elements that can become very important for the quality of life and mental health of refugees and migrants.

- **(Dis)ability:** while representing doubtless an additional hurdle in the asylum/migration process, like age and sexuality, disability can provide to the affected person additional possibilities concerning legal status and benefits in the country of migration.
- **Legal status:** this element is of crucial importance for refugees and migrants, as it defines the whole array of possibilities and future perspectives they dispose of (e.g. access to a legal employment, to health care, to education, to social benefits, right to apply for a private accommodation, possibility of travelling, possibility of applying for family reunification etc.). Those with a secure legal status (as recognized refugees or as migrants with legal residency) enjoy much better life conditions than those with an insecure status (e.g. because the asylum process is not completed yet). At the very bottom are the undocumented migrants and those whose asylum application has been rejected, who are *de facto* condemned to an existence in the shadow, with illegal employment, no access to social benefits and an utterly insecure future perspective.
- **Religion:** religion-based persecution can often be a ground for seeking refuge in another country, and members of some religious minorities have chances to a successful asylum application. Furthermore, religion can be for many people an important form of resilience, providing comfort in especially challenging times, but also enabling access to specific communities in the country of migration due to a shared religious belonging.
- **Family ties:** fleeing or migrating with family members instead of alone can be an important resource during the process. However, dependent family members such as young children or the elderly can also represent an additional source of concern, limit participation possibilities for the care-taking person (e.g. the participation to a language course when the children do not attend Kindergarten). Refugees and migrants who have left their countries by themselves can, on the other hand, experience great worries about their families left behind, feeling of shame or responsibility towards them etc.

## REFERENCES

[1] Anthias, F. (2013). Hierarchies of social location, class and intersectionality: Towards a translocational frame. *International Sociology*, *28*(1), 121–138. https://doi.org/10.1177/0268580912463155

[2] Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, *64*(3), 170–180. https://doi.org/10.1037/a0014564

[3] Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, *1*, 139-167.

[4] Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, *43*, 1241-1299.

[5] Danisi, C., Dustin, M., Ferreira, N., & Held, N. (2021). *Queering Asylum in Europe: Legal and Social Experiences of Seeking International Protection on grounds of Sexual Orientation and Gender Identity*. Springer Nature.

[6] Ekoh, P. C., & Okoye, U. O. (2022). More than just forced migrants: using intersectionality to understand the challenges and experiences of older refugees in Western societies. *Journal of Social Work in Developing Societies*, *Vol. 4*(2), 33–52.

[7] Moussaoui, D., Bhugra, D., Tribe, R., & Ventriglio, A. (2021). *Mental Health, Mental Illness and Migration*. Springer.

**Unit:** 2.3 Mental Health and Suicide Risk Assessment

**Table 1: *"List of Recommended Tests"***

| Construct measured | Test | |
|---|---|---|
| **Life Quality and Health** | **RHS-15** (Refugee Health Screener-15; Hollifield et al., 2013) [1]<br><br>RHS-15 PDF – Pathways to Wellness | Brief screening tool specifically designed to assess emotional distress in refugees and other displaced migrants. Developed to address the unique mental health needs of refugees, the RHS-15 helps identify individuals who may be experiencing significant psychological distress, including symptoms of depression, anxiety, and PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder). |
| | **WHOQOL-100** (WHO Quality of Life-100; Angermeyer, Kilian and Matschinger, 2000) [2]<br><br>WHOQOL-100 – World Health Organization | The WHOQOL-100 assesses quality of life across physical, psychological, social, and environmental domains.<br><br>It is well-suited for transcultural use due to its strong cross-cultural validity, extensive field-testing in diverse countries, and availability in multiple languages. |
| | **WHOQOL-BREF** (Short version of WHOQOL-100; Angermeyer, Kilian and Matschinger, 2000)<br><br>WHOQOL-BREF – World Health Organization | Fewer items than WHOQOL-100. Quicker to administer. |
| | **SWLS** (Satisfaction with life scale; Diener et al. 1985) [3]<br><br>SWLS – Ed Diener's Lab, University of Illinois | A brief 5-item measure of global life satisfaction, assessing individuals' judgments about their goals, achievements, and overall contentment with life. It is widely used across cultures due to its strong psychometric properties, simple wording, and availability in many languages.<br><br>Its demonstrated cross-cultural reliability makes it a valuable tool in transcultural and international research on well-being. |
| | **PSS** (Perceived Stress Scale; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) [4]<br><br>PSS – Mapi Research Trust | A widely used 10-item questionnaire that measures individuals' perception of stress, focusing on feelings of unpredictability, lack of control, and overload.<br><br>It is especially relevant in transcultural contexts due to its availability in numerous languages and its demonstrated validity across diverse cultural groups, making it a reliable tool for assessing perceived stress in international and multicultural research settings. |

| | | |
|---|---|---|
| | **IADQ** (Adjustment Disorder Questionnaire; Shevlin et al., 2019) [5]<br><br>IADQ – Trauma Measures Global | The IADQ is a brief self-report tool developed to assess Adjustment Disorder (AjD) as defined by the ICD-11, focusing on core symptoms like stressor exposure, preoccupation, and failure to adapt.<br><br>Designed for international applicability, it has been validated across diverse cultural contexts and is available in multiple languages, including English, German, Hebrew, and Chinese, making it a reliable instrument for cross-cultural research and screening. |
| **Explanatory Models for Mental Health Issues** | **IPQ-R** (Illness Perception Questionnaire-Revised; Moss-Morris et al., 2002) [6]<br><br>IPQ-R PDF – Royal Holloway University of London | Helps to understand how individuals perceive their illness. It covers various dimensions such as identity (symptoms associated with the illness), cause (beliefs about the cause of the illness), timeline (perceived duration), consequences (expected impact), and control/cure (beliefs about the manageability and treatment of the illness).<br><br>It is particularly relevant in transcultural contexts due to its strong psychometric properties, availability in multiple languages, and validation across diverse cultural settings, making it a valuable instrument for cross-cultural research and clinical practice. |
| | **MINI** (McGill Illness Narrative Interview, Groleau, Young and Kirmayer, 2006) [7]<br><br>MINI – McGill University | A semi-structured qualitative interview designed to elicit detailed personal narratives about illness experiences. It comprises three main sections: (1) a temporal narrative of symptom and illness experience, (2) prototype narratives based on previous experiences or those of others, and (3) explanatory models encompassing labels, causal attributions, and expectations for treatment and outcomes. Supplementary sections explore help-seeking behaviors, treatment experiences, and the impact of illness on identity and relationships.<br><br>The MINI has been translated into multiple languages and validated across diverse cultural contexts, making it a valuable tool for cross-cultural research and clinical practice. |
| **Suicide Assessment** | C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale; Posner et al., 2011) [8]<br><br>C-SSRS – Columbia University | A structured tool designed to assess the severity and immediacy of suicidal ideation and behaviors. It evaluates aspects such as the presence of suicidal thoughts, the intensity and frequency of these thoughts, the presence of a plan, intent to act, and any preparatory behaviors or actual attempts.<br><br>The C-SSRS is particularly relevant in transcultural contexts due to its availability in over 150 country-specific languages, many of which have undergone linguistic validation. This extensive linguistic adaptation ensures that the tool maintains its reliability and validity across diverse cultural settings, making it a valuable instrument for global suicide risk assessment. |

| | | |
|---|---|---|
| | **CARS** (The Cultural Assessment of Risk for Suicide; Chu, J., Floyd, R., Diep, H., Pardo, S., Goldblum, P., & Bongar, B., 2013) [9]<br><br>(A direct, freely available version of the full CARS questionnaire is not accessible online. For access to the full CARS instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels). | A 39-item self-report measure developed to evaluate culturally specific suicide risk factors. It assesses dimensions such as cultural sanctions related to suicide, idioms of distress, minority stress, and social discord, which may influence suicidal thoughts and behaviors.<br><br>The CARS has demonstrated good internal consistency and convergent validity with established suicide-related measures, making it a valuable tool for culturally competent suicide risk assessment. |
| | **Suicide Risk Assessment Toolkit** by Mental Health Commission of Canada (MHCC) in partnership with the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) [10]<br><br>Suicide Risk Assessment Toolkit – MHCC | This toolkit helps healthcare professionals choose and use suicide risk assessment tools effectively. It emphasizes that tools should support, not replace, clinical judgment. The toolkit reviews various tools, focusing on their reliability and cultural sensitivity, ensuring they are appropriate for diverse populations including Indigenous peoples, LGBTQ+ communities, and racialized groups. It offers practical guidance to integrate assessments into holistic care. |
| **Depression** | **PHQ-9** (Patient Health Questionnaire-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) [11]<br><br>Official PHQ Screeners Website | The PHQ-9 is a brief self-administered tool that assesses the severity of depression based on nine DSM-IV criteria. It asks respondents to rate the frequency of symptoms over the past two weeks. Widely used across cultures, it is available in multiple languages and has been validated internationally, making it suitable for transcultural research and clinical use. |
| | **HAM-D** (Test Hamilton - Depression scale; Hamilton 1959) [12]<br><br>HAM-D PDF (University of Florida)<br>HAM-D Online Calculator (QxMD) | The HAM-D is a clinician-administered scale used to assess the severity of depression symptoms, including mood, guilt, insomnia, anxiety, and somatic complaints.<br><br>It is widely used in clinical and research settings and has been translated and validated in multiple languages, making it suitable for use in diverse cultural contexts. |
| | **HSCL-25, second part** (Hopkings Symptom Checklist, second part, depression; Petermann and Brähler, 2013) [13]<br><br>HSCL-25 – HPRT Cambridge | The HSCL-25 is a self-report questionnaire assessing symptoms of anxiety and depression. Part 2 focuses on depression, evaluating mood, energy, sleep, and self-worth.<br><br>It has been validated across various populations and translated into multiple languages, making it suitable for transcultural research and clinical use. |
| **Anxiety Disorders** | **HAM-A** (Test Hamilton – Anxiety scale; Hamilton, 1959) [12]<br><br>HAM-A – MDCalc | The HAM-A is a clinician-administered scale that assesses the severity of anxiety through 14 items covering both psychological and somatic symptoms. It evaluates aspects like anxious mood, tension, and physical complaints.<br><br>Widely translated and validated, it is a valuable tool for assessing anxiety in diverse cultural and clinical contexts. |

| | | |
|---|---|---|
| | **HSCL-25, first part** (Hopkings Symptom Checkist, first part) [13]<br><br>HSCL-25 – HPRT Cambridge | The first part of the HSCL-25 focuses specifically on anxiety symptoms. It assesses a range of symptoms associated with anxiety, such as nervousness, fearfulness, and physical symptoms like dizziness.<br>Due to its availability in multiple languages and strong cross-cultural validation, it is especially relevant in transcultural mental health assessments. |
| **PTSD** | **CAPS-5** (Clinical Administered PTSD Scale for DSM-5; Weathers et al., 2013) [14]<br><br>CAPS-5 – ISTSS | The CAPS-5 is a structured clinical interview used to diagnose PTSD and assess symptom severity based on DSM-5 criteria. It is highly valued in transcultural contexts because clinicians can adapt questions and clarify meanings, allowing culturally sensitive assessment.<br><br>It has been validated across diverse populations and is available in multiple languages. |
| | **HTQ** (Harvard Trauma Questionnaire; Mollica et al. 1992) [15]<br><br>HTQ – HPRT Cambridge | Self-report tool assessing trauma exposure and PTSD symptoms, especially in refugee and war-affected populations.<br>Includes culturally specific items and has been translated and validated widely. |
| | **ITQ** (International Trauma Questionnaire; Cloitre et al., 2018) [16]<br><br>ITQ – Trauma Measures Global | Brief self-report tool for PTSD and Complex PTSD based on ICD-11. Designed to be culturally neutral and validated in many countries, with versions in over 30 languages. |
| | **IES-R** (The Impact of Event Scale – Revised; Weiß and Marmar, 1997) [17]<br><br>IES-R – Trauma Measures Global | Measures distress related to traumatic events, focusing on intrusion, avoidance, and hyperarousal.<br>Broadly used and translated; suitable for transcultural contexts despite not being culture-specific. |
| | **ITEM** (International Exposure Trauma Measure; Hyland et al. 2021) [18]<br><br>ITEM – Trauma Measures Global | Self-report tool that assesses exposure to a wide range of potentially traumatic events.<br><br>Developed explicitly for cross-cultural use, avoiding culturally biased assumptions. Validated internationally and available in multiple languages. |
| | **PCL-5** (PTSD Checklist for DSM-5; Weathers et al. 2013) [19]<br><br>PCL-5 – LA County DMH | A self-report questionnaire for screening and monitoring PTSD symptoms.<br>Widely used, translated into many languages, and adaptable to diverse populations. |
| **Somatisation Disorder** | **PHQ-15** (Health questionnaire for patients - Somatisation; Kränke, Spitzer and Qillias, 2002) [20]<br><br>Official PHQ Screeners Website | Self-report questionnaire assessing the severity of somatic symptoms over the past four weeks. It covers 15 common physical complaints, such as pain, gastrointestinal issues, and fatigue.<br><br>In transcultural contexts, its straightforward language and broad symptom coverage make it adaptable across diverse populations. The PHQ-15 has been translated into multiple languages and validated internationally, enhancing its utility in various cultural settings. |

| | | |
|---|---|---|
| | **SOMS-2** (Screening for somatoform symptoms - 2; Rief and Hiller, 2008) [21]<br><br>(A direct, freely available version of the full SOMS-2 questionnaire is not accessible online. For access to the full SOMS-2 instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels). | A comprehensive self-report tool designed to identify somatoform symptoms by listing numerous physical complaints without identifiable medical causes.<br><br>Its broad symptom coverage supports detailed evaluation across cultural contexts, accommodating varying symptom expressions. |
| **Migratory Stress, Acculturative Strategies, Migratory Mourning** | **BISS** (Barcelona Immigration Stress Scale; Tomás-Sábado, Qureshi, Montserrat, & Collazos, 2007; Eiroa-Orosa, Evangelidou, Qureshi, & Collazos, 2023) [22, 23]<br><br>(A direct, freely available version of the full BISS questionnaire is not accessible online. For access to the full BISS instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels). | A 42-item self-report questionnaire developed to assess acculturative stress among immigrants, particularly in European contexts. It evaluates various stressors associated with the migration experience, such as homesickness, perceived discrimination, cultural adaptation challenges, and general psychosocial stress. Designed with cultural sensitivity in mind, the BISS has been validated across diverse immigrant populations, demonstrating its applicability in transcultural settings. Its comprehensive approach allows for a nuanced understanding of the psychological impact of immigration across different cultural groups. |
| | **FRACC** (Frankfurt Acculturation Scale; Bongard, Etzler and Frankenberg, 2020) [24]<br><br>(A direct, freely available version of the full FRACC questionnaire is not accessible online. For access to the full FRACC instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels). | Is a 20-item self-report tool that measures how migrants balance their heritage and host cultures, based on Berry's acculturation model. It identifies four strategies: integration, assimilation, separation, and marginalization. |

## Handout 2: *"Complete CFI in English"*

### Cultural Formulation Interview (CFI)

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted in parentheses.

| ***GUIDE TO INTERVIEWER*** | INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE ***ITALICIZED.*** |
|---|---|
| *The following questions aim to clarify key aspects of the presenting clinical problem from the point of view of the individual and other members of the individual's social network (i.e., family, friends, or others involved in current problem). This includes the problem's meaning, potential sources of help, and expectations for services.* | *INTRODUCTION FOR THE INDIVIDUAL:*<br>I would like to understand the problems that bring you here so that I can help you more effectively. I want to know about ***your*** experience and ideas. I will ask some questions about what is going on and how you are dealing with it. Please remember there are no right or wrong answers. |
| **CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM** | |
| CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM<br>(Explanatory Model, Level of Functioning) | |
| *Elicit the individual's view of core problems and key concerns.*<br>*Focus on the individual's own way of understanding the problem.*<br>*Use the term, expression, or brief description elicited in question 1 to identify the problem in subsequent questions (e.g., "your conflict with your son").* | 1. What brings you here today?<br>*IF INDIVIDUAL GIVES FEW DETAILS OR ONLY MENTIONS SYMPTOMS OR A MEDICAL DIAGNOSIS, PROBE:*<br>People often understand their problems in their own way, which may be similar to or different from how doctors describe the problem. How would *you* describe your problem? |
| *Ask how individual frames the problem for members of the social network.* | 2. Sometimes people have different ways of describing their problem to their family, friends, or others in their community. How would you describe your problem to them? |
| *Focus on the aspects of the problem that matter most to the individual.* | 3. What troubles you most about your problem? |
| **CULTURAL PERCEPTIONS OF CAUSE, CONTEXT, AND SUPPORT** | |
| CAUSES<br>(Explanatory Model, Social Network, Older Adults) | |
| *This question indicates the meaning of the condition for the individual, which may be relevant for clinical care.*<br>*Note that individuals may identify multiple causes, depending on the facet of the problem they are considering.* | 4. Why do you think this is happening to you? What do you think are the causes of your [PROBLEM]?<br>*PROMPT FURTHER IF REQUIRED:*<br>Some people may explain their problem as the result of bad things that happen in their life, problems with others, a physical illness, a spiritual reason, or many other causes. |
| *Focus on the views of members of the individual's social network. These may be diverse and vary from the individual's.* | 5. What do others in your family, your friends, or others in your community think is causing your [PROBLEM]? |


Copyright © 2013 American Psychiatric Association. All Rights Reserved.
This material can be reproduced without permission by researchers and by clinicians for use with their patients.

| | |
|---|---|
| **STRESSORS AND SUPPORTS** (Social Network, Caregivers, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Cultural Identity, Older Adults, Coping and Help Seeking) | |
| *Elicit information on the individual's life context, focusing on resources, social supports, and resilience. May also probe other supports (e.g., from co-workers, from participation in religion or spirituality).* | 6. Are there any kinds of support that make your [PROBLEM] better, such as support from family, friends, or others? |
| *Focus on stressful aspects of the individual's environment. Can also probe, e.g., relationship problems, difficulties at work or school, or discrimination.* | 7. Are there any kinds of stresses that make your [PROBLEM] worse, such as difficulties with money, or family problems? |
| **ROLE OF CULTURAL IDENTITY** (Cultural Identity, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Older Adults, Children and Adolescents) | |
| | Sometimes, aspects of people's background or identity can make their [PROBLEM] better or worse. By ***background*** or ***identity,*** I mean, for example, the communities you belong to, the languages you speak, where you or your family are from, your race or ethnic background, your gender or sexual orientation, or your faith or religion. |
| *Ask the individual to reflect on the most salient elements of his or her cultural identity. Use this information to tailor questions 9–10 as needed.* | 8. For you, what are the most important aspects of your background or identity? |
| *Elicit aspects of identity that make the problem better or worse.*<br>*Probe as needed (e.g., clinical worsening as a result of discrimination due to migration status, race/ethnicity, or sexual orientation).* | 9. Are there any aspects of your background or identity that make a difference to your [PROBLEM]? |
| *Probe as needed (e.g., migration-related problems; conflict across generations or due to gender roles).* | 10. Are there any aspects of your background or identity that are causing other concerns or difficulties for you? |
| **CULTURAL FACTORS AFFECTING SELF-COPING AND PAST HELP SEEKING** | |
| **SELF-COPING** (Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors) | |
| *Clarify self-coping for the problem.* | 11. Sometimes people have various ways of dealing with problems like [PROBLEM]. What have you done on your own to cope with your [PROBLEM]? |


Copyright © 2013 American Psychiatric Association. All Rights Reserved.
This material can be reproduced without permission by researchers and by clinicians for use with their patients.

**Cultural Formulation Interview (CFI)**

| | |
|---|---|
| **PAST HELP SEEKING**<br>(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship) | |
| *Elicit various sources of help (e.g., medical care, mental health treatment, support groups, work-based counseling, folk healing, religious or spiritual counseling, other forms of traditional or alternative healing).*<br>*Probe as needed (e.g., "What other sources of help have you used?").*<br>*Clarify the individual's experience and regard for previous help.* | 12. Often, people look for help from many different sources, including different kinds of doctors, helpers, or healers. In the past, what kinds of treatment, help, advice, or healing have you sought for your [PROBLEM]?<br>*PROBE IF DOES NOT DESCRIBE USEFULNESS OF HELP RECEIVED:*<br>What types of help or treatment were most useful? Not useful? |
| **BARRIERS**<br>(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship) | |
| *Clarify the role of social barriers to help seeking, access to care, and problems engaging in previous treatment.*<br>*Probe details as needed (e.g., "What got in the way?").* | 13. Has anything prevented you from getting the help you need?<br>*PROBE AS NEEDED:*<br>For example, money, work or family commitments, stigma or discrimination, or lack of services that understand your language or background? |
| **CULTURAL FACTORS AFFECTING CURRENT HELP SEEKING** | |
| **PREFERENCES**<br>(Social Network, Caregivers, Religion and Spirituality, Older Adults, Coping and Help Seeking) | |
| *Clarify individual's current perceived needs and expectations of help, broadly defined.*<br>*Probe if individual lists only one source of help (e.g., "What other kinds of help would be useful to you at this time?").* | Now let's talk some more about the help you need.<br>14. What kinds of help do you think would be most useful to you at this time for your [PROBLEM]? |
| *Focus on the views of the social network regarding help seeking.* | 15. Are there other kinds of help that your family, friends, or other people have suggested would be helpful for you now? |
| **CLINICIAN-PATIENT RELATIONSHIP**<br>(Clinician-Patient Relationship, Older Adults) | |
| *Elicit possible concerns about the clinic or the clinician-patient relationship, including perceived racism, language barriers, or cultural differences that may undermine goodwill, communication, or care delivery.*<br>*Probe details as needed (e.g., "In what way?").*<br>*Address possible barriers to care or concerns about the clinic and the clinician-patient relationship raised previously.* | Sometimes doctors and patients misunderstand each other because they come from different backgrounds or have different expectations.<br>16. Have you been concerned about this and is there anything that we can do to provide you with the care you need? |

Page 3 of 3
Copyright © 2013 American Psychiatric Association. All Rights Reserved.
This material can be reproduced without permission by researchers and by clinicians for use with their patients.

*Note:* American Psychiatric Association. (2013). *Cultural Formulation Interview (CFI)*. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Cultural-Formulation-Interview.pdf

## Handout 3: "Risk Factors Associated with Suicide"

- **Acculturation stress and identity conflict:** the intense pressure to adapt to a new culture can lead to significant stress and identity conflict. As discussed in the unit 1.4. the struggle to balance the values and norms of their culture of origin with those of the host culture can result in feelings of confusion, isolation, and distress. These feelings can increase the risk of suicidal ideation and behaviour [26, 28].
- **Social isolation and lack of support networks:** separation from family and familiar social networks is common among migrants. This isolation can be exacerbated by language barriers and difficulties in establishing new social connections in the host country. The resulting loneliness and lack of social support are potent risk factors for suicide [26, 27].
- **Family conflicts:** Tensions and conflicts within the family, especially due to intergenerational cultural gaps or differing adaptation speeds, increase psychological distress and suicide risk among migrants [26, 27, 29].
- **Experiences of discrimination and xenophobia:** experiences of discrimination and xenophobia can lead to chronic stress, a sense of helplessness, and a diminished sense of belonging, all of which contribute to an increased risk of suicide. It might lead to re-traumatisation or new traumatic experiences, especially when physical and emotional violence takes part. Discrimination can also exacerbate the previous risk factors since the person feels isolated and has much fewer opportunities to establish and cover all basic needs [26, 27].
- **Trauma exposure pre- and post-migration:** consider the history of trauma of the client. These can be histories of trauma related to war, persecution, or violence in their home countries, as well as traumatic experiences during the migration process and can lead to (complex) post-traumatic stress disorder (C-PTSD) and other trauma-related mental health conditions that heighten the risk of suicide [26,28].
- **Legal status and fear of deportation**: uncertainty about legal status and the fear of deportation are significant existential stressors for many migrants. This fear can contribute to anxiety, depression, and feelings of hopelessness, all of which are associated with an increased risk of suicide [27, 28].
- **Substance abuse as coping mechanism:** studies show that alcohol abuse, in combination with other risk factors explained above, can lead to suicide behaviour and, therefore, a higher risk of suicide. This can be explained by the lack of sustainable resources to cope with emotional, psychological or social problems [27, 29].
- **Gender-specific vulnerabilities:** Immigrant women may face compounded risks due to gender roles, violence, and cultural pressures that increase their risk of suicidal behavior [26].

## REFERENCES

[1] Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E. C., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., & SooHoo, J. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): Development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 202–209. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.12.002

[2] Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF: A comparative review of their psychometric properties and results. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(1), 36–43. https://doi.org/10.1007/s001270050005

[3] Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

[4] Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. https://doi.org/10.2307/2136404

[5] Lorenz, L., Bachem, R. C., & Maercker, A. (2016). The Adjustment Disorder--New Module 20 as a Screening Instrument: Cluster Analysis and Cut-off Values. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 7(4), 215–220. https://doi.org/10.15171/ijoem.2016.775

[6] Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1–16. https://doi.org/10.1080/08870440290001494

[7] Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural psychiatry*, 43(4), 671–691. https://doi.org/10.1177/13634615060707796

[8] Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704

[9] Chu, J., Floyd, R., Diep, H., Pardo, S., Goldblum, P., & Bongar, B. (2013). A tool for the culturally competent assessment of suicide: The Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS) Measure. *Psychological Assessment*, 25(1), 170–181. https://doi.org/10.1037/a0031264

[10] Mental Health Commission of Canada (MHCC) & Canadian Patient Safety Institute (CPSI). (2021). *Suicide Risk Assessment Toolkit*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2021-01/mhcc_cpsi_suicide_risk_assessment_toolkit_eng.pdf

[11] Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

[12] Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x

[13] Petermann, F., & Brähler, E. (2013). *Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)*. Hogrefe Publishing.

[14] Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. [Assessment] Available from www.ptsd.va.gov

[15] Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111–116. https://doi.org/10.1097/00005053-199202000-00008

[16] Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Brewin, C. R. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. https://doi.org/10.1111/acps.12956

[17] Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). Guilford Press.

[18] Nielsen, T., Elklit, A., Vang, M. L., Nielsen, S. B., Auning-Hansen, M., & Palic, S. (2023). Cross-cultural validity and psychometric properties of the International Trauma Questionnaire in a clinical refugee sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1). https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2172256

[19] Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for *DSM-5* (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.

[20] Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008

[21] Rief, W., & Hiller, W. (2008). Screening fur Somatoforme Storungen (SOMS). Manual. (2., vollstandig uberarbeitete und neu normierte Auflage). Bern: Hans Huber.

[22] Tomás-Sábado, J., Qureshi, A., Montserrat, A., & Collazos, F. (2007). Construction and preliminary validation of the Barcelona Immigration Stress Scale. *Psychological Reports, 100*(3), 1013–1023. https://doi.org/10.2466/PR0.100.3.1013-1023

[23] Eiroa-Orosa, F. J., Evangelidou, S., Qureshi, A., & Collazos, F. (2023). Cross-cultural validation of the Barcelona Immigration Stress Scale. Journal of Immigrant and Minority Health, 25(6), 1339–1353. https://doi.org/10.1007/s10903-023-01520-2

[24] Bongard, S., Etzler, S., & Frankenberg, E. (2020). Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK). Göttingen: Hogrefe. https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000648

[25] American Psychiatric Association. (2013). *Cultural Formulation Interview (CFI)*. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Cultural-Formulation-Interview.pdf

[26] Heredia Montesinos, A., Heinz, A., Schouler-Ocak, M., & Aichberger, M. C. (2013). Precipitating and risk factors for suicidal behaviour among immigrant and ethnic minority women in Europe: A systematic review. *Suicidology Online, 4*, 60–80. http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2013-4-60-80.pdf

[27] Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2024). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview. *International Journal of Social Psychiatry*. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/09540261.2024.2327389

[28] Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2018). Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1438. https://doi.org/10.3390/ijerph15071438

[29] Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., & Haro-Abad, J. M. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 1*, 13. https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-13 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1208963/

**Unit:** 2.4 Psychological First Aid

## Handout 1: *"Special Situation of Children"*

How children react to the hardships of a crisis depends on their **age** and **developmental** stage. It also depends on the ways their caregivers and other adults interact with them (if they exist). For example, young children may not fully understand what is happening around them and are especially in need of support from caregivers. **In general, children cope better when they have a stable, calm adult around them.** [1,2]

### THINGS TO SAY AND DO FOR CHILDREN

| | |
|---|---|
| ***Keep together with loved ones*** | » Keep them together with their caregivers and family whenever possible. Try not to let them get separated.<br>» When unaccompanied, link them with a trustworthy child protection network or agency. Don't leave the child unattended.<br>» If no child protection agency is available, take steps yourself to find their caregivers or to contact other family who can care for them. |
| ***Keep safe*** | » Protect them from being exposed to any gruesome scenes, like injured people or terrible destruction.<br>» Protect them from hearing upsetting stories about the event.<br>» Protect them from the media or from people who want to interview them who are not part of the emergency response. |
| ***Listen, talk and play*** | » Be calm, talk softly and be kind.<br>» Listen to children's views on their situation.<br>» Try to talk with them on their eye level, and use words and explanations they can understand.<br>» Introduce yourself by name and let them know you are there to help.<br>» Find out their name, where they are from, and any information you can in order to help find their caregivers and other family members.<br>» When they are with their caregivers, support the caregivers in taking care of their own children.<br>» If passing time with children, try to involve them in play activities or simple conversation about their interests, according to their age. |

*Note:* Graphic from World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205

Remember that children also have their own resources for coping. Learn what these are and support positive coping strategies, while helping them to avoid negative coping strategies. Older children and adolescents can often help in crisis situations. Finding safe ways for them to contribute to the situation may help them to feel more in control.

**The three principles "Look, Listen, Link" of PFA for children: [1,2]**

**"LOOK" FOR:**

- ✓ information on what has happened
- ✓ safety and security risks
- ✓ who the child is with or whether the child is alone
- ✓ physical injuries
- ✓ immediate basic, practical and protection needs emotional reactions.
- ✓ Assess emotional reactions

**"LINK"**

- ✓ assess the child's needs, with the child, if possible
- ✓ help the child access protection and services for basic needs
- ✓ give age-appropriate information
- ✓ connect the child with loved ones and, if needed, social services

**"LISTEN"**

- ✓ approach the child and introduce yourself
- ✓ calm the child
- ✓ pay attention and listen actively
- ✓ accept and validate the child's reactions and feelings
- ✓ ask about needs and concerns with age-appropriate questions
- ✓ help the child find solutions to their immediate needs and problem

*Note:* Adapted from *A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent societies* (pp. 58–61), by International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2018, IFRC Reference Centre for Psychosocial Support.

## REFERENCES

[1] World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205

[2] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2018). *A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent societies*. IFRC Reference Centre for Psychosocial Support. Retrieved September 12, 2024, from https://pscentre.org/?resource=a-guide-to-psychological-first-aid-for-red-cross-red-crescent-societies

Co-funded by the European Union

**Funded by the European Union.**

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC-BY-NC 4.0).

# Módulo 3.

# Mejorar las habilidades para gestionar las necesidades de la salud mental de los migrantes

***Intérpretes y mediadores culturales***

*Contenido preparado por el* ***Prolepsis*** *(el Instituto de Medicina Preventiva, Salud Ambiental y Ocupacional – Grecia), la* ***Zadig*** *(Zadig Srl, società benefit – Italia) y la* ***Universidad Tecnológica de Chipre/CUT (Chipre), y revisado por Prolepsis*** *(Grecia)*

*Última actualización: Diciembre 2024*

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

| | |
|---|---|
| **Módulo:** | Mejorar las habilidades para gestionar las necesidades de la salud mental en los migrantes |
| **Versión:** | Intérpretes y mediadores culturales |
| **Colaboradores responsables:** | El Instituto Prolepsis, la Zadig, la CUT |

| **Descripción del módulo** |
|---|
| Este módulo equipa a los intérpretes y a los mediadores culturales con las habilidades y estrategias necesarias para gestionar las necesidades de la salud mental en los migrantes y refugiados. Se enfatiza la importancia de una comunicación eficaz, de la conciencia cultural, colaboración con profesionales a la hora de la interpretación/mediación cultural y el trabajo en equipos interdisciplinarios. Al final del módulo se ha añadido una unidad complementaria que enfoca en las circunstancias únicas de los niños y jóvenes migrantes, incluidos los menores no acompañados. La Unidad 3.1 se centra en la comunicación eficaz, proporcionando herramientas para generar empatía, confianza y un buen entendimiento con los migrantes y refugiados, al mismo tiempo abordando las barreras lingüísticas y culturales a través de tales técnicas como la comunicación no violenta (CNV) y la práctica reflexiva. La Unidad 3.2 destaca la conciencia cultural, fomentando la autorreflexión sobre los prejuicios y promoviendo enfoques de atención culturalmente sensibles, con una introducción a la competencia estructural para abordar las desigualdades sistémicas. La Unidad 3.3 profundiza en la colaboración para asegurar una interpretación y mediación cultural eficaz, destacando el papel de los intérpretes y los mediadores culturales para cerrar las brechas lingüísticas y culturales y ofreciendo pautas para trabajar en equipo en entornos de comunicación triádica. La Unidad 3.4 explora la colaboración interdisciplinaria en la salud mental y el apoyo psicosocial, promoviendo enfoques de atención integrada en diversas funciones profesionales. Finalmente, la Unidad 3.5 examina la situación especial de los niños, abordando las necesidades psicosociales y de salud mental únicas en |

los niños migrantes y refugiados con estrategias personalizadas para garantizar la seguridad, la confianza y el compromiso.

**Resultados de formación del módulo:**

Al finalizar este módulo, los participantes deberían poder:

- Demostrar habilidades de comunicación eficaces para generar confianza, empatía y un buen entendimiento con los migrantes y refugiados.
- Identificar y abordar señales de comunicación no verbal, comprender su significado y utilizarlas de manera eficaz para establecer una buen entendimiento.
- Implementar estrategias de comunicación eficaces, incluido el uso de CNV y prácticas reflexivas.
- Aplicar la conciencia cultural y la competencia estructural para adaptar el apoyo psicosocial.
- Colaborar eficientemente con los intérpretes y los mediadores culturales y comprender sus funciones.
- Implementar mejores prácticas de una comunicación triádica para cerrar las brechas lingüísticas y culturales.
- Facilitar la colaboración interdisciplinaria, integrando las funciones de varios profesionales para asegurar la salud mental y el apoyo psicosocial a las poblaciones de migrantes y refugiados.
- Revisar los factores de riesgo y de protección, así como las diversas necesidades y respuestas al estrés relacionados con los niños desplazados.
- Responder a las necesidades únicas de los niños migrantes y refugiados empleando enfoques apropiados para su edad a fin de garantizar la seguridad, la confianza y el compromiso.

**Unidades en este módulo:**

| **Módulo 3. Mejorar las habilidades para gestionar las necesidades de la salud mental en los migrantes** |
|---|

| |
|---|
| **Unidad 3.1:** Comunicación eficaz |
| **Unidad 3.2:** Conciencia cultural |
| **Unidad 3.3:** Colaboración para asegurar una interpretación y mediación cultural eficaces |
| **Unidad 3.4:** Colaboración interdisciplinaria en la salud mental y el apoyo psicosocial |
| **Unidad 3.5:** Situación especial de los niños |

**Unidad 3.1:** Comunicación eficaz

| **Descripción de la unidad** |
|---|
| Esta unidad cubre temas clave para una comunicación eficaz a fin de apoyar a los migrantes y refugiados en entornos de la asistencia psicosocial y de salud mental. Al principio se abordan algunas estrategias para generar la empatía, la confianza y el entendimiento, seguidos por el papel de los intérpretes y los mediadores culturales en la superación de las barreras lingüísticas y culturales. Se explora la comunicación no verbal, proporcionando algunos ejemplos prácticos del uso de los gestos, el tono y el lenguaje corporal para mejorar la comprensión. Se introduce la práctica reflexiva para ayudar a los trabajadores de campo a desarrollar la autoconciencia y mejorar sus enfoques de comunicación. Finalmente, se presentan los principios de la comunicación no violenta (CNV) (observaciones, sentimientos, necesidades y solicitudes) como herramientas para fomentar interacciones claras y colaborativas. |

**Secciones de la unidad:**

1. Introducción
2. Elementos clave de la comunicación eficaz

3. Principios de la comunicación no violenta (CNV)

## 1. Introducción

Una comunicación eficaz es crucial en contextos de la salud mental que involucran a los migrantes y refugiados debido a sus desafíos y experiencias únicos [1,2]. Comunicarse de manera clara, empática y culturalmente sensible permite a los trabajadores de campo evaluar con precisión las necesidades, generar confianza y brindar apoyo personalizado. Esto garantiza que las personas con las que trabajamos se sientan escuchadas y comprendidas, lo que a su vez promueve su participación activa en el proceso del tratamiento y mejora los resultados de la salud mental.

Además, una comunicación eficaz es esencial para superar las barreras a la atención [3]. Eso requiere recursos multilingües y una comprensión profunda de los contextos culturales, que influyen en las percepciones y prácticas de la salud mental (consulte también Unidades 2.1 y 2.3). Reconocer y abordar los desafíos únicos planteados por las barreras lingüísticas a través de la colaboración con los intérpretes y los mediadores culturales mejora la confianza y garantiza interacciones más precisas y de apoyo [4]. Un diálogo abierto y respetuoso ayuda a los profesionales y los voluntarios a identificar y abordar tales obstáculos como el miedo a la deportación, el estigma que rodea los problemas de la salud mental y los asuntos prácticos, como el empleo y la vivienda [5].

Esta unidad explora los elementos clave de una comunicación eficaz, tales como el papel de la empatía, la creación de confianza y buen entendimiento, la comunicación no verbal y el pensamiento reflexivo [6-8]. Se abordan estrategias prácticas para cada elemento a fin de mejorar la comunicación de los profesionales con los migrantes y refugiados. Por último, se tratan los principios de la comunicación no violenta (CNV).

## 2. Elementos clave de una comunicación eficaz

***Comprender el papel de la empatía, la confianza y un buen entendimiento***

La empatía implica comprender y compartir los sentimientos de otro individuo. Tener empatía es imperativo para generar confianza (que para los fines de esta capacitación se refiere a establecer una relación basada en

la verdad y la confiabilidad) desarrollar un buen entendimiento y establecer una conexión y relación genuina entre el profesional y la persona que accede a la atención [9,10]. Tener empatía, que es imperativo para superar las barreras, ayuda a las personas a compartir experiencias difíciles, alivia los temores a la autoridad y establece una relación sólida [9-12].

La empatía juega un papel central en la relación profesional-cliente. La empatía se define como la capacidad de comprender las experiencias y necesidades vividas por otro individuo, comunicar y confirmar esta comprensión con el individuo y actuar sobre esta comprensión de una manera beneficiosa y de apoyo [11]. Es la base de todas las actividades relacionadas con la salud mental y el bienestar psicosocial [9-11].

A pesar de la gran cantidad de literatura que destaca la importancia de la empatía, los profesionales de la salud y otros profesionales relevantes, que trabajan para mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de los migrantes y refugiados, no siempre responden desde un lugar de empatía a las necesidades de una persona [13]. Además, las barreras lingüísticas representan un factor de riesgo importante que puede afectar la calidad de la atención brindada. La Unidad 3.3 resalta el papel vital de los intérpretes y los mediadores culturales en la atención a la salud mental en los migrantes y refugiados, y explica las oportunidades positivas que su presencia puede brindar en una interacción transcultural [14].

La eficacia de la empatía en la atención a la salud mental no implica únicamente entender las experiencias de un individuo, sino también saber comunicar ese entendimiento se comunica y saber actuar sobre ello en consecuencia. Para los profesionales y voluntarios es fundamental dominar las habilidades para transmitir empatía a través de la comunicación verbal y no verbal. Esto implica validar y respetar los sentimientos del individuo integrando diferentes perspectivas [9]. Dada la naturaleza transaccional de la empatía, donde tanto el profesional como el individuo se influyen mutuamente, una comunicación eficaz se convierte en un proceso dinámico e interactivo.

***El sistema de codificación de comunicación empática (ECCS)***

El sistema de codificación de comunicación empática (ECCS) es un instrumento validado que mide la comunicación empática en encuentros entre el profesional y el cliente. La siguiente tabla se puede aplicar como marco para que los profesionales obtengan claridad sobre sus respuestas en diferentes situaciones [15]. Las

respuestas marcadas en rojo son reacciones indeseables, mientras que las respuestas marcadas en verde son preferibles.

| **El sistema de codificación de comunicación empática** | |
|---|---|
| **Negación/Desconfirmación** | El profesional ignora la oportunidad de ser empático/a (la oportunidad empática) para establecer una conexión con la persona o hace una declaración incómoda. |
| **Reconocimiento superficial** | El profesional da una respuesta robótica, similar a un guion, con pocas oportunidades empáticas y un reconocimiento mínimo. |
| **Reconocimiento implícito** | El profesional no reconoce el problema central en la oportunidad empática, se centra en una parte periférica de lo que se reveló y procede a cambiar el tema de la conversación. |
| **Reconocimiento** | El profesional reconoce el problema central en la oportunidad empática, pero se centra en una parte periférica de lo que se reveló y procede a cambiar el tema de discusión. |
| **Seguimiento** | El profesional reconoce el problema central descrito durante la oportunidad empática y lo persigue haciendo preguntas al migrante/refugiado, brindándole apoyo o un consejo, o desarrollando más detalladamente lo que el paciente reveló. |
| **Confirmación** | El profesional transmite al migrante/refugiado que la emoción o el desafío revelado es válido y legítimo. |
| **Sentimiento o experiencia compartida** | El profesional revela que comparte la emoción de la persona o ha pasado por una experiencia o desafío similar. |

*Nota:* Contenido adaptado por el equipo de EU-MiCare basado en información de Bylund (2005).

