

Artículo Original

# Quiebra psicológica y conducta autolítica en los movimientos migratorios forzados

Ricardo Angora Cañego

Psiquiatra, voluntario de Médicos del Mundo; ricardo.angora@medicosdelmundo.org; ORCID id: <https://orcid.org/0000-0002-2951-2734>

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2020.5.S1.183>

Recibido: 27/01/2020; Aceptado: 06/02/2020; Publicado: 14/02/2020

---

**Resumen:** Los movimientos de población forzada se han incrementado notablemente en los últimos años. Quienes forman parte de ellos pueden llegar a sufrir estrés, trauma y realizar conductas autolíticas durante las rutas de desplazamiento. En este artículo se describe el modelo de atención en salud mental y apoyo psicosocial a estas personas por parte de los equipos de Médicos del Mundo en el terreno. Se pretende proporcionar una respuesta precoz para evitar la cronificación de estos procesos derivados de la quiebra psicológica.

**Palabras Clave:** Desplazamiento forzado, Salud mental, Apoyo psicosocial, Trauma psicológico, Conducta autolítica, Contexto humanitario.

**Abstract:** Forced population movements have increased markedly in recent years. Those who are part of them can suffer stress, trauma and perform autolytic behavior during the routes of displacement. This article describes the model of mental health care and psychosocial support to these people by the World Medical teams in the field. It is intended to provide an early response to avoid the chronification of these processes derived from psychological bankruptcy.

**Key Words:** Forced displacement, Mental health, Psychosocial support, Psychological trauma, Autolytic behavior, Humanitarian context.

---

## 1. Introducción

Los movimientos forzados de población en el mundo suponen en la actualidad la cifra más alta tras lo acontecido durante la II Guerra Mundial. Según datos de ACNUR, en 2017 se contabilizaron 70,8 millones de personas entre desplazadas internas y refugiadas a lo largo de todo el planeta [1].

Las causas de estos desplazamientos forzosos de personas son múltiples [2]. Entre otras, se encuentran: la inestabilidad política derivada de instituciones gubernamentales no considerada ilegítimas, disputas étnicas y territoriales, acciones de grupos armados opuestos al Estado, lucha por el control de los recursos naturales o económicos, competencia por el liderazgo regional, injerencia de actores externos con intereses geopolíticos o geoeconómicos y el cambio climático que ya está alterando los recursos naturales en diversas regiones del planeta.

La mayoría de estas personas son desplazadas internas, 44,8 millones, mientras que 25,9 millones de personas abandonan su país en busca de un refugio seguro [1]. Estas personas que, en ocasiones, emprenden un largo viaje hacia otros destinos de acogida, sufren un gran impacto en su salud. Las peligrosas y duras condiciones de las rutas migratorias provocan gran sufrimiento mental como consecuencia del estrés y eventos traumáticos a los que se ven sometidos [3].

Gran parte de estas personas experimentan, temor, reacciones de estrés agudo, problemas de sueño, o duelo por la pérdida de seres queridos, solo un porcentaje moderado, en torno al 15%-20% llegan a presentar síntomas depresivos, ansiedad, duelo patológico, consumo de sustancias de abuso, conductas autolíticas o Trastorno de Estrés Postraumático [4].

La atención a estas personas comienza por la satisfacción de las necesidades básicas de refugio, alimentación, saneamiento y servicios de salud [5]. De manera complementaria es preciso dar respuesta a los problemas de salud mental originados por el desplazamiento. Esto supone un reto para los equipos de salud mental y apoyo psicosocial de las organizaciones humanitarias, ya que estas personas se encuentran en tránsito hacia lugares seguros en lejanos países de acogida.

Se plantea en este artículo proporcionar directrices para una intervención de salud mental y apoyo psicosocial, particularmente al trauma y conducta autolítica en estas poblaciones en tránsito, en un corto periodo de tiempo.

## 2. Metodología

Se trata de un estudio cualitativo que recopila las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial llevadas a cabo por los equipos de Médicos del Mundo (MdM) con personas en situación de desplazamiento forzado a lo largo de diferentes rutas migratorias.

El modelo de intervención está basado en experiencias previas de los equipos de MdM en contextos de crisis humanitarias. Se siguieron las recomendaciones de la guía IASC en Salud Mental y Apoyo Psicosocial [6].

La población objeto de intervención son personas en situación de desplazamiento forzado en tránsito por las islas de Grecia y personas refugiadas sirias en Jordania.

El equipo de Médicos del Mundo está compuesto por profesionales de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social. Un equipo plurinacional con experiencia de intervención de salud mental y psicosocial con personas refugiadas en diferentes contextos y con conocimientos técnicos en atención a casos de trauma y conducta autolítica [7].

