



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

**Problemas en la salud
mental en menores de
edad refugiados**

Alumno/a: Luisa María Montávez Justicia
Tutor/a: Mónica Hernández López
Dpto.: Psicología

Junio, 2020

Índice

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 La migración internacional	4
1.2 La migración forzada	5
1.3 Los refugiados	7
1.4 Justificación	10
2. METODOLOGÍA	10
3. RESULTADOS	12
3.1 Características demográficas	16
3.2 Factores de riesgo	17
3.3 Psicopatología y sintomatología clínica	17
3.4 Estrategias de afrontamiento	18
3.5 Intervención	19
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	19
5. REFERENCIAS	22

RESUMEN

La migración es un fenómeno social muy presente en nuestros días, siendo las migraciones forzosas las que ocupan un mayor tamaño a nivel mundial. Dentro de este tipo de migración, la población de refugiados ha aumentado considerablemente. A esto se le suma, la existencia de un elevado número de menores que huyen de situaciones de peligro, siendo más vulnerables aquellos que no están acompañados. La propia condición de refugiado, que trae consigo la exposición a todo tipo de situaciones, conlleva un aumento en la probabilidad de padecer trastornos mentales teniendo mayor incidencia el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y otros trastornos concomitantes como depresión o ansiedad. Este trabajo presenta una revisión sistemática de 10 estudios que evalúan el estado psicológico y la incidencia futura de posibles trastornos mentales en la población de menores refugiados, además de identificar aquellos factores que influyen en su salud mental.

PALABRAS CLAVE: Migración, Menores, Refugiados, Salud mental, TEPT.

ABSTRACT

Migration is a social phenomenon highly present in our days, where forced migrations occupy a large size throughout the world. Within this type of migration, the refugee population has increased considerably. Added to this, is the existence of a high number of minor refugees fleeing dangerous situations, those who are unaccompanied being more vulnerable. Refugee status itself, which brings exposure to all kinds of situations, leads to a greater probability of suffering from mental disorders, with a higher incidence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and other concomitant disorders such as depression or anxiety. This work presents a systematic review of 10 studies that assess the psychological state and future incidence of possible mental disorders in the population of refugee minors, in addition to identifying the factors that influence their mental health.

KEY WORDS: Migration, Minors, Refugees, Mental Health, PTSD.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La migración internacional

Actualmente, la migración internacional es un asunto que está en alza por su relevancia social, debido a su aumento en los últimos años y a las repercusiones que tiene a nivel económico, político y social (ONU, 2019). Esto suscita cierta connotación negativa en algunos sectores de la población de destino. En ocasiones, esta connotación desencadena delitos de odio hacia esta población migrante. Por ejemplo, en España según los informes del Ministerio de Interior que se tienen sobre delitos de odio en el ámbito de racismo/xenofobia (desde el año 2013 hasta el 2018), la distribución de estos delitos, por orden ascendente de los años, han sido de 381 a 505 los tres primeros años y de 416 a 531 los tres últimos años (Ministerio del Interior, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018).

Antes de avanzar en el trabajo convendría aclarar algunos conceptos para facilitar su comprensión. El tema a tratar deriva del concepto de “migrante internacional” que es:

Cualquier persona que se encuentre fuera de un Estado del que sea ciudadano o nacional o, en el caso de las personas apátridas, de su Estado de nacimiento o residencia habitual. El término incluye a los migrantes que tienen la intención de trasladarse de forma permanente o temporal y tanto a los que se trasladan de manera regular o documentada como a los migrantes en situación irregular (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, ACNUDH, 2015, p.4).

Según la página oficial de la ONU en 2019, el número de migrantes internacionales alcanzó la cifra de 272 millones, 51 millones más que en 2010. Actualmente 1 de cada 30 personas en el mundo sería migrante internacional. Es interesante señalar que de entre los migrantes internacionales el 52% son varones y el 48% mujeres. Además, un 74% son personas en edad de trabajar, entre los 20 y 64 años de edad (Organización Internacional para las Migraciones, OIM, 2019).

Las razones que subyacen a la migración pueden ser no forzadas (búsqueda de mejores condiciones para la familia, por trabajo, estudios, vacaciones...) o forzadas (salvar sus vidas de guerras, desastres ambientales, persecuciones...). Estas últimas, en las que se centra el presente trabajo, engloban alrededor de 79.5 millones de personas. Estos migrantes se dividen en: 45.7 millones de desplazados internos (dentro de su país de origen), 26 millones de refugiados

internacionales (20.4 procedentes mayormente de Siria, Afganistán y Sudán del Sur y 5.6 millones de ascendencia palestina), 4.2 solicitantes de asilo y 3.6 venezolanos desplazados en el extranjero, según la Base de Datos Estadísticos a finales de 2019 del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2020).

1.2 La migración forzada

La migración internacional forzada se convierte en una tarea pendiente dentro del área de la salud mental en este siglo, pues todo el proceso migratorio origina cambios en el entorno del sujeto que puede desembocar en problemas psicológicos. Estas afecciones vienen determinadas por las situaciones vinculadas al ciclo migratorio que incluyen numerosos estresores que acaban desencadenando síntomas somáticos y físicos. Para comprender cuales son estas situaciones se exponen las fases de las migraciones forzadas, haciendo especial mención a las vivencias dentro de estas (OIM, 2019):

- **Fase previa a la migración:** Los sucesos ocurridos y la exposición ambiental, política y personal como los problemas derivados de situaciones adversas en el país de origen (violaciones de derechos humanos, crisis, conflictos prolongados...).
- **Fase del traslado:** La duración, las circunstancias y las condiciones del viaje, si el traslado es individual o colectivo y si ha existido violencia, explotación u otros abusos durante el mismo.
- **Fase de la llegada y la integración:** La exposición ambiental y política en el lugar de destino, los comportamientos de riesgo y las vulnerabilidades de los migrantes y sus familias (tendencias o actitudes discriminatorias, exclusión social, explotación...). Además de un proceso adaptativo marcado en muchos casos por el aprendizaje de un nuevo idioma y de los valores culturales del país de destino, proceso de aculturación. Siendo un factor importante la separación, el duelo y las tensiones propias del distanciamiento con su entorno.
- **Fase del retorno:** Según las situaciones de los migrantes habrá condiciones más o menos favorables en su retorno, así pues, los migrantes por situaciones forzadas o víctimas de trata son más vulnerables y traen consigo un gran deterioro físico y psicológico causado por el viaje migratorio además de la complicada situación que se vive en su país de origen, lo que le dificulta la posibilidad de retornar al mismo.