***Generar confianza y entendimiento***

**<u>Punto clave</u>:** ***La importancia de generar confianza y entendimiento***

Generar confianza es esencial debido a varias razones críticas:

migrantes y refugiados a menudo provienen de diversos orígenes culturales y es posible que no len el idioma local con fluidez. Estas diferencias pueden crear barreras importantes a la atención. generar confianza, los trabajadores de campo pueden cerrar estas brechas, asegurando que los grantes y refugiados se sientan escuchados y comprendidos [16].

chos migrantes y refugiados han experimentado adversidades importantes, como guerras, secución, dificultades económicas o viajes peligrosos en búsqueda de seguridad. Estas experiencias eden conducir a una mayor sensación de vulnerabilidad y desconfianza. La confianza es crucial para darles a sentirse seguros y suficientemente apoyados como para compartir sus experiencias y timientos. Sin confianza, pueden mostrarse reacios a abrirse, lo que obstaculiza el proceso apéutico y su capacidad de sanar y recuperarse [9-12].

migrantes y refugiados pueden desconfiar de las autoridades debido a experiencias negativas vias en sus países de origen o durante su viaje migratorio. Esta desconfianza puede extenderse a profesionales y voluntarios con los que podrían estar trabajando, haciendo que buscar la atención salud mental y participar en ello es un reto. Establecer una buena relación ayuda a aliviar estos nores, haciendo que los migrantes y refugiados tengan más probabilidades de interactuar y neficiarse del apoyo que tienen a su disposición. Esto puede ser particularmente importante para ntarlos a participar en la terapia en curso y cumplir con los planes de tratamiento [17].

entendimiento sólido mejora la eficacia de las intervenciones psicosociales, ya que fomenta la aboración, el respeto mutuo y un compromiso compartido con los objetivos del tratamiento. ando las personas sienten que los profesionales realmente se preocupan por su bienestar y están nprometidos con su recuperación, es más probable que estén motivadas y participen de manera iva en la atención a su salud mental.

***Estrategias y técnicas prácticas para establecer confianza con los migrantes y refugiados***

Confianza: en el contexto del trabajo con los migrantes y refugiados se refiere a la creencia de que el proveedor de servicios (por ejemplo, el trabajador social, el profesional de la salud o el trabajador humanitario) es confiable, honesto y genuinamente comprometido con el bienestar de las personas a las que atiende. Eso implica crear un entorno seguro y de apoyo donde los migrantes y refugiados se sientan seguros de que sus necesidades e inquietudes serán atendidas con respeto y confidencialidad [18].

***Un ejemplo práctico:*** Para generar confianza, un trabajador social puede cumplir constantemente sus promesas y proporcionar recursos o información dentro del plazo acordado. También puede mostrar empatía escuchando activamente la historia de un refugiado, demostrando que valora y respeta sus experiencias y emociones.

**Entendimiento**: se refiere a la relación positiva y la comprensión mutua desarrollada entre el proveedor de servicios y la persona. Implica crear una conexión que fomente la comunicación abierta y un sentido de colaboración, haciendo que el individuo se sienta escuchado, comprendido y respetado [19].

***Un ejemplo práctico:*** Un trabajador de la salud podría establecer una buena relación mediante el uso de comunicación culturalmente sensible, preguntando sobre los niveles de comodidad del individuo y mostrando un interés genuino en sus antecedentes culturales y experiencias personales. Esto puede ayudar al migrante o refugiado a sentirse más cómodo compartiendo información importante relacionada con su salud.

Como se analizará con más detalle en la Unidad 3.3, los intérpretes y mediadores culturales son esenciales para superar las barreras lingüísticas y culturales, ya que facilitan una comunicación precisa y matizada entre los migrantes o refugiados y los proveedores de servicios [20]. No sólo traducen palabras, sino que también transmiten contextos culturales, que son fundamentales para la comprensión. Son cruciales para generar confianza y entendimiento al garantizar que la persona se sienta comprendida y respetada en su propio idioma, lo cual es vital para una prestación eficaz de servicios.

***La importancia de la comunicación no verbal***

**Comunicación no verbal:** Se refiere a la transmisión de mensajes o información sin utilizar palabras. Esto puede incluir expresiones faciales, gestos, postura, contacto visual, tono de voz y otras señales del lenguaje corporal [21, 22]. La comunicación no verbal es especialmente importante en los contextos de la salud mental donde los

migrantes y refugiados pueden estar lidiando con emociones difíciles, incluido el estrés o la ansiedad. Es posible que estas personas no siempre tengan las palabras para expresar sus sentimientos o que duden en hablar abiertamente debido a normas culturales o al miedo al estigma [3, 19, 21-23].

**Punto clave: *Ejemplos prácticos de la comunicación no verbal***

**Expresiones faciales:** Un trabajador de campo puede utilizar una expresión facial tranquila y empática para tranquilizar a una persona que está compartiendo una experiencia difícil. Una sonrisa amable o un gesto de asentimiento pueden comunicar comprensión y apoyo sin necesidad de decir nada.

**Lenguaje corporal:** Un lenguaje corporal abierto y relajado, como sentarse frente al cliente con los brazos sin cruzar, puede hacer que la persona se sienta más cómoda y tranquila. Eso señala que el proveedor es abordable y está completamente presente.

**Contacto visual:** Mantener un contacto visual adecuado (teniendo en cuenta las sensibilidades culturales) demuestra que el proveedor está prestando atención y valora lo que dice el cliente. Sin embargo, es importante tener en cuenta que en algunas culturas el contacto visual directo puede percibirse como una falta de respeto o intimidación.

**Tono de voz:** Un tono de voz tranquilizador y calmado puede ayudar a calmar una situación en la que una persona podría sentirse abrumada o angustiada. Incluso cuando el idioma presenta una barrera, el tono puede transmitir atención y preocupación.

**Gestos:** Gestos simples como ofrecer un pañuelo, acariciar suavemente la mano de alguien (si es culturalmente apropiado) o usar señales con las manos para guiar una conversación pueden comunicar apoyo y comprensión cuando las palabras son difíciles.

Las señales no verbales pueden ayudar a cerrar la brecha entre el profesional y el individuo, haciendo que el migrante o refugiado se sienta más seguro y comprendido, incluso cuando no pueda articular plenamente sus sentimientos o experiencias [24, 25].

También es clave comprender y ser sensible a las variaciones culturales en la comunicación no verbal. Lo que podría ser un gesto reconfortante en una cultura podría malinterpretarse en otra, por lo que los trabajadores de campo deben ser culturalmente conscientes y receptivos en el uso de señales no verbales (por ejemplo, el apretón de manos). La interacción entre un trabajador de campo y un migrante o refugiado está significativamente influenciada por señales y comportamientos no verbales [21, 22, 25].

| | |
|---|---|
| **Atención:** | Se refiere a la capacidad del profesional para concentrarse en la interacción presente. Si el refugiado/migrante percibe que el profesional está distraído o desinteresado, el entendimiento se ve comprometido. Para transmitir interés, el profesional debe prestar toda su atención al individuo, mantener contacto visual y asentir para fomentar un diálogo más significativo. |
| **Positividad-Negatividad** | Se refiere al tono emocional de la interacción y a cómo el profesional y el refugiado o migrante se relacionan. Se trata de si el profesional y el refugiado/migrante disfrutan de sus interacciones. Esto se mostrará con comportamientos no verbales, incluida la inclinación hacia adelante y posturas abiertas. Los indicadores negativos de interacción mostrarán indiferencia y crearán una barrera para una atención sanitaria mental eficaz. |
| **Coordinación** | Se refiere a reflejar las señales no verbales de cada uno, ya sea el contacto visual, sonrisas recíprocas o un lenguaje corporal coincidente, lo que fortalece la relación y promueve el compromiso del profesional y el refugiado o migrante. |
| **Observación** | Se refiere a la capacidad del profesional para discernir y evaluar el riesgo que corre el migrante o refugiado de hacerse daño a sí mismo o a otros. |

*Nota:* Contenido adaptado por el equipo EU-MiCare basado en información de Folie & Gentile (2010)

Es esencial observar los comportamientos no verbales en funciones del trabajador de campo, ya que pueden ayudar al profesional a discernir y evaluar el riesgo del individuo de hacerse daño a sí mismo o a otros. Por ejemplo, un migrante que niega tener antecedentes de autolesión, pero tiene cicatrices en los antebrazos, se consideraría con mayor riesgo de sufrir autolesiones o suicidio accidental en el futuro. Por otro lado, una persona que está molesta por haber sido ingresada involuntariamente en un hospital puede presentar su enojo a través de un comportamiento no verbal, como alzar la voz, apretar los puños, etc. El profesional o voluntario observará los comportamientos no verbales y tomará medidas preventivas para garantizar que los sentimientos de angustia del individuo no aumenten.

Es importante que el profesional observe cuidadosamente al individuo y los cambios en su estado mental para profundizar y determinar las causas fundamentales de cualquier cambio de comportamiento respecto al comportamiento habitual de la persona. Cualquier cambio en la conducta y comportamiento típicos de la persona merecen atención y exploración adicional. Esto es especialmente significativo, ya que las señales no verbales, al ser en gran medida inconscientes, tienden a proporcionar una visión más auténtica del verdadero estado emocional del individuo. Los cambios en las expresiones no verbales durante las sesiones de terapia sirven como indicadores para el profesional de salud de que es posible que el individuo aún no esté preparado para abordar ciertos problemas. La Unidad 2.3 puede servir para integrar diferentes enfoques de detección y evaluación con la comunicación no verbal.

***Práctica reflexiva***

La práctica reflexiva es un componente vital de la comunicación eficaz entre los trabajadores de campo y los migrantes o refugiados. Eso permite a los profesionales y voluntarios tomar conciencia de sí mismos, reducir los prejuicios y mejorar continuamente sus habilidades y enfoques. La práctica reflexiva se basa en la distinción entre el mundo propio y el de la persona. Si falta esta conciencia, el proveedor corre el riesgo de comparar y superponer su perspectiva con la del migrante o refugiado, de volverse comprensivo en lugar de empático, abandonando así su papel profesional o del voluntario [26].

Cuando uno simpatiza con otra persona, se imagina en su situación y piensa en cómo se sentiría en su lugar. En cambio, cuando uno siente empatía por alguien, se concentra en comprender cómo es realmente ser la otra persona, experimentando sus sentimientos y su perspectiva, en vez de simplemente sentir lástima por él/ella

[27]. Enfatizando su expresión de empatía, el trabajador de campo facilita una mejor comunicación y promueve el apoyo emocional necesario a quienes pueden haber estado acostumbrados a un trato desigual [28].

La práctica reflexiva implica un proceso continuo de autoexamen y evaluación de las propias experiencias, pensamientos y acciones del profesional para mejorar el crecimiento personal y profesional. En el contexto de la salud mental en los refugiados y migrantes, la práctica reflexiva es especialmente importante por varias razones. La práctica implica que un individuo o un equipo es capaz de gestionar sus sentimientos y emociones y mantenerse al mando, en lugar de sentirse abrumado por ellos. El conocimiento de cómo nos pueden hacer sentir determinadas situaciones nos brinda la oportunidad de planificar y prepararnos.

La práctica reflexiva es un proceso continuo que nunca se completa. Por lo tanto, es necesario realizar una autoevaluación a intervalos regulares. Este proceso de evaluación nos ayuda a ver hasta dónde hemos llegado, identificar lo que aún necesitamos aprender y planificar cómo llegaremos allí [29]. Este tema se explora más a fondo en el Módulo 4. Autocuidado y Bienestar del Personal.

**Punto clave**: ***¿Por qué es tan importante la práctica reflexiva?***

- La práctica reflexiva ayuda a los trabajadores de campo a ser más conscientes de sus propios prejuicios, suposiciones y perspectivas culturales, que pueden afectar significativamente sus interacciones con los migrantes y refugiados. Al reflexionar periódicamente sobre sus pensamientos, palabras y comportamientos, los proveedores pueden identificar y mitigar cualquier sesgo inconsciente o malentendido cultural que pueda obstaculizar una comunicación eficaz.
- La práctica reflexiva mejora la calidad del apoyo brindado a los migrantes y los refugiados al promover el aprendizaje y la mejora continuos entre los proveedores. También los alienta a evaluar críticamente sus métodos y resultados, buscar retroalimentación y adaptar sus estrategias para satisfacer mejor las necesidades de esta población. En el campo dinámico y a menudo desafiante de la salud mental en los refugiados y migrantes, esta adaptabilidad y

compromiso con el desarrollo profesional continuo son cruciales para brindar una atención eficaz y receptiva.

## 3. Principios de la comunicación no violenta (CNV)

→ **VIDEO:** *Communicación no violenta por Marshal Rosenberg* :

***La comunicación no violenta (CNV***), desarrollada por Marshall Rosenberg, es un marco de comunicación que enfatiza la empatía, la comprensión y la conexión compasiva [30]. El concepto comprende cuatro componentes clave: observaciones, sentimientos, necesidades y solicitudes. La CNV tiene como objetivo facilitar interacciones más eficaces y armoniosas al centrarse en estos elementos, reduciendo malentendidos y conflictos [31, 32]. A continuación, se profundiza cada componente, incorporando acciones y ejemplos concretos.

1. **Observaciones**: identificar y articular acciones o eventos específicos y factuales que impactan nuestro bienestar. Estas observaciones deben estar libres de juicios o interpretaciones, centrándose únicamente en lo que se puede ver u oír.

*Uso:* Por ejemplo, un trabajador de campo podría observar: "Me di cuenta de que durante nuestra última sesión mencionaste que tenías problemas para dormir y te sentías constantemente nervioso/a". Al exponer claramente lo observado sin imponer ningún juicio, el profesional prepara el escenario para una conversación abierta y no amenazadora.

2. **Sentimientos**: las respuestas emocionales que tenemos en relación con nuestras observaciones. Expresar estos sentimientos ayuda a conectar con la realidad emocional de la situación.

*Uso:* Después de la observación, es importante que el trabajador de campo reflexione sobre cómo esto afecta sus propios sentimientos y los posibles sentimientos del migrante o refugiado. Por ejemplo: "Al escuchar que tienes problemas para dormir, me preocupo, porque entiendo lo importante que es el descanso para tu bienestar general". Reconocer y nombrar los sentimientos valida la experiencia emocional de las personas. Al

compartir abiertamente sus propios sentimientos de preocupación, los proveedores humanizan la interacción y fomentan una conexión emocional más profunda.

3. **Necesidades**: las necesidades, valores o deseos subyacentes que impulsan nuestros sentimientos. Reconocer estas necesidades ayuda a comprender por qué nos sentimos de cierta manera y qué podría ser necesario para abordar esos sentimientos.

*Uso:* Por ejemplo, el profesional podría decir: "Creo que tu dificultad para dormir podría estar relacionada con una necesidad de seguridad y estabilidad, lo cual es comprensiblemente desafiante en tu situación de vida actual". Al conectar los sentimientos con las necesidades insatisfechas, los profesionales demuestran una comprensión más profunda de los desafíos que enfrenta la persona. Esto no sólo ayuda a abordar las causas fundamentales de la angustia (ver también unidades 1.2 y 1.3), sino que también muestra que el proveedor está en sintonía con un contexto más amplio de la vida del individuo.

4. **Solicitudes**: son solicitudes específicas, viables y respetuosas realizadas para satisfacer las necesidades identificadas. Estas solicitudes se formulan de manera que permitan la colaboración y respeten la autonomía de la otra persona.

Uso: Una vez identificadas las necesidades, el profesional puede realizar una solicitud específica que tenga como objetivo atender las necesidades. Por ejemplo, "¿Estarías dispuesto/a a explorar algunas técnicas de relajación o anclaje que podrían ayudarte a mejorar tu sueño?" Expresar solicitudes claras y viables empodera a los migrantes y refugiados involucrándolos en su propio cuidado. También muestra respeto por su autonomía y reconoce su capacidad para tomar medidas a fin de mejorar su bienestar. Este enfoque colaborativo no sólo aborda las preocupaciones inmediatas, sino que también fortalece la relación general al reforzar la idea de que el proveedor no está allí para imponer, sino para apoyar.

**FUENTES**

[1] Nithianandan, N., Gibson-Helm, M., McBride, J., & others. (2016). Factors affecting implementation of perinatal mental health screening in women of refugee background. *Implementation Science, 11*, 150. https://doi.org/10.1186/s13012-016-0515-2

[2] Brown, C. M., Tilson, E. C., & Manzur, F. (2021). Effective communication with refugees and immigrants. *Primary Care: Clinics in Office Practice, 48*(1), 23-34.

[3] Krystallidou, D., Temizöz, Ö., Wang, F., de Looper, M., Di Maria, E., Gattiglia, N., Giani, S., Hieke, G., Morganti, W., Pace, C. S., Schouten, B., & Braun, S. (2024). Communication in refugee and migrant mental healthcare: A systematic rapid review on the needs, barriers and strategies of seekers and providers of mental health services. *Health Policy, 139*, 104949. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104949

[4] Organización Mundial de la Salud . (2023). *Kit de herramientas sanitarias para los refugiados y los migrantes* https://www.who.int/tools/refugee-and-migrant-health-toolkit

[5] Peñuela-O'Brien, E., Wan, M. W., Edge, D., & Berry, K. (2023). Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in Europe: A qualitative systematic review. *Transcultural Psychiatry, 60*(1), 176-198. https://doi.org/10.1177/13634615211067360

[6] Lau, L. S., & Rodgers, G. (2021). Cultural Competence in Refugee Service Settings: A Scoping Review. *Health equity, 5*(1), 124–134. https://doi.org/10.1089/heq.2020.0094

[7] Ward, A., Andrews, L., Black, A., & Williamson, A. E. (2023). Communicating effectively with inclusion health populations: 2022 ICCH symposium. *Patient Education and Counseling, 117*, Article 107977. https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107977

[8] El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR). (2016). *Community-based protection in action: Effective & respectful communication in forced displacement.* https://www.refworld.org/policy/opguidance/unhcr/2016/en/110175

[9] IOM. (2021). *Mental health and psychosocial support for resettled refugees.* https://eca.iom.int/resources/mental-health-and-psychosocial-support-resettled-refugees

[10] Santhanam-Martin, R. (2020). Re-building trust and connectedness in exile: The role of health and social institutions. In L. De Haene & C. Rousseau (Eds.), *Working with refugee families: Trauma and exile in family relationships* (pp. 265–276). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108602105.018

[11] Krystallidou, D., Remael, A., de Boe, E., Hendrickx, K., Tsakitzidis, G., van de Geuchte, S., & Pype, P. (2018). Investigating empathy in interpreter-mediated simulated consultations: An explorative study. *Patient Education and Counseling, 101*(1), 33–42. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.07.022

[12] Hanewald, B., Knipper, M., Daub, J., Ebert, S., Bogdanski, C., Hinder, L., Hall, M., Berthold, D., & Stingl, M. (2022). Addressing the Mental Health Challenges of Refugees-A Regional Network-Based Approach in Middle Hesse Germany. *International journal of environmental research and public health,* 19(20), 13436. https://doi.org/10.3390/ijerph192013436

[13] Yalim, A.C., Boyd, K. & Sualp, K. "Sometimes that Takes You Going the Extra Mile": The Role of Providers' Self-efficacy in Refugee Mental Health Services. *Community Mental Health Journal,* 59, 512–522 (2023). https://doi.org/10.1007/s10597-022-01035-4

[14] Verrept H. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for migrants and refugees in the WHO European Region? Copenhague: Oficina regional para Europa de la OMS, 2019. *(Health Evidence Network Synthesis Report, No. 64.)* 2. RESULTADOS https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550148/

[15] Bylund, C., & Makoul, G. (2005). Examining empathy in medical encounters: An observational study using the empathic communication coding system. *Health Communication, 18*(2), 123–140. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1802_2

[16] ACNUR (2024). Integration Handbook for Resettled Refugees. https://www.unhcr.org/handbooks/ih/

[17] AASW, NSW RHS, STARTTS. (2022). Working with people from refugee backgrounds: A guide for Social Workers, Australian Association of Social Workers (AASW), *NSW Refugee Health Service (NSW RHS), & Service for the Treatment and Rehabilitation of Torture and Trauma Survivors (STARTTS)*, Sydney edition 2.

[18] D'Alonzo, K. T., & Greene, L. (2020). Strategies to establish and maintain trust when working in immigrant communities. *Public Health Nursing,* 37(5), 764–768. https://doi.org/10.1111/phn.12764

[19] Mental health of migrants and refugees: risk and protective factors and access to care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud . (2023). *Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series.* Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

[20] Tribe, R., & Thompson, K. (2022). Working with interpreters when working with forced migrants in mental health. *International review of psychiatry (Abingdon, England),* 34(6), 613–621. https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2073202

[21] Hussein, B., & Mahmood, R. K. (2020). The types of nonverbal communication cues with reference to refugeeism. *Journal of Raparin University,* 7(2), 159–182. https://doi.org/10.26750/Vol(7).No(2).paper8

[22] Rogers, R. (2024). Non-verbal communication & cultural differences for Afghan refugee youth facilitators. *El Comité Estadounidense para Refugiados e Inmigrantes (USCRI)* https://refugees.org/wp-content/uploads/2024/03/USCRI-FieldTeams_nonverbalcommunication.pdf

[23] Patel, P., Bernays, S., Dolan, H., Muscat, D. M., & Trevena, L. (2021). Communication Experiences in Primary Healthcare with Refugees and Asylum Seekers: A Literature Review and Narrative Synthesis. *International journal of environmental research and public health, 18*(4), 1469. https://doi.org/10.3390/ijerph18041469

[24] Santhanam-Martin, R. (2020). Re-building trust and connectedness in exile: The role of health and social institutions. In L. De Haene & C. Rousseau (Eds.), *Working with refugee families: Trauma and exile in family relationships* (pp. 265–276). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108602105.018

[25] Tickle-Degnen, L., & Rosenthal, R. (1990). The Nature of Rapport and Its Nonverbal Correlates. *Psychological Inquiry, 1*(4), 285–293. http://www.jstor.org/stable/1449345

[26] Prosser, M., Stephenson, T., Mathur, J. *et al.* Reflective practice and transcultural psychiatry peer e-learning between Somaliland and the UK: a qualitative evaluation. *BMC Med Educ* **21**, 58 (2021). https://doi.org/10.1186/s12909-020-02465-y

[27] Burnard, P. (1992). Self-awareness skills. *In Effective communication skills for health professionals* (Therapy in Practice Series, Vol. 28). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-4511-2_12

[28] Sklavou, K. (2019). A theoretical approach to intercultural counseling through social work practice. *Peer Reviewed Journal of Forensic & Genetic Sciences, 3*(4). https://doi.org/10.32474/PRJFGS.2019.03.000167.

[29] Jack, K., & Miller, E. (2008). Exploring self-awareness in mental health practice. *Mental Health Practice, 12*(3), 31–35. https://doi.org/10.7748/mhp2008.11.12.3.31.c6803

[30] Rosenberg, M. B. (2003). Nonviolent communication: *A language of life (2nd ed.)*. PuddleDancer Press.

[31] Alshughry, Usama. (2018). Non-violent communication and theatre of the oppressed: A case study with Syrian refugee women from the Kareemat Centre in Turkey. *Intervention* 16(2), 170-174, https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_45_18

[32] Rehema Zaid Obuyi. (2021). Enhancing Capacities in Nonviolent Communication to Change Perceptions and Addressing Root, Proximate and Tertiary Causes of Ethiopia's Tigray Crisis. *International and Public Affairs, 5*(1), 11-18. https://doi.org/10.11648/j.ipa.20210501.13

**Unidad 3.2:** Conciencia cultural

| **Descripción de la unidad** |
| --- |
| Esta unidad explora el concepto de la conciencia cultural en el contexto de la salud mental y el apoyo psicosocial a los migrantes y refugiados. Se enfatiza la importancia de la autorreflexión y la comprensión de la propia identidad cultural, mientras uno permanezca sensible a las experiencias y necesidades culturales de los demás. La unidad desafía a los trabajadores de campo a ir más allá de la competencia cultural y adoptar un enfoque flexible y empático, personalizando su atención para respetar los diversos valores, creencias y comportamientos de aquellos a quienes apoyan. También se examina la competencia estructural como un marco que va más allá de la conciencia cultural, observando cómo las dinámicas de poder, la discriminación y las estructuras sociales impactan los resultados de salud mental. Este enfoque promueve perspectivas interdisciplinarias, intervenciones estructurales y humildad, reconociendo los límites de la experiencia de los trabajadores de campo para abordar las desigualdades sistémicas. |

**Secciones de la unidad:**

1. Introducción
2. Conciencia cultural
3. Competencia estructural con los migrantes y refugiados

## 1. Introducción

En el contexto de la salud mental y el apoyo psicosocial, la competencia cultural y la conciencia cultural son conceptos clave, aunque representan enfoques diferentes. La competencia cultural implica adquirir conocimientos específicos sobre diversas culturas, desarrollar habilidades para comunicarse eficazmente a través de fronteras culturales y demostrar actitudes respetuosas hacia las diferencias culturales [1]. Si bien los profesionales reconocen la importancia del factor cultural, a menudo tienen dificultades con la implementación práctica, careciendo de directrices claras y claridad operativa. Además, los enfoques de la competencia cultural

han sido criticados por poner demasiado énfasis en los rasgos culturales, mezclar la cultura con la etnia, la nacionalidad o el idioma y reducir los comportamientos humanos complejos a estereotipos. El término "competencia" se rechaza cada vez más, ya que implica un punto final o solución técnica en lugar de un proceso y compromiso continuos. Muchos planes de estudios de la competencia cultural han reducido la cultura a una lista de rasgos, lo que lleva a la creación de estereotipos [2].

Trabajando con los inmigrantes y los refugiados se prefiere cada vez más la conciencia cultural. Esto se debe a que permite a los profesionales adaptar su enfoque de forma dinámica, respondiendo a las experiencias y necesidades únicas de cada individuo en lugar de depender de un conjunto fijo de competencias culturales. Este enfoque dinámico y reflexivo a menudo conduce a un apoyo psicosocial más eficaz y respetuoso para los migrantes y refugiados. La compleja interacción entre el factor cultural y la salud mental se analizó en la unidad 2.1. Allí se ofrecen algunas soluciones prácticas para que los trabajadores de campo adapten su trabajo y su comportamiento cotidiano desde un enfoque culturalmente consciente.

## 2. Conciencia cultural

La conciencia cultural se centra en la comprensión que tiene el individuo de su propia identidad cultural y cómo ésta influye en las interacciones con los demás. Eso implica la autorreflexión para reconocer los prejuicios personales y cómo impactan las percepciones de los migrantes y refugiados de diferentes orígenes [3]. La conciencia cultural enfatiza la apertura y la sensibilidad a las diferencias culturales sin necesariamente tener un conocimiento amplio sobre otras culturas. Con respecto a responder a las necesidades psicosociales y de la salud mental, la conciencia cultural se centra en la capacidad de los profesionales y voluntarios para brindar atención que respete los diversos valores, creencias y comportamientos de los migrantes y refugiados, adaptando al mismo tiempo el servicio para satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas. Esto anima a los profesionales a permanecer flexibles, empáticos e interactuar con los migrantes y refugiados a un nivel más personal.

Los profesionales que trabajan con personas de diversos orígenes culturales y lingüísticos deben ser conscientes de sus propios supuestos y sesgos culturales, poseer habilidades y conocimientos culturales y permanecer abiertos a diferentes perspectivas culturales sobre los problemas de la salud mental [4]. Esto incluye reconocer valores diferentes, evitar estereotipos y seleccionar tratamientos apropiados para los antecedentes culturales de la persona [5]. Las intervenciones eficaces utilizan métodos culturalmente

apropiados para interactuar con las personas, respetando los sistemas y valores culturales de manera que fomenten la recuperación de las enfermedades mentales [6].

**Punto clave**: ***Consejos prácticos para la conciencia cultural***

***Compromiso con la práctica reflexiva y el respeto a la diversidad***

- Reflexione críticamente sobre su propia cultura, creencias, prejuicios y valores, y considere cómo esto influye en sus actitudes, comportamientos e interacciones con los migrantes y refugiados. Podrías explorar herramientas como La escala de la sensibilidad intercultural o El test de asociación implícita de la Universidad de Harvard. Evalúe cómo su cultura, raza, etnia, género y clase se relacionan con los del individuo al que apoya y reconozca los desequilibrios del poder existentes.
- Respete y valore las diferencias culturales. Evite un enfoque único para todos (es decir, tratar a todos por igual) o hacer suposiciones, generalizaciones, estereotipos o juicios sobre otras culturas.
- ¡Recuerde que la cultura es fluida, no rígida! Es complejo, dinámico y no homogéneo en toda la población.
- Reconozca sus limitaciones: comprenda cuándo y dónde buscar orientación experta o derivar a los migrantes y refugiados a servicios más adecuados.
- Solicite capacitación y formación para mejorar sus habilidades y desarrollar capacidades, incluso a través de una supervisión regular.
- Abogue por la mejora de los servicios a través de evaluaciones y comentarios sistemáticos.
- No somos observadores; desempeñamos un papel activo en la calidad del servicio brindado dentro de la organización.

***Desarrolle conocimiento de diversas culturas, historias y experiencias***

- Utilice las habilidades, fortalezas, recursos, capacidades y talentos de los migrantes y refugiados.
- Aprenda sobre las culturas y los países de origen de los migrantes y refugiados, incluidos varios grupos étnicos, idiomas, religiones, normas de género y prácticas culturales generalizadas.
- Pregunte sobre el viaje y la experiencia de los refugiados o los migrantes, incluidos los factores estresantes a lo largo del viaje.
- Adquiera conocimientos sobre el contexto histórico y sociopolítico, los conflictos y los sistemas en los países de origen de los migrantes y refugiados.
- Comprenda los factores sistémicos que afectan la vida cotidiana de los migrantes y refugiados, incluidos el racismo, la exclusión social, la exclusión financiera, etc

***Interactúe respetuosamente con los migrantes y los refugiados***

- Busque activamente retroalimentación sobre su comunicación de parte de los migrantes y refugiados y de personas que faciliten la interacción con ellos, como intérpretes y mediadores culturales, a fin de mejorar su práctica.
- Primero,¡sea humano! Acérquese a la persona con empatía, humildad, mente abierta y motivación para abordar cualquier problema que pueda surgir.
- Cree un entorno que fomente la confianza y la sensación de seguridad.
- Mantenga la continuidad de los profesionales que interactúan con el individuo, siempre que sea posible.
- Evite el uso de lenguaje estigmatizante o estereotipado y aborde cualquier amenaza real o percibida en el entorno físico, como ajustar la iluminación y la disposición de los asientos.
- Converse sobre las expectativas del migrante o refugiado y describa claramente el propósito y la función de los servicios prestados.

- Aclare las funciones profesionales, incluidas las de los intérpretes y diversos profesionales, explique las reglas y límites de la confidencialidad y otras pautas éticas relevantes.
- Asegúrese de que los migrantes y refugiados comprendan cómo se utilizará, compartirá y protegerá su información, y cómo operan los sistemas nacionales (por ejemplo, el sistema de la seguridad social) y cómo se relacionan con el sistema de inmigración o se diferencian entre sí.
- Sea flexible y receptivo/a: Adáptese a las necesidades del migrante/refugiado tanto a través de sus propios servicios como realizando las derivaciones adecuadas. Haga preguntas como: "¿Qué es lo más importante para ti con respecto a tu experiencia de enfermedad, tratamiento o nuestro trabajo juntos?" y "Sé poco sobre tu país de origen. ¿Qué te gustaría que comprendiera para ayudarte mejor?"
- Desarrolle la capacidad de conversar sobre temas delicados, como experiencias de adversidad y tortura, y de abordar con cuidado conductas nocivas o ilegales, como la violencia de género.
- Evite pedir a los refugiados que repitan historias traumáticas: tome notas detalladas del caso y, con el consentimiento del cliente, informe a los servicios de referencia sobre sus antecedentes para que el cliente no tenga que repetir sus historias a cada servicio o trabajador.
- Sea consciente de qué información es esencial para que pueda hacer su trabajo de manera eficaz para prevenir una nueva traumatización. Por ejemplo, no es necesario que un psicólogo conozca los detalles específicos de un caso de violencia de género; sin embargo, una enfermera que realiza una evaluación requiere más detalles.
- Considere aprender de compañeros experimentados y explorar recursos de capacitación, p.ej. el curso de aprendizaje en línea Fundamentos de la prestación de servicios a sobrevivientes de tortura, que cubre la competencia cultural y el trabajo con intérpretes, así como el curso de la Universidad de Minnesota Introducción a la salud de los inmigrantes

y refugiados, que incluye un módulo sobre una comunicación eficaz entre idiomas y culturas.

**Descanso para reflexionar: Reflexione sobre la analogía del iceberg de la cultura**

Piense en un momento en el que tuvo que adaptar su estilo de comunicación al trabajar con una persona en particular. ¿Cómo determinó su situación emocional exacta para garantizar una comprensión eficaz? ¿Qué estrategias utilizó para generar confianza y entendimiento? Y lo más importante, ¿cómo puede incorporar estas sugerencias a su trabajo y a su vida en general?

**Practicar la curiosidad cultural con los niños migrantes y refugiados**

La revisión de la literatura realizada por Due y Currie (2021) identificó seis competencias clave para los profesionales que trabajan con los niños de entornos migrantes y refugiados:

1. Conocimiento de las complejas necesidades de estas poblaciones.
2. Uso de enfoques holísticos/basados en fortalezas.
3. Capacidad para trabajar en coordinación con otros en la red.
4. Capacidad para construir confianza y relaciones terapéuticas.
5. Buscar retroalimentación de la persona.
6. La competencia cultural, que garantiza que los profesionales comprendan los antecedentes y las diferencias culturales de una persona.

Practicar la curiosidad cultural al interactuar con los niños y familias mejora aún más la adopción de enfoques "culturalmente competentes" y "culturalmente curiosos". Si bien aún están surgiendo pruebas de la eficacia de estos enfoques y la mayoría de ellos aún no han sido evaluados rigurosamente para su uso con los niños y familias de refugiados y solicitantes de asilo, estas competencias ofrecen un marco valioso para la práctica [5].

***Conocer el panorama pero preguntarlo a la persona***

Las diferencias culturales entre los trabajadores de campo y los inmigrantes pueden constituir una barrera para una comunicación eficaz, lo que lleva a peores resultados de la salud, incumplimiento de las instrucciones médicas e insatisfacción general [7]. Como se vio en las Unidades 2.1 y 2.3, las diferencias culturales entre los profesionales y los pacientes se vuelven difíciles, con consecuencias tangibles cuando se trata de la salud mental, ya que diferentes culturas abordan la salud mental de manera diferente. Por lo tanto, los trabajadores de campo que tienen conciencia cultural pueden reconocer y conciliar las diferencias socioculturales para trabajar hacia un enfoque de atención centrado en el paciente.

Un ejemplo ilustrativo de cómo los proveedores de servicios pueden adaptar la atención a las circunstancias de la vida, a los valores personales, los valores culturales y las afiliaciones religiosas del individuo, adaptado de la guía "*Walking Together: A Mental Health Therapist's Guide to Working with Refugees"* is provided below", que se presenta a continuación [7].

Awa es una mujer somalí de 38 años, que ha estado experimentando pesadillas, pensamientos intrusivos, falta de sueño y ataques de pánico durante los últimos años. Los síntomas han empeorado en los últimos cuatro meses y últimamente han sido tan debilitantes que Awa ha dejado de trabajar y solo duerme dos horas por noche. El asistente social cree que el problema de Awa es el trastorno de estrés postraumático causado por haber presenciado violencia extrema en Somalia y haber sido violada varias veces en el campo de refugiados. El terapeuta cree que Awa se beneficiaría de una terapia y medicación centradas en el trauma. Sin embargo, cuando el asistente social le pregunta a Awa qué cree que está causando el problema, Awa responde "jin", o un espíritu maligno, y que sólo un imán o líder religioso en una mezquita podría ayudar.

| **Intervención** | **Resultado** |
|---|---|
| **Intervención únicamente occidental** | Awa asiste a algunas sesiones más de terapia, pero le cuesta entender por qué el terapeuta quiere hablar de su pasado. También se niega a tomar la medicación prescrita, creyendo que es innecesaria por lo que ella percibe como una cuestión espiritual. |

| | |
|---|---|
| **Intervención únicamente tradicional** | Awa se siente mejor después de visitar a un imán y someterse a un exorcismo, pero el alivio es sólo temporal. Cuando los síntomas regresan, Awa busca nuevamente la ayuda del imán. |
| **Intervención occidental y tradicional (combinadas)** | Awa acepta tomar medicamentos y asistir a terapia mientras busca un exorcismo de un imán. Se siente mejor después del exorcismo y empieza a dormir mejor. Al dormir mejor, tiene más energía y le pregunta al imán si puede ser voluntaria semanal en la mezquita, a la que él pertenece. Sus visitas a la mezquita la ayudan a conocer a gente y hacer nuevos amigos. A través de uno de estos amigos ella consigue trabajo en un restaurante. Aunque Awa rechaza la terapia centrada en el trauma, continúa asistiendo a sesiones de terapia semanales y agradece el apoyo y el aliento de su terapeuta. |

## 3. Competencia estructural con los migrantes y refugiados

Además de la conciencia cultural, han surgido conceptos alternativos, incluida la competencia estructural, que enfatiza la dinámica del poder, la discriminación institucional y las cuestiones del colonialismo y del paternalismo en la atención sanitaria [3].

***La competencia estructural*** se basa en los esfuerzos existentes en materia de determinantes sociales de la salud, la competencia cultural y la humildad cultural. A diferencia de muchos marcos centrados en los determinantes sociales de la salud, examinados en detalle en la Unidad 1.2, que describen las disparidades en salud sin abordar los contextos históricos y políticos, en los que se han materializado, la competencia estructural ubica estos determinantes dentro de un contexto estructural más amplio [8,9]. Por ejemplo, en vez de simplemente describir la epidemiología de las disparidades raciales en salud, la competencia estructural examina las estructuras que crean y sostienen la inequidad racial, como el racismo estructural. La competencia estructural desvía la atención de las interacciones individuales a las fuerzas más amplias que influyen en los resultados de salud (ver también la Imagen 3.2.1 en la página siguiente).

En palabras simples, la competencia estructural se define como un marco para abordar cuestiones de justicia social relacionadas con la salud, enfatizando el reconocimiento de las condiciones económicas y políticas que producen y racializan las desigualdades en salud [10]. El concepto sirve como un paradigma emergente para formar profesionales dentro del sistema de la atención sanitaria y social y crear un lenguaje común para abordar los procesos estructurales que determinan las desigualdades en salud y su normalización. Tiene cinco pilares [9]:

1. Identificar las estructuras que influyen en las interacciones.
2. Desarrollar un lenguaje que aborde factores estructurales más allá del entorno actual (p. ej., un entorno clínico)
3. Replantear conceptos culturales con respecto a influencias estructurales
4. Visualizar e identificar intervenciones estructurales
5. Cultivar la humildad estructural

**Imagen 3.2.1.** *"La competencia estructural: Examinando el iceberg de las disparidades en salud"*

*Nota:* Imagen procedente del Grupo de trabajo de competencia estructural

No vemos la competencia estructural como una creación completamente nueva, sino como un paradigma que condensa elementos preexistentes de diversas tradiciones disciplinarias y nacionales, incluida la medicina social, la epidemiología social, la salud intercultural, la salud global y teorías críticas, tales como las teorías antirracistas, feministas, de justicia social y descolonizadoras [9, 11].

La competencia estructural comparte muchos objetivos con estas fuentes, como el análisis holístico, un enfoque relacional, un enfoque en los mundos sociales de sufrimiento, el énfasis en las desigualdades sociales y las vulnerabilidades estructurales en la salud, desentrañando la naturalización de las desigualdades y reconociendo la creación de conocimiento como una actividad interdependiente y colaborativa entre conocimientos expertos y no profesionales [12,13].