Las intervenciones tenían lugar en instalaciones provisionales de salud en centros de acogida, así como circunstancialmente en otros emplazamientos en las áreas de refugio. Las acciones estaban coordinadas con otras organizaciones humanitarias presentes en la zona, con ACNUR, IOM, y la red local de salud [7].

Se ha desarrollado una estrategia de seguimiento en la atención de estas personas a lo largo de más de 20 centros provisionales de atención que cuentan con equipos multidisciplinares de salud y apoyo social. Desde el primer punto de contacto se les proporciona folletos informativos sobre los puntos de atención sanitaria y social de Médicos del Mundo a lo largo de la ruta por la que se desplazan y los servicios a los que pueden tener acceso [7].

## 3. Resultados y Discusión sobre el Programa de intervención en salud mental y apoyo psicosocial de MdM

Se actúa trabajando la resiliencia de estas personas para conseguir a través de la reestructuración psicológica recuperar la funcionalidad. Esto les va a permitir llevar a cabo las necesarias actividades de funcionamiento personal, apoyo al núcleo familiar y contribución al grupo para proseguir la ruta por la que se desplazan.

Las intervenciones se llevan a cabo de forma proporcional en función del nivel de quiebra psicológica de las personas afectadas.

Las reacciones más comunes como temor, estrés, irritabilidad, trastornos del sueño eran autolimitadas sin que las personas solicitaran ayuda. Sin embargo, en los casos en que no se ponían en marcha estrategias de afrontamiento podía apreciarse descontrol emocional, fenómenos disociativos, retraimiento o aislamiento social, conductas regresivas o agresivas. En estos casos se proporcionaba Primera Ayuda Psicológica. En otros casos en los que se observaban reacciones desadaptativas como autolesiones o consumo abusivo de sustancias, se proporcionaba intervenciones de *counseling*.

También se realizaban intervenciones de psicoeducación grupal con las personas afectadas y sus familias, transmitiendo que las emociones que estaban experimentando, como labilidad emocional o enfado, eran reacciones normales ante un acontecimiento traumático como el vivido, y que estas reacciones irían disminuyendo de intensidad con el apoyo del entorno [8]. Se les proponía ocuparse en satisfacer sus necesidades básicas acudiendo a los servicios disponibles.

Aquellas personas que presentaban síntomas de Estrés Agudo como consecuencia de la violencia sufrida en sus países de origen asociada a la vivencia de situaciones estresantes durante la traumática ruta de desplazamiento eran habitualmente detectadas por los equipos sanitarios o eran referidos al equipo de salud mental y apoyo psicosocial por otros actores humanitarios en el terreno. En estos casos no era preciso prescribir medicación para tratar los síntomas del Estrés Agudo que sufrían. El tratamiento incluía actividades de psicoeducación acerca de reacciones normales al estrés, técnicas para disminuir la activación (ejercicios de respiración y relajación muscular) y actividades de autocuidado [9].

Quienes mostraban inquietud, tensión o irritabilidad, que conllevaba sufrimiento emocional o incapacidad para el normal funcionamiento, se les ofrecía un abordaje global clínico y psicosocial. Este incluía técnicas cognitivo-conductuales con el objetivo de prevenir el desarrollo de un posterior trastorno de estrés postraumático.

Las personas con conductas autolíticas eran objeto de intervención en crisis. Posteriormente se procedía a evaluar la ideación autolítica e intencionalidad, así como factores riesgo y protección. Se valoraba posible psicopatología, aspectos de vulnerabilidad psicológica y situación psicosocial. Se les recomendaba no aislarse y buscar la compañía de familiares y amigos, aceptar su apoyo y expresar junto a ellos las emociones sentidas, lo que podría ayudarles a controlar los sentimientos de desesperanza y pensamientos autolíticos. Se procedía a movilizar al entorno cercano de la persona con el objeto de fomentar el apoyo emocional y soporte básico. Se realizaba intervención de psicoterapia breve centrada en resolución de problemas y se hacía seguimiento del caso para prevenir la repetición de tentativas [10].

En los casos que presentaban síntomas de ansiedad, trastornos de pánico, episodios disociativos, somatizaciones o clínica depresiva, y especialmente, cuando estos síntomas les provocaban gran sufrimiento o marcadas limitaciones en su funcionamiento afectando a la capacidad de cuidarse a sí mismos o a sus familias, siendo incapaces de continuar la ruta de desplazamiento, se proporcionaba atención psicológica junto a tratamiento farmacológico. En estos casos se informaba a la familia de la persona para que pudieran comprender el estado de la persona y las alteraciones de su comportamiento, para proporcionar un apoyo valioso. Estas personas permanecían siendo atendidas hasta recuperar la capacidad de autocuidado y la funcionalidad para poder continuar la ruta hasta los países de destino.