Las consecuencias derivadas de estas situaciones pueden dar lugar a diversos trastornos crónicos. Las más comunes, según la Organización Mundial de la Salud (OMS (1996), son: depresión, episodios psicóticos, trastornos mentales debidos a la psicosis a largo plazo, por situaciones vejatorias y aterradoras y derivados de daños físicos además de trastornos emocionales asociados a miedo y preocupación intensa y a sueño deficiente.

Algunos autores señalan la importancia de atender el duelo migratorio por su alta implicación en la salud mental del migrante. Esta es la respuesta natural y frecuente, al comenzar la migración, ante las tensiones y las pérdidas de vínculos establecidos en el país de origen (familia, amigos, cultura...) (Atxotegui, 2000). Dependiendo de si las condiciones externas son favorables o no, dará lugar a que se convierta en un duelo sano o un duelo patológico. En general, existen tres tipos de duelo referentes a las pérdidas personales:

1) El duelo simple se daría, por ejemplo, cuando emigra un adulto joven que no deja atrás ni hijos pequeños, ni padres enfermos, y puede visitar ó traer a los familiares. 2) el duelo complicado sería aquel en el que se emigra dejando atrás hijos pequeños y padres enfermos, pero es posible regresar, traerlos, ...y 3) el duelo extremo se daría cuando se emigra dejando atrás la familia, especialmente cuando quedan en el país de origen hijos pequeños y padres enfermos, pero no hay posibilidad de traerlos ni de regresar con ellos, ni de ayudarles. (Achotegui, 2008, p.16).

A este último se le ha denominado como Síndrome del Migrante o Síndrome de Ulises (término que recuerda a la odisea del héroe griego) pues presenta un cuadro de estrés múltiple y crónico (Achotegui, 2008). Este duelo comparte los estresores propios de la migración (el cambio de lengua, de cultura, de lugar...) pero prevalecen aquellos estresores relacionados con la soledad, la separación forzada de la familia, la desesperanza y el fracaso por no poder lograr los objetivos a cumplir durante el proceso migratorio (mercado trabajo, “los papeles” ...), la lucha por la supervivencia y la incertidumbre en el nuevo entorno.

El ciclo migratorio condiciona la salud mental del individuo que ha llevado a cabo un desplazamiento y más aún una migración forzada, sin embargo, el deterioro en la vida del sujeto también dependerá de aspectos colaterales como son el género, la edad, la situación económica, los factores genéticos, ambientales (como la educación y la crianza) ... haciéndolos más o menos vulnerables a estas situaciones adversas.

1.3 Los refugiados

Según la página oficial de ACNUR, un refugiado es toda persona que, debido a situaciones de violencia, conflicto, persecución u otras en su país de origen han decidido cruzar la frontera nacional para buscar seguridad y pedir protección internacional.

La situación de los refugiados es tan compleja y atañe a tantos ámbitos que, en ocasiones, la literatura científica no se pone de acuerdo en la explicación de esta. Sin embargo, hay un acuerdo general en la vulnerabilidad que presenta esta población, caracterizada por una serie de riesgos, estos son (OMS, 2018): la exposición a eventos traumáticos, la edad, no acompañamiento o apoyo, las malas condiciones socioeconómicas (desempleo o aislamiento), las preocupaciones recurrentes (proceso de duelo, la adaptación al nuevo entorno, exclusión social...), etc. En consonancia con lo anterior, los factores de riesgo desencadenan una mayor probabilidad de padecer ciertos trastornos mentales en los refugiados, más que en otros grupos de población migrante y local (entendida esta última como aquella perteneciente al país de reasentamiento). Entre los trastornos más comunes encontramos TEPT, depresión y ansiedad, llegando a ser incluso concomitantes. Las tasas en síntomas de TEPT y depresión son más probables en menores y mayor aún en aquellos no acompañados) (OMS, 2018).

De acuerdo con el informe de Organización Internacional para las Migraciones en 2019 el 52% de la población mundial de refugiados tenía menos de 18 años de edad (OIM,2019). “En general, la población de refugiados está constituida por personas mucho más jóvenes que la población de migrantes. Aunque la mayoría de los migrantes de todo el mundo son adultos, los niños representan hoy en día la mitad de todos los refugiados” (UNICEF, 2016, p.4).

Los menores refugiados a los que atiende esta revisión son aquellos en los que el rango de edad está comprendido entre la niñez temprana y la adolescencia, (pues no se ha encontrado evidencias en la recogida de datos en menores más pequeños). Estas etapas vienen determinadas por una serie de características comunes en los seres humanos. A continuación, se expone una breve síntesis de estas:

- **La niñez temprana (de los 2 a los 6 años):** determinada por la autosuficiencia del niño, a la hora de cuidar de sí mismo, la utilización del juego simbólico como representaciones mentales de su entorno basado en un pensamiento pre-lógico e intuitivo.

- **La niñez intermedia y tardía (de los 7 a los 12 años):** caracterizada por el aprendizaje de destrezas básicas de su entorno y por un pensamiento más flexible, organizado y lógico.
- **La adolescencia (de los 12 a los 18 años):** coincide con la maduración sexual, viene determinada por un pensamiento más abstracto e idealista y es fundamental la búsqueda de la identidad e independencia del individuo.

Dependiendo de la edad del menor refugiado se verán más afectadas unas facetas u otras características de estas etapas, lo que conllevará a una mayor o menor probabilidad en la aparición de diversas afecciones dentro de su salud mental.