**Imagen 3.2.2.** *"Determinantes estructurales de los determinantes sociales de la salud"*

*Nota:* Imagen procedente del artículo *Competencias estructurales en las zonas de conflicto: Despolitización desafiosa de Israel*

| Dominio 1: Conciencia cultural y reflexividad | Dominio 2: Validación cultural y lingüística | Dominio 3: Sensibilidad a la diversidad cultural y vulnerabilidades estructurales | Dominio 4: Representatividad de los grupos minoritarios y poblaciones excluidas |
|---|---|---|---|
| Se define como la capacidad del equipo de investigación para analizar críticamente cómo los antecedentes culturales, étnicos, sociales y de los expertos interactúan con los de los participantes, afectando las preguntas de investigación, la estructura, el reclutamiento, la recopilación de datos, el análisis de datos y las actividades de difusión. Un aspecto central de la reflexividad es la humildad cultural y la capacidad de reconocer el conocimiento diverso de los demás, ya sea conocimiento no especializado o basado en la experiencia. La reflexividad, siendo un dominio intangible relacionado con actitudes y | Esto se refiere al proceso de adaptar los instrumentos, las herramientas, los formularios de consentimiento informado, las hojas de información para los participantes, los cuestionarios, las interacciones entre el investigador y los participantes y los resultados de difusión para que sean lingüística y culturalmente apropiados para los participantes. Eso implica no sólo traducir materiales a los idiomas de los participantes, sino también garantizar que el discurso sea claro y comprensible para ellos. Esta adaptación ayuda a evitar sesgos que surgen del uso de cuestionarios que los participantes no | Se refiere a la integración de variables e información relevante sobre la diversidad cultural y las vulnerabilidades estructurales de los grupos estudiados a lo largo de todas las fases de la investigación epidemiológica epidemiológica. Este enfoque integral abarca la capacitación del equipo en la competencia intercultural y estructural, la comprensión de los contextos culturales y sociales de las poblaciones investigadas, así como el conocimiento de la historia médica y el legado de la investigación perteneciente a las minorías étnicas y las comunidades marginadas en el entorno de la | Esto se refiere a la capacidad de mejorar la representatividad de las poblaciones marginadas y excluidas en todas las fases de la investigación, incluida la composición del equipo de investigación, la selección de la muestras y las actividades de difusión. También implica identificar y abordar las barreras sociales y culturales a su participación y promover su implicación en el proceso de difusión para, por ejemplo, fortalecer su autonomía [17]. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| predisposiciones, influye en la calidad de la investigación. Por ejemplo, ser reflexivo sobre las brechas culturales y sociales entre el equipo de la investigación y las poblaciones estudiadas puede ofrecer nuevas percepciones para reducir los sesgos. | comprenden y aborda la posible exclusión relacionada con el estatus migratorio, los bajos niveles educativos, la discapacidad o una combinación de estos factores. | investigación. También implica incorporar determinantes sociales de la salud y cuestiones de vulnerabilidad estructural en la estructura de la investigación. | |

*Nota:* Adaptado por el equipo EU Mi-Care de Martinez-Hernaez & Bekele (2022)

Para los interesados que quieren ver cómo se trabaja en la práctica con individuos a través de un marco de competencias estructurales, se han incluido estrategias y estudios de casos relevantes en el 🕮 **Repositorio** (consulte 3.2 – Folleto 1. "Competencia cultural: estudios de casos y mejores prácticas").

**FUENTES**

[1] Saldaña, D. (2001). Cultural Competency: A Practical Guide For Mental Health Service Providers. https://doi.org/10.26153/tsw/243

[2] Beagan, B.L. (2018). A Critique of Cultural Competence: Assumptions, Limitations, and Alternatives. En: Frisby, C., O'Donohue, W. (eds) *Cultural Competence in Applied Psychology*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78997-2_6

[3] E Seah, National Mental Health Strategy (Australia, & Multicultural Mental Health Australia. (2002). Cultural awareness tool: understanding cultural diversity in mental health. Multicultural Mental Health Australia.

[4] Cultural Competence in Refugee Service Settings: What Does the Research Tell Us? - Switchboard. (2020). *Switchboard*. https://www.switchboardta.org/resource/cultural-competence-in-refugee-service-settings-what-does-the-research-tell-us/

[5] Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, *294*(5), 602–612. https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602

[6] International Counseling & Community Services. (2015). Walking Together: A Mental Health Therapist's Guide to Working with Refugees. *Lutheran Community Services Northwest.* http://form.jotform.us/form/51666347065157

[7] Geeraert, J. (2022). On the Role of Structural Competency in the Healthcare of Migrant with Precarious Residency Status. *Societies*, *12*(2), 54. https://doi.org/10.3390/soc12020054

[8] Neff J, Holmes SM, Knight KR, Strong S, Thompson-Lastad A, McGuinness C, Duncan L, Saxena N, Harvey MJ, Langford A, Carey-Simms KL, Minahan SN, Satterwhite S, Ruppel C, Lee S, Walkover L, De Avila J, Lewis B, Matthews J, Nelson N. Structural Competency: Curriculum for Medical Students, Residents, and Interprofessional Teams on the Structural Factors That Produce Health Disparities. *MedEdPORTAL*. 2020;16:10888. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10888

[9] Hansen, H., Metzl, J. M., & Springerlink (Online Service. (2019). *Structural Competency in Mental Health and Medicine: A Case-Based Approach to Treating the Social Determinants of Health.* Springer International Publishing.

[10] Ostrander, J., Melville, A., & Berthold, S. M. (2017). Working With Refugees in the U.S.: Trauma-Informed and Structurally Competent Social Work Approaches. *Advances in Social Work, 18*(1), 66. https://doi.org/10.18060/21282

[11] Trinh-Shevrin, C., Taher, M., Islam, N. (2019). Community Health Workers as Accelerators of Community Engagement and Structural Competency in Health. En: Hansen, H., Metzl, J. (eds) Structural Competency in Mental Health and Medicine. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-10525-9_14

[12] Metzl, Jonathan and Dorothy Roberts. 2014. "Structural Competency Meets Structural Racism: Race, Politics, and the Structure of Medical Knowledge." The Virtual Mentor. p. 674-684.

[13] Orr Z, Unger S. (2020). Structural Competency in Conflict Zones: Challenging Depoliticization in Israel. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, *21*(4):202-212.

[14] Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality *Social science & medicine (1982)*, 103, 126–133. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032

[15] DasGupta, S. (2008). Narrative humility. *The Lancet, 371*(9617), 980–981. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60440-7

[16] Martínez-Hernáez, Á., & Bekele, D. (2023). Structural competency in epidemiological research: What's feasible, what's tricky, and the benefits of a 'structural turn.' *Global Public Health, 18*(1). https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2164903

[17] Ziyachi, M., & Castellani, B. (2024). A "Cultural Models" Approach to Psychotherapy for Refugees and Asylum Seekers: A Case Study from the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *21*(5), 650. https://doi.org/10.3390/ijerph21050650

[18] Walker, S. (2005). Culturally Competent Therapy Working with Children and Young People. *Macmillan Education UK*.

**Unidad 3.3:** Colaboración para asegurar una interpretación y mediación cultural eficaces

| **Descripción de la unidad** |
| --- |
| Esta unidad se centra en cómo trabajar eficazmente como intérprete y mediador cultural para facilitar la comunicación entre los trabajadores de campo y los migrantes y refugiados. Después de hacer una distinción crítica de las funciones de intérpretes, traductores y mediadores culturales, la unidad enfatiza la necesidad de trabajar con profesionales capacitados en contextos legales, médicos y psicosociales, evitando la dependencia de intérpretes ad hoc, tales como los miembros de la comunidad o niños. La unidad se concluye abordando las mejores prácticas para planificar y llevar a cabo reuniones triádicas con el fin de fomentar un clima de respeto mutuo y colaboración. |

**Secciones de la unidad:**

1. Introducción
2. Intérprete, traductor, mediador cultural
3. Necesidades y desafíos en la facilitación de la comunicación para diferentes profesionales
4. Comunicación y vínculos en una tríada
5. Consideraciones éticas

## 1. Introducción

La mayoría de los migrantes y refugiados en Europa llegan con un conocimiento limitado o nulo del idioma local y se encuentran en un lugar donde las comunidades de acogida no están familiarizadas con su lengua nativa [1]. Las **barreras lingüísticas** dificultan que los migrantes y refugiados expresen sus historias, aborden sus necesidades y accedan a sus derechos, incluido el acceso a los servicios legales y los de salud (incluida la salud mental). Para los profesionales y voluntarios que trabajan con las poblaciones mencionadas, esto se traduce en no poder brindar apoyo suficiente o facilitar servicios, ya que las barreras lingüísticas dificultan la transmisión

de la información, así como en no poder comprender la experiencia del individuo y establecer una relación de confianza.

Por eso la presencia de un intérprete o mediador cultural es crucial, para que faciliten la comunicación y la comprensión intercultural. Por lo tanto, es responsabilidad del trabajador de campo aprender cómo cooperar exitosamente con mediadores culturales e intérpretes, para asegurar un diálogo e intercambio de la información fructífero y significativo entre el profesional y el individuo de una manera culturalmente apropiada.

Una pauta general es que un mediador cultural debe estar presente cuando un migrante o refugiado sólo puede comprender un poco más que los saludos y frases básicas. Dicho esto, incluso si el individuo está en condiciones de mantener un diálogo en el idioma anfitrión, es posible que se sienta incapaz de expresarse con respecto a cuestiones más complejas, como la angustia emocional o física. Como regla general, un intérprete o mediador cultural debe estar presente en las interacciones entre los profesionales y los migrantes o refugiados, particularmente cuando solo han residido en el país de acogida durante dos años o menos [2]. Los intérpretes o mediadores culturales actúan como intermediarios culturales, no sólo traduciendo, sino proporcionando un punto de asociación con la cultura de la persona. Su capacidad para transmitir matices del lenguaje, el tono y la emoción garantiza que el mensaje se transmita de forma precisa y empática, fomentando la confianza y la relación entre el profesional y la persona.

Además de apoyar con la comunicación en las necesidades del día a día, un intérprete o mediador cultural brinda apoyo de mediación lingüística y cultural previamente y durante:

- *Exámenes médicos y sesiones psicológicas*: acompañando a las personas a los servicios; ayudándoles en los trámites de recepción y admisión, así como en las actividades de orientación en los servicios sociales y de salud; apoyando la educación sanitaria cuando sea necesario; cerrando las brechas de comunicación y comprensión, que pueden surgir durante las entrevistas en relación con las necesidades de la salud y la salud mental, debido a las dificultades del idioma, pero también a los diferentes significados que ciertos conceptos tienen en diferentes culturas, como se ha visto en las unidades anteriores [3];
- *Entrevistas sociales o legales*, ayudándoles a navegar por la complejidad y la jerga del sistema legal; abogando por la equidad lingüística; empoderando a las personas para que participen plenamente en los

procedimientos judiciales, accediendo a todos sus derechos; preparando con los migrantes y refugiados para las entrevistas de asilo, y con todos los procedimientos administrativos y burocráticos [1].

Por lo tanto, el intérprete o el mediador cultural debe ser reconocido como un aliado profesional que ayuda a los proveedores a relacionarse con la persona y navegar las complejidades de la comunicación intercultural.

## 2. Intérprete, traductor, mediador cultural

El primer paso hacia un trabajo en equipo eficaz es saber *qué pueden y qué no pueden hacer* otros profesionales. Hasta ahora nos hemos referido a intérpretes y mediadores culturales, ya que ambas profesiones apoyan la comunicación oral bidireccional, transmitiendo información entre una lengua (lengua de origen) a otra lengua (lengua de destino), con la mayor precisión posible, actuando como un puente entre culturas, siendo imparciales y culturalmente sensibles [4].

A continuación se proporcionan las definiciones del "mediador cultural", "intérprete" y "**traductor**", que a menudo se utilizan indistintamente en el contexto de la atención intercultural [5, 6].

| Definiciones clave | |
|---|---|
| **Intérprete** | Los intérpretes traducen verbalmente de un idioma a otro. |
| **Traductor** | Persona especialmente capacitada para convertir texto escrito de un idioma a otro. |
| **Mediador Cultural** | Persona que facilita el entendimiento mutuo entre una persona o un grupo de personas, como la población migrante/refugiada, y un cuidador, por ejemplo, un médico, interpretando y teniendo en cuenta elementos culturales. Están capacitados dar consejos a ambas partes sobre comportamientos culturales apropiados. |

*Nota:* Adaptado del Módulo de autoestudio 3: Interpretación en un contexto de refugiados (2009) y Guía de campo para la interpretación humanitaria y la mediación cultural (2017)

De hecho, el intérprete y el mediador cultural representan funciones diferentes con habilidades diferentes. A continuación se presenta una lista de **actividades que normalmente se pueden requerir de un mediador**

**cultural, pero que no son necesariamente la responsabilidad de un intérprete.** Sin embargo, la separación entre ellos a menudo puede ser borrosa.

- Transmitir sólo mensajes principales;
- Proporcionar asesoramiento cultural y contexto cuando se le solicite (el intérprete lo hace sólo si es absolutamente necesario para la comprensión);
- Crear vínculos con las comunidades, recopilar información y proporcionar retroalimentación para las partes relevantes;
- Proporcionar apoyo adicional además de transmitir información.

Mientras tanto, recuerde que **no todos los intérpretes y los mediadores culturales en estos entornos tendrán habilidades de interpretación profesionales y un alto dominio del idioma** [6].

Tanto los mediadores culturales como los intérpretes no proporcionan traducción escrita; es decir, el trabajo de un traductor.

Traductores sin fronteras proporciona una breve guía de lo que debe o no debe hacer un intérprete profesional o un mediador cultural:

| INTERPRETACIÓN HUMANITARIA<br>QUÉ SE DEBE Y QUÉ NO SE DEBE HACER | |
|---|---|
| **El intérprete traduce comunicación verbal entre dos idiomas.**<br>En circunstancias excepcionales, el intérprete puede proporcionar una traducción oral de un texto escrito, es decir la traducción a la vista, pero no proporciona traducciones escritas – es el trabajo del traductor. | |
| ✓ **Competencia bidireccional**: Asegúrese de que tiene un dominio total del idioma en el que | × No busque beneficiarse de la información obtenida durante |

| MEDIACIÓN CULTURAL HUMANITARIA<br>QUÉ SE DEBE Y QUÉ NO SE DEBE HACER | |
|---|---|
| **Un mediador cultural facilita entendimiento** mutuo entre la persona o un grupo de personas (p.ej., población de migrantes/regugiados) y el cuidador (p.ej. un médico), proporcionando una transmisión verbal bidireccional (interpretación) y ayudándoles a superar las barreras culturales. | |
| ✓ Interprete todo lo que se dice de manera precisa e integra. "Se lo estoy diciendo, | × No acepte trabajos para los que sabe que no está cualificado o preparado/a. |

| | |
|---|---|
| traduce, tanto que en el idioma del que traduce.<br>✓ **Competencia cultural**: Desarrolle conocimientos de las culturas entre las que traduce. Es esencial para transmitir información correctamente.<br>✓ **Precisión**: Comunique información de la manera más correcta posible. Transmita información entre las partes sin omisión o distorsión.<br>✓ **Neutralidad**: Permanezca neutral en relación al género, la religión, la etnicidad, el estatus socioeconómico, etc. Si en algún momento siente que no puede cumplir con ello, retírese de la tarea.<br>✓ **Confidencialidad**: Respete la confidencialidad de las partes y sus conversaciones en todo momento.<br>✓ **Uso de recursos**: Utilice los recursos proporcionas, incluyendo glosarios de términos y | su trabajo o como resultado de ello.<br>× No acepte tareas que requieren conocimientos e idiomas u otras capacidades que sobrepasan sus competencias.<br>× No se interponga con opiniones personales o consejos.<br>× No intente ejercer poder o influencia sobre los oyentes.<br>× No revele información obtenida en el proceso de sus tareas.<br>× No utilice su posición para conseguir favores de los clientes.<br>× No acepte un trabajo cuando este esté afectado por una relación familiar o personal.<br>× No se interponga en el flujo de la comunicación entre las partes. |
| pero, por favor, no lo traduzca,"<br>✓ no es aceptable.<br>✓ Interprete las palabras y actitudes en cada idioma y explique las diferencias culturales o prácticas, si sea necesario.<br>✓ Proporcione apoyo adicional a parte de transimitir la información, si se lo piden. Por ejemplo, puede ayudar a rellenar algunos formularios.<br>✓ Corriga su traducción si ha hecho un error y pida aclaración, si hay algo que no entiende.<br>✓ Reaccione a un lenguaje racista o abusivo subrayando su insolencia con el hablador y aclarando si es lo que quiere decir, antes de traducirlo. Posteriormente | × No acepte trabajos si corre riesgo de parcialidad en el caso de un conflicto de intereses (p.ej. están involucrados algunos miembros de su familia o un amigo cercano).<br>× No cuente lo que ha escuchado a amigos, familia o cualquier otra persona.<br>× No utilice su posición para ejercer poder o presión sobre cualquier hablante u oyente.<br>× No utilice su situación para ganar favores, inclyendo ganacias financieras, de cualquier hablante u oeyente.<br>× No comente lo que esté interpretando y no conteste preguntas en lugar de los interlocutores.<br>× No muestre sus sentimientos y no exprese su opinión. Es importante |

| | | | |
|---|---|---|---|
| materiales de referencia. | | ✓ informe su supervisor.<br>✓ Utilice todos los recursos accessibles, tales como glosarios de terminos o materiales de referencia, para mejorar su entendimiento y conocimientos.<br>✓ Asegure que su apariencia es adecuada y corresponde a las circunstancias (decente y neutral). | × mantener una postura neutral.<br>× No entable una conversación con uno de los interlocutores sin traducir el contendio a los demás. |

*Nota:* Gráfico adaptado por el equipo EU Mi-Care basado en información del Guía de campo para la interpretación humanitaria y la mediación cultural (2018).

Los profesionales en funciones médicas, de asesoramiento, de atención social o de trabajo comunitario deben evitar trabajar con intérpretes o mediadores no capacitados (es decir, aquellos sin capacitación profesional formal, ya sea a través de sus estudios académicos, su organización o aprendizaje independiente). Es especialmente importante no depender de intérpretes ad hoc, como transeúntes aleatorios, ya que en este caso las funciones y las expectativas no se pueden definir claramente.

En entornos de la atención médica y social, particularmente en los servicios de emergencia, los profesionales que trabajan con poblaciones lingüística y culturalmente diversas a menudo enfrentan una falta de acceso inmediato a intérpretes capacitados o mediadores culturales. Como resultado, pueden depender de familiares, amigos o incluso transeúntes aleatorios para que actúen como intérpretes ad hoc. Sin embargo, la investigación destaca desafíos importantes al depender de intérpretes no capacitados [7]. Los intérpretes no capacitados

(particularmente los miembros de la familia) a menudo actúan de forma independiente durante las interacciones, participando activamente en lugar de transmitir mensajes de manera neutral. Esto puede dar lugar a omisiones, malas interpretaciones o la inclusión de opiniones personales [8].

Otra práctica preocupante es pedir a los niños que traduzcan para sus padres, especialmente cuando los niños dominan mejor el idioma del país anfitrión. Como se analiza en la Unidad 1.4, que examina las dimensiones psicosociales de la migración, esto plantea riesgos graves. A los niños menores de 18 años nunca se les debe asignar la tarea de traducir, ya que hacerlo los expone a una posible traumatización secundaria, especialmente cuando interpretan temas delicados, como las experiencias de violencia de los padres. La carga emocional y cognitiva, junto con la responsabilidad de garantizar una traducción precisa, es demasiado grande para un niño [9].

## 3. Las necesidades y desafíos en la facilitación de la comunicación para diferentes profesionales

La presencia de una tercera persona (intérprete o mediador cultural) en el intercambio entre el individuo y el profesional puede plantear desafíos en la construcción de la relación entre ambos y en la percepción del profesional sobre la eficacia de su intervención. Las diferentes profesiones se caracterizan por diferentes objetivos de comunicación y, por tanto, de mediación.

Aquí veremos los principales, seguidos de buenas prácticas generales para un trabajo en equipo eficaz.

***Profesionales de la salud mental***

Comprender la información no verbal puede resultar difícil debido al retraso entre el momento en que la persona habla y la interpretación, lo que dificulta vincular las expresiones no verbales con las palabras de la persona. De igual forma, puede resultar complejo entender cómo cambia el tono respecto al tema. Además, algunos gestos y mímica en las consultas no son inmediatamente comprensibles para todos los miembros de la tríada y requieren algún tipo de intervención por parte del intérprete/mediador cultural. Ellos interpretan estos gestos o mímica con medios verbales o los reemplazan con gestos o mímicas que sean comprensibles para los destinatarios.

Además, pueden surgir limitaciones durante la interpretación en las sesiones. En particular, un médico de la salud mental puede verse privado de material de diagnóstico importante cuando:

- Los intérpretes verbalizan sus inferencias personales de significado, cuando el discurso de una persona atendida por problemas de la salud mental puede ser difícil de entender y, en consecuencia, difícil de traducir en un idioma diferente.
- Los intérpretes reducen u omiten elementos emocionales o subjetivos y hacen que el discurso sea más factual.
- Los intérpretes omiten o mitigan elementos que crean o refuerzan tensiones relacionales dentro de la tríada, cuando las emociones y las percepciones subjetivas no son aspectos centrales de la discusión.
- En varias ocasiones, los comentarios concluyentes añadidos al final de una secuencia de preguntas y respuestas no se reproducen en las representaciones, aunque parezcan importantes para la dinámica clínica y relacional.
- Cuando otros miembros de la tríada (ya sea la persona o el proveedor) interrumpen a los intérpretes mientras están entregando un mensaje prolongado, esto a menudo resulta en cambios significativos en la estructura del discurso original, por ejemplo, reducción, simplificación y/o clarificación [10].

***Trabajadores sociales***

Los trabajadores sociales participan en el trabajo de casos en muchos entornos diferentes, a veces actuando como proveedores de servicios sociales, consejeros o como parte del sistema de salud. A menudo, se les exige proporcionar y recibir información que es vital para que se respeten los derechos legales de los beneficiarios. Esta podría ser una de las razones por las que los trabajadores sociales del campo prefieren la traducción directa y que los intérpretes permanezcan neutrales en las entrevistas de trabajo social.

***Practicantes médicos***

En los encuentros médicos, pueden surgir dificultades debido a la necesidad de describir términos y explicaciones técnicas y la necesidad de traducir las diferencias culturales en torno a ciertos conceptos de manera cuidadosa (consulte Unidad 3.2). Además, para cumplir con su tarea de realizar la entrevista médica dentro de un período de tiempo determinado, los médicos deben trabajar durante todo el encuentro para proporcionar una estructura. Dentro de este encuentro, el papel del médico es establecer la agenda, sobre la base de las necesidades del paciente tal como las perciben el paciente y el médico. La gestión del tiempo puede

ser un problema, ya que la estructura familiar de la entrevista médica se rompe, los médicos tienen menos control sobre lo que se dice y puede resultar más desafiante seguir una estructura de preguntas y respuestas.

Se mencionan dos dificultades a la hora de recopilar información a través de intérpretes o mediadores culturales. Pueden producirse retrasos, que perturben el hilo de pensamiento del médico o su capacidad para verificar las hipótesis. Los médicos pueden sentir que es difícil negociar un plan de tratamiento, porque tienen poco control sobre cómo se transmite su mensaje, ya que a menudo se pierden los aspectos no verbales.

## 4. Comunicarse y relacionarse en una tríada

***Antes de la reunión***

En el contexto de la atención a los migrantes y refugiados, lograr una relación exitosa entre un intérprete/mediador cultural y los voluntarios o profesionales implica varios pasos que se deben tomar.

- ***Elegir al intérprete/mediador cultural adecuado***

Para elegir al intérprete/mediador cultural más adecuado, un primer aspecto que hay que considerar es, por supuesto, el idioma. Lo ideal sería que la persona que facilite el intercambio lingüístico y/o cultural con un migrante o refugiado hablara el mismo idioma Y el mismo dialecto. No se debe dar por sentado que alguien que habla un idioma puede hablarlo/comprenderlo en todos los dialectos. Sin embargo, es común que un intérprete/mediador cultural y un migrante o refugiado hablen un idioma diferente (un individuo nacido en Afganistán puede hablar farsi pero también puede hablar pashtu) o algún dialecto muy diferente. En las citas con familias, lo mínimo sería asegurarse de que el idioma sea comprendido por todos los miembros [2].

Se deben considerar seriamente la nacionalidad, las creencias religiosas, el nivel de la formación, así como la historia migratoria y el panorama político del país de origen de un migrante o refugiado. Estos aspectos pueden facilitar o comprometer la dinámica de la relación, la confianza y la comprensión, e incluso hacer que dicha relación sea completamente inalcanzable [3]. Si el intérprete/mediador cultural descubre que conoce personalmente a la persona (por ejemplo, es un pariente, amigo o conocido), debe informar sobre ello inmediatamente, para notificar a otro intérprete/mediador cultural que tomaría el relevo. Es ampliamente reconocido como una buena práctica mantener el mismo intérprete durante un trabajo terapéutico.

- ***Informar al intérprete/mediador cultural***

Como intérprete o mediador cultural, una sesión informativa preparatoria con el profesional con el que está trabajando es esencial para garantizar que esté bien preparado para la interacción y pueda abordar cualquier inquietud antes de que comience la sesión. Durante esta sesión informativa, se debe:

- Informarse sobre el género, la edad, la nacionalidad, el idioma, el tipo de apoyo solicitado, los posibles desafíos de comportamiento (por ejemplo, agresividad intensa, dislexia) del migrante o refugiado e información sobre otros participantes (como miembros de la familia) que estarán presentes en la reunión.
- Comprender el propósito y las expectativas de la reunión, incluidos los tipos de preguntas que se harán, la información que se recopilará y cualquier material escrito que requiere una revisión previa para facilitar una interpretación eficaz.
- Establecer una "señal de ALTO" para indicar si se necesita pausar la sesión, por ejemplo, para aclarar inquietudes o garantizar la comprensión.
- Proporcionar conocimientos culturales cuando sea relevante, ya que su conocimiento de los detalles culturales puede ser fundamental para una comunicación eficaz y un trabajo terapéutico.
- Analizar la logística de la reunión, como la disposición de los asientos, la parte introductora y el procedimiento de las sesión, para aclarar las funciones y responsabilidades con antelación.
- Recibir orientación y aclaraciones del profesional con el que está trabajando sobre el tipo de la interpretación requerida (por ejemplo, simultánea, consecutiva o bilateral) y cualquier preferencia para traducir los términos técnicos o la jerga profesional (consulte la tabla a continuación).
-

| Modos de interpretación | |
|---|---|
| **Interpretación simultánea** | Generalmente se realiza desde una cabina de interpretación en un entorno de conferencia. |
| **Interpretación consecutiva** | El orador deja pausas para que el intérprete transmita el discurso una sección a la vez. |

| | |
|---|---|
| **Interpretación bilateral** | El intérprete transmite ambas (o todas las) partes de una conversación entre hablantes de diferentes idiomas, traduciendo tanto en su idioma principal que en otro(s) idioma(s). |
| ***El profesional deberá definir el modo de interpretación requerido y la traducción necesaria. Tenga en cuenta que a veces la traducción palabra por palabra nos priva del significado o, en algunos casos, incluso de la idoneidad. En la medida que la capacidad de un intérprete/mediador cultural lo permita, deberá intentar transmitir correctamente el significado de lo que se dice. El hecho de que algunas palabras o frases no puedan traducirse no constituye necesariamente un problema.***<br><br>***A menudo se prefiere la interpretación consecutiva en contextos de entrevistas con refugiados, ya que preserva la conexión humana entre los dos hablantes. Este enfoque les permite mirarse, escucharse y hablar directamente entre sí, fomentando una interacción más personal y significativa, en lugar de centrarse completamente en el intérprete. Además, una traducción continua por parte del intérprete en otros formatos podría eventualmente dificultar, en lugar de mejorar, una comunicación eficaz. Para sobresalir como facilitador de comunicación, es esencial ser un oyente atento y empático. Para obtener más información sobre la escucha activa y su papel en la comunicación eficaz, consulte la Unidad 3.1 de este módulo.*** | |

*Nota:* Adaptado de la Guía de campo para la interpretación humanitaria y la mediación cultural

→ **VIDEO:** *Trabajo con los intérpretes* :

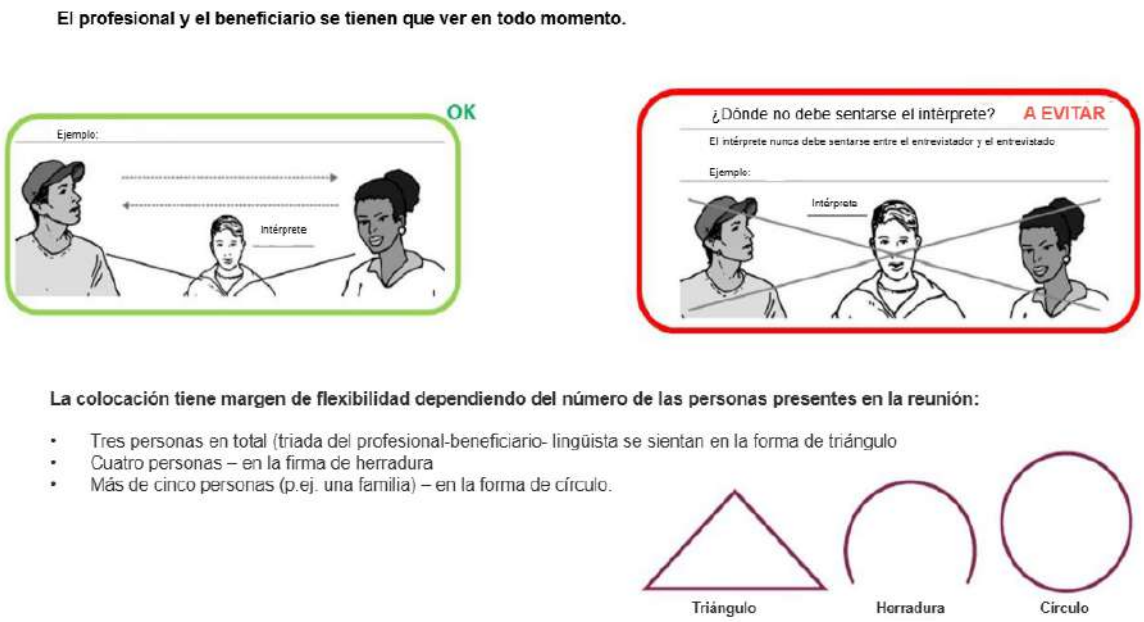
- ***Planificar adecuadamente el entorno***

Reunirse en una tríada también implica necesidades organizativas específicas. Como intérprete/mediador cultural, uno debe esperar que el profesional considere cuidadosamente [2,3,5]:

- Mayor duración de la conversación, ya que la conversación previa y posterior con el intérprete/mediador cultural, así como el proceso de la interpretación en la fase principal requieren tiempo adicional.
- La hora y el lugar de la reunión, evitando que el intérprete/mediador cultural espere en la misma sala/espacio que la persona que accede al apoyo, para evitar la posibilidad de que la persona inicie una conversación sobre asuntos personales o que le pida ayuda y consejo (al interprete/mediador).

- Una disposición de asientos adecuada que se debe comentar con anticipación. La forma en que se colocan las sillas juega un papel importante al permitir o comprometer la comunicación entre el migrante/refugiado y los profesionales. Imagen 3.3.1. muestra los arreglos sugeridos en la tríada.

**Imagen 3.3.1.** "Disposición de los asientos en la sala de reuniones"




*Nota:* Adaptado de DIPS (2009). Interpreting in a Refugee Context [5] and Papadopoulos, R. K. (2019). Psychosocial Dimensions of the Refugee Condition [2]

***Durante la reunión***

Durante la primera reunión, los profesionales deben presentarse a ellos mismos y al intérprete y luego comentar:

- Quiénes son y qué implica su papel y el del intérprete/mediador cultural.

- Que el intérprete/mediador cultural está sujeto a un código ético en su profesión y garantizará confidencialidad completa sobre todo lo que se dirá durante la reunión, no estando en condiciones de comentar nada con personas ajenas a esa reunión.
- El propósito de la reunión y el proceso exacto de la interpretación y facilitación de la mediación.
- Señalar que se debe evitar el contacto entre el cliente y el intérprete/mediador cultural después de la sesión.

En general, es una buena práctica tener un formato de reunión en el que se preste atención a cada fase con una fase de introducción/bienvenida, agenda de la sesión y despedida. Tanto el intérprete/mediador cultural como el profesional deben reconocer su papel, así como sus tareas y competencias específicas. Al mismo tiempo, debe quedar claro que el profesional es el responsable de la gestión de la sesión o servicio.

**Durante la fase de bienvenida y presentación, los profesionales deben:**

- Dar la bienvenida a los participantes y realizar una breve introducción sobre su papel y el de los intérpretes/mediadores culturales. El saludo debe traducirse inmediatamente.
- Asignar asientos a los participantes.
- Explicar a los participantes los principios de confidencialidad.
- Explicar el tipo de la interpretación y las normas.
- Explicar también el significado de la señal de "ALTO" a la persona.

**Durante la fase de la intervención/asesoramiento, el intérprete/mediador cultural debe:**

- Estar preparado para traducir diferentes tipos de discurso.
- Hablar directamente con el migrante o refugiado, utilizando la primera persona ("yo" para representar al profesional) y la segunda/tercera persona ("tú/usted" para transmitir el mensaje de persona que recibe apoyo), en lugar de transmitir mensajes en tercera persona (por ejemplo, "ella dice", "él dice") (consulte imagen 3.3.2).
- Mantener contacto visual con la persona (consulte Imagen 3.3.2).

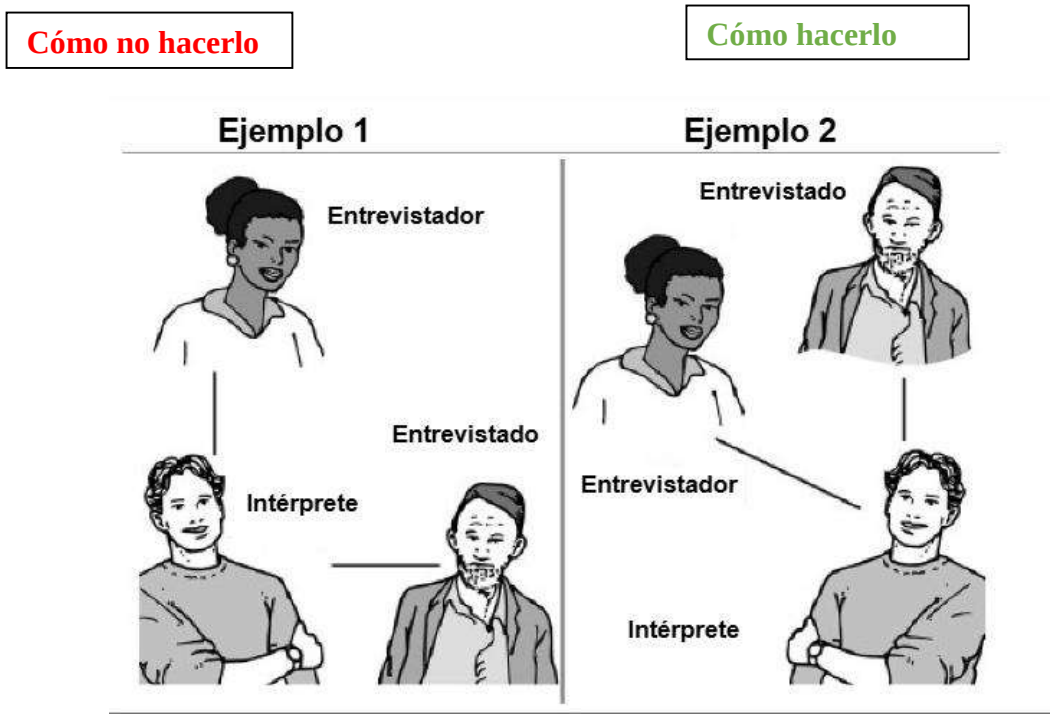
- Tener en cuenta que el marco temporal puede ser importante en cualquier tipo de narración. El hablante puede contar su historia más o menos cronológicamente y también avanzar y retroceder en el tiempo.
- Evite conversar con el profesional sin que se le traduzca el contenido de la conversación.

**En la última fase de la reunión:**

- Los profesionales deben brindarle a la persona/cliente la oportunidad de hacer preguntas o expresar cualquier otra cosa que pueda necesitar.
- Si es necesario, especialmente si se han tratado temas dolorosos y difíciles, se debe concertar una cita de seguimiento con la persona y el intérprete/mediador cultural al final de la sesión.
- La persona/el cliente debe salir primero de la sala. Por regla general, el intérprete/mediador cultural sale solo de la sala de asesoramiento.

→ **VIDEO:** *Colaborar para una colaboración eficaz - qué se debe hacer* :

**Imagen 3.3.2.** "*Relación de triada en una reunión*"




*Nota:* Adaptado de DIPS (2009). Interpretación en el contexto de refugiados

***Después de la reunión***

Una vez que concluye la sesión y la persona/el cliente ha abandonado la sala, el trabajador de primera línea y el intérprete o el mediador cultural deben tomarse un tiempo para reflexionar sobre la reunión. Es responsabilidad del trabajador de primera línea crear el tiempo y el espacio para la reflexión colaborativa. El trabajador de primera línea debe:

- Hablar con el intérprete o el mediador cultural si su participación está causando dificultades en vez de facilitar la comunicación. Notificar a un supervisor para identificar una solución mutuamente acordada, si el problema no se puede resolver de manera colaborativa.
- Pedir consejo al intérprete o al mediador cultural sobre algunos matices culturalmente específicos que pueden mejorar la comprensión de la interacción.
- Dejarle la posibilidad al intérprete o mediador cultural plantear inquietudes sobre los desafíos de la interpretación, como las diferencias dialectales o el flujo del habla.
- Sugerir reflexionar juntos sobre el tratamiento o asesoramiento, si cree que tendría un impacto positivo en sesiones futuras.
- Preguntarle al intérprete o el mediador cultural si se ha visto afectado/a emocionalmente por la sesión, particularmente si involucró temas angustiantes (por ejemplo, trauma, muerte, tortura). Si es así, dedicar tiempo a procesar estos sentimientos.
- Completar los formularios necesarios, como documentos de confirmación con la información de facturación, fecha, duración y las firmas, si corresponde.

## 5. Consideraciones éticas

Los principios éticos se centran en los "deberes" en la función de un intérprete/mediador cultural, cuando las consideraciones éticas y de otro tipo afectan la capacidad de un intérprete para cumplir con los estándares de práctica. Los estándares de práctica y los principios éticos son guías complementarias para equipar a un intérprete con parámetros claros para brindar un servicio de interpretación de calidad. Los principios son los siguientes: imparcialidad, confidencialidad, autoevaluación, profesionalismo, corrección e integridad, y educación.

**FUENTES**

[1] Smith, S. (n.d.). *Interpreting for refugees and asylum seekers: Ensuring access to justice and services*. Descargado el 10 de julio del 2024 de https://dayinterpreting.com/blog/interpreting-for-refugees-and-asylum-seekers-ensuring-access-to-justice-and-services/

[2] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Athenas: El Centro de día Babel y el Centro de Trauma, Asilo y Refugiados (Universidad de Essex. Descargado el 10 de julio del 2024 de https://babeldc.gr/wp-content/uploads/2023/04/2022_01_Psyxokoinonikes-diastaseis_EN.pdf

[3] Miletic, T., Piu, M., Minas, H., Stankovska, M., Stolk, Y., & Klimidis, S. (2006). *Guidelines for working effectively with interpreters in mental health settings*. Melbourne, Australia: Victorian Transcultural Psychiatry Unit. Descargado el 10 de julio del 2024 de https://babeldc.gr/wp.content/uploads/2018/11/VTPUInterpreterGuidelines.pdf

[4] Comisión de mujeres para las mujeres refugiadas y UNICEF (n.d.). *Supporting survivors of violence: The role of linguistic and cultural mediators, with a focus on gender-based violence and sexual violence against men and boys. A training curriculum.* Descargado el 10 de julio del 2024 de https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/supporting-survivors-of-violence-the-role-of-linguistic-and-cultural-mediators-training-curriculum/

[5] La División de Servicios de Protección Internacional (DIPS) (2009). *Self-study module 3: Interpreting in a refugee context*. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR) Descargado el 10 de julio del 2024 de https://www.refworld.org/reference/manuals/unhcr/2009/en/66441

[6] Traductores sin fronteras (n.d.). Guía de campo para la interpretación humanitaria y la mediación cultural Descargado el 10 de julio del 2024 https://translatorswithoutborders.org/wp-content/uploads/2017/04/Guide-to-Humanitarian-Interpreting-and-Cultural-Mediation-English-1.pdf

[7] Clarke, S. K., Jaffe, J., & Mutch, R. (2019). Overcoming communication barriers in refugee health care. *Pediatric Clinics of North America, 66*(3), 669–686. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.02.012

[8] Von Törne, A. (2009). *Therapiezentrum für Folteropfer – Flüchtlingsberatung des Caritasverbandes für die Stadt Köln. Sprachliche Hürden überwinden.* Köln: Hundt Druck GmbH.

[9] Vojak, C. (2009). Choosing language: Social service framing and social justice. *British Journal of Social Work, 39*(5), 936–949. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm144

[10] Weber, O., Klemp, J., Chmetz, F., Daliani, A., Diserens, E. A., & Faucherre, F. (2023). Interpreter-mediated psychiatric assessments: Metacommunication as key. *Transcultural Psychiatry, 60*(4), 626-636. https://doi.org/10.1177/13634615221119383

**Unidad 3.4:** Colaboración interdisciplinaria en la salud mental y el apoyo psicosocial

| **Descripción de la unidad** |
| --- |
| Esta unidad cubre la importancia de la colaboración interdisciplinaria para abordar la salud mental y las necesidades psicosociales de los migrantes y refugiados. Se enfatizan los papeles de varios profesionales, incluidos especialistas en la salud mental, los trabajadores sociales, los proveedores de la atención médica, los intérpretes y los voluntarios, cada uno de los cuales contribuye a un enfoque coordinado de la atención. La unidad analiza enfoques multisectoriales para las intervenciones psicosociales, centrándose en estrategias que mejoran la resiliencia y la cohesión social. Se presenta aa guía del IASC y la Pirámide de Intervención MHPSS como marcos para el apoyo estructurado, enfatizando la integración de los servicios a lo largo de un complejo continuo de atención. |

**Secciones de la unidad:**

1. Introducción
2. Aclaración de las funciones y el alcance de la acción
3. Enfoques multisectoriales en intervenciones psicosociales

## 1. Introducción

La colaboración implica los esfuerzos conjuntos de múltiples entidades que trabajan juntas para alcanzar un objetivo compartido [1]. Trabajar juntos en el ámbito de la atención sanitaria es crucial, no sólo para la prestación regular de servicios, sino también para resolver desafíos de mayor escala, como problemas de salud y desigualdades sociales. Al unir fuerzas, los trabajadores de campo pueden abordar estos complejos problemas de manera más eficaz. El trabajo en equipo ayuda a garantizar que todos reciban la atención que necesitan, especialmente aquellos que enfrentan circunstancias difíciles.