En los casos de personas con Trastornos de Salud Mental previos, en muchas ocasiones presentaban síntomas de intensificación o descompensación. Se proporcionaba el tratamiento adecuado según la lista básica de medicación psicótropa de la OMS junto a atención psicosocial y psicoeducación de familiares y acompañantes para el cuidado y la protección.

A todas las personas atendidas por el equipo psicosocial de Médicos del Mundo se les hacían indicaciones para descansar, cumplir las horas de sueño, alimentarse y practicar ejercicio moderado para recuperar el estado físico previo. Además, se les animaba a implicarse en tareas grupales tan pronto como se encontrasen con ánimos para ello.

Finalizada la atención por parte del equipo de MdM, se proporcionaba a las personas atendidas un documento conciso donde figuran los datos básicos de la atención realizada para favorecer la continuidad de la atención a lo largo de la ruta y a la llegada al país de destino.

#### **4. Conclusiones**

El incremento del desplazamiento forzado de personas en busca de países de refugio se está caracterizando por cinco factores que es preciso considerar. Se producen desplazamientos masivos, estos son rápidos a lo largo de las diferentes rutas, son gestionados por bandas organizadas que extorsionan a estas personas, sufren manifiestos peligros y amenazas durante la ruta, y experimentan la diferencia cultural por los diferentes países por los que transitan. Estos factores suponen un reto para proporcionar atención en salud mental y apoyo psicosocial de forma apropiada.

Entre todas las demandas atendidas y las intervenciones llevadas a cabo, destaca la atención a dos grupos particulares de personas necesitadas de ayuda en su salud mental y apoyo psicosocial.

En primer lugar, la gran cantidad de personas que han sido objeto violencia atroz en sus países de origen con un alto impacto traumático en su estructura psicológica. Estas personas han seguido estando expuestas a la violencia durante el éxodo incrementando el trauma previamente sufrido. En segundo lugar, quienes realizan conductas autolíticas como una desadaptativa forma de escape al sufrimiento psicológico. Ambos casos suponen un gran reto para los equipos de salud mental y apoyo psicosocial de las organizaciones humanitarias.

En estos dos grupos, se conocen los graves efectos inmediatos en las emociones, cogniciones, conducta y funcionamiento, pero no conocemos suficientemente los afectos a medio y largo plazo en la salud mental de estas personas. La experiencia del equipo de Médicos del Mundo en el terreno es la de recomendar intervenciones de diferente nivel, pero precoces para evitar la cronificación de los síntomas derivados del trauma y la repetición de tentativas autolíticas.

Quienes se encuentran limitados en su funcionalidad, la recomendación es la de permanecer en alojamientos apropiados acompañados por su familia o acompañantes. A estas personas se les debe proporcionar atención de salud mental y psicosocial hasta la recuperación funcional que le permita continuar a través de rutas altamente exigentes. En los casos graves se deben tramitar los procedimientos de acogida en los países de destino con rapidez y facilitar un transporte seguro y rápido.

### Referencias Bibliográficas

1. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2019). Global Trends Report. Geneva Switzerland. <http://www.unhcr.org/statistics>
2. International Organization for Migration (IOM) (2020). World Migration Report 2020. ISBN 978-92-9068-789-4. Geneva Switzerland. [www.iom.int](http://www.iom.int)
3. Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J. y Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 611. doi:10.1001/jama.288.5.611.
4. The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2007). Emergency Mental Health and Psychosocial Support. Public Health Guide in Emergencies. Geneva, Switzerland.
5. Sphere Handbook 2018 Edition. Sphere Association. ISBN 978-1-908176-707 PDF. Geneva, Switzerland.
6. Inter-Agency Standing Committee (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva, Switzerland.
7. Médecins du Monde (MDM). International Network 2016 Observatory Report. Paris. France. 2016. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications>
8. Inter-Agency Standing Committee (2015). Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum-seekers and Migrants on the Move in Europe. A Multi-agency Guidance. IASC. Geneva, Switzerland.
9. World Health Organization, War trauma Foundation y World Vision International (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva, Switzerland
10. Daigle MS, Pouliot L, Chagnon F, Greenfield B, Mishara B. Suicide attempts: prevention of repetition. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatry*. October 2011;56(10):621-9.



© 2020 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.