Por otro lado, cabe mencionar el contexto migratorio que atraviesan estos menores para comprender las causas que subyacen al desarrollo de diversas patologías mentales. Este contexto se divide en tres etapas (Pacione, Measham y Rousseau, 2013):

1. **Previas a la migración, estando en el país de origen:** las experiencias de menores de la guerra antes de la migración son bastante variables, incluyendo violencia, suspensión de la escolarización, además de la separación de parte de su familia y de su grupo de pares. Algunos de estos menores están desprotegidos, sin embargo, otros experimentan múltiples formas de trauma. Pueden haber presenciado atrocidades de guerra, haber sido víctimas de intimidación o tortura y haber sido privados de agua y alimento. Esto repercute en la interrupción del sentido de adhesión que existe entre el menor y su hogar, su entorno y su autorreferencia.
2. **Migración a un nuevo país de destino:** las experiencias durante la migración de los menores pueden ser también traumáticas, siendo relevantes aquellas situaciones en las que se incluyen la separación de los cuidadores, la mala nutrición, la exposición a duras condiciones de vida (entre ellas la violencia) y la incertidumbre propia sobre el futuro. Los menores que han estado expuestos a estos eventos, tienen mayor probabilidad de desarrollar psicopatologías, aunque algunos pueden presentar cierta capacidad de resiliencia.
3. **Posteriores a la migración, durante el reasentamiento:** incluyen estrés relacionado a la adaptación ya sea acompañados o no, al nuevo entorno, aculturación, dificultades con la educación en un nuevo idioma, además de cambios étnicos y en la identidad religiosa; también pueden producirse conflictos entre las generaciones dentro de la familia; y un último factor de riesgo tendrá que ver con las experiencias de discriminación y exclusión social. Para aquellos menores refugiados que no pueden solicitar asilo en países de altos

ingresos, permanecen en campos de refugiados arriesgando su salud física y psíquica ante la posibilidad de contagio de enfermedades infecciosas, desnutrición, exposición a violencia y agresión sexual, la situación es más grave aún en los menores no acompañados.

La propia experiencia que tienen los menores refugiados es diferente a la que experimentan los adultos, debido a su posición física y social dependiente, presentando mayor vulnerabilidad vinculada a su edad y a la continua respuesta fisiológica de estrés en su adaptación causando un mayor riesgo de padecer trastornos mentales, deficiencias cognitivas y mala regulación emocional que pueden extenderse durante sus vidas (como se cita en Berger, 2016, p. 237). Los factores más importantes que presentan una alta vulnerabilidad en estas edades son:

- Las grandes carencias afectivas presentadas (ya sea por abandono, no acompañamiento o cuya causa es que los familiares sólo se pueden centrar en cubrir sus necesidades básicas) y la adquisición de nuevos roles que suponen una gran carga de ansiedad y de angustia ante el hecho de “madurar” demasiado pronto, reprimiendo así sus emociones (Díaz, 2017).
- La acumulación tan temprana de pérdidas o duelos, de forma rápida y continua en muchos casos, el abandono por sus familiares ante la imposibilidad de hacerse cargo de ellos además del alto riesgo de sufrir maltrato infantil y abuso físico y/o sexual, siendo la etapa de la pubertad el momento más proclive para que se produzca (Berger, 2016). Cabe mencionar la alta exposición a violencia sexual que se producen en los campos de refugiados (Fegert et al., 2018).
- Las dificultades de acceso a la educación formal tanto en sus países de origen como durante y posterior a la migración. Esto es clave en el desarrollo de las distintas habilidades sociales (comunicación, empatía, asertividad, relación entre iguales...) así como en la adquisición de nuevos conocimientos. (Díaz, 2017).
- El no acompañamiento de estos menores es cada vez mayor, se registró en 80 países entre 2015 y 2016 por lo menos a 300.000 niños no acompañados o separados, siendo cinco veces más de los que se registraron en 2010 y 2011 que fueron 66.000 (UNICEF, 2017) y en 2019 fue mayor aun contabilizándose 400.000 solicitudes de asilo en este grupo de menores (ACNUR, 2020). A parte de la vulnerabilidad resultante de la condición de desamparo, los factores endógenos (si presenta alguna diversidad funcional) y exógenos (experiencias vividas) producen una dificultad añadida en su salud mental. De acuerdo con el informe de la Organización Mundial de la Salud, los principales problemas que presentan este grupo están asociados con la exposición a la violencia y el estrés migratorio, lo que conlleva a que

presenten Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), depresión y ansiedad (OMS, 2018). Los menores no acompañados son una población de riesgo mayor que los menores acompañados, ya que pueden presenciar y sufrir más eventos traumáticos, como los relacionados con violencia, abuso físico y sexual, pérdida de un pariente cercano o cuidador, con mayor probabilidad de padecer estos trastornos entre otros deterioros.

1.4 Justificación

Tanto las características personales como el proceso migratorio determinan la mayor o menor adaptabilidad al entorno. El proceso migratorio puede suponer una fuente de resiliencia, fortaleciendo así el desarrollo de la propia persona, sin embargo, puede crear sentimiento de pérdida de la propia identidad (social, religiosa y cultural), dificultando aún más la adaptación y desencadenando barreras en el desarrollo cognitivo, social y emocional.

La idea del presente trabajo surge del propio interés personal por ahondar en los problemas psicológicos que sufre la población refugiada, poniendo el foco los menores refugiados. El riesgo de los menores a la hora de presentar afectaciones cognitivas, sociales y emocionales es mayor que en los adultos refugiados, con mayor probabilidad de desencadenar patologías mentales tempranas, múltiples y crónicas derivadas de las experiencias previas a la salida de sus países de origen, así como en el desplazamiento y en el reasentamiento.

La protección de los derechos de este colectivo, tal y como viene expresado en la Convención de los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989 (UNICEF, 2006), ha guiado este trabajo cuya finalidad es comprender los problemas psicológicos y mentales de esta población. Se plantean además otros objetivos secundarios, como desarrollar el pensamiento crítico y la sensibilización sobre este tema, incidir en la necesidad de llevar a cabo más estudios en este campo y, por ende, realizar intervenciones más efectivas para minimizar la vulnerabilidad de esta población.

2. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se recurrió al uso de las bases de datos PSYCINFO, PubMed, Scopus, Google Académico y otras fuentes adicionales (referencias de artículos presentados en revisiones sistemáticas). La búsqueda se centró en aquellos artículos

referentes a los problemas en la salud mental de los menores refugiados. Se utilizaron las palabras clave: “mental health problems”, “psychological disorders”, “in minoors refugees”, “childhood”, “adolescence”, “problemas en la salud mental”, “problemas psicológicos” y “menores refugiados” utilizando el conector de búsqueda AND. Se tuvieron en cuenta los trabajos referidos tanto a los menores acompañados como a los no acompañados, sin distinción de género.

Como criterios de inclusión se incluyeron los siguientes:

- a) Fecha de publicación posterior al año 2005.
- b) Estudios en castellano e inglés.
- c) La edad de la población debía estar comprendida entre el segundo año de nacimiento y el inicio de la edad adulta (hasta los 18 años).

En cuanto al proceso de selección, tal y como se puede ver en la Figura 1, se hizo una búsqueda concreta en las distintas fuentes. Además, se extrajeron más estudios de fuentes secundarias, cuyo tema principal se ajustara a estudiar o investigar los problemas psicológicos o mentales en niños y adolescentes refugiados.

Se procedió a seleccionar aquellos artículos que cumplieran con los criterios establecidos anteriormente, acotando así más la búsqueda. También se suprimieron los que estaban duplicados. Se eliminaron los estudios que, tras leer los títulos, los resúmenes y, posteriormente, la investigación completa, no se adecuaban al objetivo principal de este trabajo, es decir, aquellos que no concretaban sobre los problemas en la salud mental o deterioros psicológicos en menores refugiados. Del mismo modo, no se escogieron los que eran únicamente revisiones de otros estudios, aunque sí se encontraron artículos útiles que, tras eliminar los duplicados (entre los de las bases de datos y los de estas fuentes), se utilizaron.

Posterior a la realización de esta revisión se seleccionaron 10 artículos escritos en inglés que cumplían todos los criterios establecidos y, en consecuencia, constituyen el tema principal de este trabajo.

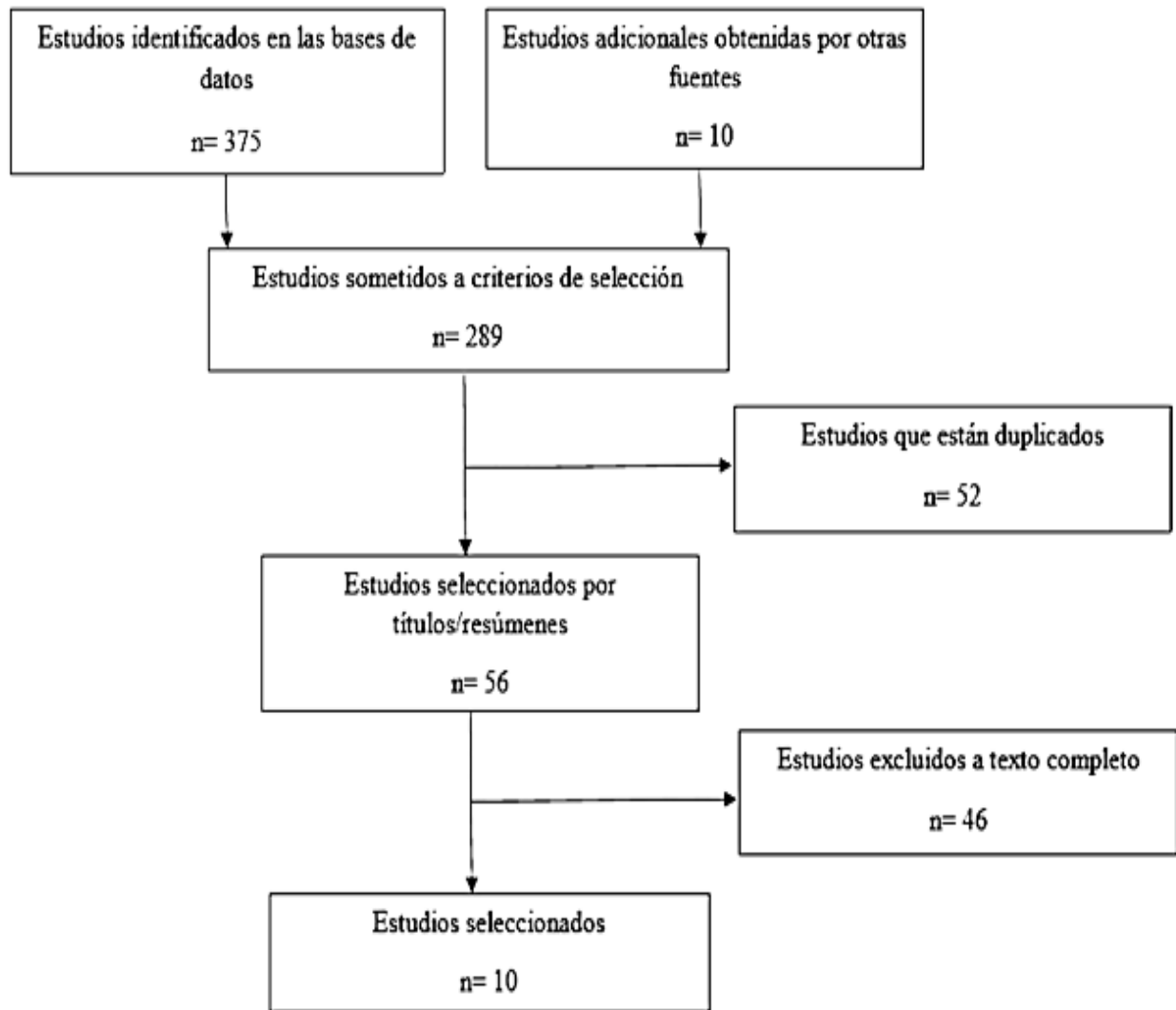


Figura 1: Diagrama de flujo de la revisión sistemática

3. RESULTADOS

A continuación, se expone la Tabla 1, por orden alfabético, en la que se hace una breve síntesis de los estudios escogidos. En este extracto aparecen los siguientes datos: número de sus y variables sociodemográficas de esta (rango de edad y género), instrumentos utilizados en la evaluación y resultados obtenidos en la investigación.