Como hemos visto hasta ahora, la salud mental no es dominio exclusivo de los profesionales de la salud mental; más bien, está determinado por un conjunto de factores interconectados. La colaboración entre la atención médica y otros especialistas puede transformar los resultados de la atención al cultivar un entorno rico en comunicación, respeto mutuo y colaboración [1]. Esto es especialmente crucial cuando se abordan las complejas necesidades de las poblaciones de los migrantes y refugiados. En este caso, las asociaciones interdisciplinarias (que unen diversos campos y unen a diversas partes interesadas y organizaciones) se vuelven indispensables. Estas colaboraciones crean un tejido de esfuerzo colectivo que puede mejorar significativamente los resultados de la salud mental en los migrantes. Más allá de la atención inmediata, este enfoque unido garantiza una prestación de servicios culturalmente sensible, una asignación equitativa de recursos y una resonancia más profunda con las necesidades multifacéticas de las comunidades de inmigrantes [2].

## 2. Aclaración de las funciones y el alcance de la acción

Quizás uno de los aspectos más críticos de esta ***colaboración interdisciplinaria*** sea comprender las funciones y contribuciones únicos de cada profesional involucrado. Es fundamental reconocer **quiénes somos** en esta red y **quiénes son las personas con las que estamos trabajando**. Comprender estas funciones no sólo aclara las responsabilidades, sino que también facilita una mejor coordinación entre los profesionales. En este marco, cada parte interesada desempeña un papel distintivo, pero entrelazado en el apoyo al camino de la salud mental de las personas en desplazamiento [3-7]:

| | |
|---|---|
| **Profesionales de la salud mental** | Desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales graves dada su formación y experiencia especializadas. Pueden utilizar una combinación de intervenciones basadas en la evidencia científica (como terapia cognitivo-conductual/TCC, terapia centrada en el trauma y psicoterapia interpersonal/TIP), así como enfoques transculturales (consulten también Unidad 2.3). Su trabajo a menudo incluye (pero no se limita a) realizar evaluaciones integrales de la salud mental, facilitar sesiones de terapia grupal y abordar cuestiones complejas, como el duelo, la pérdida y los desafíos de adaptación. |

| | |
|---|---|
| **Trabajadores sociales** | Complementan el trabajo de los profesionales de la salud mental abordando los determinantes sociales de la salud que impactan significativamente el bienestar psicosocial (consulten también Unidad 1.2). Proporcionan apoyo psicosocial directo a través de la intervención en crisis, gestión de casos y fomento. Los trabajadores sociales conectan a los migrantes con los servicios esenciales, como acceso a la vivienda, el empleo, la formación y la asistencia jurídica, ayudando a reducir las barreras a la estabilidad y la integración. También abogan por cambios sistémicos para mejorar las políticas y programas que afectan a las poblaciones migrantes. Al coordinar los recursos comunitarios y fomentar asociaciones, los trabajadores sociales contribuyen a un enfoque holístico que aborda las dimensiones sociales y clínicas de la salud mental en los migrantes. |
| **Proveedores de la atención médica** | Cumplen las funciones de personal de primera línea, brindando una amplia gama de servicios médicos, desde el diagnóstico y el tratamiento de afecciones agudas y crónicas hasta la administración de vacunas y el manejo de enfermedades transmisibles. Además de brindar atención en entornos clínicos, participan en las iniciativas de la salud pública, como los exámenes de salud, la atención prenatal y las campañas de vacunación. También se centran en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la educación del paciente. Excepcionalmente, su función abarca la gestión de problemas de la salud física y la coordinación de la atención de afecciones médicas complejas, lo que los diferencia de los psicólogos y trabajadores sociales, cuyo enfoque se centra en la salud mental y los determinantes sociales de la salud, respectivamente. |
| **Intérpretes calificados** | Son esenciales en entornos médicos, ya que garantizan una comunicación precisa y culturalmente apropiada entre los proveedores de la atención médica y los migrantes. Desempeñan un papel fundamental en la obtención del consentimiento informado, la transmisión precisa de antecedentes médicos y psicosociales y la facilitación de debates sobre diagnósticos y planes de |

| | |
|---|---|
| | tratamiento. A diferencia de los intérpretes no capacitados o de los familiares, los intérpretes capacitados se adhieren a estrictos estándares éticos, manteniendo la confidencialidad y la neutralidad, evitando así faltas de comunicación que podrían provocar errores médicos o malentendidos. |
| **Voluntarios** | Ofrecen apoyo práctico ayudando a los migrantes y refugiados a navegar por los sistemas de atención médica, completar la documentación necesaria y asistir a citas. Ayudan a reducir el aislamiento social conectando a las personas con recursos comunitarios y organizando grupos de apoyo o actividades de integración. Los voluntarios también mejoran la red de apoyo al identificar necesidades insatisfechas y actuar como enlaces entre los migrantes/refugiados y los proveedores de servicios, asegurando que los recursos y servicios sean accesibles y hospitalarios. |

**Punto clave**: ***Principios básicos y acciones recomendadas por el ACNUR, la OIM y la OMS***

A continuación se incluye una lista de los principios y acciones básicos recomendados por el ACNUR, la OIM y la OMS [11] para apoyar las necesidades psicosociales de las personas en desplazamiento en el contexto de equipos interdisciplinarios.

| | |
|---|---|
| Respeto y empoderamiento | Apoyo humano en situaciones de emergencia |
| Acceso a la información | Psicoeducación |
| Protección infantil | Apoyo familiar |
| Relevancia e interpretación culturales | Identificar individuos vulnerables |
| Condiciones mentales graves | Limitar los tratamientos psicoterapéuticos |
| Bienestar del personal y los voluntarios | Coordinación y Cooperación |
| Comprender los roles y responsabilidades | Comunicación eficaz |
| Enfoque holístico de la atención | Participación comunitaria |
| Promoción y política | |

## 3. Enfoques multisectoriales en intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales se definen como *"actividades, técnicas o estrategias interpersonales o informativas dirigidas a factores biológicos, conductuales, cognitivos, emocionales, interpersonales, sociales o ambientales con el objetivo de mejorar el funcionamiento de la salud y el bienestar"* [8]. Estas intervenciones son cruciales para los migrantes y refugiados, ya que abordan el bienestar tanto individual como colectivo, mejorando la resiliencia, la cohesión social y la integración. Por lo tanto, el apoyo psicosocial eficaz no sólo tiene

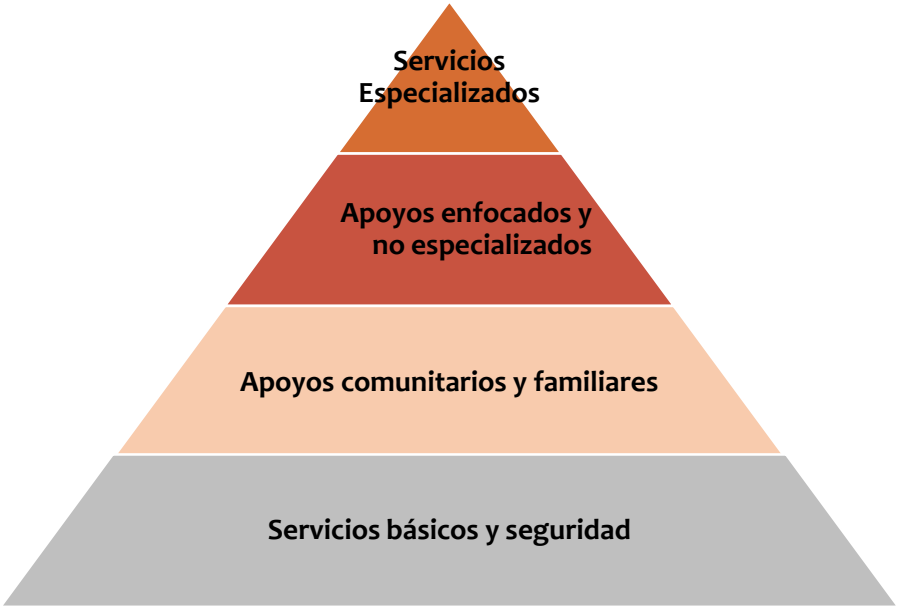
como objetivo aliviar la angustia, sino que también fomenta los vínculos comunitarios, promoviendo la salud mental y el bienestar en medio de los desafíos de la migración.

El principio de "no hacer daño" es fundamental en este contexto, ya que ayuda a garantizar que las intervenciones no empeoren inadvertidamente las vulnerabilidades de las poblaciones afectadas. Los migrantes y refugiados a menudo se encuentran con entornos estresantes y potencialmente dañinos, que incluyen recepción hostil, condiciones indignas e inseguridad, que pueden socavar aún más su salud mental. El apoyo psicosocial debe brindarse de manera que respete la autonomía y la dignidad de las personas, garantizando que el apoyo se adapte a sus necesidades y capacidades específicas.

Las Directrices del Comité Permanente entre Organismos (IASC) sobre la salud mental y el apoyo psicosocial en situaciones de emergencia (IASC) [9], que fueron desarrolladas en 2007 por una coalición de más de 35 organizaciones humanitarias, ofrecen un marco integral para implementar estas intervenciones. Se enfatiza la importancia de integrar la salud mental y el apoyo psicosocial en todos los aspectos de la respuesta humanitaria, abogando por un enfoque holístico que abarque las estrategias comunitarias, la protección y los estándares de los derechos humanos. Si bien se desarrollaron inicialmente para situaciones de emergencia, son igualmente pertinentes para la práctica diaria. En los servicios sociales y los de salud rutinarios, la adopción de estas directrices garantiza que las intervenciones sean integrales, culturalmente sensibles y basadas en los derechos, mejorando así la calidad y la eficacia del apoyo brindado a los migrantes y refugiados.

Un concepto fundamental en la guía del IASC es la **Pirámide de intervención SMAPS del IASC**, que surgió como resultado de un reconocimiento creciente de la necesidad de un enfoque estructurado e integral de la salud mental y el apoyo psicosocial. Antes de su desarrollo, faltaba claridad sobre cómo abordar las diversas necesidades psicosociales de las poblaciones afectadas, especialmente en situaciones de crisis donde los recursos eran limitados y había muchas organizaciones diferentes involucradas. La imagen 3.4.1 proporciona una ilustración de la Pirámide de intervención del IASC. La pirámide consta de cuatro capas, cada una de las cuales aborda diferentes niveles de necesidad:

**Imagen 3.4.1.** "*La Pirámide de intervención SMAOS del IASC*"




*Nota:* Fuente de la imagen: IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial support in Emergency settings, 2007, pp. 12-13

| Nivel | Descripción | Acciones clave |
|---|---|---|
| **Servicios básicos y seguridad** | Se centran en garantizar la seguridad y la satisfacción de las necesidades básicas (alimentos, refugio, agua, atención médica), promoviendo el bienestar general a través de servicios esenciales. | Abogan por los servicios básicos, documentan el impacto en la salud mental, influyen en la prestación para promover la salud mental, garantizan que los servicios sean participativos y socialmente apropiados. |
| **Apoyos comunitarios y familiares** | Se dirigen a personas que necesitan ayuda para acceder a apoyos familiares y comunitarios, especialmente durante perturbaciones como el desplazamiento o la separación. | Apoyan la búsqueda de familiares, ayudan en el duelo, llevan a cabo curaciones comunitarias, promueven afrontamientos constructivos, organizan las redes sociales (por ejemplo, grupos de mujeres, clubes juveniles). |

| Nivel | Descripción | Acciones clave |
|---|---|---|
| **Apoyos enfocados y no especializados** | Proporcionan intervenciones enfocadas para personas que requieren apoyo más específico de trabajadores capacitados, pero no especializados, como sobrevivientes de la violencia de género. | Ofrecen el apoyo emocional y de subsistencia, los primeros auxilios psicológicos (PAP) y la atención básica de la salud mental por parte de los trabajadores de la atención primaria de salud. |
| **Servicios Especializados** | Destinados a un pequeño porcentaje de la población con necesidades graves de la salud mental que requieren apoyo psicológico o psiquiátrico especializado. | Proporcionan derivaciones a servicios especializados, inician la capacitación para proveedores de la atención primaria de la salud, ofrecen apoyo a largo plazo a quienes padecen trastornos mentales graves. |

**IMPORTANTE:** El tratamiento de afecciones de la salud mental suele ser un servicio especializado que se encuentra en el nivel superior de esta pirámide. Sin embargo, en la práctica cotidiana es esencial garantizar que se atiendan las necesidades en otros niveles. Aquí es donde la colaboración interdisciplinaria se vuelve crucial.

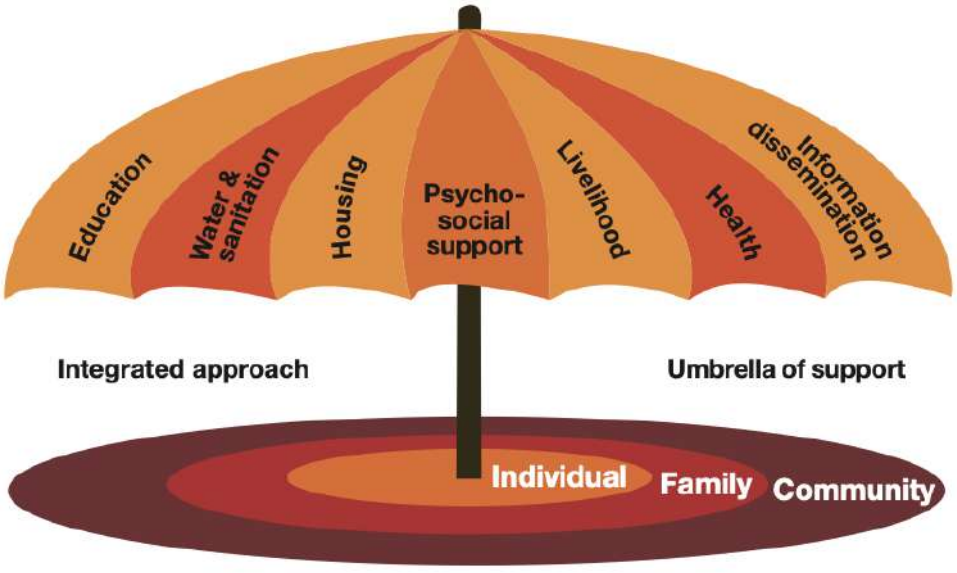
El trabajo de un psicólogo, por ejemplo, va más allá de brindar terapia; Implica la colaboración con otros profesionales para abordar una variedad de necesidades. Antes de que pueda comenzar la terapia, un psicólogo primero debe asegurarse de que se satisfagan las necesidades básicas de supervivencia (como comida, refugio y atención médica). Sin ellos, cualquier intervención psicológica sería ineficaz. En este contexto, los trabajadores sociales pueden garantizar que las personas tengan acceso a estos servicios básicos. Al mismo tiempo, los educadores pueden brindar apoyo educativo, ofreciendo estabilidad intelectual y emocional en tiempos de incertidumbre. A medida que las personas comienzan a recibir la atención que necesitan, puede comenzar la terapia, pero siempre está determinada por un contexto más amplio. Los psicólogos pueden alentar a las personas a unirse a grupos de apoyo comunitarios, donde las experiencias compartidas ayudan a reconstruir las conexiones sociales. Además de la terapia individual, los psicólogos pueden trabajar con los proveedores de la atención médica para garantizar que los problemas de salud se aborden en los entornos de

la atención médica general. Para necesidades de la salud mental más complejas, los psicólogos pueden derivar personas a apoyo psiquiátrico, asegurando una red de atención de apoyo continua.

Este enfoque holístico resalta la importancia de integrar los servicios básicos, el apoyo comunitario y la atención especializada. Cada nivel de la pirámide apoya a los demás, ayudando a crear una respuesta integral y adaptable a las necesidades psicosociales y de la salud mental de las poblaciones afectadas.

A partir de los niveles descritos en la Pirámide de intervención SMAPS del IASC, el modelo de "paraguas de apoyo", ilustrado en la Imagen 3.4.2 en la página siguiente, mejora este marco al proporcionar una respuesta estructurada, pero flexible, a las necesidades complejas de individuos, familias y comunidades. Si bien la pirámide enfatiza la importancia de los servicios básicos, el apoyo comunitario, las intervenciones enfocadas y la atención especializada, el modelo general de apoyo sirve como plataforma para integrar las respuestas diversas. Eso garantiza que el apoyo psicosocial sea el punto de entrada central, guiando la identificación de necesidades en múltiples sectores y fomentando esfuerzos coordinados [10].

**Imagen 3.4.2.** "*El paraguas de apoyo individual, de familia y de la comunidad*"




Source: Dr. Subhasis, American Red Cross and Indian Red Cross Society

*Nota:* Fuente de la imagen: Thierry, M. (2019). Desk study: Official development assistance to child and family-focused mental health and psychosocial support (MHPSS), abril-junio 2019, p. 6

Dado que las necesidades psicosociales evolucionan constantemente, es esencial garantizar que las intervenciones sigan siendo relevantes y respondan a estas necesidades cambiantes.

**FUENTES**

[1] Jansen, L. (2008). Collaborative and interdisciplinary health care teams: Ready or not? *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 24(4), 218–227. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.06.013

[2] Siddiq, H., Ajrouch, K., Elhaija, A., Kayali, N., & Heilemann, M. (2023). Addressing the mental health needs of older adult refugees: Perspectives of multi-sector community key informants. *SSM. Qualitative Research in Health*, 3, 100269. https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100269

[3] Warren, J. L., & Warren, J. S. (2023). The case for understanding interdisciplinary relationships in health care. *Ochsner Journal*, 23(2), 94–97. https://doi.org/10.31486/toj.22.0111

[4] Turin, T. C., Chowdhury, N., Haque, S., Rumana, N., Rahman, N., & Lasker, M. A. A. (2021). Involving im/migrant community members for knowledge co-creation: The greater the desired involvement, the greater the need for capacity building. *BMJ Global Health*, 6(12), e007602. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007602

[5] Rashki Kemmak, A., Nargesi, S., & Saniee, N. (2021). Social determinant of mental health in immigrants and refugees: A systematic review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 35, 196. https://doi.org/10.47176/mjiri.35.196

[6] McQuilken, L., Robertson, N., Abbas, G., & Polonsky, M. (2018). Frontline health professionals' perceptions of their adaptive competences in service recovery. *Journal of Strategic Marketing*, 28, 1–25. https://doi.org/10.1080/0965254X.2018.1511630

[7] Nadeau, L., & Measham, T. (2005). Immigrants and mental health services: Increasing collaboration with other service providers. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review = La Revue Canadienne de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 14(3), 73–76.

[8] Vorensky, M., Murray, T., McGovern, A. F., Patel, Y. Y., Rao, S., & Batavia, M. (2023). Effect of integrated exercise therapy and psychosocial interventions on self-efficacy in patients with chronic low back pain: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 165, 111126. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111126

[9] Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2009). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Descargado el 19 de julio del 2024 https://www.refworld.org/policy/opguidance/iasc/2009/en/83114

[10] FICR (2009). *Psychosocial Intervention: A Handbook for Training*. Blegdamsvej, 27 DK-2100 Copenhagen.

[11] Organización Mundial de la Salud (2015). *Mental health and psychosocial support for refugees, asylum seekers and migrants on the move in Europe: A multi-agency guidance note*.

**Unidad 3.5:** Responder a la situación especial de los niños

| **Descripción general de la unidad** |
| --- |
| Esta unidad examina los desafíos distintos que enfrentan los niños migrantes y refugiados, incluidos los menores no acompañados, y ofrece estrategias prácticas para apoyar su salud mental y bienestar psicosocial. Se subraya la importancia de comprender las diversas necesidades de la salud mental de esta población, que difieren según la edad y la etapa de migración. La unidad también enfatiza la necesidad de un enfoque coordinado y multifacético para brindar atención integral. Se proporcionan estrategias prácticas para la participación (como generar confianza, abordar primero las necesidades básicas y ofrecer apoyo culturalmente sensible) para equipar a los trabajadores de campo con las herramientas necesarias para ayudar a los niños a navegar por sus complejas circunstancias. |

**Secciones de la unidad:**

1. Introducción
2. Niños en conflicto, adversidad y desplazamiento
3. Estrategias prácticas para trabajar con los niños en desplazamiento

## 1. Introducción

Esta unidad representa una necesidad bastante importante, ya que los **menores desplazados y los niños no acompañados y separados (UASC)** constituyen una categoría especial de personas en desplazamiento. Según la literatura, los niños se ven afectados de manera desproporcionada por el desplazamiento forzado; ellos forman el 30% de la población mundial, pero constituyen el 41% de todas las personas desplazadas por la fuerza [1]. Los datos son claros: los niños de todas las edades se ven afectados por el desplazamiento. Específicamente, según el último informe de la ACNUR, se estima que el 29% de los niños desplazados tienen entre 0 y 4 años de

edad, el 42% entre 5 y 11 años y el 29% entre 12 y 17 años [1], muchos de los cuales son menores no acompañados, con distintas vulnerabilidades y necesidades, debido a la separación y pérdida de sus familias [2]. Los menores no acompañados también son particularmente vulnerables a los desafíos psicosociales, dado que no cuentan con el apoyo de los padres para ayudar a mitigar los factores estresantes relacionados con la migración [1,2]. Las niñas son especialmente vulnerables en el contexto de no estar acompañadas: se estima que el 10% están embarazadas o son madres [1,2].

Por lo tanto, es vital hacer un llamado a mayor evidencia y reconocimiento sensibles a los niños sobre la salud mental de estos grupos vulnerables. La exposición a factores estresantes graves y crónicos en la infancia (particularmente en la primera infancia, cuando los sistemas de desarrollo aún están madurando) puede resultar en una activación prolongada de los sistemas de respuesta al estrés, lo que puede conducir a sistemas corporales y arquitectura cerebral dañados y debilitados o estrés tóxico [1,3,4]. Los niños y jóvenes desplazados tienen un riesgo elevado de sufrir problemas de salud mental clínicamente significativos debido a la exposición a experiencias adversas prolongadas y acumulativas que pueden tener impactos a largo plazo durante la niñez y la edad adulta [1,3].

## 2. Niños en conflicto, adversidad y desplazamiento

### *Niños y jóvenes en desplazamiento*

Según la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, los niños se definen como "todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad" [4]. Los niños refugiados representan una población particularmente vulnerable, distinta de otros grupos de refugiados [7], debido a sus experiencias únicas durante una etapa de desarrollo altamente sensible. Su exposición a la adversidad, la pérdida y la agitación durante períodos críticos de desarrollo físico, emocional y cognitivo puede tener efectos duraderos en su salud mental y su bienestar general.

Los desafíos de la salud mental enfrentados por los niños y jóvenes en desplazamiento son complejos y surgen de una confluencia de factores que abarcan las etapas previas a la migración, de tránsito y posteriores a la migración [7]. Los niños son inherentemente más vulnerables a los efectos adversos del desplazamiento porque todavía están en el proceso de desarrollar las herramientas cognitivas y emocionales para afrontar el estrés.

Además, los niños migrantes y refugiados corren el riesgo de experimentar vínculos de apego interrumpidos y dificultades con la formación de la identidad, lo que puede contribuir a problemas la de salud mental. La investigación sobre la salud mental en jóvenes migrantes y refugiados destaca la importancia de comprender estos desafíos dentro del contexto de cada fase migratoria, considerando los factores de riesgo y de protección que pueden surgir en cada etapa [8]. Las Unidades 1.2 y 1.3 abordaron los factores de riesgo enfrentados por los migrantes y refugiados adultos. A continuación, se proporciona un modelo mejorado de los factores que afectan la salud mental y el bienestar psicosocial de los niños.

**Imagen 3.5.1.** "*El modelo conceptual de la salud mental de niños desplazados*"

*Nota:* Imagen reproducida por el equipo EU-MiCare basándose en la información de UNICEF, 2023, Mental Health in Displaced Child and Youth Populations: Una lente de desarrollo y de sistemas familiares (p. 22).

***Menores no acompañados***

Un grupo especial y vulnerable de los niños desplazados son los menores no acompañados. No sólo está expuesto a las mismas adversidades que otros niños desplazados, sino que también deben arreglárselas sin el apoyo de un cuidador, ya que carecen de una familia. Además, muchos menores enfrentan el dolor y la pérdida debido a la separación o la muerte de sus padres [1,2]. La falta de esta fuente de protección crítica aumenta el riesgo de estar expuesto a experiencias adversas, abuso y explotación adicionales. La mayoría de los menores no acompañados son varones adolescentes de entre 14 y 17 años, aunque la proporción de niñas menores no acompañadas está aumentando [2].

***Etapas de la infancia y adolescencia***

Además, el impacto del desplazamiento es diferente en las distintas etapas de la niñez y adolescencia. La siguiente tabla explica las diferentes necesidades y reacciones al estrés en cada intervalo de edad.

| Intervalos de edad | Necesidades específicas | Reacción al estrés |
|---|---|---|
| **0-5 años** | • Cuidado<br>• Protección<br>• Capacidad de respuesta a sus necesidades físicas y emocionales inmediatas. | • Sensación de estar abrumado, disociado o pasivo<br>• Altos niveles de ansiedad<br>• Poca confianza, falta de autonomía.<br>• Dificultad para construir relaciones de confianza y para comprometerse. |
| **5-12 años** | • Educación<br>• Negociar relaciones con sus pares y amistades. | • Responsabilidad excesiva.<br>• Sensación permanente de fracaso debido a la insuficiencia de desarrollo para lo que se les pide. |

| | | |
|---|---|---|
| | • Adquirir competencias prácticas y al mismo tiempo mantener una base segura dentro de la familia. | |
| **12-18 años** | Tareas a desarrollar incluyen:<br>• adquirir independencia personal<br>• habilidades ocupacionales<br>• sensación de jugar un papel y sentido de responsabilidad fuera del círculo familiar | • profundo sentimiento de abandono y soledad.<br>• sensación de desconexión social acompañada de sensación de estar discriminado → y consecuente desafección. |

*Nota:* Adaptado de Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.

Entre los 0 y los 5 años de edad el desplazamiento afecta principalmente el crecimiento físico y el desarrollo cerebral. También puede afectar el desarrollo emocional [10]. En cuanto a la infancia media (5 a 12 años), el desarrollo de la independencia y autonomía en relación con los padres, pares y otros adultos. El niño aprende códigos de comportamiento, comienza a asimilar valores y rituales culturales, incluidas prácticas religiosas, y desarrolla una comprensión de los marcos morales [10]. Para los adolescentes, los procesos de desarrollo neurológico sustentan estos cambios de comportamiento, incluida la formación y la maduración de los circuitos neuronales para la cognición social y la autorregulación [10]. Por último, según informes, niños mayores en comparación con niños pequeños presentan tasas más altas de problemas de la salud mental, tales como las de

trauma y desafíos para el autocontrol emocional (p. ej., desregulación emocional), el trastorno de estrés postraumático, la depresión y la ansiedad [1,8].

## 3. Estrategias prácticas para trabajar con niños desplazados

Para desarrollar estrategias eficaces para apoyar a los niños migrantes y refugiados, es crucial desarrollar la capacidad de las partes interesadas clave, incluidos los padres, los tutores, los educadores y otros cuidadores, para brindar apoyo psicosocial y de salud mental. Esto requiere equiparlos con el conocimiento y las herramientas para comprender las complejas necesidades de los niños y crear entornos que promuevan la

> Se proporciona más información sobre los factores de riesgo y de protección que enfrentan los niños migrantes y refugiados en el & Repositorio (consulten 3.5 – *"Recursos útiles"*).

curación y la resiliencia. Específicamente, es esencial que los cuidadores comprendan:

1. Cómo garantizar el acceso a entornos seguros y enriquecedores tendrá un impacto positivo en la salud mental y el bienestar psicosocial de los niños y adolescentes.
2. Cómo su salud mental y su bienestar afectan a los del niño bajo su cuidado.
3. Cuál es el vínculo directo entre la salud mental y el bienestar psicosocial de niños y adolescentes y la calidad de sus relaciones [1,9].

Las preguntas descritas en la siguiente página proporcionan un marco útil para la participación y la exploración durante las reuniones con niños y jóvenes [10]. Recuerde fomentar una atmósfera abierta y sin prejuicios mostrando curiosidad por las creencias culturales y haga preguntas abiertas para ver cómo pueden influir en las experiencias del niño. Permita que los niños y jóvenes tengan cierta autonomía en el proceso, respetando sus límites y dándoles control sobre qué compartir y cuándo compartirlo.

| Pregunta | Razonamiento |
|---|---|
| ***¿Quieres hablar, jugar o dibujar? No tienes que hablar si no quieres.*** | A veces, los niños y los jóvenes prefieren jugar, dibujar o incluso simplemente escuchar para empezar. |

| | |
|---|---|
| ***¿Con qué te gustaría recibir ayuda?*** | Es posible que a un niño le falten cosas como un teléfono, una bicicleta, un juguete o una mascota y quiera hablar de ello primero. A veces, un enfoque centrado en soluciones puede generar ganancias relativamente rápidas y ayudar a desarrollar la confianza y el compromiso. La discusión sobre disgustos importantes del día a día, como la soledad o la timidez, puede llevar gradualmente a otros temas importantes como la vergüenza y la culpa. Las ayudas visuales pueden ayudar, como dibujar un mapa de las áreas que deben abordarse. |
| ***¿Qué necesitamos saber para entenderte?*** | Haga preguntas de manera interesada y sin prejuicios sobre sus antecedentes, por ejemplo, sobre dónde crecieron o los juegos que solían jugar. ¿Cuáles son sus esperanzas y sueños? Estas preguntas pueden ayudar al niño a sentir que alguien realmente quiere saber quién es. |
| ***¿Cómo es la vida aquí? ¿Qué es lo mejor? ¿Qué es difícil? ¿Qué está faltando?*** | Los niños, especialmente los menores no acompañados, a menudo quieren principalmente seguir con sus vidas en el país anfitrión, y es más probable que una conversación sobre su vida aquí los involucre inicialmente. También puede permitirles expresar su decepción y sentimientos como nostalgia y extrañamiento de sus seres queridos. |
| ***¿Quién decidió que tenías que irte y por qué?*** | Esto inicia una conversación sobre lo que les ha sucedido. |
| ***¿Qué te ayudó a sobrellevar la situación? ¿En qué eres bueno? ¿Qué disfrutas? ¿Quién te ayudó a sobrellevar la situación?*** | Preguntar primero sobre los logros, explorar buenas experiencias, recursos y habilidades de afrontamiento se centra en las fortalezas más que en los problemas. Esto también puede ayudar a identificar a otros adultos (y compañeros) importantes. Se puede utilizar para pedirle al niño que imagine lo que estas personas habrían dicho sobre la situación actual. |

| | |
|---|---|
| ***¿A quién le ayudaste en el camino?*** | Recuerde al niño que debe tener autonomía, competencia y preocupación por los demás. |
| ***¿Qué apoyo tienes ahora?*** | Tal vez dibuje un "mapa" de las relaciones que rodean al niño y de lo que hace que cada una sea especial. Esto puede incluir sus padres, familiares extendidos, familiares en el país de origen, padres de crianza, trabajadores de apoyo, servicios sociales, escuelas, médicos, abogados, organizaciones benéficas y voluntarios. Este mapa puede mejorar la sensación de apoyo y conexión y se puede consultar más adelante. También se podría incluir el apoyo que se ha perdido, como una forma de pensar en cómo podría recuperarse. La red social apoya la recuperación y el crecimiento, y es necesario tener en cuenta sus fortalezas y debilidades al planificar cualquier intervención. |
| ***¿Qué pasó?*** | Cuando el niño esté listo para hablar sobre el pasado, utilice indicaciones tanto para los recuerdos positivos como para los negativos. ¿Qué más estaba pasando en tu vida cuando las cosas salieron mal? Sea consciente del impacto en el desarrollo de los eventos positivos y negativos. ¿Cómo entiendes las cosas ahora si miras hacia atrás? ¿Hubo cosas que hiciste o te las obligaron a hacer por las que te sentiste mal? ¿Hay cosas de las que te sientes orgulloso? ¿Qué cosas son? |

*Nota:* Adaptado de Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.

A la hora de desarrollar una evaluación integral de un niño o joven, es fundamental tener en cuenta varios factores que influyen en su bienestar.

- Considere la etapa de desarrollo del niño, tanto en términos de su estado emocional y psicológico actual como de cómo los acontecimientos pasados pueden haber moldeado su desarrollo.

- Preste especial atención a la interrupción de los apegos tempranos, ya que los eventos adversos que condujeron a la migración pueden haber causado separaciones de los cuidadores principales o alterado los vínculos establecidos.
- Reconozca el cambio en los papeles familiares durante la migración, que puede imponer cargas adicionales a los niños sin que ellos reconozcan estas nuevas responsabilidades, afectando potencialmente su salud emocional y psicológica.
- Evalúe la experiencia del niño en la escuela, incluido su afrontamiento social y académico, y si su rendimiento ha cambiado en comparación con antes de la migración.
- Obtenga información de terceros de sus familiares, profesores o servicios sociales para obtener una comprensión más completa de la experiencia del niño.

Trabajar con los niños y jóvenes migrantes y refugiados requiere un enfoque coordinado que implica la colaboración entre una amplia gama de agencias y organizaciones (consulte también Unidad 3.4). Esto incluye escuelas, grupos comunitarios, servicios de atención primaria, autoridades locales y organizaciones del tercer sector [1,8,9]. Los niños y jóvenes en estas situaciones tienen necesidades complejas y multifacéticas y simultáneamente enfrentan pérdidas, adversidades y nuevas experiencias. A menudo tienen acceso limitado a los servicios antes de su llegada al país de acogida, por lo que es posible que los trabajadores de campo deban asumir funciones de soporte, ayudándolos con necesidades básicas, como el alojamiento, la escolarización y conectándolos con sistemas de apoyo adecuados. Construir una red sólida es crucial para brindar atención integral y garantizar que el bienestar psicosocial del niño esté apoyado dentro de un contexto más amplio.

La interacción con los niños migrantes y refugiados puede representar un desafío, ya que muchos pueden ver a los adultos con sospecha debido a experiencias pasadas, diferencias culturales o preocupaciones sobre la conexión del trabajador de campo con las autoridades de inmigración. Para superar estas barreras, es importante enmarcar el papel del trabajador en términos que resuenen con el entorno cultural del niño. Por ejemplo, preguntarle con quién habría hablado en casa cuando estaba confundido o molesto puede ayudar al niño a comprender el papel del trabajador.

Además, el apoyo de los pares es fundamental, ya que los pares a menudo cierran la brecha entre las culturas antiguas y nuevas, facilitando la aceptación del apoyo a la salud mental. Involucrar a los niños en ambientes

menos formales, como a través de deportes o actividades grupales, también puede hacerlos más cómodos con otras intervenciones. Para los jóvenes migrantes no acompañados en la etapa de transición hacia la adultez, quienes podrían correr el riesgo de perder el apoyo profesional necesario al cumplir los 18 años, los grupos de apoyo entre pares pueden ofrecer una red valiosa que permanece disponible más allá de esta edad [1,2]. Idealmente, estos jóvenes tendrán acceso a un equipo interdisciplinario para gestionar su caso, garantizando un apoyo continuo durante esta transición crítica [2,9]

Antes de sumergirse en intervenciones de la salud mental, es esencial prestar atención a lo básico, como garantizar la seguridad y la conectividad social del niño. Para los menores no acompañados esto puede implicar ponerse en contacto con los servicios sociales para evitar su explotación o participación en pandillas. Crear un entorno seguro y ayudar a los niños a construir sus redes sociales son prioridades en etapas tempranas de la intervención. Los niños en alojamiento temporal pueden beneficiarse al conectarse con grupos de apoyo locales, y las familias pueden necesitar ayuda para restablecer las funciones familiares. Las escuelas pueden ser un recurso vital, pero también pueden presentar desafíos, tales como el acoso o la presión académica, por lo que es importante trabajar con las escuelas para garantizar que comprendan las necesidades específicas de los niños migrantes y refugiados.

Las intervenciones psicosociales deben adaptarse a las experiencias únicas de cada niño, adoptando un enfoque gradual y apropiado para el desarrollo. Para algunos niños, en particular aquellos que han enfrentado adversidades extremas, es posible que se requieran intervenciones más especializadas. Sin embargo, es importante que estas intervenciones se introduzcan sólo cuando el niño esté lo suficientemente estable como para participar. En etapas tempranas, intervenciones más simples, tales como normalizar los pensamientos intrusivos o proporcionar técnicas de relajación, pueden ayudar a aliviar la angustia. Las terapias creativas, incluidas las terapias artísticas, musicales o basadas en el juego, suelen ser eficaces para los niños que tienen dificultades para verbalizar sus experiencias. La tabla en la página siguiente resume algunos enfoques para apoyar a los jóvenes no acompañados, que también pueden ser beneficiosos para los niños en otras situaciones, incluidos aquellos en contextos familiares [10].

| | |
|---|---|
| **Mejore la red** | Los jóvenes son muy sensibles a la exclusión social y la soledad, pero muy receptivos al consejo y la influencia de sus pares. Es importante fomentar las conexiones con pares |

| | |
|---|---|
| | que se encuentran en situaciones similares, que han estado en el país por más tiempo y pueden actuar como "constructores de puentes". Considere también mejorar las conexiones con los miembros de la familia en su país o en otros lugares, y actividades culturales relacionadas tanto con su propia cultura como con la de España. |
| **Primero, haga referencia a las esperanzas y los sueños** | Los jóvenes no acompañados a menudo parten (o son enviados) con grandes esperanzas para el futuro y quieren seguir avanzando. Kohli (Cuadernos digitales para trabajo social – Apprentis d'Auteuil, sin fecha) sugiere que primero hacer referencia al futuro y luego abordar los desafíos presentes antes de abordar el pasado puede alinear al terapeuta con la trayectoria percibida del joven y su compromiso con el apoyo. |
| **Maneje la angustia** | Es probable que sea necesario el autocontrol de la sobreactivación para establecer y mantener nuevas conexiones sociales y abrir oportunidades para nuevos aprendizajes. En los programas grupales, los juegos no sólo pueden promover una conexión alegre, sino también facilitar el descubrimiento de actividades que ayudan a reducir el estrés. Por ejemplo, después del juego se puede preguntar a los participantes qué creen que les ayudó a sentirse mejor (por ejemplo, "hacer algo juntos", estar activos, distraerse) y hacer una lluvia de ideas sobre cómo podrían hacerlo fuera de la sesión. |
| **Rompa el silencio** | También se ha destacado que facilitar cierto intercambio de experiencias entre pares promueve la recuperación (Majumder, 2016). Esto puede ayudar a los jóvenes a sentirse validados y ver que sus respuestas son normales, además de extraer algún significado de sus viajes. |
| **Apoyar la autogestión y la independencia** | Reconocer y abordar las necesidades de independencia y autogestión junto con sus necesidades de apoyo se sintoniza con sus necesidades de desarrollo en esta etapa. También es necesaria una preparación para el retiro del servicio cuando cumplan 18 años. |

*Nota:* Adaptado de Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.

La transición de los niños desplazados, en particular de los menores no acompañados, a la adultez:

- Requiere tiempo,
- Es un proceso interdisciplinario que exige una comunicación clara y entre las instituciones y en ellas,
- Depende de la transparencia y la consulta con los jóvenes para prepararlos y apoyarlos eficazmente durante esta etapa de cambios significativos.

Se deben considerar varios factores que influyen en el éxito del camino hacia la autonomía para brindar a cada joven el apoyo adecuado y necesario [1,2,8,9].

**FUENTES**

[1] UNICEF (2023). *Mental health in displaced child and youth populations: A developmental and family systems lens*.

[2] El Consejo de Europa (2023). *Toolkit on the transition of unaccompanied migrant children to adulthood*.

[3] Franco, D. (2018). Trauma without borders: The necessity for school-based interventions in treating unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Social Work Journal, 35*(6), 551–565. https://doi.org/10.1007/s10560-018-0552-

[4] ACNUR (2024). *Refugee children and youth*. https://www.unhcr.org/handbooks/ih/age-gender-diversity/refugee-children-and-youth

[5] Bamford, J., Fletcher, M., & Leavey, G. (2021). Mental health outcomes of unaccompanied refugee minors: A rapid review of recent research. *Current Psychiatry Reports, 23*(8). https://doi.org/10.1007/s11920-021-01262-8

[6] Lara, C., & Volante, L. (2019). The education and integration of immigrant children in Ontario: A content analysis of policy documents guiding schools' response to the needs of immigrant students. *Canadian Journal of Educational Administration and Policy*. https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1238333.pdf

[7] Von Werthern, M., Grigorakis, G., & Vizard, E. (2019). The mental health and wellbeing of unaccompanied refugee minors (URMs). *Child Abuse & Neglect, 98*, 104146. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104146

[8] Spaas, C., Said-Metwaly, S., Skovdal, M., Primdahl, N. L., Jervelund, S. S., Hilden, P. K., Andersen, A. J., Opaas, M., Soye, E., Watters, C., Verelst, A., Derluyn, I., Colpin, H., & Haene, L. D. (2023). School-based psychosocial interventions' effectiveness in strengthening refugee and migrant adolescents' mental health, resilience, and social relations: A four-country cluster randomized study. *Psychosocial Intervention, 32*(3), 177–189. https://doi.org/10.5093/pi2023a12

[9] UNICEF (2021). *Global multisectoral operational framework*.

[10] Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.

Co-funded by the European Union

**Financiado por la Unión Europea.**

No obstante, los puntos de vista y opiniones expresados son únicamente los de los autores y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea o la Agencia Ejecutiva Europea en Educación y Cultura (EACEA). Ni la Unión Europea, ni la EACEA pueden ser consideradas responsables de ello.

El trabajo está publicado bajo la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC-BY-NC 4.0).

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

# Repository

## Module 3. Improving Skills in Managing Migrants' Mental Health Needs

The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

**Unit:** 3.2 Cultural Awareness

**Handout 1: *"Cultural Competence – Case Studies and Best Practices"***

## Is Poverty Making Me Sick? An Example of the Impact of Medical-Legal Partnership on Keeping Children Healthy

### Introduction

Physicians who serve vulnerable patient populations often struggle to identify and address risks related to the social determinants of health (SDH). These often complex structural issues and institutional barriers affect patients' health and include risks related to substandard housing and lack of access to basic supports like health insurance and food assistance. Many of these barriers to health have significant legal underpinnings – e.g., enforcement of housing safety ordinances and erroneous delays and denials of eligibility for Medicaid and programs like the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Still, it can be overwhelming and discouraging for physicians as they try to tackle such complex nonclinical issues on their own. Physicians need partners, both inside the clinic and in the community, to effectively address the needs of their patients. The following case study explores the value of the medical-legal partnership (MLP) approach in addressing risks related to the SDH. MLPs embed legal professionals and law students alongside healthcare professionals to address social and structural barriers to patient and population health through training and education, consultation, referral, and collaborative upstream problem-solving [1].

Below, we introduce a clinical case in order to illustrate the ways that MLPs can provide an evidence-based approach to identifying and managing health-relevant social and environmental risks. The case is one that is not uncommon in pediatrics; although similar issues could come up in other practice areas, including family medicine and obstetrics. Specifically, through the case below, we illustrate the value of a systematic approach to SDH screening, referral of appropriate cases to an MLP's legal advocates, and ongoing analysis of population-level patterns that emerge from individual patient cases reviewed by MLPs. We highlight how such strategies

ultimately empower clinicians to affect structural changes in ways that can improve the health of their individual patients and their patient panels more broadly.

**Section 1: A Common Medical Case**

It is a hot day in early summer. You cannot believe it is more than 90° in May. You are thankful for air conditioning, to say the least! You are a 2nd year pediatric resident with a busy schedule, and your first patient just arrived. You look down at your docket for the day only to see the appointment is a "twofer," a brother and sister coming to see you together. The brother is a 7-year-old boy named Chris. He is being seen for a follow-up visit as he was discharged from the hospital 2 days ago. His sister, Brianna, is being seen for a weight check; she is 2 months old with a chief complaint of "poor weight gain." You try to spend your last minute before knocking on their door preparing yourself for the visit. How will you assess their medical risks? Are there other concerns or triggers likely to be raised? How will you respond? Will this be a quick in-and-out visit, or are you poised to start your day behind? Finally ready, you knock on the door.

You start with Chris. Between your review of the electronic health record and your discussion with him and his mother, Ms. Williams, you uncover the following. Just days ago, Chris was hospitalized for roughly 48 h due to an acute asthma exacerbation. He is a known asthmatic, and this is his third lifetime admission; his second was in the last 6 months. He has also visited the emergency department multiple times for asthma in the last year. During his recent inpatient stay, he was placed on the evidence-based protocol for asthma management and left the hospital feeling better than when he was admitted. He is on two daily controller medications, and Chris and Ms. Williams report that he takes them both "most of the time." On your physical examination, Chris seems to be breathing comfortably. He is not actively wheezing. You are pleased that he seems to have improved from his acute asthma attack.

You move on to his younger sister, Brianna. Prior to entering the room, you had noticed some concerning aspects of her growth curve. She has not been growing at the velocity that you would have liked to have seen. This is also not a new complaint or concern – Brianna was recently seen by a colleague of yours who had been tracking her weight closely. The dietician saw her at the last visit as well. Ms. Williams says that Brianna continues to exclusively breastfeed and does not have any emesis. Ms. Williams is fairly certain she has adequate milk supply; the child latches well and is feeding every 3 h, even at night. Brianna has had the requisite number of wet and dirty diapers. Her physical examination is normal and does not point to any specific organic causes of her poor weight gain.

You leave the room to discuss both of these children with your preceptor. To summarize, you have a 7-year-old boy who has gotten over the worst of an acute asthma exacerbation and a 2-month-old girl who, you are worried, is failing to thrive. For Chris, you are tempted to ensure that he has adequate supply of his acute and chronic asthma medications and plan to see him back in 2–3 months. For Brianna, you are contemplating asking Ms. Williams to fill out a detailed feeding diary to more effectively identify how much Brianna is truly eating.

You are then considering a follow-up visit with both in 1 month. Are these plans adequate? Would other, as yet unasked, questions lead you down different paths, ones that could more effectively identify and address common root causes? Can we look at these same cases using a different lens?

**Section 2: Shifting Perspective**

We frequently fall into heuristics that prompt us to see clinical cases narrowly. As physicians, we may become accustomed to treating certain ailments in certain ways such that we may miss clues that would appropriately take us off that standard path. For example, asthma is generally treated using evidence-based protocols. These protocols help us to effectively manage acute exacerbations or attacks. They may not, however, provide us with the tools to identify triggers of that attack. Such protocols can at times create blinders, streamlining, and/or oversimplifying our approach to problems or issues that may be inherently complex [2]. How can we break free from a mindset that might be limiting our ability to see the forest for the trees (without, of course, ignoring the trees themselves)?

Health inequities in childhood are widespread and are often exacerbated by risks related to the SDH. For example, much is now known about the higher incidence and severity of asthma among children who live in substandard housing [3,4,5]. Although children living in low-income households are somewhat more likely to be diagnosed with asthma, they are far more likely to suffer the worst outcomes due in large part to adverse environmental exposures [2, 5,6,7] – they are far more likely to experience the attacks endured by our previously referenced 7-year-old patient, Chris. Indeed, exposures to water damage, mold and mildew, pests like cockroaches and rodents, tobacco smoke, and pollutants are all known to make asthma worse [8,9,10,11]. As another example, we know that hunger and food insecurity are exceedingly common in this country. Roughly one in four children lives in food-insecure households, where a food-secure household is defined by the US Department of Agriculture (USDA) as "access by all people at all times to enough food for an active, healthy life" [12, 13]. The rate of food insecurity is likely to be even higher within at-risk, under-resourced populations served by many academic primary care centers [14, 15]. As such, identifying these types of triggers and risks, such as adverse housing and food insecurity, as part of routine screening is gaining favor as a key component of preventive, outpatient care and is also starting to be implemented in some inpatient settings [16,17,18].

Of course, identifying risks is one thing, but overcoming those risks is the ultimate goal. However, physicians and those working within clinical settings may not have the requisite expertise to act appropriately. Community partners, organizations, and agencies with needed, complementary expertise may be critical adjuvants to the services clinicians and medical professionals can provide.

An MLP is an interdisciplinary collaboration between a medical entity such as a clinic or hospital and a legal entity such as an attorney, legal aid office, or law school. MLP partners approach improving health for their target population by addressing risks related to the SDH. By helping medical partners to identify and address legal barriers that may cause or exacerbate health problems, legal professionals can be key members of the

healthcare team [19, 20]. Since addressing these legal barriers, which are frequently synonymous with risks related to the SDH, often requires a multidisciplinary team approach, MLP is an important component of medical education in structural competence. Training medical students and residents in the MLP approach is an opportunity to impart to the next generation of physicians the knowledge, skills, and attitudes to recognize and address barriers to health on the patient, clinic/institution, and population levels [21, 22].

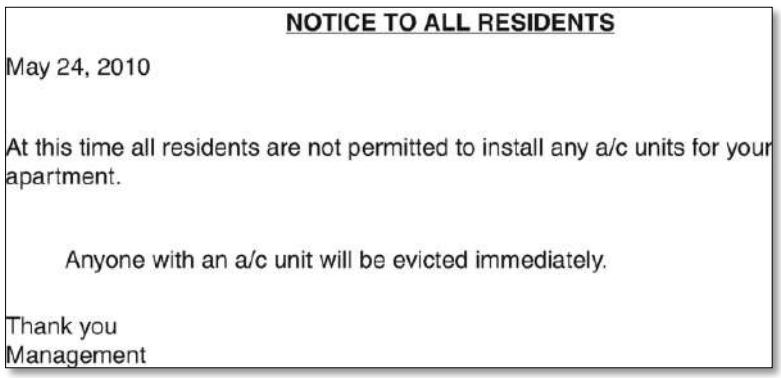
To illustrate this point, let us return to our case, this time, imagining that there was a legal advocate just down the hall for the resident to consult, and she offered to join the resident in their visit.

**Section 3: Revisiting This Common Medical Case with Added Perspective**

After you, the pediatric resident, left the room the last time, you realized you needed help. Yes, Chris' asthma symptoms were better, but you were really worried that he was at high risk of being rehospitalized in the future. Yes, Brianna's failing to thrive did not appear to have an organic cause, but you just could not understand why she was not growing. As you discussed these concerns with your preceptor, she suggested you go back to the room to obtain more history. She recommended posing questions to the family about their in-home exposures, their experience with their public benefits, and their ability to keep food on the table. She handed you a form with validated social history questions relevant to these and other SDH. She also showed you where, within the electronic health record, these same questions were referenced and could be documented [16, 17, 23, 24]. Armed with this guidance, you return to the patients' room.

Once again, you start with Chris. You ask him and his mother if they have thoughts about what might have triggered his asthma attack. Although Ms. Williams is unsure, she says Chris seems to be really sensitive to temperature swings. He has not been doing so well with the recent heat wave that has been hitting the city, especially considering that those occupying apartment units at her building have been told that they are not allowed to have window air conditioning units. She pulls out a paper she has in her purse, one that had been posted on her front door just days before (see Figure 3.2.1-R).

**Figure 3.2.1-R**



NOTICE TO ALL RESIDENTS

May 24, 2010

At this time all residents are not permitted to install any a/c units for your apartment.

Anyone with an a/c unit will be evicted immediately.

Thank you
Management

She also mentions that her apartment unit "is riddled with cockroaches, the ceiling is falling in, and [her] landlord isn't responsive to [her] concerns." She takes out her phone and shows you some pictures (Figure 3.2.2-R).

**Figure 3.2.2-R**

You are horrified and do not know quite what to say. You thank her for her honesty and express your uncertainty at how to respond. You tell the mother that you would like to discuss this new information with your preceptor. First, however, you had a few more questions about Brianna. You ask Ms. Williams about whether she is currently receiving public benefits for herself, the family, or the infant. The mother notes that she has the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) [25] and has applied for SNAP (i.e., food stamps) [26], but she has not yet received her SNAP benefits and cannot determine the status of her application. You feel similarly confused, at a loss for how to continue. You excuse yourself from the room and return to your preceptor.

You tell your preceptor this new information, about how you think that, perhaps, the problems experienced by both Chris and Brianna may have their origins in these newly uncovered factors. Listening intently, your preceptor recommends that you speak with the legal advocate down the hall, who is a member of your clinic's MLP. This advocate has expertise in the legal rights of people with low income. You knock on their door curious about how they will add to your assessment and about whether they will be able to devise care plans that add value to your own. With the legal advocate, you review both of the cases and contemplate additional questions you might pose to the family, questions that may direct the legal care plan in more specific ways. You then go back to the room, explain to Ms. Williams that there are legal professionals right there in the clinic with expertise in some of the problems she is facing, and ask her if it would be okay to bring the advocate in to meet her. After she says yes, you return once again to the room, this time with the advocate by your side.

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care
Co-funded by the European Union

After introducing your partner from the MLP, the legal advocate jumps in with a clear awareness of some potentially important questions that build upon your assessment. She asks the mother, "What is your address? Who is the landlord? Has the local health or building department inspected your apartment for code violations?" Ms. Williams was initially surprised to learn she might get housing help at her children's doctor visit, but she is glad to speak with anyone who may be able to assist. She states that they live in a multiunit apartment building in a neighborhood just blocks from the hospital, one characterized by high rates of poverty and crime. No one has inspected their apartment for code violations. The legal advocate knows the area well and knows the landlord by reputation. You think to yourself that you would have never asked these questions, questions that already have led you down a far different path than where you were mere moments before.

With this new perspective, you are now curious about how the legal advocate will approach Brianna. She asks some quick follow-up questions relevant to the infant's case, focusing first on the family's benefits: "When did you apply? Have you turned in all the documentation on your household size and income that the public benefits office needs? What have they told you?" The mother replies that her application went in the same week Brianna was born and she has done everything the public benefits office asked. She has been bounced around from one caseworker to another whenever she has tried to follow up. As a result, the household is struggling to put food on the table. She is pleased that she has been able to continue breastfeeding Brianna, but she has been forced to feed Chris "Hamburger Helper" without the meat. As for herself, she is eating only oatmeal once or twice a day.

You step out of the room to let the legal advocate continue to obtain history from Ms. Williams and formulate her plan. You feel increasingly like albuterol alone will not help Chris and that a feeding diary for Brianna may be wholly insufficient. You relay what you just heard to your preceptor and the other residents and medical students in the office's workroom. You contemplate the breadth of what you just heard, the questions the advocate asked that you would not have considered. You had never thought of asking about the neighborhood, about the landlord, and about certain aspects of public benefits. You had never considered how to expand your social history to reach those social and environmental factors clearly at the core of your patients' experienced morbidity. How could that be changed? You find that even in the short time, you were with the legal advocate and you learned quite a bit. You make a mental note of key questions that you might pose to future patients to help you identify legal and structural barriers and consider making other MLP referrals.

**Section 4: Co-developed Educational Curricula on the Social Determinants of Health**

The questions that the resident started grappling with as described within the section above were posed at the primary care centers of Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC) several years ago. What could and should families be screened for? Evidence suggests the majority of low-income families receiving care at urban pediatric clinics report at least one unmet basic need related to underlying poverty; many report several such needs [24, 27]. A recent survey at CCHMC highlighted that 28% of primary care families had their gas or electricity shut off in the previous year; 23% had doubled up (lived with others to pay the rent) or moved to a

cheaper residence; 14% of mothers diluted their formula to make it last longer; and 33% had run out of food without money to buy more [14, 15].

Based on the information from these and other local surveys, risks related to the SDH have emerged as significant issues to be addressed consistently with families in the Pediatric Primary Care Center (PPCC) at CCHMC. The recognition of their importance grew alongside CCHMC's MLP, the Cincinnati Child Health-Law Partnership (Child HeLP), a partnership between the hospital's primary care centers and the nonprofit Legal Aid Society of Greater Cincinnati (Legal Aid) [28]. Child HeLP launched in 2008 to assist medical providers and social workers with helping patient-families resolve social and legal problems by adding legal advocates (i.e., attorneys and paralegals) from Legal Aid to the healthcare team [19]. SDH screening processes were initiated through the electronic health record and now routinely occur in over 90% of primary care encounters [16, 24]. Screening questions address housing conditions, food insecurity, public benefits denials and delays, mental health concerns, intimate partner violence, barriers to education, and availability of transportation. Questions were selected after a review of existing evidence and discussions with our key community partners, including legal advocates from the MLP. Questions were also tested for feedback from those that mattered most, patients and their families. The enhanced social screening processes enable clinicians and social workers to more effectively identify patients to refer to the MLP.

As the expanded social history was deployed and as Child HeLP developed and grew, curricula were put into place to train pediatric residents on the relevance and importance of the SDH. A series of didactic and experiential learning sessions were co-developed with medical and legal staff. The facilitated didactic sessions focus on legal rights (e.g., landlord-tenant laws, public benefits eligibility) and are delivered by an interdisciplinary team of pediatricians and legal advocates. Immersion experiences take learners out of the clinic and into the local public benefits office, a large food bank, and a neighborhood that is home to many PPCC patients. Within this neighborhood, learners meet local leaders (e.g., elementary school principal, community center manager) who paint a picture of what life is like within that community. To improve how SDH were discussed with patients, the team also has put into place a "video curriculum" that provides realistic examples of how to discuss social risks and resources with families. Videos include scenarios where interactions and interventions are solely medically based compared to those that also address underlying social issues. Videos include first-hand testimony from families as to how they experienced discussions of risks and ensuing actions (i.e., their experience with Child HeLP). Early evidence suggests that these educational pursuits have led to increased comfort by residents in addressing the SDH as well as more referrals to our available resources [16, 29,30,31,32,33]. These available resources, most notably Child HeLP, have led to key positive outcomes at both the patient and population levels [19, 34].

**Section 5: Moving from Patient to Population Health Together**

The legal advocate returns from her office to discuss next steps related to Chris and Brianna. After confirming that Ms. Williams has authorized her to discuss this information with you, she starts with Chris. She tells you that she immediately knew this complaint sounded familiar to her. A legal colleague had mentioned in passing

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care
Co-funded by the European Union

just days earlier that one of her clients had reported that her landlord threatened eviction over putting in a window air conditioning unit. When the legal advocate went back to substantiate this in the Legal Aid case management database, to ensure that her memory served her well, she identified that this was not just a coincidence. It was an "outbreak" of substandard housing amenable to collective action. In the preceding weeks, there had been more than 15 referrals to Child HeLP from buildings managed by the same out-of-state landlord. Publically available city data suggested that each of the 19 complexes managed by this landlord had outstanding violations of city housing ordinances [34]. This "outbreak" called for action in the short and long terms. It also called for action for Chris and his family, as well as his neighbors and fellow tenants. In this sense, individual cases collectively highlighted a structural issue amenable to a structural intervention. This occurred because multiple cases were brought to the same partners, a key aspect of MLP enabling both individualized and population-wide action.

What about Chris' sister Brianna? What about the food insecurity that was also plaguing this family? The legal advocate had news there, too. After advocacy with the local public benefits office, she secured SNAP benefits for the family by the end of the day. Benefits were issued retroactively to the months since Ms. Williams's application was filed because of the county's failure to meet its legal duty to provide benefits in a timely manner. Ms. Williams received nearly $500.00 in food assistance that week and the confidence that she would be able to feed herself and her children moving forward.

Over time, Child HeLP's assistance continued for the Williams family had expanded to benefit other similarly situated families. For example, a Legal Aid attorney was connected to Ms. Williams and educated her on her legal rights to healthy housing and the process for filing an escrow case in court to legally withhold her rent payments until the landlord made legally required repairs. The attorney also filed complaints with the local health and building departments that enforce health and safety ordinances. This strategy was a clear example of "population justice" occurring in the confines of the primary care clinic. It was also a clear example of how patient health was quickly ratcheted up, becoming an indicator of population health; again a unique reality made possible by the MLP. Indeed, one child in one housing unit quickly expanded to include the other 15 units the MLP had identified, placing them within a larger cadre of nearly 700 low-income housing units that were at potential risk [34].

It is in this space that population health can be quickly linked to population justice (Figure 3.2.3-R).

**Figure 3.2.3-R**

| Population Health | Population Justice |
|---|---|
| Physician screens for food insecurity<br>Clinic partners with foodbank to provide in-clinic supply of emergency infant formula | Legal advocate recovers delayed SNAP benefits<br>MLP advocates for policy changes to get infants on benefits faster |
| Physician identifies housing concerns<br>Clinic compiles health outcome data across high risk buildings | Legal advocate represents family to prevent eviction<br>MLP facilitates formation of tenant association to pursue building-wide improvement |
| Physician identifies recent expulsion<br>Clinic partners with local kindergarten readiness agencies | Legal advocate represents child at expulsion hearing<br>MLP works with school district to reduce out-of-school discipline |
| Social worker talks with mother about intimate partner violence<br>Clinic collaborates with agency around family support | Legal advocate helps get mother Civil Protection Order<br>MLP participates in local alliance for women |

Collaborative work by the MLP led to this identification of a large cluster, an "outbreak," of substandard, poor-quality housing conditions. This collaborative response improved the housing situation for individual patients and families, and it also created linkages between tenants leading to meaningful community-wide housing improvements. Indeed, organization and advocacy promoted by the MLP led to improvements for both the "sick child" (Chris and other tenants with asthma who were patients of CCHMC) and the portfolio of more than 19 "sick buildings" (those managed by the out-of-state landlord). Here, asthma was a common health issue among the children identified by the MLP, but many other health problems are known to be associated with stress and with substandard housing in particular [10, 34].

Limiting or removing asthma triggers in housing units with high-risk children makes a difference. Over the months that followed, the MLP led building- and complex-wide activities devoted to improving home environmental conditions for referred children and families as well as the broader tenant population. A team of Legal Aid attorneys and advocates helped to organize a tenant association and utilized litigation and other legal strategies to obtain substantial improvements. Of the 19 buildings in the out-of-state landlord's portfolio, 11 received significant systemic repairs (e.g., a new roof, new windows). This particular portfolio of buildings, which the absentee out-of-state landlord ultimately allowed to go into foreclosure, was subsequently purchased by a nonprofit developer. This new developer is now working with other community agencies, and

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

a large grant from the Department of Housing and Urban Development, to rejuvenate these buildings inside and out. Legal Aid continued to advocate for further improvements and maintenance to ensure that the buildings are affordable and healthy.

Williams' situation also provided a means through which the MLP could facilitate a jump from patient to population and from population health to population justice in the area of nutrition and food security. The legal advocate and her colleagues saw this case, among others, as indicative of an alarming trend toward increasingly lengthy application processing delays for SNAP. Indeed, a large percentage of eligible families were not getting their applications for their public benefits approved by the 30-day deadline required by law. This observation was found to be part of a broader, system-wide issue, identified through Legal Aid's active surveillance of publically available data on the timeliness of public benefit application processing (i.e., time from application to decision). Then, through negotiation with the local public benefits agency, Legal Aid attorneys secured systemic changes in application processing procedures that resulted in a 30% increase in timely food assistance application decisions in just 4 months. Continued advocacy has greatly increased the numbers of applications processed in a timely fashion and ensured that other children and families in the community get the help they need to reduce food insecurity.

**Section 6: A Common Medical (-Legal) Case with a Happy Outcome**

It is a brisk fall morning. You are excited because today you will be following up with two of your favorite patients for their well-child checks – a now 8-year-old Chris and his now 7-month-old sister Brianna. Outside the room, you reflect on how your practice has changed in the past few months. Not only have you become more adept at screening for and addressing risks related to the SDH, but the ongoing broader advocacy undertaken by Child HeLP has also given you increased structural competency. You have come to understand and appreciate how existing systems – within the four walls of the primary care center and within the broader community – have a strong influence over the health of your patients. You have also watched as improvements to those various systems have directly resulted from advocacy by Child HeLP. It has been inspiring for you to be a part of that interdisciplinary team.

You enter the room and start with Chris, asking all the questions you have now grown accustomed to asking, considering those interventions, both medical and social, that are now part of your armamentarium. Chris has had a wonderful summer and a happy start to the school year. He says he wants to be a scientist. He has been taking his daily asthma controller medications without any issues and has rarely required his rescue medication. His home is free of cockroaches and the ceiling and walls of his home have been fixed. Ms. Williams states that repairs across the building are ongoing. Chris has not been to the emergency department since last spring.

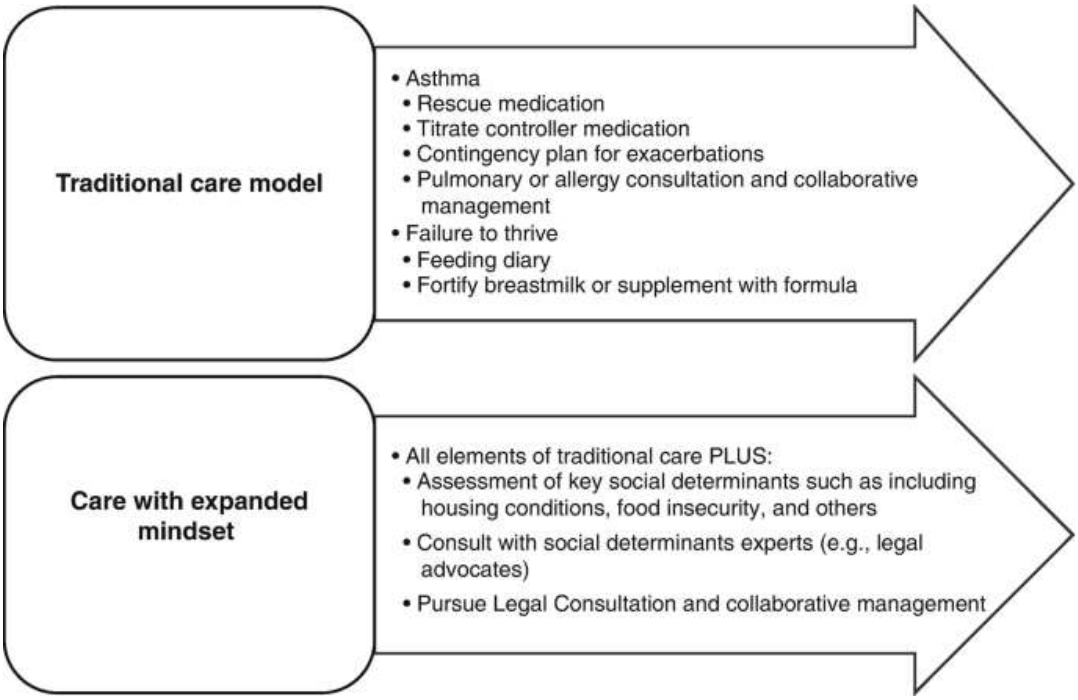
You turn to Brianna who looks like a different baby. She continues to breastfeed and has also started to receive solid foods. She is back on the growth curve such that you would never know, just by looking at her, that she had ever failed to thrive. Ms. Williams appears healthier and happier, too. She tells you the family no longer

goes without food – WIC and SNAP benefits are helping the family considerably. She and Chris are eating three meals a day; Ms. Williams only eats oatmeal when she wants to eat oatmeal. While you are talking, you smile as you hear Brianna babbling in the background. As you leave the room to place your orders, you walk by the Child HeLP office to express gratitude. You have come to understand that referrals to or consults of community experts are often just, if not more impactful, referrals to or consults of medical experts.

**Conclusion**

Clinical providers and legal advocates, as part of a broadly conceived healthcare team, can be an effective force for change. Indeed, attorneys and paralegals can help physicians and nurses understand social determinants. They can also partner with healthcare providers to use the law as a tool to address key risks, to intervene, and to advocate for patients and families through interventions not yet typical in the clinical setting. Although medical trainees generally accept the importance of social and environmental exposures on health outcomes, many still focus narrowly on medical treatments despite the undeniable influence of contextual social and environmental factors (Figure 3.2.4-R).

**Figure 3.2.4-R**




This case, and others like it [1], highlights how a broader mindset that considers both medical and social factors is critical to achieving desired outcomes and how bridging complementary areas of expertise (e.g., medicine and law) can support the health and well-being of patients and populations.

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

## REFERENCES

[1] Tyler ET. In: Lawton E, Conroy K, Sandel M, Zuckerman B, editors. Poverty, health and law: readings and cases for medical-legal partnership. 1st ed. Durham: Carolina Academic Press; 2011.

[2] Williams DR, Sternthal M, Wright RJ. Social determinants: taking the social context of asthma seriously. Pediatrics. 2009;123(Suppl 3):S174–84.

[3] Suglia SF, Franco Suglia S, Duarte CS, Sandel MT, Wright RJ. Social and environmental stressors in the home and childhood asthma. J Epidemiol Community Health. 2010;64(7):636–42.

[4] Sandel M, Wright RJ. When home is where the stress is: expanding the dimensions of housing that influence asthma morbidity. Arch Dis Child. 2006;91(11):942–8.

[5] Beck AF, Huang B, Chundur R, Kahn RS. Housing code violation density associated with emergency department and hospital use by children with asthma. Health Aff (Millwood). 2014;33(11):1993–2002.

[6] Akinbami LJ, Moorman JE, Simon AE, Schoendorf KC. Trends in racial disparities for asthma outcomes among children 0 to 17 years, 2001–2010. J Allergy Clin Immunol. 2014;134(3):547–53.e5.

[7] Moorman JE, Akinbami LJ, Bailey CM, Zahran HS, King ME, Johnson CA, et al. National surveillance of asthma: United States, 2001–2010. Vital Health Stat. 3. 2012;35:1–58.

[8] Crocker DD, Kinyota S, Dumitru GG, Ligon CB, Herman EJ, Ferdinands JM, et al. Effectiveness of home-based, multi-trigger, multicomponent interventions with an environmental focus for reducing asthma morbidity: a community guide systematic review. Am J Prev Med. 2011;41(2. Suppl 1):S5–32.

[9] Rosenfeld L, Rudd R, Chew GL, Emmons K, Acevedo-García D. Are neighborhood-level characteristics associated with indoor allergens in the household? J Asthma. 2010;47(1):66–75.

[10] Saegert SC, Klitzman S, Freudenberg N, Cooperman-Mroczek J, Nassar S. Healthy housing: a structured review of published evaluations of US interventions to improve health by modifying housing in the United States, 1990–2001. Am J Public Health. 2003;93(9):1471–7.

[11] Newman NC, Ryan PH, Huang B, Beck AF, Sauers HS, Kahn RS. Traffic-related air pollution and asthma hospital readmission in children: a longitudinal cohort study. J Pediatr. 2014;164(6):1396–402.e1.

[12] Coleman-Jensen A, Gregory CA, Singh A. Household food security in the United States in 2013 [Internet]. [cited 2018 Oct 3]. Available from: https://www.ers.usda.gov/publications/pub-details/?pubid=45268

[13] Map the Meal Gap [Internet]. Feeding America. [cited 2018 Oct 3]. Available from: http://map.feedingamerica.org//

[14] Burkhardt MC, Beck AF, Kahn RS, Klein MD. Are our babies hungry? food insecurity among infants in urban clinics. Clin Pediatr (Phila). 2012;51(3):238–43.

[15] DeMartini TL, Beck AF, Kahn RS, Klein MD. Food insecure families: description of access and barriers to food from one pediatric primary care center. J Community Health. 2013;38(6):1182–7.

[16] Burkhardt MC, Beck AF, Conway PH, Kahn RS, Klein MD. Enhancing accurate identification of food insecurity using quality-improvement techniques. Pediatrics. 2012;129(2):e504–10.

[17] Beck AF, Sauers HS, Kahn RS, Yau C, Weiser J, Simmons JM. Improved documentation and care planning with an asthma-specific history and physical. Hosp Pediatr. 2012;2(4):194–201.

[18] Colvin JD, Bettenhausen JL, Anderson-Carpenter KD, Collie-Akers V, Plencner L, Krager M, et al. Multiple behavior change intervention to improve detection of unmet social needs and resulting resource referrals. Acad Pediatr. 2016;16(2):168–74.

[19] Klein MD, Beck AF, Henize AW, Parrish DS, Fink EE, Kahn RS. Doctors and lawyers collaborating to HeLP children – outcomes from a successful partnership between professions. J Health Care Poor Underserved. 2013;24(3):1063–73.

Co-funded by the European Union

[20] Sandel M, Hansen M, Kahn R, et al. Medical-legal partnerships: transforming primary care by addressing the legal needs of vulnerable populations. Health Aff (Millwood). 2010;29(9):1697–705.

[21] Paul EG, Curran M, Tobin Tyler E. The medical-legal partnership approach to teaching social determinants of health and structural competency in residency programs. Acad Med. 2017;92(3):292–8.

[22] Tobin-Tyler E, Teitelbaum J. Training the 21st-century health care team: maximizing interprofessional education through medical-legal partnership. Acad Med. 2016;91(6):761–5.

[23] Chung EK, Siegel BS, Garg A, et al. Screening for social determinants of health among children and families living in poverty: a guide for clinicians. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2016;46(5):135–53.

[24] Beck AF, Klein MD, Kahn RS. Identifying social risk via a clinical social history embedded in the electronic health record. Clin Pediatr (Phila). 2012;51(10):972–7.

[25] Women, Infants, and Children (WIC) | Food and Nutrition Service [Internet]. [cited 2018 Oct 3]. Available from: https://www.fns.usda.gov/wic/women-infants-and-children-wic

[26] Garg A, Butz AM, Dworkin PH, Lewis RA, Thompson RE, Serwint JR. Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: the WE CARE Project. Pediatrics. 2007;120(3):547–58.

[27] Child HeLP (Legal Aid) | General and Community Pediatrics [Internet]. [cited 2018 Oct 3]. Available from: https://www.cincinnatichildrens.org/service/g/gen-pediatrics/services/child-help

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

**Unit:** 3.5 Responding to the Special Situation of Children

## *"Useful Resources"*

Here you can find more information, in the following table, about the risk factors and the impact of war, conflict and displacement on children:

**Table 1**:Risk factors for the displacement children [10]

**Box 11.1 The impact of war, conflict and displacement on children**

1. The loss of basic resources

- Homelessness, hunger, starvation
- Loss of health care, education, and social support
- Loss of safety with unfamiliar, unpredictable and dangerous surroundings

2. Disruptions of family relationships

- Death or imprisonment of family members
- Parental anxiety and preoccupation
- Other separations from family
- Loss of wider social, cultural, and societal frameworks as support for parents and whole family, loss of peer relationships as part of supporting networks of children
- Pressure towards age-inappropriate roles, such as childcare responsibilities, earning money, emotional support for parents, or family advocacy (based on language skills)
- Strained sibling relationships, especially if older children carry childcare or boundary-setting responsibilities for younger ones.
- Children adopting new cultural norms at different rates than their parents
- Other ambivalence towards parents – especially if sent away for safety, and expected to fulfil the family's hopes and aspirations

3. Normalisation of violence

- Subjection to, or witnessing, significant violence
- Being enlisted in perpetrating violence, especially interpersonal
- Violence as a survival strategy – needed for self-defence, self-assertion, and social status

4. Post-flight discrimination and stigma

- Experiencing prejudice, stigma, and xenophobia
- Loss of cultural reference points
- 'Moral injury' due to actions and attitudes elicited en route – with consequent sense of guilt, shame, and self-stigmatisation

5. Pessimism and/or demoralisation

- Protracted asylum claims.
- Poverty, loss of status
- Loss, loneliness, disconnection, and disorientation (especially if unaccompanied)
- Challenge to religious and cultural beliefs

*Note:* Adapted from Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking Asylum and Mental Health: A Practical Guide for Professionals*. Cambridge University Press.

**Funded by the European Union.**
Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC-BY-NC 4.0).

# Módulo 4.

# Autocuidado y bienestar del personal

*Contenido elaborado por el* ***Centro Etno-Médico Alemania/EMZ*** *(Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. – Alemania) y el* ***Centro de día Babel*** *(ONG Syn-Eirmos de Solidaridad Social – Grecia)*

*Última actualización: Diciembre 2024*

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

**Módulo:** Autocuidado y bienestar del personal

**Colaboradores responsables:** EMZ, Syn-Eirmos/Centro de día Babel

## Descripción del módulo

Este módulo aborda el tema crítico de gestionar el estrés y garantizar el bienestar mental de los profesionales y voluntarios que trabajan con los migrantes y refugiados. La Unidad 4.1 examina los numerosos factores estresantes inherentes a este trabajo, como la carga emocional de apoyar a personas que han experimentado adversidades, pérdidas y desplazamientos importantes. También analiza las complejidades de operar en entornos desafiantes y, en ocasiones, hostiles, donde los recursos son limitados y las barreras estructurales y sistémicas pueden obstaculizar un apoyo eficaz. Al identificar las diferentes fuentes de estrés (ya sea emocional, estructural o ambiental), los trabajadores de campo pueden gestionar mejor su propia salud mental, lo que a su vez mejora su capacidad para apoyar a los migrantes y refugiados de manera sostenible. La Unidad 4.2 se centra en el autocuidado como competencia profesional. Se introducen estrategias prácticas que los participantes pueden incorporar a sus rutinas diarias. Por último, la Unidad 4.3 enfatiza el deber de cuidado por parte de los empleadores y al mismo tiempo proporciona estrategias para que los empleados promuevan una cultura de cuidado dentro de sus entornos laborales. Se analiza cómo las organizaciones pueden crear estructuras de apoyo mediante una supervisión periódica, informes y apoyo en equipo, entre otras cosas. También se ofrecen ideas prácticas para la práctica reflexiva. Se presta especial atención a los voluntarios, que a menudo carecen de sistemas de apoyo formales, lo que destaca la necesidad de una comunicación y límites claros para evitar el agotamiento ocupacional. Reconocer la naturaleza multifacética de nuestro trabajo y comprender cómo el estrés puede manifestarse en nuestra práctica diaria es crucial para mantener el bienestar y garantizar una prestación de servicios significativa.

**Resultados de formación del módulo:**

Al finalizar este módulo, los participantes deberían ser capaces de:

- Apreciar la complejidad de sus propias respuestas emocionales a su trabajo con los migrantes y refugiados.
- Comprender cómo los factores estresantes internos y externos pueden manifestarse en las responsabilidades del día a día.
- Reconocer señales de estrés y tensión mental, y diferenciar entre varios tipos de estrés ocupacional (tales como, el desgaste ocupacional, la fatiga por compasión y el trauma vicario).
- Aplicar estrategias de autocuidado para mejorar la capacidad de resiliencia tanto en contextos personales como profesionales.
- Comprender la importancia de la responsabilidad de los empleadores y su propia responsabilidad a la hora de fomentar un entorno laboral de apoyo.
- Promover la cohesión del equipo reconociendo la importancia del apoyo de los pares y la interacción social.
- Identificar cómo comunicarse y mantener límites claros, especialmente en funciones del voluntario.
- Reflexionar sobre los desafíos y los aspectos significativos y gratificantes de su trabajo.

**Unidades en este módulo:**

| Módulo 4. El autocuidado y el bienestar del personal |
|---|
| Efectos en profesionales y voluntarios que trabajan en el contexto de la migración Unidad 4.1: |
| El autocuidado Unidad 4.2: |
| Atención al personal Unidad 4.3: |

**Unidad 4.1:** Efectos en profesionales y voluntarios que trabajan en el contexto de la migración

| Descripción de la unidad |
| --- |
| Esta unidad presenta a los participantes del curso el tema de la salud mental en los profesionales y voluntarios que trabajan con los migrantes y refugiados. Se destaca cómo están expuestos a estresores emocionales debido a la naturaleza de su trabajo, que implica un contacto cercano con personas que han sobrevivido a adversidades y/o que viven condiciones precarias e injustas. La unidad explica los diferentes tipos y escalas de estrés, presentando su origen, así como signos comunes para reconocerlo. Por último, se mencionan las implicaciones positivas que los profesionales y voluntarios, que prestan su apoyo, pueden experimentar a través de sus encuentros con los migrantes y refugiados, con un enfoque en el crecimiento postraumático secundario/vicario. La unidad concluye con una exploración crítica de la "narrativa de la víctima", que también puede contribuir al agotamiento ocupacional en los trabajadores de campo. |

**Secciones de la unidad:**

1. Desafíos y oportunidades trabajando con los migrantes y refugiados
2. Diferentes tipos y escalas de estrés
3. Trauma vicario y crecimiento postraumático vicario
4. Examinar críticamente la narrativa de la víctima

## 1. Desafíos y oportunidades trabajando con los migrantes y refugiados

**"Si la experiencia de los migrantes y refugiados no presupone un trauma, el apoyo a los migrantes y refugiados no presupone el desgaste ocupacional"** [1]. Esta afirmación es un poderoso recordatorio de que, **así como las personas con las que trabajamos exhiben una variedad de respuestas a la adversidad** (como se vio en el Módulo 1, estas pueden incluir respuestas positivas, negativas y neutrales), **los profesionales y voluntarios del campo pueden desarrollar resiliencia y encontrar fortaleza en el hecho de realizar un trabajo significativo,** en lugar de ser consumidos por él. Si bien las presiones de apoyar a personas que han vivido la adversidad y el desplazamiento son reales, **no**

**tienen por qué resultar en el desgaste ocupacional**. El problema reside en **cómo abordamos y gestionamos estas presiones.**

El peso emocional y psicológico del trabajo es innegable. Los estresores externos son inherentes al trabajo con poblaciones de migrantes, ya que el trabajo implica apoyar a personas que han sobrevivido a dificultades importantes y que a menudo están experimentando importantes alteraciones en su seguridad personal y sus medios de vida. Al mismo tiempo, **las políticas de disuasión migratoria, la ausencia de medidas de integración, así como la falta de coordinación y cooperación entre las partes interesadas forman un contexto bastante negativo en el que se encuentran los migrantes y los trabajadores de campo.** Esto significa que los profesionales y voluntarios están expuestos con regularidad a historias abrumadoras de trauma, pérdida y desplazamiento, al mismo tiempo enfrentando todas las características relacionadas con el contexto mencionadas anteriormente, además de largas jornadas de trabajo, inseguridad laboral y sistemas burocráticos complejos [1]. **Estos factores combinados son perjudiciales para el bienestar psicológico y emocional** y, a menudo, pueden aumentar el riesgo de desarrollar problemas de la salud mental. A continuación se proporciona una descripción más detallada de algunos de los desafíos ocupacionales que uno puede enfrentar mientras trabaja o hace voluntariado en este campo.