En la nota a pie de tabla aparecen todos los instrumentos utilizados con sus siglas en inglés y el nombre completo, traducido al castellano.

Tabla 1*Síntesis de los estudios elegidos*

ESTUDIO	MUESTRA	MEDIDAS	RESULTADOS
Alsayed y Wildes (2018)	N=41 Rango de edad: 9-15 años Género: no definido	1- SDQ	- Los menores sirios se ven más afectados por problemas emocionales y problemas de conducta que los menores locales turcos. - Los menores sirios presentan mayores dificultades psicológicas, casi el doble, que los menores locales estadounidenses.
Betancourt et al. (2012)	N=60 Rango de edad: 3-18 años Género: 51.7% masculino y 48.3% femenino	1- Entrevista clínica 2-THP 3- UCLA PTSD-RI	- Altas tasas de: 30.36% TEPT, 26.79% ansiedad generalizada, 26.79% somatización, 21.43% dolor crónico y 21.43% problemas de conducta generales. - Otros trastornos probables: 39.29% depresión, 37.5% de disociación, 23.21% de separación y 19.64% trastornos del sueño.
Derluym et al. (2009)	N=124 Rango de edad: 11-18 años Género: 64.2% masculino y 35.8% femenino	1- HSCL-37A 2- SLE 3- RATS	- El 45% ansiedad, el 46.6% depresión y el 58.1% TEPT. - Las chicas presentan más problemas emocionales y con puntuaciones más altas en ansiedad y depresión. - Los menores no acompañados presentaron mayor número de eventos traumáticos que los acompañados. - Los menores que conviven con ambos padres sufren menos eventos traumáticos que los que viven con un progenitor (más eventos traumáticos con el padre que con la madre).

Huemer et al. (2011)	N=41 Rango de edad: 15-18 años Género: 85.4% masculino y 14.7% femenino	1- Cuestionario sociodemográfico 2- M.I.N.I. Kid 3- YSR 4- UCLA PTSD-RI	- 56% de los niños jóvenes tenía un diagnóstico clínico y 15% de los adolescentes cumplió más de un diagnóstico. - Trastornos más frecuentes: 22% de adaptación, 19.5% TEPT y 14.6 % distimia. - Valores más bajos de satisfacción con la vida.
Jensen et al. (2014)	N=75 Edad media de 16,5 años Género: 83% masculino y 17% femenino	1- CPSS 2- SLE 3- HSCL-37A	- En la primera medición se obtiene: 62.6% en TEPT, 21.3% en ansiedad y depresión, y 0% en ideación suicida. - En la segunda evaluación: 52% en TEPT, 26.6% en ansiedad y depresión, y 10.7% en ideación suicida.
Smid et al. (2011)	N=554 Rango de edad: 12-18 años Género: 75% masculino y 25% femenino	1- Cuestionario sociodemográfico 2- HSCL-37A 3- RATS	- El 40% de los menores en la primera evaluación y el 41% en la segunda evaluación cumplieron los criterios para TEPT tardío. - Los menores más pequeños tenían más posibilidades de tener un TEPT tardío. - El 59% cumplieron con dos criterios y el 28% cumplieron uno para TEPT tardío. - Existía una tendencia donde las niñas eran más propensas a pertenecer al grupo de inicio tardío de TEPT que al de sin TEPT.
Vervliet et al. (2014)	N=103 Rango de edad: 14-17 años Género: 85% masculino y 15% femenino	1-Cuestionario sociodemográfico 2- HSCL-37A 3- SLE 4- RATS 5- DSSYR	- Puntuaciones altas en ansiedad, depresión e interiorización de los síntomas. - Aumento del estrés diario con el tiempo, en particular derivado de experiencias discriminatorias.

Vökl-Kernstock et al. (2014)	N=41 Rango de edad: 15-18 años Género: 85.3 masculino y 14.7% femenino	1- UCLA 2- PTSD 3- SCWP	- Los menores más jóvenes eran más susceptibles de desarrollar TEPT: el 17% cumplían todos los criterios y el 29.3% cumplían criterios parciales para desarrollarlo. - La puntuación de depresión de la muestra estaba por encima del valor de corte clínico.
Wiese y Burhorst (2007)	N= 59 Rango de edad: 11- 18 años Género: 59% masculino y 41% femenino	1-Cuestionario sociodemográfico 2-Entrevista diagnóstica	- Principales hipótesis de diagnóstico futuro: el 97% TEPT, 50% Trastorno de la Relación, 47% Depresión, 24% Trastorno Generalizado del Desarrollo, 22% Trastorno Límite de la Personalidad, 15% Trastorno Psicótico, 14% Trastorno Somático, 2% Trastorno de la Conducta.
Ziaian et al. (2013)	N= 530 Rango de edad: 4-17 años Género: 47.1% masculino y 52.9% femenino	1- Cuestionario para Niño y Adolescente del Servicio Nacional de Salud Mental 2- SQD	- La mayoría de menores no exhibieron problemas emocionales y de comportamiento. - Los menores expuestos a situaciones traumáticas y que han vivido menos de 5 años en el país de acogida, presentaron mayores dificultades emociones y conductuales. - No hubo diferencias de género en niños pero sí en adolescentes.

Nota: Centro de Estudios Epidemiológicos-Escala de Depresión (CES-D); Escala de Síntomas de TEPT Infantil (CPSS); Escala Diaria de Estresores para Jóvenes Refugiados (DSSYR); Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (MINI-Kid); Síntomas de Estrés Postraumático (TEPT); Reacciones de los Adolescentes al Estrés Traumático (RATS); Escalas para Niños Afectados por la Guerra y la Persecución (SCWP); Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ); Eventos Estresantes de la Vida (LES); Perfil de Historia de Trauma (THP); Índice de Reacción del TEPT de la Universidad de California (UCLA-RI) y Autoinforme para Jóvenes (YSR).