◎ Punto clave: ***Desafíos ocupacionales más comunes en el trabajo con los migrantes y refugiados***

- **El alto nivel de necesidades entre los clientes o usuarios de servicios** puede crear la sensación de que no importa lo que haga, nunca será suficiente (por ejemplo, conseguir una vivienda, acceder a atención médica, organizar clases de idiomas u obtener asistencia jurídica, todo mientras las personas o familias pueden estar lidiando con un estrés emocional y financiero significativo). Esto puede llevar a un sentido irracional de responsabilidad, en el que uno sobreestima lo que "debería" ser capaz de lograr.
- **Las frecuentes emergencias** (ya sean reales o basadas en expectativas poco realistas o recursos insuficientes) pueden dar lugar a **límites borrosos entre el trabajo y el tiempo personal**, lo que dificulta distinguir entre cuando está "de servicio" y cuando está "fuera de servicio".

- **La tensión entre el estrecho compromiso interpersonal necesario para evaluar las necesidades de los migrantes y refugiados** y **la necesidad de mantener una distancia profesional adecuada** comunicando abiertamente las limitaciones personales y estructurales. Este delicado acto de equilibrio puede provocar que los trabajadores de campo **inviertan demasiado emocionalmente.**
- **Escuchar relatos de experiencias traumáticas horribles**, especialmente si usted mismo/a ha tenido experiencias similares (lo que es más probable, por ejemplo, en el caso de personas que han vivido experiencias de migración y desplazamiento), puede tener **un profundo impacto emocional** y crear **una sensación de impotencia.**
- **La falta de una cultura laboral de apoyo y de estructuras organizativas claras puede generar frustración e ineficiencia.** Cuando las estructuras organizativas no están claras, las funciones y responsabilidades pueden volverse confusas, lo que lleva a que los miembros del personal se sientan **frustrados e inseguros acerca de sus deberes o de cómo contribuir eficazmente.** A menudo, las tareas pueden duplicarse o pasarse por alto por completo.
- **La falta de retroalimentación positiva o reconocimiento**, que hace que los profesionales y voluntarios se sientan **infravalorados y desmotivados**, lo que en última instancia afecta su capacidad para brindar servicios de calidad.
- **La imprevisibilidad laboral, los frecuentes recortes salariales, los despidos, las cargas de trabajo abrumadoras y las altas tasas de rotación** crean **una sensación de discontinuidad e inseguridad** entre los trabajadores de campo. La falta de estabilidad laboral puede perjudicar la salud mental de los trabajadores y disminuir su capacidad para brindar un apoyo constante y confiable a las poblaciones a las que sirven.
- **La combinación de una formación y experiencia insuficientes y una falta crónica de recursos** materiales y humanos puede hacer que se sienta abrumado/a al navegar por sistemas complejos, especialmente si es nuevo/a en este tipo de trabajo.
- **La parcialidad y fragmentación de los servicios prestados a los migrantes y refugiados** pueden dificultar la coordinación de una atención integral. Este enfoque desequilibrado puede causar brechas en el servicio, así **generando frustración tanto para los trabajadores como para las personas a quienes apoyan**, ya que es posible que no se satisfagan algunas necesidades críticas.

- **Barreras sistémicas persistentes,** que resultan en una necesidad continua de lidiar con diferencias culturales, barreras lingüísticas y limitaciones estructurales, como el acceso restringido a los sistemas locales de atención médica y seguridad social.
- **Las políticas generalizadas de hostilidad y disuasión hacia los migrantes y refugiados crean un clima generalizado de tensión y desconfianza.** La hostilidad de los sistemas externos no sólo afecta a los migrantes, sino que también impone una presión adicional a los profesionales, lo que dificulta la construcción de relaciones de apoyo basadas en la confianza y la transparencia.

Sin embargo, la forma en que esta exposición al sufrimiento humano de otros afecta su salud mental depende no solo de los ***estresores*** externos que enfrenta, sino también de **su capacidad para responder y manejar los estresores.** Estos incluyen aspectos del entorno laboral, p.ej. su capacidad para actuar de forma independiente como trabajador; relaciones con la gerencia, los compañeros de trabajo y los usuarios de servicios; factores personales como su historial personal de traumatismos y ***habilidades de afrontamiento***. Las "habilidades de afrontamiento" se refieren a su capacidad para **responder a los estresores de manera que permite preservar su salud emocional y mental, así como su bienestar general.**

Ser consciente de sus emociones es crucial para mantener su salud mental y afrontar su vida personal y profesional con claridad y eficacia. El desafío es encontrar el equilibrio entre **cuidar de los demás y al mismo tiempo cuidarse a uno mismo.**

## 2. Diferentes tipos y escalas de estrés

En nuestra vida cotidiana a menudo nos referimos a "estrés" o "estar estresado", pero ¿cómo se define el estrés? En la definición médica, **el estrés es la respuesta fisiológica del cuerpo ante cualquier demanda.** La respuesta al estrés activa **las hormonas, el sistema nervioso central, los músculos y también el sistema inmunológico.** Cuando alguien (incluido uno mismo) o algo (una situación) requiere que actuemos, nuestro cuerpo y nuestra mente desarrollarán el tipo de tensión necesaria para que podamos **procesar y responder a la demanda.** Nos ponemos en alerta y atentos, y nuestra

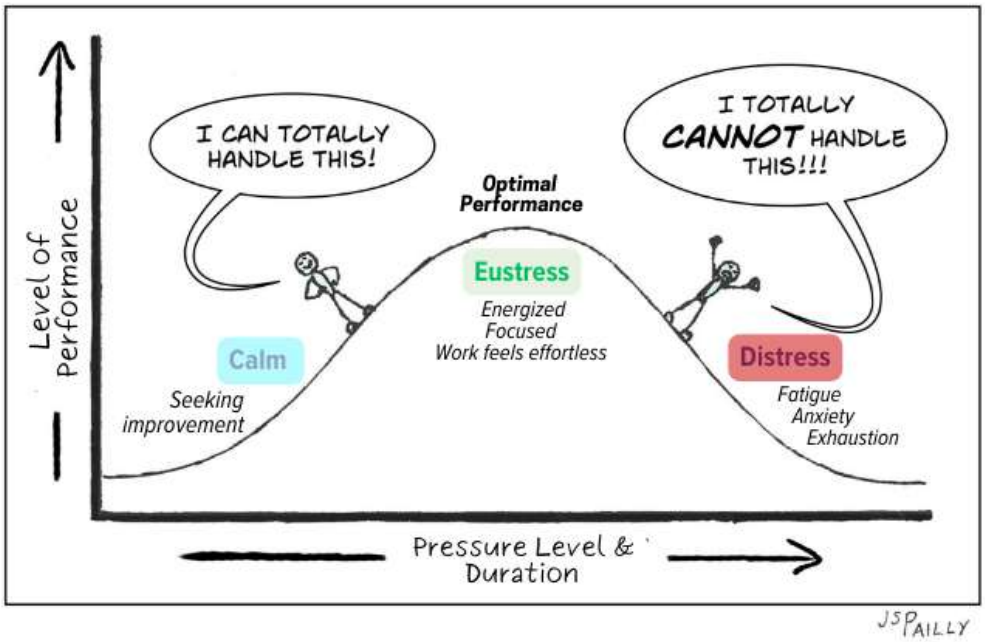
mente y músculos están preparados para reaccionar más rápidamente que cuando estaban en reposo [2].

Este tipo de estrés **no necesariamente tiene un impacto negativo o un efecto a largo plazo.** De hecho, es **un proceso necesario que nos permite realizar las tareas y resolver los problemas que forman parte de la vida**, utilizando nuestros conocimientos, habilidades y experiencia. **Esta respuesta positiva y natural al estrés también se llama eustrés** (el prefijo "eu-" proviene del griego y denota "bueno"). Normalmente, después de haber completado con éxito su respuesta a la demanda o desafío – que, como se vio anteriormente, es posible gracias a la respuesta fisiológica al estrés – **nuestro cuerpo y mente volverán a un estado de descanso, dejándonos contentos y con una agradable sensación de logro.**

A veces, sin embargo, la respuesta natural al estrés se desencadena de una manera que hace imposible volver al descanso y la satisfacción. Esto sucede **cuando las exigencias de la situación son demasiado grandes** o **si uno no confía en tener el conocimiento, las habilidades y la experiencia para responder adecuadamente.** También puede suceder cuando las demandas **se mantienen o llegan en una sucesión tan corta** que nuestro cuerpo no tiene la oportunidad de volver a descansar. Como resultado, es posible que nos sintamos abrumados y que las exigencias nos resulten insuperables [3]. **Esta versión negativa del estrés se conoce como angustia.** Si bien la respuesta fisiológica sigue siendo la misma que en el eustrés, la forma en que la percibimos y sus efectos en nuestro bienestar son muy diferentes.

Como se ve en la Imagen 4.1.1, el eustrés proporciona un impulso a corto plazo para afrontar los desafíos, el **estrés excesivo puede afectar nuestro nivel de funcionamiento**, haciendo que nos sintamos mentalmente paralizados e incapaces de pensar con claridad. Esto puede impedirnos acceder y aplicar nuestros conocimientos y habilidades existentes, reforzando la sensación abrumadora. **Con el tiempo, el estrés excesivo puede impedir que nuestro cuerpo vuelva a un estado de descanso, lo que afecta significativamente nuestra salud mental y bienestar psicosocial.**

**Imagen 4.1.1.** "*Eustrés vs. angustia*"




Nota: Imagen readaptada por el equipo de EU-MiCare basándose en información de J.S. Pailly and Integrative Cancer (Planet Pailly, 2019, Eustress vs. Distress; Integrative Cancer, (n.d.), Integrative Cancer Review: Multiplying the Power of Healing)
La reproducción de esta imagen no implica respaldo por parte de su autor original.

→ **VIDEO:** *Como el estrés afecta nuestro cerebro* 💻

**El estrés no sólo afecta a individuos, sino a grupos y equipos,** [1] ya que cada miembro del equipo depende de los demás para funcionar correctamente. Es por ello que no sólo debemos prestar mucha atención a los efectos del estrés en las personas que trabajan en situaciones desafiantes, sino también considerar las condiciones bajo las cuales opera todo el equipo.

**El balde del estrés** (Imagen 4.1.2) **es otra forma sencilla de comprender cómo funciona el estrés** tanto a nivel individual como en el contexto de un equipo [4]. **Imagine un balde que recoge todas las tensiones de su vida.** En el campo de la atención a los migrantes y refugiados estas tensiones pueden incluir altas exigencias emocionales, largas jornadas, recursos inadecuados y sistemas burocráticos complejos. Cada vez que usted (o su equipo) experimente estrés, se siente como si estuviera agregando agua al balde. Si estos factores estresantes se acumulan sin salidas adecuadas (como el

apoyo de los compañeros, la supervisión o el autocuidado), el cubo acabará desbordándose. Cuando eso sucede, usted (personal o colectivamente) puede sentirse abrumado/a e incapaz de afrontar la situación.

**Imagen 4.1.2.** *"El Balde del Estrés"*

Nota: Imagen preparada por Mental Health UK (2018), basándose en la idea de Brabban y Turkington (2002)

→ **VIDEO:** *El balde del estrés* 💻

🕘 **Descanso para reflexionar:** ***Participe en una reflexión personal y/o grupal.***

Tómese un tiempo para reflexionar sobre los conceptos del eustrés y la angustia, junto con la metáfora visual del balde de estrés. Entonces, considere: ¿Qué le ayuda a reducir el estrés? ¿Cómo puede mantener esas actividades cuando se acumulan otras presiones? Puede rellenar este folleto útil junto con sus compañeros (consulte el 🕮 **Repositorio**, 4.1 – Folleto 1. "El Balde de Estrés").

*Fuente: mentalhealth-uk.org*

### *El desgaste ocupacional*

Está ampliamente aceptado que el desgaste ocupacional puede ser común entre los profesionales y voluntarios que trabajan con personas necesitadas, particularmente aquellos que han sobrevivido a adversidades extremas. Se define como **un estado mental[1] de agotamiento derivado de la exposición persistente a estresores relacionados con el trabajo, mientras se carece de recursos suficientes para afrontarlos de manera eficiente.** Se manifiesta a través de tres dimensiones clave: un agotamiento abrumador, sentimientos de cinismo y desapego del trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logro [5].

El desgaste ocupacional se desarrolla gradualmente, agotando lentamente los recursos emocionales, mentales y físicos. Cuando las personas experimentan el desgaste ocupacional, **el trabajo que antes consideraban creativo y significativo se vuelve cada vez más insatisfactorio e insostenible con el tiempo.** Las personas que experimentan el desgaste ocupacional también pueden dejar de cuidar de sí mismas, consumir alcohol y nicotina, comer y dormir mal y, a menudo, estar preocupadas por el trabajo incluso cuando no están en el trabajo.

| **Señales del desgaste ocupacional** | |
|---|---|
| Agotamiento físico, cansancio crónico | Falta de sentido de realización personal |
| Agotamiento emocional | Actitudes negativas hacia el trabajo, la vida en general y otras personas |
| Despersonalización (sentirse "fuera de uno mismo") | Capacidad reducida para hacer frente al entorno |
| Sensación de impotencia | Evidencia de mala atención al cliente |
| Desilusión | Evidencia de negligencia en tareas clínicas/administrativas |

[1] Si bien los investigadores, los médicos y el público en general reconocen que el desgaste ocupacional es un problema ocupacional crítico, aún no hay acuerdo dentro de la comunidad científica con respecto a su definición y la idoneidad de clasificar el desgaste ocupacional como un diagnóstico de salud mental distinto..

Nota: Contenido adaptad por el equipo de EU-MiCare basándose en información de Mor Barak et al. (2001), Laslach y Leiter (2016) y Stackelford (2006)

[Mor Barak, M. E., Nissly, J. A., & Levin, A. (2001). Antecedents to retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: What can we learn from past research? A review and metanalysis. *Social service review*, *75*(4), 625-661. https://doi.org/10.1086/323166; Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, *15*(2), 103-111. https://doi.org/10.1002/wps.20311; Shackelford, K. (2006). Preparation of undergraduate social work students to cope with the effects of indirect trauma. (Tesis doctoral inédita) University of Mississippi Department of Social Work, University, MS.]

**Los factores personales pueden influir en nuestra susceptibilidad al estrés crónico y al desgaste ocupacional.** Estos incluyen características basadas en nuestra identidad y antecedentes, como edad, género, educación, estilos de afrontamiento, antecedentes personales de trauma, apoyo de los círculos familiares y sociales y situación financiera. Si bien los efectos de los factores mencionados son difíciles de modificar, **nuestras habilidades de afrontamiento y nuestra resiliencia pueden verse influenciadas mediante la capacitación y las actividades de desarrollo profesional y personal** [1]. Se proporciona más información y ejemplos de ello en las próximas unidades.

### *La fatiga por compasión*

La fatiga por compasión, también descrita como "el costo de cuidar", comparte algunas características con el desgaste ocupacional, pero se refiere a **un fenómeno diferente**. Se trata de **un profundo agotamiento emocional y físico crónico estrechamente relacionado con el trabajo de cuidados**, que es fundamental para el cuidado de personas con experiencias traumáticas. Aquellos afectados por la fatiga por compasión se vuelven distantes y cínicos, en detrimento de la calidad de la atención que pueden brindar [6].

| Señales de la fatiga por compasión | Características específicas de la fatiga por compasión en comparación con el desgaste ocupacional |
|---|---|
| Irritabilidad | Se caracteriza por **el agotamiento de la empatía y la capacidad curativa**. |
| Dolor físico | **Impide que uno permanezca compasivo y empático**. |
| Desapego | En caso del desgaste ocupacional a menudo falta motivación y energía para el trabajo. En caso de la fatiga por compasión, **es probable que uno permanezca motivado**, pero **no pueda aplicar su empatía y compasión habituales**. |

| | |
|---|---|
| Poca satisfacción laboral | El inicio de los síntomas de la fatiga por compasión **se puede atribuir principalmente a un caso o situación particular.** |

Nota: Contenido adaptad por el equipo de EU-MiCare basándose en información de Leris & Byrne (2003), and Stackelford (2012).

[Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129-138. https://doi.org/10.1002/smi.969; Shackelford, K. (2012). Occupational Hazards of Work in Child Welfare: Direct Trauma, Secondary Trauma and Burnout. In: CW360 a comprehensive look at a prevalent child welfare issue. Spring 2012. https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/os_sts_child_welfare_article_review.pdf]

### *El daño moral*

El daño moral se refiere a **los impactos emocionales, psicológicos, sociales, conductuales y espirituales duraderos de acciones que violan los valores morales fundamentales y las expectativas de comportamiento de alguien sobre sí mismo o sobre los demás.** Puede verse como "un daño a la conciencia o a la brújula moral" [7] y es causado por "perpetrar, no prevenir, testificar o conocer actos que transgreden creencias y expectativas morales profundamente arraigadas" [8].

**Sólo recientemente se ha identificado el daño moral como un fenómeno diferenciado** (por ejemplo, en contraste con el trastorno de estrés postraumático) y se ha estudiado sobre todo en el contexto del empleo militar [9]. Sin embargo, investigaciones recientes han tenido en cuenta el daño moral en contextos ocupacionales distintos del militar, como el campo médico. El daño moral a menudo se asocia con fuertes emociones morales relacionadas con el evento, incluida la culpa, la ira y el disgusto, y **puede provocar angustia grave y dificultades psicológicas como la depresión y tendencias suicidas.** El daño moral debilita a las personas a nivel individual y puede afectar su capacidad de confiar en los demás.

## 3. El trauma vicario y el crecimiento postraumático vicario

**El trauma vicario** (TV), a veces también llamado traumatización secundaria o estrés traumático secundario (STS), **se considera común entre los profesionales que interactúan con sobrevivientes de traumas o presencian eventos traumáticos**, especialmente de forma repetitiva (por ejemplo, terapeutas, trabajadores sociales, médicos y paramédicos, agentes de policía, bomberos). Se origina a partir de la exposición al trauma de otros, **ya sea en persona o escuchando a otros** (clientes o

usuarios de servicios) **relatar sus experiencias traumáticas, revisando expedientes de casos, o escuchando sobre la violencia o respondiendo a la violencia y otros eventos traumáticos.** El trauma vicario puede afectar la percepción de una persona y su experiencia del mundo, manifestándose en signos físicos, emocionales y de comportamiento.

→ **VIDEO:** *¿Qué es el trauma vicario?* 💻

De manera similar a como cada individuo experimenta el estrés de manera diferente, la vulnerabilidad al trauma vicario está influenciada por varios factores como el estrés cotidiano, el apoyo social, la edad, el género, la formación, el estatus socioeconómico, el trauma personal pasado no resuelto y respuestas excesivamente empáticas. **La experiencia profesional, la formación y el apoyo organizacional en forma de capacitación, información, supervisión y apoyo de pares pueden reducirlo** [10]. La probabilidad de desarrollar síntomas del trauma vicario también depende de las características del evento traumático al que uno está expuesto y del grado en que viola su visión del mundo y su sistema de creencias [11].

| |
|---|
| Si usted cree que podría estar expuesto/a al riesgo de sufrir un traumatismo vicario, echa un vistazo a este ejercicio incluido en nuestro |

Como se analizó anteriormente en esta unidad, **trabajar con personas que han experimentado un trauma** y/o se encuentran en situaciones difíciles y precarias **no tiene por qué ser necesariamente negativo o angustioso.** Además de los riesgos potenciales a los que podría estar expuesto como profesional de ayuda o voluntario, sus encuentros con los migrantes y losrefugiados también pueden tener **un impacto positivo** en su vida y ofrecer oportunidades de crecimiento personal y profesional.

El concepto del **crecimiento postraumático vicario** (o secundario) (CPTV/CPTS) se utiliza para referirse a los **cambios psicológicos positivos** (en forma de crecimiento personal y creación de significado) **que ocurren en individuos que ayudan a personas que han sobrevivido a adversidades** [12]. Al igual que el crecimiento postraumático (CPT) [13], que experimentan las personas a las que asistimos y que han

sobrevivido a adversidades importantes (consulte la Unidad 1.3 para obtener más detalles), estos cambios positivos también se relacionan con la autopercepción, las relaciones con los demás y la filosofía de la vida. Sin embargo, el crecimiento postraumático vicario conlleva aspectos relacionados con la identidad profesional, incluida **la conciencia de que su trabajo tiene valor,** así como **el desarrollo de competencias profesionales** [14]. El crecimiento postraumático vicario es más probable cuando los profesionales cuentan con un **fuerte apoyo social** (tanto personal como profesional), así como estrategias **eficaces para afrontar la situación.** Las siguientes unidades de este módulo están dedicadas a estos aspectos cruciales.

→ **VIDEO:** *¿Qué es crecimiento postraumático vicario?* 💻

La Imagen 4.1.3 a continuación ofrece un resumen general de ambos conceptos junto con sus características definitorias, como se describe en la literatura relevante.

**Imagen 4.1.3.** *"Trauma vicario y crecimiento postraumático vicario"*

| Trauma vicario | Crecimiento postraumático vicario |
|---|---|
| Sensación permanente de enfado, rabia y tristeza sobre la victimización del cliente | Exploración reforzada de cuestiones existenciales, tales como el sentido y el propósito |
| Implicación emocional excesiva con el cliente | Compasión por los demás |
| Pensamientos intrusivos e visualización de experiencias traumáticas del cliente, pesadillas | Visión de nuevas oportunidades, deseo de cambiar la vida |
| Sentimiento de culpa, vergüenza, inseguridad | Sentimiento de confianza en sí mismo |
| Evasión persistente de revelaciones por parte de los clientes | Aceptación radical |
| Aislamiento social | Mejora en las relaciones y sentido de cercanía con los demás |
| Perdida de esperanza, pesimismo, cinismo | Sensación más fuerte de la fuerza personal |
| Alteración de la visión del mundo y de la identidad (distanciamiento de creencias religiosas, visión del mundo cada vez más pesimista) | Mayor valoración de la vida |

Nota: Imagen adaptada por el equipo de EU-MiCare, basándose en información de Baird y Jenkins (2003), Lerias y Byrne (2003), y Tedeschi y Calhoon (2004a, 2004b).

[Baird, S., & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and victims*, *18*(1), 71–86. https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.71; Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *19*(3), 129–138. https://doi.org/10.1002/smi.969; Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004a). Vicarious post-traumatic growth: Understanding resilience in trauma workers. *Trauma Psychology*, *10*(3), 319–328.; Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004b). ARTÍCULO META: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence." *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01.]

## 4. Examinar críticamente la narrativa de la víctima

Como se analizó en módulos anteriores, **trabajar con personas desplazadas implica inevitablemente un compromiso directo con un profundo sufrimiento humano, así como con una resiliencia extraordinaria y un desarrollo activado por la adversidad.**

A medida que las personas con las que trabajamos navegan por sus complejos paisajes emocionales, sus necesidades pueden fluctuar significativamente: es posible que algunas todavía estén procesando lo que les sucedió, mientras que otras pueden haber comenzado a visualizar su futuro en un nuevo contexto. Una parte crucial de aprender a cuidar de nosotros mismos en este complejo contexto operativo es **reconocer cómo nuestras nociones preconcebidas pueden complicar nuestras interacciones con los migrantes y refugiados, y cómo esto a su vez puede contribuir al agotamiento ocupacional.**

Si categorizamos a las personas como meras víctimas que carecen de la capacidad de responder a la adversidad de manera compleja, corremos el riesgo de perpetuar una dinámica que socava su servicio [1,15]. Esta narrativa unidimensional no sólo **nos posiciona a nosotros como rescatadores y a ellos como víctimas y receptores pasivos de ayuda**, sino que también **contribuye a aumentar el estrés en nuestro entorno laboral y limita el potencial de un apoyo significativo y empoderador.**

◎ **Punto clave: La experiencia emocional de los profesionales que trabajan con personas desplazadas**

Papadopoulos [1] ha conceptualizado tres aspectos distintos en las reacciones de los trabajadores de campo que operan bajo el marco dicotómico de "víctimas-rescatadores". Esta visión binaria tiene una

implicación directa para la prestación de servicios y, en última instancia, impacta tanto nuestro bienestar como el de las personas a las que pretendemos ayudar.

- ***El período de sobreproductividad y entusiasmo:*** Los trabajadores de campo a menudo comienzan con una gran motivación y un deseo de ayudar, que a menudo adopta la forma de hiperactividad y entusiasmo por "marcar la diferencia". Profundamente conmovidos por el sufrimiento que enfrentan, ellos pueden considerar su papel heroico, creyendo que son omnipotentes y que su trabajo tiene un profundo impacto. En esta etapa, los profesionales y los voluntarios pueden trabajar muchas horas mientras concentran su energía por completo en ayudar a los demás, descuidando a menudo sus propias necesidades en el proceso.

- ***El período de defensa y sospechas:*** Cuando el progreso parece ser lento o irreconocible, incluso después de que los trabajadores de campo hayan puesto el máximo esfuerzo, pueden surgir frustraciones. Los profesionales y voluntarios pueden sentirse inadecuados, culpables e impotentes. Estas emociones pueden hacer que se pongan a la defensiva y atribuyan sus luchas a factores externos, como sus compañeros o las deficiencias organizacionales. En esta etapa, la tensión puede prevalecer en equipos donde la culpa se echa hacia afuera, lo que lleva a la formación a camarillas o a la búsqueda de chivos expiatorios dentro de la organización.

- ***El período de distanciamiento (y autorreflexión):*** Los profesionales que experimentan esta etapa pueden reaccionar de dos maneras. El primer escenario implica distanciarse de su trabajo, creando una sensación de seguridad emocional, pero a costa del significado y el compromiso. Esto genera sentimientos de aburrimiento debido a que su trabajo se vuelve rutinario y mecánico por naturaleza. En el segundo escenario, los trabajadores de campo pueden utilizar los desafíos que enfrentan como oportunidades para lograr una comprensión más profunda de sí mismos. Esto enriquece su experiencia y les ayuda a retener la complejidad en su pensamiento, permitiéndoles evitar caer en estereotipos o nociones preconcebidas.

Cabe destacar que las etapas anteriores no son necesariamente lineales. Las emociones que acompañan a estas fases suelen presentarse de forma circular o ambigua. Uno puede fluctuar desde sentimientos de omnipotencia y sobreinversión hasta apatía y desconexión. Estas reacciones son comunes entre profesionales y voluntarios; el truco consiste en llevarlos a la conciencia. Hacerlo nos

permite crear estrategias más eficaces tanto para el autocuidado como para el cuidado de los demás [1].

## FUENTES

[1] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Athenas: El Centro de día Babel, (ONG Syn-Eirmos de Solidaridad Social ) y el Centro de Trauma, Asilo y Refugiados (Universidad de Essex).

[2] Fink, G. (2017). Concepts, definition and history. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 1–9.

[3] Mental Health Foundation UK. (2018). Stress. Descargado el 7 de mayo del 2024 de https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/s/stress

[4] Mental Health Foundation UK. (2018). The stress bucket. Descargado el 7 de mayo del 2024 https://mentalhealth-uk.org/blog/the-stress-bucket/

[5] Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry, 15*(2), 103-111. https://doi.org/10.1002/wps.20311

[6] Chadwick Trauma-Informed Systems Dissemination and Implementation Project. (2016). *Secondary traumatic stress in child welfare practice: Trauma-informed guidelines for organizations*. San Diego, CA: Chadwick Center for Children and Families. Descargado el 9 de mayo del 2024 de http://www.chadwickcenter.com/wp-content/uploads/2017/08/stsinchildwelfarepractice-trauma-informedguidelinesfororganizations.pdf

[7] Moral Injury Project. (n.d.). About moral injury. Descargado el 31 de mayo del 2024 de https://moralinjuryproject.syr.edu/about-moral-injury/

[8] Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review, 29*(8), 695–706. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003

[9] Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology, 31*(2), 182–191. https://doi.org/10.1037/a0036090

[10] Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 19*(3), 129–138. https://doi.org/10.1002/smi.969

[11] Finklestein, M., Stein, E., Greene, T., Bronstein, I., & Solomon, Z. (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health & Social Work, 40*(2), e25-e31. https://doi.org/10.1093/hsw/hlv026

[12] Abel, L., Walker, C., Samios, C., & Morozow, L. (2014). Vicarious posttraumatic growth: Predictors of growth and relationships with adjustment. *Traumatology, 20*(1), 9–18. https://doi.org/10.1037/h0099375

[13] Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. New York, NY: Routledge.

[14] Gurowiec, P. J., Ogińska-Bulik, N., Michalska, P., & Kędra, E. (2022). The relationship between social support and secondary posttraumatic growth among health care providers working with trauma victims: The mediating role of cognitive processing. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(9), 4985. https://doi.org/10.3390/ijerph19094985

[15] Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 9*(3), 301–312. https://doi.org/10.1080/13642530701496930

## **Unidad 4.2:** El autocuidado

| **Descripción de la unidad** |
| --- |
| En esta unidad, se presentan una variedad de herramientas y recursos que pueden ayudarles a reflexionar críticamente sobre su vida profesional, su entorno laboral y su impacto en la salud mental. Se proporcionan algunas medidas para ayudarles a identificar señales de estrés y tensión mental, junto con una discusión sobre el concepto del autocuidado como competencia. Además, se exploran las técnicas de autocuidado y alivio del estrés que pueden integrarse perfectamente en su rutina profesional diaria para mejorar la resiliencia y afrontar el estrés cuando surja. |

**Secciones de la unidad:**

1. Reconocer señales de estrés y tensión mental
2. El autocuidado como competencia
3. Estrategias prácticas para gestionar y reducir el estrés

### 1. Reconocer señales de estrés y tensión mental

En los últimos años se han desarrollado varias pruebas autoadministradas para evaluar el estrés laboral y la calidad de vida profesional. Su contenido se aplica eficazmente a los profesionales y voluntarios que trabajan con los migrantes y refugiados y, por esta razón, las hemos incluido en

nuestro 🕮 **Repositorio** (consulte 4.2 – Folleto 1. "La escala de la calidad de la vida profesional (ProQOL), Versión 5" y Folleto 2. "La herramienta de autoevaluación del bienestar profesional").

Sin embargo, les rogamos que sean prudentes con la autoadministración de estas herramientas. Pueden ofrecerles información sobre su salud mental ayudándoles a reconocer los signos de estrés excesivo. No obstante, si uno siente que necesita ayuda para afrontar las consecuencias negativas de su profesión o del trabajo voluntario para su bienestar, **es fundamental buscar apoyo adicional y multifacético**.

**La supervisión regular, los grupos de apoyo de pares/personal y la colaboración interdisciplinaria** son más adecuados para identificar y abordar el estrés y la tensión mental en estos entornos. Además, si bien buscar ayuda profesional es vital, como profesionales o voluntarios en la atención de los migrantes y refugiados, **pueden tomar numerosas medidas además de la terapia para mantener su bienestar y prevenir el agotamiento ocupacional.**

A continuación, se presentan algunas afirmaciones/indicaciones reflexivas que pueden ayudarles a **reflexionar críticamente sobre su vida profesional, su entorno laboral y el impacto en su salud mental.** Estas preguntas surgen de diferentes pruebas y estudios [1-3] y no están destinadas a utilizarse como una evaluación formal. En lugar de ello, deberían verlas como el punto de partida de su viaje de "autocuidado". Por lo tanto, pueden responderlas de la manera que les resulte más cómoda (ya sea mediante reflexiones escritas o simplemente utilizándolas como "alimento para el pensamiento"), utilizando formatos como respuestas de sí/no o clasificaciones de frecuencia (es decir, nunca/rara vez/a veces/a menudo/muy a menudo).

**Descanso para reflexionar:** ***Participe en una reflexión personal.***

Le invitamos a tomarse un tiempo y reflexionar sobre su situación profesional actual y/o su compromiso como voluntario. Luego, considere las siguientes indicaciones:

- *Yo estoy feliz.*
- *Estoy preocupado/a por más de una persona con la que [trabajo/ a la que apoyo].*
- *Me siento conectado/a con los demás.*
- *Me resulta difícil separar mi vida personal de mi vida como [profesional/trabajador de apoyo].*
- *Por enojo o frustración por las situaciones que estoy viviendo, tiendo a sobreestimarme y/o sobrecargarme.*
- *No soy tan productivo en el trabajo porque me quitan el sueño las experiencias traumáticas de una persona con la que [trabajo o la que apoyo].*
- *Me siento atrapado por mi trabajo como [profesional/trabajador de apoyo].*
- *Estoy pensando en abandonar mi actividad porque no puedo ayudar, ni hacer todo lo que quisiera.*
- *Debido a mi [trabajo de ayuda], me he sentido "inquieto" por varias cosas.*
- *Siento como si estuviera experimentando el trauma de alguien a quien he [apoyado].*
- *Muestro empatía, pero aún puedo mantener la distancia.*
- *Me preocupa verme "invadido" por demasiadas solicitudes y no poder hacerles justicia a todas.*
- *Mi trabajo me hace sentir satisfecho/a.*
- *Tengo pensamientos y sentimientos felices sobre aquellos con quienes [trabajo/ a quienes apoyo] y sobre cómo podría ayudarles.*
- *Me siento abrumado porque mi carga de casos [de trabajo] parece interminable.*
- *Creo que puedo marcar la diferencia a través de mi trabajo.*
- *Como resultado de mi [trabajo de ayuda], tengo pensamientos intrusivos y aterradores.*
- *Me siento "atascado" por el sistema.*
- *Estoy feliz de haber elegido este trabajo.*
- *Actualmente me dedico a prácticas de bienestar, resiliencia y autocuidado.*

*Fuente, adaptado de: Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung*
*(Therapy Tools: Psychotherapy for People with Migration and Refugee Experience)*

## 2. El autocuidado como competencia

Como lo sugiere el título de esta sección, **cuidarse a sí mismo es una competencia que se puede adquirir.** Si bien puede parecer que el estrés es causado por factores externos o forma parte inherente de nuestra personalidad, la verdad es que hay muchas maneras de mejorar nuestra capacidad natural para controlar el estrés. **El autocuidado implica equilibrar el cuidado que brindamos a los demás** (que es el elemento central del trabajo como profesional o voluntario que trabaja con los migrantes y refugiados), cuidando a sí mismo de manera adecuada (consulte la Imagen 4.2.1 en la página siguiente para obtener más detalles). El autocuidado es un requisito previo para cuidar de los demás. No es casualidad que las instrucciones de seguridad antes de cada vuelo repitan: "¡Primero pongan su propia máscara de oxígeno antes de ayudar a los demás!".

Si vemos el autocuidado como una competencia necesaria para realizar nuestro trabajo, al igual que cualquier otro conocimiento, habilidad y experiencia que normalmente figuraría en nuestro currículum, se abren todo tipo de oportunidades para adquirir y mantener esta habilidad. Al hacerlo, debemos tener en cuenta que los patrones de pensamiento que refuerzan el estrés (es decir, "tengo que hacer todo a la perfección o decepcionaré a los demás" y "no puedo mostrar ninguna debilidad, porque eso me haría parecer incompetente") pueden convertir el consejo amistoso de comer, dormir y hacer ejercicio en otra fuente más de presión para cumplir con la expectativa de superación personal constante. Por lo tanto, es importante encontrar las formas de incorporar estas recomendaciones a su vida, no como tareas adicionales en su lista de tareas pendientes, sino como oportunidades para descansar y realizar actividades recreativas agradables y no estructuradas.

**Imagen 4.2.1.** *"Los fundamentos del autocuidado para los profesionales y voluntarios"*

| | | |
|---|---|---|
| Asegurar el apoyo social a través de interacciones personales y las redes | Llenar la vida con cosas bonitas (actividades interesantes, tiempo para sí mismo, vacaciones, naturaleza, etc.) | Adaptar una actitud interna más positiva |
| Mantener un buen estado de salud (dieta equilibrada, ejercicio regular) | **Autocuidado para profesionales y voluntarios** | Intentar a ver el estrés como una oportunidad para el desarrollo personal y fortalecimiento de resiliencia |
| Supervisar el ambiente de trabajo y promover el apoyo de su empleador | Dormir bien y los suficiente | Gestionar su tiempo (priorizar, delegar, colaborar con los demás) |

*Nota:* Imagen preparada por el equipo de EU-MiCare basándose en información de Gräßer et al. (2013)

[Gräßer, M., Iskenius, E.-L., & Hovermann, E., Jr. (2017). *Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung.* Weinheim: Beltz.]

## 3. Estrategias prácticas para gestionar y reducir el estrés

Hay muchas herramientas, estrategias y ejercicios disponibles para controlar y reducir el estrés. Algunas son tan sencillas como hacer descansos reales durante las horas de trabajo, "desconectar" durante el descanso del almuerzo disfrutando de un corto paseo o comiendo con los compañeros (¡en el compromiso compartido de no hablar de trabajo!), abrir periódicamente las ventanas para que circule el aire fresco en la sala. Estas pequeñas acciones pueden contribuir significativamente a mejorar su bienestar general y crear un ambiente de trabajo más equilibrado.

*Comprender lo que hacemos a diario*

En la siguiente tabla [3], encontrarán información adicional sobre algunas actividades prácticas que pueden incorporar a su rutina diaria.

| Posibles intervenciones | ¡Ya lo hago! | Me gustaría prestarle más atención |
|---|---|---|
| Superviso mis propios niveles de estrés y tomo medidas oportunas para contrarrestarlos. | | |
| Me tomo en serio las señales de advertencia físicas. | | |
| Tengo una gestión clara del tiempo con regulación de descansos. | | |
| Establezco prioridades claras durante mis horas de trabajo. | | |
| Conozco mis límites y los mantengo. | | |
| Cultivo mis relaciones y contactos sociales. | | |
| Utilizo técnicas de relajación o procedimientos orientados a recursos. | | |
| Soy bueno distanciándome y tengo mi propio ritual de distanciamiento. | | |
| Me someto a una supervisión periódica. | | |
| Participo periódicamente en formaciones y fortalezco mis competencias profesionales. | | |
| Hago deporte y ejercicio de manera regular. | | |
| Tengo un pasatiempo. | | |
| Tengo tiempo para actividades agradables, que forman parte integral de mi agenda. | | |
| Tengo la oportunidad de hablar brevemente con mis compañeros de trabajo si algo me molesta, por ejemplo, tomando una taza de café o hablando por teléfono. | | |
| Me siento libre de abordar mis propias dificultades con mi empleador o supervisor. | | |
| No hago promesas que no puedo cumplir. | | |

| | | |
|---|---|---|
| Delego tareas que no forman parte de mi área de responsabilidad o para las que otros están más especializados. | | |
| Soy bueno diciendo "no" y lo practico. | | |
| Tengo una clara descripción de mis funciones y mis tareas y responsabilidades están claras para mí. | | |

### *Mejorar el sueño*

**Uno de los pilares del autocuidado es dormir lo suficiente y dormir bien.** A continuación, se ofrece una lista de consejos [4] para fomentar hábitos de sueño saludables.

| Consejos para un sueño saludable | |
|---|---|
| 1. | Tome nota si se siente frustrado/a por la noche por no poder dormir. Esta molestia y preocupación pueden tener un efecto estimulante similar al de la cafeína. Intente evitar mirar el reloj durante la noche. |
| 2. | Utilice ejercicios de atención plena (*mindfulness*) a diario hasta que funcionen bien para usted. Escribe cualquier preocupación en una hoja de papel junto a su cama para sacarla de la mente hasta el día siguiente. |
| 3. | Aprenda técnicas de relajación y meditación, tales como visualizaciones guiadas y la relajación muscular progresiva (PMR). Experimente con diferentes métodos para descubrir qué le ayuda a conciliar el sueño más fácilmente y mejora su calidad. |
| 4. | Haga ejercicio durante el día (no por la noche) para reducir el estrés, lograr el equilibrio y sentirse físicamente cansado/a. |
| 5. | Acuéstese sólo cuando tiene mucho sueño y se siente preparado/a para dormir. Utilice su dormitorio y cama sólo para actividades que tengan que ver con dormir (excepto la actividad sexual). |
| 6. | Reduzca el tiempo que pasa en la cama. Calcule su tiempo real de sueño en relación al tiempo que pasa tumbado/a en la cama, por ejemplo 5 de 7 horas. Si quiere levantarse a las 7 de la mañana, acuéstese a las 2 de la mañana. Esto puede resultar agotador durante la primera semana, pero se dormirá más rápidamente y dormirá toda la noche. Cuando su cuerpo se haya acostumbrado a dormir sin despertar durante 5 horas, podrá volver a aumentar poco a poco el tiempo que pasa en la cama. |
| 7. | No tome siestas durante el día. |
| 8. | Levántese a la misma hora todos los días, sin importar cuánto haya dormido durante la noche o lo descansado que se sienta. |
| 9. | No mire pantallas retroiluminadas (teléfono móvil, ordenador) durante las últimas 2 horas antes de acostarse. La luz azul que emiten inhibe la liberación de la melatonina que produce el sueño. |
| 10. | No beba alcohol durante las últimas 2 horas antes de acostarse. No tome bebidas con cafeína (té, café, cola, bebidas energéticas) durante al menos 6 horas antes de acostarse. Evite fumar durante las últimas horas antes de acostarse. |

| | |
|---|---|
| 11. | Ve a dormir con un pensamiento positivo (¿Qué estuvo bien hoy? ¿Por qué estoy agradecido/a?). Desarrolle un ritual regular para ir a la cama que le indique que se acerca la hora de dormir. |
| 12. | Al acostarte apague la luz con la intención de irse a dormir. A algunas personas les resulta útil ir a otra habitación si no pueden conciliar el sueño, ocuparse de una actividad agradable y tranquila hasta que les dé sueño y luego regresar al dormitorio. |
| 13. | Si está acostumbrado/a, coma un pequeño refrigerio antes de acostarte para evitar tener hambre durante la noche. |
| 14. | Si todavía tiene problemas para dormir, hable con un médico y/o psicólogo/psicoterapeuta para considerar una terapia, medicación y/o más investigaciones en un laboratorio del sueño. |

### *Incorporar la atención plena*

La atención plena puede ser otra práctica eficaz del autocuidado al promover una mayor conciencia del momento presente. Las técnicas de atención plena pueden mejorar la **regulación emocional, la concentración y fomentar una sensación de calma**, contribuyendo a la larga al bienestar general.

→ **VIDEO:** *La atención plena: Trabajar por el bienestar* 💻

### *Fomentar un entorno digital saludable y seguro*

Los teléfonos inteligentes suelen ser herramientas esenciales para los trabajadores de campo (tanto profesionales como voluntarios), pero utilizarlos con prudencia es un verdadero arte. Muchas personas identifican su teléfono inteligente como una fuente particular de estrés.

La sensación de estar constantemente disponible puede resultar en un estado de alerta constante, lo que contribuye a los niveles generales de estrés a los que está expuesto. Aquí puede encontrar algunos consejos útiles para un uso más saludable del teléfono [5].

| **Consejos para la atención plena digital** | |
|---|---|
| 1. | Utilice el modo avión o el modo *no molestar* también durante el día. Aún se le pueden mostrar ciertas alertas, p. ej. recordatorios de citas. |
| 2. | Configure el teléfono para que no le moleste durante un período regular, p. de 21 a 8 horas. |
| 3. | Dígales a los demás las horas del día en las que estará desconectado/a. Esto evitará decepciones y servirá como incentivo adicional para permanecer desconectado. |

| | |
|---|---|
| 4. | Desactive mensajes *push*. |
| 5. | Utilice aplicaciones (por ejemplo, "Quality Time", "Offtime", "Bosque") para analizar sus patrones de uso y tomar decisiones basadas en ellos. |
| 6. | Sea valiente: desinstale las aplicaciones de las redes sociales. |
| 7. | Solo responda mensajes y correos electrónicos de 1 a 3 veces al día. En la mayoría de los casos, basta con responder los correos electrónicos una vez por la mañana. |
| 8. | Pruebe la desintoxicación digital. Apague su teléfono durante toda una noche, un día entero o incluso una semana entera. Considere realizar un retiro de meditación/conciencia plena de varios días que incluya la desintoxicación digital. |
| 9. | Utilice sus tonos de llamada y alertas como desencadenante de ejercicios de respiración/atención plena: cada vez que su teléfono suena o le avisa, usted inhala, exhala y sonríe antes de responder (¡o decide responder más tarde!). |
| 10. | Designe el baño como una zona libre de teléfonos. Úselo como un lugar para descansar su mente. |
| 11. | El tiempo compartido es tiempo sin teléfono: asegúrese de que su teléfono no muestre mensajes, ni alertas mientras esté en contacto directo con otras personas. |

### *Desarrollar su propio plan del autocuidado*

Establecer un plan del autocuidado también es una buena idea. Pruebe este cuestionario para crear su propio plan [6].

◎ Punto clave: ***Indicaciones reflexivas para establecer su propio plan del autocuidado***

- **Estructura:** *¿A qué quiero prestar atención respecto a la estructura de mis días y semana? ¿Cuándo dejo de trabajar? ¿Qué hago después de trabajar?*
- **Interacción social y competencia social:** *¿Quién es importante para mí? ¿Con qué frecuencia quiero ver a esta persona? ¿Qué quiero aprender al estar en contacto con los demás?*
- **Deportes y ejercicio:** ¿Cuándo y con qué frecuencia quiero practicar deporte/ejercicio y con quién?
- **Actividades agradables:** *¿Qué actividades (arte, música, creatividad, experiencias sensuales, humor, silencio, intimidad/sexo, jardinería, técnicas de relajación, abrazos, incluidas las mascotas, planificación de vacaciones/aventuras, entretenimiento, experimentar la gracia, cocinar/comer, pasar tiempo en la naturaleza, etc.) quiero mantener o ampliar? ¿Cómo?*
- **Sentido de Propósito ("vivir sus valores"):** *¿Qué es importante para mí? ¿A qué quiero dedicar más tiempo (hacerle un favor a alguien, enseñarle algo a alguien, "entregarse" a alguien sin sacrificarse, practicar el voluntariado, espiritualidad/religión, interactuar con personas de ideas afines, etc.)?*
- **Sueño:** ¿A qué quiero prestar la atención? (consulte "Consejos para un sueño saludable» arriba)

Una conjunto de herramientas y recursos está disponible en el 🕮 **Repositorio** (consulte 4.2 – Folleto 3. "Herramientas y recursos adicionales para el autocuidado"). De ejercicios de respiración profunda y prácticas de meditación hasta guías completas sobre traumatismos indirectos y aplicaciones móviles diseñadas para apoyar la salud mental - estos recursos sirven como primeros pasos valiosos para mejorar su bienestar.

- **Preocupaciones y cavilaciones:** ¿Cómo quiero lidiar con las preocupaciones, las reflexiones sobre los problemas y los sentimientos subyacentes?
- **Autodisciplina:** *¿A qué medida quiero salir de mi zona de confort? ¿Por qué razones? ¿Con qué frecuencia?*
- **Autorreflexión:** *Fortalezas y debilidades: ¿a qué tengo que prestar atención en mí? ¿Cómo me presiono a mí mismo? ¿Cuáles de mis actitudes quiero cuestionar? ¿Cuáles son los "botones rojos" que los demás tienden a presionar en mí? ¿Qué puedo hacer cuando me provocan?*
- **Autocompasión y autoaceptación:** *¿Cómo puedo convertirme en mi mejor amigo? ¿Cuáles son algunos de los viejos "mensajes automáticos" de sentirme mal conmigo mismo a los que quiero renunciar? ¿Cómo pongo en práctica la autoaceptación? ¿Cómo me demuestro a mí mismo/a que me gusto? ¿A qué resistencia interior a ello debo renunciar?*

**¿Qué más es importante para mí?**

## FUENTES

[1] Stamm, B. H. (2009–2012). *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. Descargado el 31 de julio del 2024 de https://proqol.org/

[2] Lusk, M., & Terrazas, S. (2021). Ameliorating stress and burnout among professionals who work with migrants and refugees. *Journal of Human Services: Training, Research, and Practice, 7*(2), Article 3. Descargado el 31 de julio del 2024 de https://scholarworks.sfasu.edu/jhstrp/vol7/iss2/3

[3] Gräßer, M., Iskenius, E.-L., & Hovermann, E., Jr. (2017). *Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung*. Weinheim: Beltz.

[4] Psychologists for Future. (2019a). 19 Tipps für gesunden Schlaf. Descargado el 14 de mayo del 2024 de http://www.psychologistsforfuture.org/wp-content/uploads/2020/02/Psy4F-19-Tipps-f%C3%BCr-gesunden-Schlaf-Juli2019.pdf

[5] Psychologists for Future. (2019b). Digitale Achtsamkeit. 11 Alltagstipps für Engagierte. Descargado el 14 de mayo del 2024 de https://www.psychologistsforfuture.org/wp-content/uploads/2020/04/20-04_Psy4F-Digitale-Achtsamkeit-Sept2019.pdf

[6] Psychologists for Future. (2019c). Meine persönliche Selbstfürsorge: Arbeitsblatt zu den 10 Säulen der Selbstfürsorge. Descargado el 14 de mayo del 2024 de https://www.psychologistsforfuture.org/wp-content/uploads/2020/04/20-04_Psy4F-Digitale-Achtsamkeit-Sept2019.pdf

**Unidad 4.3:** Atención al personal

| Descripción de la unidad |
| --- |
| Esta unidad ilustra cómo los empleadores y las organizaciones pueden cumplir eficazmente su deber de cuidar la salud mental y el bienestar de su personal. Se enfatiza la importancia de crear condiciones de trabajo favorables y al mismo tiempo se ofrecen estrategias e ideas sobre lo que los trabajadores de campo pueden hacer para promover una cultura de cuidado dentro de sus organizaciones. La unidad concluye con consideraciones sobre las circunstancias únicas que enfrentan los voluntarios (cuyo trabajo a menudo se lleva a cabo fuera de un contexto profesional), incluyendo sugerencias específicas sobre cómo establecer y comunicar límites. |

**Secciones de la unidad:**

1. Implementar un sistema integrado de atención al personal
2. Estructuras de apoyo en el lugar de trabajo
3. De la resiliencia individual a la del equipo y organizacional
4. Establecer y comunicar límites: Particularidades del trabajo voluntario

## 1. Implementar un sistema integrado de atención al personal

En el caso ideal, **la atención al personal es un sistema multifacético de herramientas, prácticas laborales y estructuras organizativas que se integran en el lugar de trabajo.** La implementación general de la atención al personal debe tener como objetivo apoyar a los trabajadores de campo tanto personalmente como profesionalmente, y tanto de manera individual como dentro de sus equipos. Es importante destacar que **la atención al personal es el deber de cuidado del empleador puesto en**

**práctica. No pretende ser una medida ad hoc o de respuesta de emergencia cuando las cosas van mal,** sino más bien **un esfuerzo continuo y proactivo** para mantener la salud y el bienestar de todos los empleados y voluntarios.

A continuación, se detallan algunos componentes necesarios para prevenir riesgos para el bienestar del personal e implementar un sistema integrado de atención al personal [1]:

1. La organización debe reconocer la atención al personal y su importancia para su personal.
2. La organización debe desarrollar un marco operativo de atención al personal dentro de sus sistemas.
3. El marco operativo de atención al personal que desarrolla la organización debe ser sensible a la cultura, el contexto y el género.
4. La organización debe desarrollar una política escrita de la atención al personal.
5. La organización debe promover una cultura de prácticas de atención al personal y la comprensión de que responderá de manera solidaria a las necesidades de atención al personal.
6. La organización debe evaluar periódicamente las necesidades de atención a su personal.
7. La organización debe facilitar prácticas de autocuidado entre su personal.
8. La organización debe integrar la atención al personal en los procedimientos de planificación y presupuestación.

◎ Punto clave: ***Fundamentos de un sistema integrado de atención al personal***

Varios elementos centrales de la gestión de recursos humanos contribuyen a la base de un sistema integrado de atención al personal [2]. Estos incluyen:

- **Descripciones de trabajo precisas y actualizadas.** Esto deberían garantizar que no se pida a los trabajadores que participen en actividades que contradigan su práctica ética, incluida la

confidencialidad profesional (por ejemplo, vigilar a los usuarios de servicios o informar a las autoridades de inmigración).

- **Contactos establecidos con servicios externos para responder a incidentes críticos.**
- **Intercambio frecuente de experiencias y reflexión dentro del equipo y con la dirección**, incluida la documentación de los resultados (mejora de la calidad).
- **Proporción adecuada de personal a cliente/usuario del servicio.**
- **Asignación de tiempo para estudios, planificación, reflexión, creación de redes y desarrollo de políticas relevantes.**
- **Oportunidades de desarrollo profesional adecuadas**, incluido apoyo financiero y tiempo.
- **Asignación de tiempo para colaboraciones profesionales e intercambio colegiado más allá de la organización.**
- **Apoyo a través de la supervisión profesional** (incluidos los recursos financieros y el tiempo necesarios), especialmente en campos donde los trabajadores frecuentemente encuentran historias o relatos de trauma.
- **Tiempo para la reflexión en equipo.**

## 2. Estructuras de apoyo en el lugar de trabajo

Comprender la importancia del apoyo en el lugar de trabajo es crucial para los trabajadores de campo, **ya que afecta directamente su salud mental y satisfacción laboral.** Reconocer que **los empleadores tienen la responsabilidad de crear un entorno de apoyo ayuda a los trabajadores de campo a defender sus necesidades y contribuir a una cultura de bienestar.** Cuando el personal es consciente de sus derechos a apoyo y recursos, es más probable que busque ayuda cuando la necesite. Pero, ¿cómo funciona en la práctica?

### *Promover una cultura de cuidado*

Garantizar el deber de cuidado de un empleador tanto para los profesionales como para los voluntarios implica **crear condiciones que reduzcan activamente el estrés y prevengan sus efectos a largo plazo en la salud mental.** En la práctica, esto se logra ofreciendo **sesiones informativas, la supervisión y la reflexión en equipo oportunas, periódicas y de alta calidad.** La falta de apoyo de supervisión puede provocar que los trabajadores de campo se desvinculen mentalmente de su función y de su lugar de trabajo. Las reuniones periódicas y confiables ayudan al personal a desarrollar confianza y al mismo tiempo los alientan a buscar apoyo profesional y retroalimentación bidireccional [3].

Las interacciones sociales complementan las sesiones informativas formales, la supervisión y los procesos reflexivos, ayudando a los profesionales y voluntarios a sentirse más seguros incluso en situaciones desafiantes. **Estas oportunidades de conexión, combinadas con el apoyo formal, contribuyen a una mayor sensación de estabilidad y cohesión del equipo.** Ejemplos de tales interacciones incluyen:

- **Celebrar los éxitos (incluso los pequeños) para apreciar la contribución de todos.**
- **Organizar actividades de formación de equipos que impliquen interacción social** (tanto durante como fuera del horario laboral). Estos no deben insistir en los detalles del caso o los aspectos negativos del trabajo, y también pueden incluir a sus seres queridos.
- **Realizar reuniones confidenciales de grupos de apoyo para crear un espacio seguro donde los profesionales puedan discutir casos difíciles, así como el impacto mental y emocional de su trabajo.** La sesión informativa de bajo impacto es una técnica posible para facilitar este proceso (ver actividad en la página siguiente).

**Descanso para reflexionar:** *Practique la estrategia de la sesión informativa de bajo impacto con un compañero*

La sesión informativa* de bajo impacto es una técnica de apoyo diseñada para facilitar conversaciones sobre experiencias difíciles, asegurando que el oyente dé su consentimiento y sea consciente de la conversación. Este método está diseñado para ser menos intenso que el interrogatorio tradicional y es particularmente útil en profesiones de alto estrés como la atención médica, el trabajo social o la respuesta a emergencias. Consta de cuatro pasos:

- **PASO 1. Mayor conciencia de uno mismo:** Tenga en cuenta que la exposición diaria a historias difíciles puede llevar a la desensibilización, lo que hace que sea más fácil pasar por alto el profundo impacto que experiencias específicas pueden tener en quienes no participan en esta línea de trabajo. Para las personas ajenas a los servicios humanos y de salud mental, estos detalles pueden tener un gran impacto. Al mismo tiempo, los detalles no son necesarios para lograr los objetivos de la sesión informativa.

- **PASO 2. Advertencia justa:** Cuando esté a punto de mencionar detalles explícitos, dígale a su contraparte que lo que está a punto de decirle podría tener un impacto negativo en él/ella o incluso sorprenderlo (en otras palabras, déle una "advertencia de activación"). De esta manera, podrán prepararse mentalmente para lo que están a punto de escuchar.

- **PASO 3. Consentir:** (*Estrechamente relacionado con el punto anterior*) – Después de haber dado una advertencia de activación, solicite a su contraparte su consentimiento para contar la historia. Esto le da al oyente la oportunidad de negarse a escuchar los detalles.

- **PASO 4. Divulgación limitada:** Intente contar su historia comenzando con un esquema menos explícito. Si aún cree que necesita hablar sobre los detalles para poder beneficiarse de la sesión informativa, puede continuar con los pasos 2 y 3 anteriores. Esto le brinda la oportunidad de considerar cuántos detalles necesita realmente la historia y cuánto puede manejar su contraparte.

Las medidas adicionales por parte de su empleador para mitigar el impacto del estrés **pueden incluir rotar el número de casos complejos para distribuir los casos más graves de manera uniforme entre el personal disponible.** Ofrecer a los trabajadores de campo un cierto nivel de control y flexibilidad con respecto a su propio horario (por ejemplo, horarios flexibles, opciones de trabajo remoto, etc.) también les ayuda a **equilibrar mejor la vida laboral y personal.**

Las organizaciones también pueden promover un clima organizacional de apoyo a nivel estructural. Por ejemplo, **contratación realista, capacitación periódica en el servicio** y **otras oportunidades de desarrollo profesional** (incluido el trabajo con personas que han sobrevivido a la adversidad) pueden tener un efecto preventivo sobre los niveles de estrés. **Un proceso de contratación realista puede ayudar a prevenir una elevada rotación de personal y conflictos laborales** [4]. Eso implica **comunicar los requisitos laborales de forma clara y transparente**, incluyendo ser abierto sobre los aspectos difíciles del trabajo.

### *Equipos de supervisión y apoyo al personal*

La supervisión en entornos profesionales (sanidad, educación, servicios sociales, etc.) tiene varios significados. En muchos casos, la supervisión se considera una función gerencial centrada en supervisar las tareas, los resultados y el desempeño. Sin embargo, dentro del contexto de la salud mental y el apoyo psicosocial, **la supervisión tiende a incorporar una relación más de apoyo y colaboración entre el supervisor y el/los supervisado/s**. Aquí, el énfasis está en crear un espacio seguro que ayude a promover el crecimiento profesional, la competencia técnica y el bienestar personal. Esta relación permite a los profesionales **reflexionar críticamente sobre su trabajo, mejorando no sólo la calidad de los servicios que prestan sino también la resiliencia psicológica dentro de sus equipos** [3,5].

El modelo contemporáneo de supervisión es de naturaleza **no direccional, donde el supervisor afirma los recursos, capacidades, fortalezas, estrategias y caminos ya existentes tomados por el profesional o voluntario en lugar de dirigirlos** [6]. Esto es similar a la relación que los profesionales están

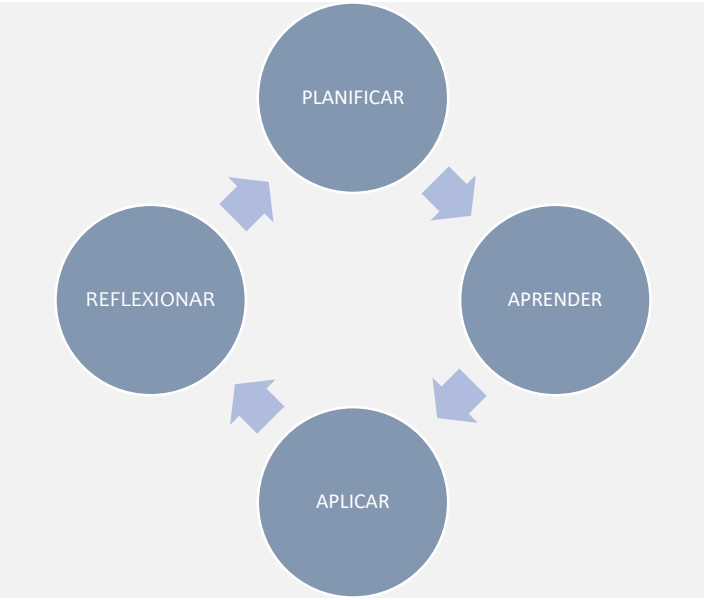
aconsejados a mantener con las personas con las que trabajan: **relación basada en el respeto por su autonomía y complejidad.** Los equipos de supervisión intentan restaurar parte de esta complejidad a través de herramientas estructuradas como "Cuadrícula de la adversidad" (consulte Módulo 1, Unidad 1.3 y 🕮 **Repositorio**, 1.3 – Folleto 1. "Cuadrícula de la adversidad" en más detalle). Estos marcos pueden ayudarnos a navegar por las intrincadas complejidades de nuestro trabajo e ir más allá de las dicotomías limitantes analizadas en la Unidad 4.1.

Los equipos de apoyo al personal son facilitados por un proveedor externo de salud mental y siguen un camino similar a la supervisión, esta vez centrándose en **el bienestar psicológico personal de los trabajadores de campo.** Los equipos de apoyo del personal pueden ayudar a los profesionales a cuestionar y deconstruir falsas dicotomías en sus procesos de pensamiento relacionados con el "trauma vicario". Los equipos de apoyo al personal pueden abrir **un espacio de diálogo y colaboración para una reflexión genuina** al ayudar a los profesionales y voluntarios a apreciar la complejidad de su experiencia [6].

### *Participar en la práctica reflexiva*

Otra estrategia clave para mejorar sus condiciones laborales es **realizar prácticas reflexivas con regularidad.** Aunque la práctica reflexiva ha sido destinada principalmente a profesionales de diferentes campos (salud, educación, servicios sociales, etc.), también puede ser de gran ayuda para los voluntarios que trabajan con los inmigrantes y los refugiados. **La práctica reflexiva es un proceso continuo** [7] y debe verse como parte de **un ciclo que involucra fases adicionales, tales como la planificación, el aprendizaje y la aplicación de ideas a partir de lo que ha reflexionado** [8] (consulte la Imagen 4.3.1). Puede tener lugar tanto a nivel individual (práctica autorreflexiva) como a nivel de equipo u organización.

**Imagen 4.3.1.** *"El ciclo reflexivo"*




Nota: Imagen preparada por el equipo de EU-MiCare basándose en información de Schön (1992) y Bassot (2013)

[Schön, D. (1992). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315237473; y Bassot, B. (2013). *The Reflective Journal.* Basingstoke: Palgrave]

Practicar la reflexión significa **tomarse el tiempo para sacar a la luz pensamientos y procesos de toma de decisiones ocultos o subconscientes para su reevaluación.** En el siguiente ejercicio, puede encontrar algunas preguntas guía útiles para la autorreflexión sobre el contacto con personas y comunidades que han sobrevivido a la adversidad, la pérdida y el desplazamiento.

**Descanso para reflexionar:** ***Participe en una reflexión personal.***

Tómese un tiempo para reflexionar sobre su relación con el trabajo. Hágase preguntas como:

- ¿Qué me motiva a hacer este tipo de trabajo?
- ¿Cuáles son mis expectativas?
- ¿Qué se espera de mí?
- ¿Cómo estoy respondiendo a los desafíos del trabajo?
- ¿Qué efectos (positivos, negativos y/o neutrales) tiene en mí?

*Adaptado de Reflection Toolkit – University of Edinburgh*

◎ Punto clave: ***Observaciones sobre la práctica reflexiva de Donald Schön***

Una de las conceptualizaciones más relevantes de la práctica reflexiva fue la realizada por el filósofo Donald Schön [7], quien destacó el papel de la reflexión dentro del proceso de aprendizaje profesional. Él identificó dos tipos de reflexión:

1. **La reflexión en acción**, que se refiere al pensamiento **inmediato que ocurre mientras estamos haciendo algo**; mientras realizamos un acto. La reflexión en acción nos permite remodelar la situación o actividad en la que estamos trabajando **en tiempo real.** Schön sugiere que, a través de la "reflexión en la acción", los profesionales reflexionan sobre experiencias inesperadas y realizan "experimentos", que sirven para **generar tanto una nueva comprensión de la experiencia como un cambio en la situación.** En el contexto de la atención a los migrantes y refugiados, esta adaptabilidad es crucial a la hora de abordar las necesidades diversas e inmediatas de las personas a las que servimos.
2. **La reflexión sobre la acción**, que implica **reflexionar sobre una experiencia, situación o fenómeno después de que haya ocurrido.** Este proceso implica **un examen crítico de lo que sucedió en esa situación particular, por qué actuamos de la manera en la que lo hicimos, si podríamos haber actuado de manera diferente, etc.** La reflexión sobre la acción a menudo se asocia con **la escritura reflexiva,** en la que los profesionales reflexionan sobre sus experiencias y exploran formas alternativas de mejorar su práctica [8]. Para quienes trabajan con los migrantes y refugiados, la reflexión sobre la acción puede conducir a estrategias mejoradas para apoyar a otros y comprender mejor las complejidades de sus experiencias.

## 3. De la resiliencia individual a la del equipo y organizacional

Como se analizó en el Módulo 1, la resiliencia se considera comúnmente como una cualidad individual: la capacidad de resistir, "rebotar" o recuperarse de dificultades o reveses. Más específicamente, se define como **la capacidad de utilizar el aprendizaje obtenido de experiencias negativas para adaptarse a diferentes circunstancias contextuales y de desarrollo** [9]. Sin embargo, **las estrategias**

**con un enfoque individual no serán suficientes por sí solas para apoyar el bienestar del personal en su conjunto.** Incluso el miembro del personal más resiliente no puede hacer frente a condiciones laborales desafiantes.

> Descanso para reflexionar: ***Participe en una reflexión grupal/de equipo.***
>
> Tómese un momento para reflexionar y escriba su respuesta a las siguientes preguntas:
>
> - ¿Qué hago para cuidarme?
> - ¿Qué hace mi equipo (compañeros, organización, etc.) para cuidarse unos a otros?
> - ¿Qué otros medios puedo utilizar para cuidarme de manera más adecuada y poder cuidar a los demás?

Un equipo resiliente es aquel cuyos miembros **utilizan sus recursos individuales y colectivos para adaptarse positivamente a fin de mantener su bienestar y desempeño, y lograr metas o propósitos comunes.** La resiliencia del equipo protege a los miembros del equipo de los posibles efectos negativos de los factores de perturbación externos o internos que pueden amenazar el funcionamiento del equipo (por ejemplo, un aumento dramático en las referencias, cambios en el liderazgo del equipo o de la organización, alta rotación o eventos inesperados de alto impacto). Se necesitan **intervenciones sistémicas multidimensionales a nivel organizacional** (consulte Imagen 4.3.2) para apoyar el desarrollo de la resiliencia tanto personal y como colectiva [9].

**Imagen 4.3.2.** *"Componentes de la Resiliencia Organizacional"*

Imagen adaptada por el equipo de EU-MiCare en 2024

Adaptado de Grant L., Kinman, G. (2020), The Social Work Organizational Resilience Diagnorstic (SWORD) tool and workbook: Manual Research in Practice, descargado el 31 de julio del 2024 de https://swordresearchinpractice.org.uk/

La reproducción de esta imagen no implica respaldo por parte de SWORD.

## 4. Establecer y comunicar límites: Particularidades del trabajo voluntario

Si bien establecer límites es importante para mantener la salud mental y el bienestar en todos los aspectos de la vida, tiene particular importancia en el contexto del trabajo con los migrantes y refugiados. **En situaciones en las que las necesidades humanas, casi por definición, exceden el apoyo disponible, establecer límites garantiza que los recursos existentes no se agoten aún más por el agotamiento ocupacional.**

Aunque los voluntarios deben ser tratados de la misma manera que los profesionales remunerados en cuanto a la atención al personal, su situación es diferente en varios aspectos. **La naturaleza voluntaria**

**de su compromiso significa que tienen más autonomía para determinar el alcance y la naturaleza de su contribución** (y posiblemente limitar o incluso poner fin a su compromiso). Al mismo tiempo, **muchos voluntarios carecen de una estructura de apoyo formal** y, **a menudo, se sienten solos y aislados a la hora de gestionar su relación con los migrantes y refugiados a los que apoyan.**

El contacto entre los voluntarios y las poblaciones de inmigrantes – especialmente si se prolonga en el tiempo – puede evolucionar rápidamente hacia una relación intensa, una relación personal, en la que el voluntario **experimenta una gran responsabilidad y difícilmente puede establecer límites (de autocuidado).** La falta de límites claros puede provocar el estrés, pérdida de tiempo, conflictos y emociones negativas, como el resentimiento y la ira. Establecer límites saludables puede ayudarle a recordar qué es lo mejor para él/ella y puede proporcionarle una base sólida para tomar decisiones por sí mismo [1].

→ **VIDEO:** *Establecer límites en función de voluntario* 💻

Establecer límites claros es **esencial para proteger tanto a los voluntarios como a las personas a las que apoyan.** Al definir comportamientos aceptables, los voluntarios pueden ganar confianza en cómo actuar en diversas situaciones, fomentando altos estándares y coherencia entre diferentes personas. **Esta claridad ayuda a gestionar las expectativas y evitar malentendidos** que, de otro modo, podrían generar confusión y conflicto. Además, **permite a todos los involucrados preservar su privacidad y priorizar el cuidado personal,** garantizando en última instancia relaciones saludables y sostenibles a largo plazo. Establecer estos límites no sólo beneficia a las personas directamente involucradas sino que también contribuye a un entorno de apoyo más eficaz y armonioso [10].

En general, es preferible que los voluntarios trabajen dentro de un marco estructurado de prestación de servicios que de forma completamente privada. Dentro de un contexto estructurado, se debe permitir a los voluntarios encontrar "su lugar". **Las expectativas, deberes, tareas y relaciones jerárquicas deben definirse y comunicarse claramente.**

◎ Punto clave: ***Consejos clave para establecer límites***

- Tome conciencia de sus límites a través de la práctica reflexiva.
- Comunique sus límites claramente utilizando declaraciones en primera persona y no caiga en la tentación de incluir explicaciones o razones largas. Basta con decir "No puedo trabajar los fines de semana, pero puedo estar disponible los días laborables por la mañana entre las 10 a. m. y la 1 p. m.". o "No puedo apoyar a personas con problemas relacionados con el abuso sexual, pero puedo ayudarlas a lidiar con procesos administrativos y completar formularios".
- Responda de inmediato si le faltan el respeto o se cruzan sus límites, no espere hasta sentirse resentido y no se queje con otras personas que no estén involucradas ("Me di cuenta de que me tienes programado/a para el próximo sábado por la mañana. Cámbielo, por favor, ya que no estoy disponible los fines de semana").
- Considere cómo responde cuando otros le comunican sus límites. Si bien al principio puede sentirse ofendido/a o culpado/a, comprender sus límites a menudo mejora la relación y fomenta conexiones más estrechas.
- Si no está acostumbrado/a a imponer sus límites, es posible que al principio se sienta incómodo/a o ansioso/a. Sin embargo, muchas personas informan que se sienten aliviadas después de establecer y mantener sus límites con éxito.

→ **VIDEO:** *Establecer límites con los clientes: Juego de roles, demostración, fundamentos*

Debido a que las funciones de los voluntarios pueden ser individualizadas, variadas y menos claramente definidas, los voluntarios a menudo se encuentran en situaciones en las que tienen que comunicar sus propios límites claramente y repetidamente tanto a los usuarios del servicio como a otros profesionales o compañeros de trabajo [10]. Por lo tanto, las habilidades para establecer límites son especialmente importantes para proteger la salud y el bienestar de los voluntarios, así como para retenerlos en la organización.

## FUENTES

[1] GIZ, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH. (2020). *Handbook for staff care and self-care for the Ministry of Health*. Descargado el 12 de mayo del 2024 de https://www.giz.de/de/downloads/Handbook%20Self%20Care%20and%20Staff%20Care%20English%202020.pdf

[2] Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften (IHSAG). (2016). *Positionspapier: Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften. Professionelle Standards und sozialpolitische Basis*. Berlin. Descargado el 13 de mayo del 2024 de http://www.fluechtlingssozialarbeit.de/

[3] Chadwick Trauma-Informed Systems Dissemination and Implementation Project. (2016). *Secondary traumatic stress in child welfare practice: Trauma-informed guidelines for organizations*. San Diego, CA: Chadwick Center for Children and Families. Descargado el 9 de mayo del 2024 de http://www.chadwickcenter.com/wp-content/uploads/2017/08/stsinchildwelfarepractice-trauma-informedguidelinesfororganizations.pdf

[4] Dickinson, N. S. (2012). Withstanding secondary traumatic stress: The role of realistic recruitment. En *CW360: A comprehensive look at a prevalent child welfare issue*. Spring 2012. Descargado el 9 de mayo del 2024 de https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/os_sts_child_welfare_article_review.pdf

[5] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support (IFRC PS Centre). (2019). *Supervision for the delivery of mental health psychosocial support in emergency humanitarian settings*. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Descargado el 4 de septiembre del 2024 de https://pscentre.org/resource/a-desk-review-report/#:~:text=Supervision%20is%20an%20essential%20component,and%2For%20inadequate%20MHPSS%20supervision

[6] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Athenas: El Centro de día Babel, (ONG Syn-Eirmos de Solidaridad Social ) y el Centro de Trauma, Asilo y Refugiados (Universidad de Essex).

[7] Schön, D. (1992). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315237473

[8] Bassot, B. (2013). *The reflective journal*. Basingstoke: Palgrave.

[9] Grant, L., & Kinman, G. (2020). *The Social Work Organisational Resilience Diagnostic (SWORD) tool and workbook*. Manual. Research in Practice, Devon, UK. Descargado el 18 de julio del 2024 de https://sword.researchinpractice.org.uk/media/xobpd3eq/sword-tool-workbook-2nd-edition-2021.pdf

[10] Sponsor Refugees. (n.d.). *Defining boundaries: A guide for community sponsorship groups*. Citizens UK Foundation for Community Sponsorship of Refugees. Descargado el 31 de julio del 2024 de https://citizensuk.contentfiles.net/media/documents/Managing_Boundaries_Workbook.pdf

Co-funded by the European Union

**Financiado por la Unión Europea.**
No obstante, los puntos de vista y opiniones expresados son únicamente los de los autores y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea o la Agencia Ejecutiva Europea en Educación y Cultura (EACEA). Ni la Unión Europea, ni la EACEA pueden ser consideradas responsables de ello.

El trabajo está publicado bajo la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC-BY-NC 4.0).

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

# Repository

## Module 4. Self-Care and Staff Wellbeing

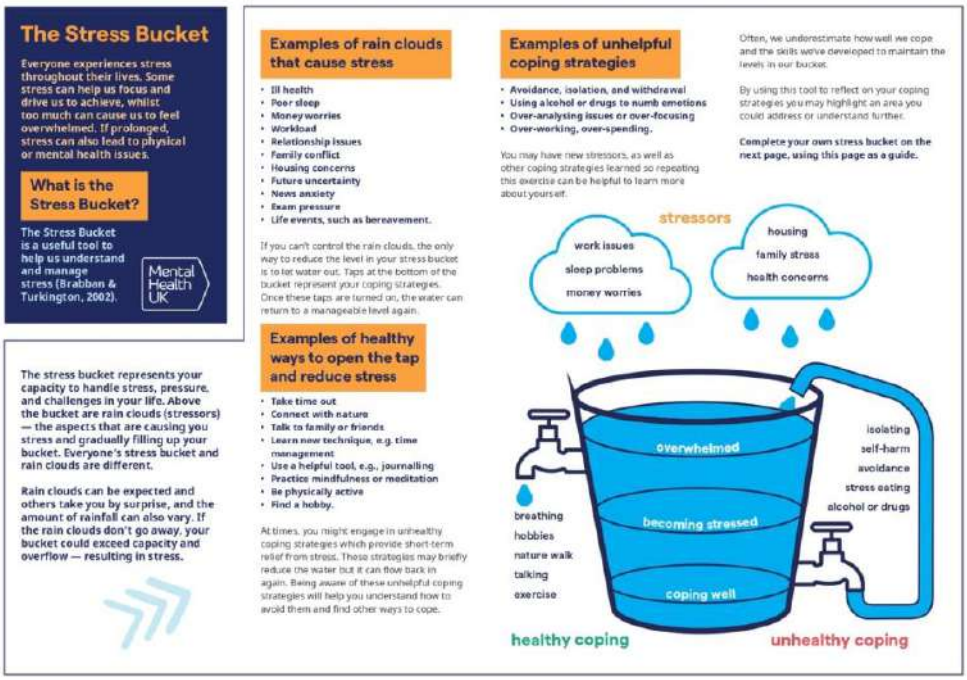
The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

**Unit:** 4.1 Effects Among Professionals and Volunteers Working in the Context of Migration

### Handout 1. *"The Stress Bucket"*

The Stress Bucket is a visual tool that illustrates how various stressors (represented as rain clouds) accumulate in an individual's bucket. If these stressors aren't managed through healthy coping mechanisms (depicted as taps at the bottom of the bucket), the bucket can overflow, leading to emotional distress.




*Note:* Sourced from Mental Health UK. The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.1 – Handout 1. "The Stress Bucket"**.

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

## Handout 2: *"The ABC of Addressing Vicarious Trauma"*

The ABC of Addressing Vicarious Trauma handout provides a practical framework for professionals and volunteers to recognize and mitigate the effects of vicarious trauma. It emphasizes three key strategies:

(i) Awareness of personal trauma histories,
(ii) Balance through self-care practices, and
(iii) Connection through supportive relationships.

### Handout 6: ABCs of Addressing Compassion Fatigue

***Directions.*** This activity has two parts. In the Part 1 you will engage in a self-assessment to determine how well you engage in the ABCs (Awareness, Balance, and Connection) of mitigating compassion fatigue. In the second part, you will identify one strategy focused to help you build awareness, balance and connection.

This document was adapted from Saakvitne, K. & Pearlman, L. (1996). *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization for Helping Professionals who Work with Traumatized Clients*. New York, New York: W.W. Norton and Company. Retrieved from (https://4.files.edl.io/0d8f/06/25/18/182950-e99322a0-a293-4bab-9821-c2522b697049.pdf)

### Part 1.

**Take the Self-Assessment.** Determine whether or not you engage in the following approaches for Awareness, Balance and Connection

*Note:* Sourced from Minnesota Department of Education. The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.1 – Handout 2. "The ABC of Addressing Vicarious Trauma"**.

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

**Unit:** 4.2 Self-Care

## Handout 1. *"Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5"*

The Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5 is a comprehensive tool designed to measure the positive and negative emotional effects of working in helping professions, particularly those who support individuals affected by trauma. It consists of 30 items that assess three key components: Compassion Satisfaction, which refers to the pleasure and fulfillment derived from helping others; Burnout, which measures feelings of emotional exhaustion and the depletion of personal resources; and Secondary Traumatic Stress (STS), which reflects the emotional toll caused by exposure to others' trauma. The ProQOL is widely used by professionals in fields like counseling, healthcare, social work, and emergency response to assess their well-being and guide interventions to prevent or mitigate negative effects of their work.

**PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (PROQOL)**

COMPASSION SATISFACTION AND COMPASSION FATIGUE
(PROQOL) VERSION 5 (2009)

When you *[help]* people you have direct contact with their lives. As you may have found, your compassion for those you *[help]* can affect you in positive and negative ways. Below are some questions about your experiences, both positive and negative, as a *[helper]*. Consider each of the following questions about you and your current work situation. Select the number that honestly reflects how frequently you experienced these things in the *last 30 days*.

| 1=Never | 2=Rarely | 3=Sometimes | 4=Often | 5=Very Often |
|---|---|---|---|---|

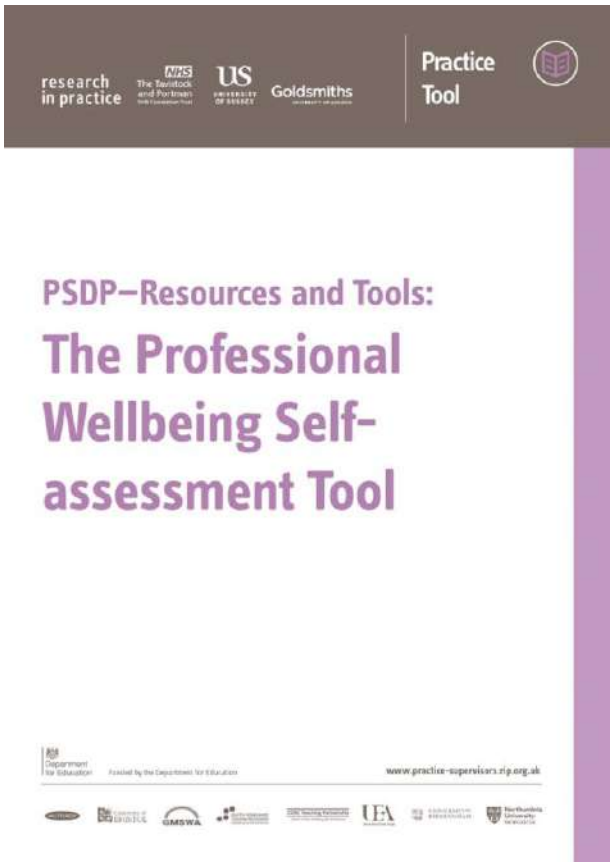
1. I am happy.
2. I am preoccupied with more than one person I *[help]*.
3. I get satisfaction from being able to *[help]* people.
4. I feel connected to others.
5. I jump or am startled by unexpected sounds.
6. I feel invigorated after working with those I *[help]*.
7. I find it difficult to separate my personal life from my life as a *[helper]*.
8. I am not as productive at work because I am losing sleep over traumatic experiences of a person I *[help]*.
9. I think that I might have been affected by the traumatic stress of those I *[help]*.
10. I feel trapped by my job as a *[helper]*.
11. Because of my *[helping]*, I have felt "on edge" about various things.
12. I like my work as a *[helper]*.
13. I feel depressed because of the traumatic experiences of the people I *[help]*.
14. I feel as though I am experiencing the trauma of someone I have *[helped]*.
15. I have beliefs that sustain me.
16. I am pleased with how I am able to keep up with *[helping]* techniques and protocols.
17. I am the person I always wanted to be.
18. My work makes me feel satisfied.
19. I feel worn out because of my work as a *[helper]*.
20. I have happy thoughts and feelings about those I *[help]* and how I could help them.
21. I feel overwhelmed because my case [work] load seems endless.
22. I believe I can make a difference through my work.
23. I avoid certain activities or situations because they remind me of frightening experiences of the people I *[help]*.
24. I am proud of what I can do to *[help]*.
25. As a result of my *[helping]*, I have intrusive, frightening thoughts.
26. I feel "bogged down" by the system.
27. I have thoughts that I am a "success" as a *[helper]*.
28. I can't recall important parts of my work with trauma victims.
29. I am a very caring person.
30. I am happy that I chose to do this work.