3.1 Características demográficas

En el análisis presentado en la Tabla 1, en la mayoría de los artículos los menores fueron evaluados en estudios transversales, posterior a su llegada, aunque tres de los estudios fueron longitudinales: en dos de los estudios se evaluó a la muestra en dos momentos temporales diferentes (Jensen et al., 2014; Smid et al., 2011) y en otro estudio en tres (Vervliet et al., 2014). En los estudios se utilizaron cuestionarios sociodemográficos, pruebas diagnósticas precoces, instrumentos de cribado utilizados en estudios epidemiológicos, entrevistas clínicas, etc. Antes de la evaluación de los participantes se obtuvieron consentimientos informados de los participantes, además del informe de los maestros (Alsayed y Wildes, 2018; Ziaian et al., 2013) y de los tutores legales, padres o abuelos (Betancourt et al., 2012; Ziaian et al., 2013).

Entre los países de origen de los menores, tal y como se observa al final del apartado en la Figura 2 (basada en la Figura 1 de la revisión sistemática de Crespo et al., 2017, p. 20), se la mayoría provienen de África (Gambia, Somalia, Nigeria, Eritrea, Angola, Sierra Leona, Guinea, Congo y Marruecos), Oriente Medio (Siria, Afganistán, Irán e Iraq) y en menor medida de Asia (Sri Lanka y China), Europa del Este (Bosnia-Herzegovina y Serbia) y Centro y Sudamérica.

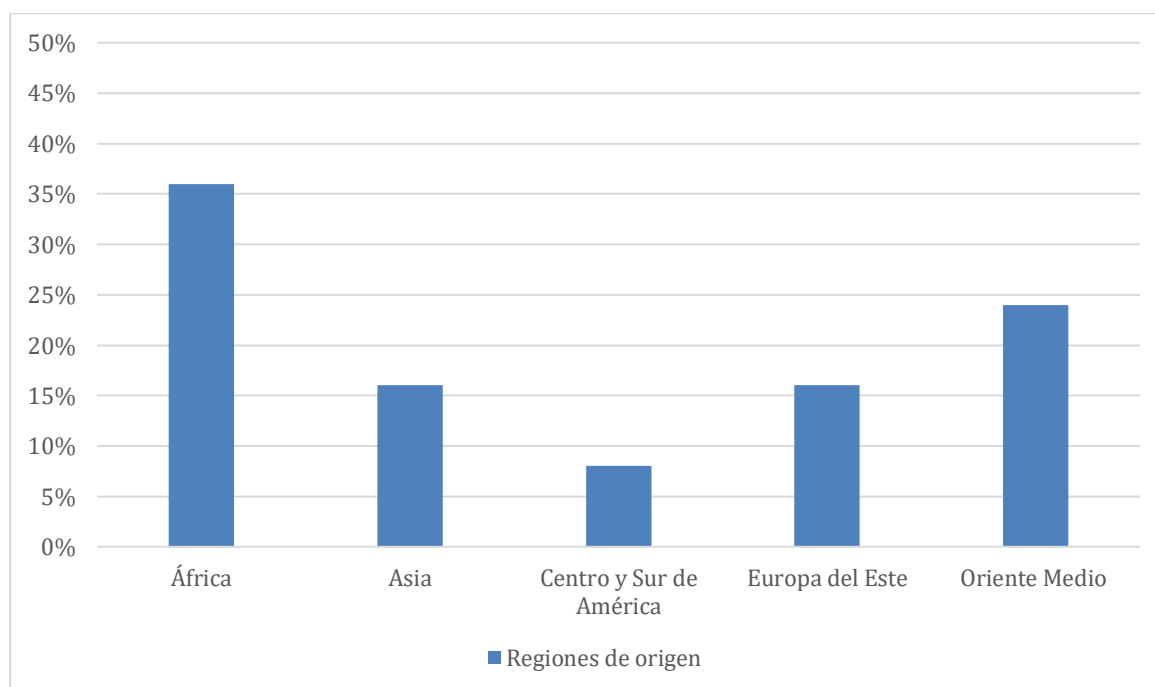


Figura 2: Participantes de los estudios de cada región

3.2 Factores de riesgo

Exceptuando el estudio de Alsayed y Wildes (2018) en el que no viene definido el género de la muestra, en las investigaciones restantes el género de los participantes es mayoritariamente masculino (Tabla 1), siendo el porcentaje total de cada género en todos los estudios es de 70.6% masculino y 29.4% femenino. Este factor, que no se consideró al principio de la revisión, es determinante pues tal y como aparece en los resultados se muestra más probabilidad de presentar ciertos desórdenes psicológicos o afecciones mentales dentro del género femenino que en el masculino (Derluym et al., 2009; Völkl-Kernstock et al., 2014) siendo más determinante esta diferencia en adolescentes que en niños (Ziaian et al., 2013).

La edad del menor es otro factor notable en la tasa de morbilidad psiquiátrica dado que cuanto más pequeño sea el participante mayor probabilidad de padecer en un futuro ciertas patologías mentales (Huemer et al., 2011; Smid et al., 2011; Völkl-Kernstock et al., 2014). Cabe mencionar que sólo 3 de los 10 estudios evalúan a menores refugiados acompañados (Alsayed y Wildes, 2018; Betancourt et al., 2012; Ziaian et al., 2013), como se manifiesta en estos artículos, los menores refugiados no acompañados requieren mayor atención por su posición más vulnerable. Algunos de los estudios escogidos de menores no acompañados comparan a estos con los menores acompañados (Derluym et al., 2009; Wiese y Burhorst, 2007) o con la población local menor no refugiada turca, además de la estadounidense (Alsayed y Wildes, 2018). Además, se puede observar que la convivencia de los menores con uno de los de progenitores en familias monoparentales (mayormente con el padre) muestran mayores vivencias de eventos traumáticos que los que viven con ambos padres (Derluym et al., 2009). Se considera la incidencia de la exposición solitaria a los eventos dentro del proceso migratorio como factor determinante en el desarrollo o mantenimiento de trastornos mentales.