*Note:* The Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5 is provided by B. Hudnall Stamm (2009-2012) and is available at ProQOL.org. The full handout and instructions for scoring are available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.2 – Handout 1. "Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5"**.

Co-funded by the European Union

## Handout 2. *"The Professional Wellbeing Self-Assessment Tool"*

The Professional Wellbeing Self-Assessment Tool is a reflective resource designed to help professionals evaluate their own wellbeing across seven key dimensions: Perspective, Self-management, Professional Development, Supports, Workload, Balance, and Values. Developed by Vicki Hirst and Rosemary Nash, experienced professional supervisors from Aotearoa New Zealand, the tool aims to identify areas of strength and those requiring attention to promote resilience and prevent burnout. It begins with a 35-question self-assessment, where individuals rate their satisfaction in each area on a scale from 1 to 5. The results are then plotted to create a visual 'professional wellbeing map', facilitating a comprehensive overview of one's current state. This map serves as a foundation for further reflection through guided questions, ultimately leading to the development of a personalized wellbeing plan with actionable goals and review timelines. The tool is particularly beneficial when used in supervision contexts, encouraging ongoing dialogue and support between supervisees and supervisors.




*Note:* Sourced from the Practice Supervisor Development Programme (PSDP), funded by the Department for Education (UK). The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.2 – Handout 2. "The Professional Wellbeing Self-Assessment Tool"**.

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

## Handout 3. *"Additional Tools and Resources for Self-Care"*

**Two self-tests based on the work of German psychologist, psychotherapist, and author, Gert Kaluza**

The first self-test in this section allows you to check your current stress level by giving yourself a score on a range of physical, emotional, mental, and behavioral warning signals.

The second checklist shows you how many stress-reinforcing thoughts you have regularly. This test allows you to rate your responses on scales that indicate self-beliefs or internal messages that reinforce stress. You can then address these individually to reduce their stress-reinforcing effects.

- First self-test: How stressed are you? Write your scores in the right hand column.

| Stress Warning Signals | Strong | Light | Little/Few | Your Score |
|---|---|---|---|---|
| **Physical Warning Signals** | | | | |
| Heart palpitations / stabbing pains | 2 | 1 | 0 | |
| Constricted feeling in the chest | 2 | 1 | 0 | |
| Breathing problems | 2 | 1 | 0 | |
| Trouble falling asleep | 2 | 1 | 0 | |
| Trouble sleeping through the night | 2 | 1 | 0 | |
| Chronic tiredness | 2 | 1 | 0 | |
| Digestive problems | 2 | 1 | 0 | |
| Stomach ache | 2 | 1 | 0 | |
| Loss of appetite | 2 | 1 | 0 | |
| Sexual dysfunction | 2 | 1 | 0 | |
| Muscular tension | 2 | 1 | 0 | |
| Headache | 2 | 1 | 0 | |
| Backache | 2 | 1 | 0 | |
| Cold hands / feet | 2 | 1 | 0 | |
| Sweating profusely | 2 | 1 | 0 | |
| **Emotional Warning Signals** | | | | |
| Nervousness, internal restlessness | 2 | 1 | 0 | |
| Irritability, feeling annoyed | 2 | 1 | 0 | |
| Anxiety, fear of failure | 2 | 1 | 0 | |
| Discontent | 2 | 1 | 0 | |
| Emotional imbalance | 2 | 1 | 0 | |
| Internal emptiness ('burnt out' feeling) | 2 | 1 | 0 | |
| **Mental Warning Signals** | | | | |
| Repetitive thoughts | 2 | 1 | 0 | |

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care
Co-funded by the European Union

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Lack of concentration | 2 | 1 | 0 | |
| Empty mind ('vaguing out') | 2 | 1 | 0 | |
| Daydreams | 2 | 1 | 0 | |
| Nightmares | 2 | 1 | 0 | |
| Reduced performance / frequent mistakes | 2 | 1 | 0 | |
| **Behavioral Warning Signals** | | | | |
| Aggressive behavior | 2 | 1 | 0 | |
| Drumming fingers, shuffling feet | 2 | 1 | 0 | |
| Clenched teeth / teeth grinding | 2 | 1 | 0 | |
| Rapid speech / stutter | 2 | 1 | 0 | |
| Interrupting others, not listening | 2 | 1 | 0 | |
| Irregular meals | 2 | 1 | 0 | |
| Consuming alcohol / prescription drugs | 2 | 1 | 0 | |
| Letting private social relationships slip | 2 | 1 | 0 | |
| Smoking more than wanted | 2 | 1 | 0 | |
| Less exercise than wanted | 2 | 1 | 0 | |
| **Add all points to determine your total score:** | | | | |

**Evaluation: How stressed are you?**

**0-10 points**
You can be pleased. You have good resilience, you are ready to fight off stress.

**11-20 points**
You have already entered the downward spiral of stress. Familiarise yourself with relaxation, self-management, and time management.

**21 points and more**
Take yourself and your body seriously! Your body is putting a gun to your head. Make sure you're achieving balance, relaxation, and are taking more breaks. Otherwise you are at risk of your stress symptoms becoming chronic!

**Note down your own reflections on the test:**

……

……

……

……

……

♦ Second self-test: Checklist of Stress-Reinforcing Thoughts

| | How familiar are the following thoughts to you? | Very | Somewhat | Not at all |
|---|---|---|---|---|
| 1. | I prefer doing everything myself. | 2 | 1 | 0 |
| 2. | I won't last the distance. | 2 | 1 | 0 |
| 3. | It's awful if something doesn't go according to plan. | 2 | 1 | 0 |
| 4. | I will fail. | 2 | 1 | 0 |
| 5. | I will never make it. | 2 | 1 | 0 |
| 6. | It's not acceptable if I can't manage to complete a task or don't keep an appointment. | 2 | 1 | 0 |
| 7. | I just can't stand this pressure (or fear, or pain etc.). | 2 | 1 | 0 |
| 8. | I always have to be available for my work. | 2 | 1 | 0 |
| 9. | Problems and difficulties are just terrible. | 2 | 1 | 0 |
| 10. | It's important that I keep everything under control. | 2 | 1 | 0 |
| 11. | I don't want to disappoint the others. | 2 | 1 | 0 |
| 12. | There's nothing worse than making mistakes. | 2 | 1 | 0 |
| 13. | I must be 100% reliable. | 2 | 1 | 0 |
| 14. | It's terrible when others are angry with me. | 2 | 1 | 0 |
| 15. | Strong people don't need help. | 2 | 1 | 0 |
| 16. | I want to get on with well with everyone. | | | |
| 17. | It's awful when others criticise me. | 2 | 1 | 0 |
| 18. | If I relied on others, I'd be lost. | 2 | 1 | 0 |
| 19. | It's important that everyone likes me. | 2 | 1 | 0 |
| 20. | When I have to make a decision, I must be 100% sure about it. | 2 | 1 | 0 |
| 21. | I'm constantly thinking about what might go wrong. | 2 | 1 | 0 |
| 22. | Without me, it's impossible. | 2 | 1 | 0 |
| 23. | I have to get everything right all the time. | | | |
| 24. | Having to rely on others is terrible. | 2 | 1 | 0 |
| 25. | It's absolutely terrifying if I don't know what's coming. | 2 | 1 | 0 |

**Evaluation: Your stress-reinforcing profile**

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

| | Instructions | Value |
|---|---|---|
| 1. | Add your points for thoughts 6, 8, 12, 13, and 23 | *Value 1:* |
| 2. | Add your points for thoughts 11, 14, 17, 17, and 19 | *Value 2:* |
| 3. | Add your points for thoughts 1, 15, 18, 22, and 24 | *Value 3:* |
| 4. | Add your points for thoughts 3, 10, 20, 21, and 25 | *Value 4:* |
| 5. | Add your points for thoughts 2, 4, 5, 7, and 9 | *Value 5:* |

Now transfer these values into a bar graph like this:

| **Statement** | | | | | | | | | | | **Value** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I can't! | | | | | | | | | | | (insert value 1, example: 5) |
| Be careful! | | | | | | | | | | | (insert value 2) |
| Be strong! | | | | | | | | | | | (insert value 3) |
| Be popular! | | | | | | | | | | | (insert value 4) |
| Be perfect! | | | | | | | | | | | (insert value 5) |
| **Score** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | |

You can see that unrealistic expectations and perfectionist thought pattern on the one hand, and irrational fears on the other, play an important role in reinforcing external stressors.

The first step towards coping with daily stressors better and avoiding these self-reinforcing patterns is to try and determine exactly which situations you experience as stressful and to then observe what happens to you in these situations. During the coming days, try to observe yourself at times of stress.

**Note down your own reflections on the test:**

……

……

……

……

……

……

.

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

**Unit:** 4.3 Staff Care

## Handout 1. *"Low Impact Debriefing"*

The Low Impact Debriefing handout outlines a trauma-informed approach to sharing and processing distressing experiences in professional settings. It introduces a four-step strategy (Self-Awareness, Fair Warning, Consent, and Limited Disclosure) designed to minimize secondary trauma exposure, prevent "sliming", and promote respectful communication among colleagues.

tend

# Low Impact Debriefing

* AKA Low Impact Processing or Low Impact Disclosure *

How do you debrief when you have seen or heard disturbing things?

Do your colleagues share all the gory details with you over lunch?

Have you ever attended a training that felt more traumatizing than informative?

### What is it?

Low Impact Debriefing (LID) is a trauma-informed technique for sharing and processing the difficult stories and images that we encounter in our work.

### Contagion

Helping professionals can unwittingly spread secondary trauma among their colleagues, family, and friends. Some helpers believe that sharing the "gory details" is a normal part of their work. And others may be so desensitized to trauma work that they forget that ordinary citizens may be horrified or shocked by our stories.

These reactions are normal and common.

An important part of LID is to stop the contagion effect. We can do this by removing unnecessary details of traumatic events. This reduces the cumulative exposure to traumatic information while ensuring that we can safely reach out to others.

### What is "Sliming"?

After a hard day, it is normal to want to talk to someone to help alleviate the burden of what you have experienced. However, if not done properly, this can leave the person on the receiving end feeling as though they now carry the weight of this - traumatic information too.

The term "sliming" describes the feeling of receiving or witnessing unnecessary traumatic content without warning or permission. Sliming can be contagious.

### Two Types of Debriefing

**1 THE FORMAL DEBRIEF**

The formal debrief happens in a structured, scheduled way. Peer consultation, supervision, and Critical Incident Stress Debriefing (CISD) are types of formal debriefs.

Research has shown that mandatory debriefing done in large groups may increase levels of psychological distress for some participants*. Psychological First Aid and other approaches can be used to help build communities of practice for safe, formal debriefing.

**2 THE INFORMAL DEBRIEF**

The informal debrief happens in a casual, ad hoc way. Spontaneous conversations that happen in a colleague's office or during the drive home are types of informal debriefs.

Helpers who have been exposed to traumatic events need to debrief right away and cannot wait for a scheduled supervision meeting. Informal debriefs can be harmful when the listener feels as though they have been "slimed," rather than participating in a safe debriefing process.

LID outlines four steps you can use to protect your colleagues, friends, family, and yourself.

* Rose, S.C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560

tend www.tendtoolkit.com | © TEND ACADEMY LTD 2023

*Note:* Sourced from TEND Academy. The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.3 – Handout 1. "Low Impact Debriefing"**.

Co-funded by the European Union

Co-funded by the European Union

**Funded by the European Union.**

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC-BY-NC 4.0).

EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve Migrant and Refugee Mental Health Care

Co-funded by the European Union

# Glossary

## acculturation

Term first introduced in: Module 1 pg. 48

The dual process of cultural and psychological change that takes place as a result of contact between two or more cultural groups and their individual members. At the group level, it involves changes in social structures and institutions and in cultural practices. At the individual level, it involves changes in a person's behavioral repertoire.

*Source:* Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013

The processes by which groups or individuals adjust the social and cultural values, ideas, beliefs, and behavioral patterns of their culture of origin to those of a different culture. **Psychological acculturation** is an individual's attitudinal and behavioral adjustment to another culture, which typically varies with regard to degree and type.

*Source:* American Psychological Association. (n.d.). Acculturation. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from https://dictionary.apa.org/acculturation

## acculturative stress

Term first introduced in: Module 1 pg. 42

The psychological impact of adapting to a new cultural environment. It encompasses the challenges and pressures that individuals face during the process of acculturation, which can lead to significant stress and affect their mental health and well-being.

*Source:* Sluzki, C. E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Eds.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (pp. 108-123). Psychiatrie Verlag.; Machleidt, M. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen* (1st ed.). W. Kohlhammer GmbH.

See definition of "*stress*" in this glossary.

## adversity-activated development (AAD)

Term first introduced in: Module 1 pg. 32

The newly developed positive characteristics, skills, and habits that arise after enduring highly challenging or adverse life circumstances.

*Source:* Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301–312. https://doi.org/10.1080/13642530701496930

## biopsychosocial model

Term first introduced in: Module 1 pg. 54

An approach to understanding mental and physical health through a multi-systems lens, taking into consideration the influence of biology, psychology, and the social environment. A biopsychosocial approach to healthcare acknowledges that these systems overlap and interact to impact each individual's

well-being and risk for illness, and that understanding these systems can lead to more effective treatment. It also recognizes the importance of patient self-awareness, relationships with providers in the healthcare system, and individual life context. Dr. George Engel and Dr. John Romano developed this model in the 1970s, but the concept has existed in medicine for centuries.

*Source:* Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

**children** Term first introduced in: **Module 3 pg. 51**

Every human being below the age of 18 years, unless under the law applicable to the child, majority is attained earlier.

*Source:* UNHCR (2024). *Refugee children and youth.* https://www.unhcr.org/handbooks/ih/age-gender-diversity/refugee-children-and-youth

**coping skills (or coping strategies)** Term first introduced in: **Module 4 pg. 6**

An action, a series of actions, or a thought process used in meeting a stressful or unpleasant situation or in modifying one's reaction to such a situation. Coping strategies typically involve a conscious and direct approach to problems, in contrast to defense mechanisms.

*Source*: American Psychological Association. (n.d.). Coping strategy. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from https://dictionary.apa.org/coping-strategy

**crisis** Term first introduced in: **Module 2 pg. 48**

An unstable condition involving an impending abrupt or significant change that requires urgent attention and action to protect life, assets, property or the environment.

*Source*: World Health Organization. (2020, April 9). *Glossary of health emergency and disaster risk management terminology*. https://www.who.int/publications/i/item/glossary-of-health-emergency-and-disaster-risk-management-terminology

**cultural awareness** Term first introduced in: **Module 3 pg. 16**

The ability to recognize, understand, and respect the differences and similarities between cultures. It involves considering cultural factors, such as values, beliefs, customs, and behaviors, to improve communication and build meaningful relationships across diverse cultural groups. This awareness is essential in fostering inclusive practices, especially in healthcare settings, where it can enhance service delivery and patient care.

*Source:* Gilbert, J., Goode, T. D., & Dunne, C. (2007). Cultural awareness. *National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development*.

**cultural competence** Term first introduced in: **Module 3 pg. 16**

The ability to collaborate effectively with individuals from different cultures in personal and professional settings. This usually involves a recognition of the diversity both between and within cultures, a capacity for cultural self-assessment, and a willingness to adapt personal behaviors and practices. Cultural competence, also known as intercultural competence, has become a central concept in business, education, health care, government, and many other areas.

*Source:* American Psychological Association. (n.d.). Cultural competence. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from https://dictionary.apa.org/cultural-competence

**cultural concepts of distress** Term first introduced in: **Module 2 pg. 11**

The ways in which different cultural groups experience, understand, and communicate suffering, behavioral problems, or troubling thoughts and emotions.

*Source:* American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

**cultural curiosity** Term first introduced in: **Module 3 pg. 21**

The genuine desire to explore, learn, and appreciate the customs, traditions, languages, and perspectives of cultures different from our own. It involves recognizing the beauty in our differences and finding common ground amid the rich tapestry of humanity.

*Source:* Culture Encounters. (n.d.). *Cultivating cultural curiosity*. Retrieved April 13, 2025, from https://cultureencounters.org/cultivating-cultural-curiosity

**cultural essentialism** Term first introduced in: **Module 2 pg. 18**

The belief that individuals within a particular cultural or social group share a set of inherent and unchanging traits. This perspective views cultural traits as fixed and natural, attributing specific qualities to all members of a group based on their shared heritage or background. It simplifies identities by attributing fixed characteristics to all members of a group, often overlooking diversity within that group.

*Source:* adapted from Haslam, N., Bastian, B., & Kuppens, P. (2006). The social psychology of essentialism. *Personality and Social Psychology Review, 10*(2), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1002_1

**cultural formulation interview (CFI)** Term first introduced in: **Module 2 pg. 12**

Instrument developed in the DSM-5 to help clinicians understand a patient's cultural context, including how cultural factors influence their health beliefs, behaviors, and treatment expectations. It involves 16 open-ended questions across four domains, guiding clinicians to gather culturally relevant information that can enhance diagnosis and treatment planning.

*Source:* Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., Kirmayer, L. J., & López, S. R. (2016). *DSM-5 handbook on the cultural formulation interview*. American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

**cultural integration** Term first introduced in: **Module 1 pg. 40**

See definition of "*integration*" in this glossary.

**cultural mediator** Term first introduced in: **Module 3 pg. 29** (version for interpreters and cultural mediators) **Module 3 pg. 28** (version for other profiles)

A professional who facilitates communication (including interpretation) between people speaking different languages and coming from different cultural backgrounds.

Note:

1. Cultural mediators provide information on different sets of value, orientations to life, beliefs, assumptions, and socio-cultural conventions by clarifying culture-specific expressions and concepts that might give rise to misunderstanding.

2. The terms cultural mediator and intercultural mediator are used differently in EU Member States and different standards apply.

3. Cultural mediator should not be confused with the term **interpreter**, as intercultural mediation is a much wider and a more enriched means of communicating messages from sender to receiver than interpreting. For more information, see also the entry of interpreter.

*Source:* European Commission. (n.d.). *Cultural mediator*. European Migration Network Glossary. Retrieved April 11, 2025, from https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/cultural-mediator_en

**culture** Term first introduced in: **Module 1 pg. 7**

Values, beliefs, language, rituals, traditions, and other behaviors that are passed from one generation to another within any social group. Broad definitions include any socially definable group with its own set of values, behaviors, and beliefs. Accordingly, cultural groups could include groups based on shared identities such as ethnicity (e.g., German American, Blackfoot, Algerian American), gender (e.g., women, men, transgender, gender-nonconforming), sexual orientation (e.g., gay, lesbian, bisexual), and socioeconomic class (e.g., poor, working class, middle class, wealthy).

*Source:* American Psychological Association. (n.d.). Culture. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from https://dictionary.apa.org/culture

System of shared beliefs, symbols, behaviors, values, and customs that members of a society use to make sense of their world and interact with each other. These elements are passed down through generations, helping to create a distinct and cohesive community identity. People from a common culture often feel a sense of belongingness with each other while also feeling different from other groups.

*Source:* International Organization for Migration. (2022). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement* (2nd ed.). IOM. https://doi.org/10.18356/9789210562954

**diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)** Term first introduced in: **Module 1 pg. 54**

A comprehensive guide (5th edition) published by the American Psychiatric Association that provides standardized criteria for diagnosing mental disorders, including descriptions, symptoms, and diagnostic features. It is used by clinicians and researchers to ensure consistent and accurate diagnoses across various mental health conditions.

*Source:* American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596

**displaced minor(s)** Term first introduced in: **Module 3 pg. 50**

A child or adolescent who has been forced to leave their home due to conflict, disaster, or crisis. They may be unaccompanied or separated from their family, facing significant vulnerability and hardship.

See *"unaccompanied and separated children"*, *"displacement"* and *"children"* in this glossary.

*Source:* International Organization for Migration. (n.d.). *Key Migration Terms*. International Organization for Migration. Retrieved April 13, 2025, from https://www.iom.int/key-migration-terms

**displacement** Term first introduced in: **Module 1 pg. 13**

The movement of persons who have been forced or obliged to flee or to leave their homes or places of habitual residence, in particular as a result of or in order to avoid the effects of armed conflict, situations of generalized violence, violations of human rights or natural or human-made disasters.

*Source:* International Organization for Migration. (n.d.). *Key migration terms*. International Organization for Migration. Retrieved April 11, 2025, from https://www.iom.int/key-migration-terms

**ecological systems theory (EST) / socio-ecological model (SEM)** Term first introduced in: **Module 1 pg. 26**

A theoretical framework developed by Urie Bronfenbrenner in 1979, emphasizing that human development is influenced by various environmental systems surrounding an individual. These systems range from immediate, direct settings like family and school (microsystem) to broader societal and cultural contexts (macrosystem). The **Socio-Ecological Model (SEM)** builds upon this framework by exploring how individuals interact with dynamic social systems throughout their lives, highlighting the reciprocal relationship between personal and environmental factors. At its core, it suggests that individual behavior is shaped by a complex network of influences – spanning intrapersonal, interpersonal, institutional, community, and public policy factors.

*Source:* Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*(7), 513–531. https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513

**empathic communication coding system (ECCS)** Term first introduced in: **Module 3 pg. 5**

A validated instrument developed by Carma Bylund and Gregory Makoul in 2002 to assess empathic communication in professional-client encounters. It identifies and categorizes client statements that

express emotions, progress, or challenges, and evaluates clinicians' responses to these empathic opportunities.

*Source:* Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician–patient encounter. *Patient Education and Counseling, 48*(3), 207-216. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00173-8

**empathy** Term first introduced in: **Module 3 pg. 4**

Understanding a person from their frame of reference rather than one's own, or vicariously experiencing that person's feelings, perceptions, and thoughts. Empathy does not, of itself, entail motivation to be of assistance, although it may turn into sympathy or personal distress, which may result in action. In psychotherapy, therapist empathy for the client can be a path to comprehension of the client's cognitions, affects, motivations, or behaviors.

*Source:* American Psychological Association, (n.d.). Empathy. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from https://dictionary.apa.org/empathy

**explanatory model (EM)** Term first introduced in: **Module 2 pg. 12**

In the explanatory model, clinicians ask the patient the questions -***What, Why, How,*** and ***Who*** to address cultural differences and consider how a person with a different cultural background understands and feels mental health challenges while maintaining a common purpose: therapy.

*Source:* Kirmayer, L.J. and Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: social context and explanatory models. In I.M. Salloum and J.E. Mezzich (Eds.), *Psychiatric diagnosis: Patterns and Prospects* (pp.29-37). New York: John Wiley & Sons.; Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture.* Berkeley, CA: University of California Press.

**functional adaptation** Term first introduced in: **Module 1 pg. 40**

The process through which individuals adjust to and manage the challenges posed by their new environment, particularly regarding psychological and social functioning. This adaptation includes learning how to navigate the host society's social norms, laws, and cultural practices, while maintaining the ability to cope with the stressors of migration.

*Source:* Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 108-123). Berlin: Psychiatrie Verlag.

**health** Term first introduced in: **Module 1 pg. 21**

A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

*Source:* World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization* (adopted 22 July 1946, entered into force 7 April 1948), 14 UNTS 185, Preamble.

**IASC MHPSS Intervention Pyramid** Term first introduced in: Module 3 pg. 45

A framework developed in 2007 by the Inter-Agency Standing Committee (IASC), a UN-established body for coordinating humanitarian response. It guides the provision of mental health and psychosocial support (MHPSS) in emergency settings through a tiered system of care. The pyramid consists of four levels of intervention: (1) basic services and security, (2) community and family supports, (3) focused, non-specialized supports, and (4) specialized services, including psychiatric care. It emphasizes starting with broad, population-level strategies and progressing to targeted, individual support for those with more severe mental health needs.

*Source:* Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Retrieved from https://interagencystandingcommittee.org/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007

**idioms of distress** Term first introduced in: Module 2 pg. 13

Specific expressions of psychological distress, which may not refer to specific symptoms or syndromes, but rather reflect a collective and shared understanding of personal distress.

*Source:* Von Lersner., U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe Verlag.

**interdisciplinary collaboration** Term first introduced in: Module 3 pg. 43

The cooperation of professionals from different disciplines to achieve common objectives, often in complex contexts like healthcare, humanitarian work, or research. This approach ensures the integration of diverse expertise, which enhances problem-solving, decision-making, and overall effectiveness in meeting the needs of individuals or communities.

*Interdisciplinary approach* is defined by the APA as a manner of dealing with psychological, medical, or other scientific questions in which individuals from different disciplines or professions collaborate to obtain a more thorough, detailed understanding of the nature of the questions and consequently develop more comprehensive answers. For example, an interdisciplinary approach to the treatment or rehabilitation of an individual who is ill, disabled, or experiencing distress or pain uses the talents and experiences of therapists from a number of appropriate medical and psychological specialties.

*Source:* American Psychological Association, (n.d.). Interdisciplinary approach. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, https://dictionary.apa.org/interdisciplinary-approach

**international statistical classification of diseases and related health problems (ICD-11)** Term first introduced in: Module 1 pg. 54

A standardized classification system (11th edition) developed by the World Health Organization (WHO) for coding diseases and health conditions. The purpose of the ICD is to permit the systematic recording

analysis, interpretation and comparison of mortality and morbidity data collected in different countries or areas and at different times. The ICD is used to translate diagnoses of diseases and other health problems from words into an alphanumeric code, which permits easy storage, retrieval, and analysis of the data. In practice, the ICD has become the international standard diagnostic classification for all general epidemiological and many health management purposes and is widely used across European contexts.

*Source:* World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). World Health Organization. https://icd.who.int/browse10/2016/en

**interpreter** Term first introduced in: **Module 3 pg. 29** (version for interpreters and cultural mediators) / **pg. 28** (version for other profiles)

A professional who is expected to convert oral communication from a source language (language/s of the country of origin of a migrant) to a target language (language of the host country) and vice versa to ensure appropriate communication between migrants and staff of public authorities in particular who do not speak the same language.

Note: The role of interpreters in asylum and migration procedures is expected to provide accurate and complete message transfer into the target language and vice versa preserving the content and intent of the source message without omission or distortion.

*Source:* European Commission. (2024, April 29). *EMN Asylum and Migration Glossary*. Directorate-General for Migration and Home Affairs https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary_en

**Intersectionality** Term first introduced in: **Module 2 pg. 23**

A concept first introduced by Professor Kimberlé Crenshaw in 1989, which acknowledges that individuals experience oppression and discrimination in distinct and complex ways due to the intersection of multiple social identities. For example, a middle-aged white woman from a disadvantaged background may face different forms of marginalization compared to a young Black woman from a privileged socioeconomic status or an older Hispanic man with a disability. Social identity is shaped by a variety of factors, such as gender, race, class, sexual orientation, age, physical ability, and mental health, all of which interact in ways that influence an individual's experiences.

*Source:* Mental Health Europe. (n.d.). *Intersectionality & mental health: Embracing diversity*. Retrieved April 13, 2025, from https://www.mentalhealtheurope.org/what-we-do/intersectionality/

**involuntary dislocation** Term first introduced in: **Module 1 pg. 14**

A concept first introduced by Professor Renos K. Papadopoulos which refers to two distinct but interrelated facets or *moments* of dislocation: (a) the experience in which a person, family, or community no longer feels 'at home' in their own home – this represents a specific form of dislocation, a loss of the sense of belonging within one's own environment; and (b) the subsequent movement away (primarily

physical and geographical, but also psychological, cultural, and social) from the space that has lost its feeling of home.

*Source:* Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation. Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development* (p. 39). London: Routledge.

**language barriers** Term first introduced in: **Module 3 pg. 28**

The challenges in communication that arise when individuals or groups do not share a common language or have limited proficiency in each other's language. These barriers can impede access to essential services, including healthcare, education, and social support, leading to misunderstandings, reduced quality of care, and social exclusion.

*Source:* European Commission. (2024). *The language barrier: the invisible yet critical cross-border obstacle.* Retrieved April 13, 2025, from https://futurium.ec.europa.eu/en/border-focal-point-network/library/language-barrier-invisible-yet-critical-cross-border-obstacle

**mental disorder** Term first introduced in: **Module 1 pg. 55**

A clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotional regulation, or behavior. It is usually associated with distress or impairment in important areas of functioning. Mental disorders may also be referred to as mental health conditions. The latter is a broader term covering mental disorders, psychosocial disabilities, and (other) mental states associated with significant distress, impairment in functioning, or risk of self-harm.

*Source:* World Health Organization (2022). *Mental disorders – key facts*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

**mental health** Term first introduced in: **Module 1 pg. 4**

A state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community.

*Source:* World Health Organization. (2022, June 17). *Mental health – strengthening our response*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

**mental health inequities** Term first introduced in: **Module 1 pg. 17**

The unequal distribution of opportunities for individuals to lead a flourishing life and enjoy good health, both between and within societies. These disparities are influenced by factors such as socioeconomic status, access to healthcare, and social determinants of health.

*Source:* World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health.* WHO Document WHO-IER-CSDH-08.1. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1

**mental health and psychosocial support (MHPSS)** Term first introduced in: **Module 1 pg. 6**

A term used to describe any type of local or outside support that aims to protect or promote psychosocial well-being and/or prevent or treat mental disorders. The term 'psychosocial' denotes the inter-connection between psychological and social processes and the fact that each continually interacts with and influences the other.

*Source:* Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2010). IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?*

**migrant** Term first introduced in: **Module 1 pg. 9**

An umbrella term, not defined under international law, reflecting the common lay understanding of a person who moves away from their place of usual residence, whether within a country or across an international border, temporarily or permanently, and for a variety of reasons. The term includes a number of well-defined legal categories of people, such as migrant workers; persons whose particular types of movements are legally defined, such as smuggled migrants; as well as those whose status or means of movement are not specifically defined under international law, such as international students.

*Note:* At the international level, no universally accepted definition for "migrant" exists. The present definition was developed by IOM for its own purposes and it is not meant to imply or create any new legal category.

*Source:* International Organization for Migration. (2019). *International migration law no. 34: Glossary on migration*. International Organization for Migration. https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration

**migration** Term first introduced in: **Module 1 pg. 9**

The movement of persons away from their place of usual residence, either across an international border or within a State.

*Source:* International Organization for Migration. (2019). *International migration law no. 34: Glossary on migration*. International Organization for Migration. https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration

**migratory mourning** Term first introduced in: **Module 1 pg. 46**

The psychological and emotional challenges migrants face during the process of migration. Inspired by the mythical journey of the Greek hero Odysseus (Ulysses), this model may help field workers identify specific areas in migrants' lives that need special attention to promote resilience and prevent severe mental health challenges.

*Source:* Achotegui, J. (2022). Immigrants living extreme migratory grief: The Ulysses syndrome. *International Journal of Family & Community Medicine, 6*(6), 303–305. https://doi.org/10.15406/ijfcm.2022.06.00295

**nonverbal communication** Term first introduced in: **Module 3 pg. 7**

The act of conveying information without the use of words. Nonverbal communication occurs through facial expressions, gestures, body language, tone of voice, and other physical indications of mood, attitude, approbation, and so forth, some of which may require knowledge of the culture or subculture to understand.

*Source:* American Psychological Association, (n.d.). Nonverbal communication. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from https://dictionary.apa.org/nonverbal-communication

**non-violent communication (NVC)** Term first introduced in: **Module 3 pg. 11**

A communication process developed by American psychologist and mediator, Marshall B. Rosenberg, designed to resolve conflicts through compassion and understanding. It focuses on creating meaningful connections by fostering empathy, expressing needs, and finding mutually beneficial solutions that address the needs of all parties.

*Source:* Center for Nonviolent Communication. (n.d.). *What is Nonviolent Communication (NVC)?* Retrieved April 11, 2025, from https://www.cnvc.org/learn/what-is-nvc

**oversimplification** Term first introduced in: **Module 2 pg. 18**

A process of describing or explaining something in a way that excludes essential details or complexity, resulting in a misleading or inaccurate understanding of the issue. It often occurs when nuanced problems are reduced to simple statements or solutions that do not reflect their true nature.

*Source:* Cambridge English Dictionary. (n.d.). *Oversimplification*. Retrieved April 11, 2025, from https://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/oversimplification

**post-traumatic growth** Term first introduced in: **Module 1 pg. 31**

The positive psychological changes that can occur as individuals struggle with and process highly challenging life events. Among migrants and refugees, it involves a reflective meaning-making process through which individuals reinterpret their traumatic experiences, often leading to strengthened relationships, a deeper appreciation of life, personal resilience, new possibilities, and spiritual or existential growth. This transformation is not the absence of distress but rather a parallel process, where growth arises through the struggle – not despite it.

*Source:* Chan, K. J., Young, M. Y., & Sharif, N. (2016). Well-being after trauma: A review of posttraumatic growth among refugees. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne,* 57(4), 291–299. https://doi.org/10.1037/cap0000065

**psychosocial well-being** Term first introduced in: **Module 1 pg. 6**

The interplay between individual psychological processes (such as emotions, thoughts, and behaviors) and the broader social environment, including relationships, community, culture, and societal conditions. It

captures how people function emotionally and socially, and how external factors such as displacement, discrimination, or support systems influence their mental health and overall quality of life.

*Source:* Eiroa-Orosa, F. J. (2020). Understanding psychosocial wellbeing in the context of complex and multidimensional problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(16), 5937. https://doi.org/10.3390/ijerph17165937

**reflective practice** Term first introduced in: **Module 3 pg. 10**

A process through which professionals critically examine and learn from their experiences to deepen understanding, particularly in complex situations. It fosters continuous professional development and improves clinical decision-making through self-awareness and contextual insight.

*Source:* Prosser, M., Stephenson, T., Mathur, J., Enayati, H., Kadie, A., Abdi, M. M., Handuleh, J. I. M., & Keynejad, R. C. (2021). Reflective practice and transcultural psychiatry peer e-learning between Somaliland and the UK: A qualitative evaluation. *BMC Medical Education, 21*, 58. https://doi.org/10.1186/s12909-020-02465-y

**refugee** Term first introduced in: **Module 1 pg. 13**

Under international law, the United Nations Convention on the Status of Refugees, 1951, defines a refugee as a person who 'owing to a well-founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion is outside the country of his nationality and is unable, or owing to such fear, is unwilling to avail himself of the protection of that country; or who, not having a nationality and being outside the country of his former habitual residence, as a result of such events, is unable to or, owing to such fear, is unwilling to return to it' (Article 1 (A)(2)).

*Source:* United Nations High Commissioner for Refugees. (2011). *Handbook and guidelines on procedures and criteria for determining refugee status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the status of refugees* (HCR/1P/4/ENG/Rev. 3). https://www.unhcr.org/publications/legal/handbook-and-guidelines-procedures-and-criteria-determining-refugee-status

A person who, owing to a well-founded fear of persecution for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion, is outside the country of his nationality and is unable or, owing to such fear, is unwilling to avail himself of the protection of that country; or who, not having a nationality and being outside the country of his former habitual residence as a result of such events, is unable or, owing to such fear, is unwilling to return to it.

*Source:* United Nations. (1951). *Convention relating to the status of refugees* (adopted 28 July 1951, entered into force 22 April 1954), 189 U.N.T.S. 137, Article 1A(2). https://www.unhcr.org/3b66c2aa10

**resilience** Term first introduced in: **Module 1 pg. 30**

In the context of humanitarian, development, peacebuilding, and security policies and operations, the ability of individuals, households, communities, cities, institutions, systems, and societies to prevent, resist, absorb,

adapt, respond and recover positively, efficiently, and effectively when faced with a wide range of risks, while maintaining an acceptable level of functioning and without compromising long-term prospects for sustainable development, peace and security, human rights, and well-being for all.

*Source:* United Nations Development Group, & Inter-Agency Standing Committee. (2015). *Joint letter from UNDG and IASC chairs on guiding principles on advancing resilience* (p.3). https://interagencystandingcommittee.org/system/files/undg-iasc_joint_letter_on_resilience_final.pdf

**risk and protective factors** Term first introduced in: Module 1 pg. 29

The multiple individual, social, and structural determinants throughout our lives that may combine to protect or undermine our mental health and shift our position on the mental health continuum.

*Source:* World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

**social determinants of health** Term first introduced in: Module 1 pg. 18

The conditions in which people are born, grow, live, work and age and are mostly responsible for health inequities – the unfair and avoidable differences in health status seen within and between countries.

*Source:* World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1

**stigma** Term first introduced in: Module 2 pg. 7

The negative attitudes and beliefs directed toward individuals or groups based on certain characteristics, such as mental health conditions. It can manifest in several forms, including **s**elf-stigma (internalized negative beliefs), help-seeking stigma (fear of seeking help due to perceived judgment), associative stigma (stigma associated with being connected to a stigmatized individual), public stigma (societal prejudices and discrimination), and anticipated stigma (fear or expectation of being stigmatized).

*Source:* Crowe, A., Averett, P., Glass, J. S., Dotson-Blake, K. P., Grissom, S. E., Ficken, D. K., & Holmes, J. (2016). Mental health stigma: Personal and cultural impacts on attitudes. *Journal of Counselor Practice, 7*(2), 97–119. https://doi.org/10.22229/spc801925

**stress** Term first introduced in: Module 4 pg. 6

The physiological or psychological response to internal or external stressors. It involves changes affecting nearly every system of the body, influencing how people feel and behave. For example, it may be manifested by palpitations, sweating, dry mouth, shortness of breath, fidgeting, accelerated speech, and the intensification of negative emotions, especially if already present. While stress is often seen in a negative light, optimal levels of stress (also known as 'eustress') can enhance performance and motivation, helping individuals manage challenges effectively. However, severe stress is characterized by the General

Adaptation Syndrome (GAS), a three-stage process that describes the body's reaction to stress over time: the alarm stage (the initial "fight or flight" response), the resistance stage (where the body adapts but remains on alert), and the exhaustion stage (where prolonged stress depletes the body's resources, leading to burnout). These mind–body changes contribute to psychological and physiological disorders, negatively impacting both mental and physical health, and reducing overall quality of life.

*Source:* American Psychological Association, (n.d.). Stress. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from https://dictionary.apa.org/stress

**stressor(s)** Term first introduced in: Module 4 pg. 5

Any event, force, or condition that results in physical or emotional stress. Stressors may be internal or external forces that require adjustment or coping strategies on the part of the affected individual.

*Source:* American Psychological Association, (n.d.). Stressor. *APA Dictionary.* Retrieved April 11, 2025, from https://dictionary.apa.org/stressor

**structural competence** Term first introduced in: Module 3 pg. 22

The trained ability to discern how a host of issues defined clinically as symptoms, attitudes, or diseases (e.g., depression, hypertension, obesity, smoking, medication "non-compliance," trauma, psychosis) also represent the downstream implications of a number of upstream decisions about such matters as health care and food delivery systems, zoning laws, urban and rural infrastructures, medicalization, or even about the very definitions of illness and health.

*Source:* Wang E. E. (2019). Structural Competency: What Is It, Why Do We Need It, and What Does the Structurally Competent Emergency Physician Look Like?. AEM education and training, 4(Suppl 1), S140–S142. https://doi.org/10.1002/aet2.10415

**translator** Term first introduced in: Module 3 pg. 30

A professional who converts written text from one language into another, ensuring that the meaning, context, style, and tone are accurately preserved. This process involves not only linguistic skills but also cultural understanding to convey nuances appropriately.

*Source:* Translators without Borders. (n.d.). *Field guide to humanitarian interpreting & cultural mediation.* Retrieved April 10, 2025, from https://translatorswithoutborders.org/wp-content/uploads/2017/04/Guide-to-Humanitarian-Interpreting-and-Cultural-Mediation-English-1.pdf

**unaccompanied and separated children (UASC)** Term first introduced in: Module 3 pg. 50

Children, as defined in Article 1 of the Convention on the Right of the Child, who have been separated from both parents and other relatives and are not being cared for by an adult who, by law or custom, is responsible for doing so.

*Note:* In the context of migration, children separated from both parents or other caregivers are generally referred to as unaccompanied migrant children (UMC).

*Source:* United Nations Committee on the Rights of the Child. (2005). *General comment No. 6: Treatment of unaccompanied and separated children outside their country of origin* (CRC/GC/2005/6, para. 7). United Nations. https://www.unhcr.org/media/convention-rights-child-general-comment-no-6-2005-treatment-unaccompanied-and-separated

Co-funded by the European Union

**Funded by the European Union.**

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

CC BY NC

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC-BY-NC 4.0).