3.3 Psicopatología y sintomatología clínica

Las vivencias de experiencias traumáticas, recogidas en los estudios, fueron derivadas de la exposición a un desplazamiento forzado, de la guerra o violencia política, de la violencia doméstica y comunitaria, de la pérdida, del duelo o separación de un ser querido, de la agresión física y otras conductas vejatorias, como la tortura o las violaciones (Betancourt et al., 2012; Vervliet et al., 2014; Völkl-Kernstock et al., 2014; Weise y Burhost, 2007). No en todos los estudios se muestra un incremento en la probabilidad de que aparezcan trastornos mentales en un futuro (Ziaian et al., 2013), pero la mayoría de ellos indican que la presencia de este tipo de

experiencias resulta ser un predictor a la hora de desarrollar ciertas psicopatologías o sintomatologías vinculadas.

Los Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, específicamente el TEPT junto al trastorno adaptativo, son los más concurrentes en los estudios. Las niñas eran más propensas de desarrollar un TEPT completo, sin embargo, los niños estuvieron más expuestos a eventos traumáticos. Además, los menores más pequeños eran más proclives a desarrollar un TEPT tardío. Este trastorno se caracteriza por una aparente relación entre los síntomas propios del TEPT y la ocurrencia de un evento traumático remoto (Völkl-Kernstock et al., 2014; Smid et al., 2011).

Del mismo modo existen otros trastornos comórbidos presentes en esta población o cuya sintomatología está relacionada. Según su incidencia en los artículos podríamos citar los siguientes: trastornos depresivos y emocionales (como Distimia), de ansiedad (como Ansiedad Generalizada y de Separación), de síntomas somáticos, conductuales, disociativos, del sueño, del desarrollo, de relación (como Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno de la Personalidad por Evitación), psicóticos y del aprendizaje (Betancourt et al., 2012; Huemer et al., 2011; Jensen et al., 2014; Vervliet et al., 2014; Völkl-Kernstock et al., 2014 y Wiese y Burhorst, 2007). Las niñas puntuaban más alto en ansiedad, depresión y síntomas de evitación derivado de las experiencias traumáticas vividas (Derluym et al., 2009).

Pese a que las diferencias en los estudios longitudinales entre las distintas mediciones del TEPT son poco o nada significativas, existe un aumento considerable en las evaluaciones del ítem suicida del instrumento HSCL y en el número de eventos vitales estresantes (Jensen et al., 2014 y Smid et al., 2011), entre los que se destacan aquellos relacionados con la exposición presencial de comportamientos discriminatorios, insatisfacción con la situación educativa, desaparición de familiares, no tener residencia y ser forzado a trasladarse continuamente (Vervliet et al., 2014).

3.4 Estrategias de afrontamiento

Algunos menores se mostraban perseverantes y resilientes a pesar de los inconvenientes y problemas experimentados. En términos de estrategias de afrontamiento la más útil y usada fue la oración seguida de la relajación, mientras que el uso de la violencia resultó ser la menos

utilizada y la menos eficiente entre la población (Völkl-Kernstock et al., 2014). También existía la tendencia de autocontrolarse y evadirse de las cogniciones y emociones desagradables (Huemer et al., 2011).

Por otro lado, los menores mostraban signos de recuperación a pesar de poseer numerosas pérdidas y traumas graves, como posible consecuencia de encontrarse en un entorno seguro y siendo cubiertas sus necesidades básicas (Jensen et al., 2014).

3.5 Intervención

En el estudio de Ziaian et al. (2013), muchos de los menores no fueron atendidos por los servicios de salud mental, sólo un 13% de los menores que tenían problemas límites y un 18.5% de los estaban más graves accedieron a estos. En el caso de recibir alguna atención en salud mental, era más probable que fueran derivados a salud en atención primaria y a médicos u orientadores de los centros educativos. No obstante, en el estudio de Betancourt et al. (2012), se les prestó ayuda sanitaria a la mayoría de los niños, específicamente en salud mental (servicios gratuitos dentro y fuera del entorno escolar).

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La migración es un fenómeno muy complejo, siendo más problemático en aquellas situaciones de migración forzada, como las vividas por la población refugiada y en especial, por los menores.

Los eventos traumáticos que experimentan principalmente los menores refugiados son adversos y variados: violencia física y sexual, amenazas, presencia de asesinatos, torturas, malos tratos, encarcelamiento y separación familiar (Wiese et al., 2007). La separación de sus familiares es un factor alto de riesgo en la adquisición futura de diversas afecciones mentales, ya que los niños jóvenes que huyen de su país de origen sin adultos acompañantes presentan una mayor falta de protección, de cuidados, de apoyo y de apego, estando más indefensos (citado en Derlyum et al., 2009, p. 295; Jensen et al., 2014).

Los menores refugiados no acompañados presentan una más alta probabilidad de padecer deterioro en su salud mental que aquellos menores con familias durante el proceso

migratorio, incrementándose el riesgo en aquellos con edades más tempranas (Huemer et al., 2011; Wiese et al., 2007). Este grupo de jóvenes presenta un alto porcentaje de síntomas postraumáticos, ansiógenos y depresivos. Por ejemplo, en el estudio de Derlyum et al. (2009) el porcentaje de menores con síntomas era del 50% aproximadamente, con una alta probabilidad de cronicidad, además de presentar otros síntomas de trastornos concomitantes (Jensen et al., 2014). De acuerdo con Vervliet et al. (2014), “cuantos más factores estresantes diarios se experimenten, mayor será la puntuación del problema en salud mental” (p. 340). Adicionalmente, se encuentran otras dificultades en la regulación, en el comportamiento, tanto dentro del hogar o en la comunidad como en la guardería o la escuela, en el aprendizaje, y en el apego (dificultades en las relaciones con los cuidadores y problemas de confianza) (Betancourt et al., 2012; Wiese et al., 2007). Cabe destacar las diferencias en el género, a la hora de desarrollar ciertos trastornos como el TEPT, siendo más frecuente en menores de género femenino que en el masculino (Huemer et al., 2011).

Otros factores influyentes en su salud mental son su situación actual, la incertidumbre y las perspectivas de futuro (Derlyum et al., 2009). Estos derivan de una serie de preocupaciones específicas como son el paradero de sus familiares, la devolución a su país de origen, dificultades a la hora de adaptarse y relacionarse con personas del nuevo entorno, discriminación, y conseguir los documentos de residencia (lo que conlleva al pago de vivienda, cuidados propios, servicios de salud, etc.) (Jensen et al., 2014; Vervliet et al., 2014; Völkl-Kernstock, 2013).

Pese a las experiencias desfavorables, estos menores se muestran resilientes. De acuerdo con Wessells (2016), “es un error centrarse excesivamente en los déficits de los niños. Un gran número de niños afectados por la guerra exhiben una notable capacidad de recuperación y se enfrentan, se adaptan y navegan activamente en situaciones complejas de adversidad” (p. 1). Los menores refugiados presentan ciertas estrategias de afrontamiento, las más utilizadas son la oración, la relajación, el autocontrol y la evasión de cogniciones y emociones negativas (Huemer et al., 2011; Völkl-Kernstock et al., 2014). No obstante, es importante que se les proporcione un tratamiento adecuado, ya que algunos niños parecen mostrar una mejora con el tiempo, pero muchos no (Jensen et al., 2014). Se debería buscar una mayor implicación por parte de las agencias de protección y bienestar en menores, garantizando así un lugar seguro y estable en el país de destino o en el caso de los menores refugiados no acompañados la

posibilidad de beneficiarse de una familia de acogida (Völkl-Kernstock et al., 2014; Wiese et al., 2007).

Las limitaciones particulares que encontramos en estos estudios se pueden resumir en:

- La falta de estudios longitudinales, derivado del problema que presenta la localización de menores en situación de riesgo y más aún de menores más pequeños, y la dificultad de contrastar los estudios longitudinales en distintos países ya que utilizan técnicas de evaluación heterogéneas (Jensen et al., 2014).
- La ausencia de un diagnóstico clínico completo, más allá de la única evaluación de síntomas, y la falta de medidas específicas que evalúen los perfiles de personalidad dependiendo del nivel cultural (Völkl-Kernstock et al., 2014; Ziaian et al., 2013).

Tras la realización de este trabajo y las implicaciones para la salud mental que tiene el hecho de ser menor refugiado, más aún cuando no van acompañados, se llega a la conclusión de que sería necesario investigar más en esta población, para promover una mayor sensibilización y la administración de intervenciones especializadas para este colectivo concreto. Esta conclusión es especialmente aplicable a España dado que, en la amplia búsqueda efectuada, no se han encontrado evidencias en la literatura en las que se hable de los menores refugiados en nuestro país.

Dentro del contexto español, algunas organizaciones han alertado de la existencia de una situación de desamparo por parte de los servicios de salud mental en esta población. No se les brinda una atención adecuada por la ausencia de recursos especializados, presentando mayor dificultad aquellas personas que han llegado solas y se encuentra sin familia ni apoyo (Amnistía, 2016).

Para finalizar, decir que sería necesaria la consideración de la perspectiva de género dentro de futuras investigaciones, ya que existe una mayor prevalencia de estudios del género masculino por su mayor grosor migratorio. Esto se deriva del peso que ejercen los factores culturales en la migración femenina, dado que si migran se promueve que no lo hagan solas (Wiese et al., 2007). Además, mencionar las determinadas variaciones que presentan en la sintomatología ambos géneros, expuestas previamente.

5. REFERENCIAS

- Achotegui, J. (2008). Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Psicopatología salud mental*, 11, 15-25.
- Atxotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona Bellaterra, 14-26.
- Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados. (2020). *Tendencias globales: desplazamiento forzado en 2019*. Recuperado de <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNHCR%20SP.pdf>
- Alsayed, A. y Wildes, V. J. (2018). Syrian Refugee Children: A Study of Strenghts and Difficulties. *Journal of Human Rights and Social Work*.
- Amnistía Internacional (2016). *El asilo en España: Un sistema de acogida poco acogedor*. Madrid: Sección española de Amnistía Internacional.
- Berger, K. S. (2016). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Betancourt, T. S., Newnham, E. A., Layne, C. M., Kim, S., Steinberg, A. M., Ellis, H., y Birman, D. (2012). Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 682-690.
- Crespo, M., Castro, S. y Gómez, M. (2017). Menores refugiados: psicopatología y factores relacionados. *Revista de Victimología*, 6, 9-32.
- Derluyn, I., Mels, C., y Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 291–297.
- Díaz, M. (2017). *Menores refugiados: impacto psicológico y salud mental*. Apuntes de Psicología, Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental, 35, 83-91.

- Fegert, J. M. Sukale, T. Brown, R. C. (2018). *Chapter 8 - Mental Health Service Provision for Child and Adolescent Refugees: European Perspectives*. University of Ulm, Ulm, Germany.
- Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M., y Steiner, H. (2011). Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 307-319.
- Jensen, T. K., Skårdalsmo, E. M. B. y Fjermestad, K. W. (2014). Development of mental health problems-a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 29.
- Ministerio Del Interior. (2013). *Informe sobre la evolución de los “delitos de odio” en España*. Ministerio del Interior, Gobierno de España. Recuperado de <http://www.interior.gob.es/documents/642012/3479677/Informe+sobre+los+delitos+de+odio+en+Espa%C3%B1a+2013.pdf/6f10f526-80f7-47a0-911b-d27c61c6cf40>
- Ministerio Del Interior. (2014). *Informe sobre la evolución de los “delitos de odio” en España*. Ministerio del Interior, Gobierno de España. Recuperado de <http://www.interior.gob.es/documents/642012/3479677/Informe+2014+sobre+la+evoluci%C3%B3n+de+los+delitos+de+odio+en+Espa%C3%B1a/b6c6026e-8b04-4f45-b513-e79551be411f>
- Ministerio Del Interior. (2015). *Informe sobre la evolución de los “delitos de odio” en España*. Ministerio del Interior, Gobierno de España. Recuperado de <http://www.interior.gob.es/documents/642012/3479677/DELITOS+DE+ODIO+2015/c7caf071-df8b-4309-ade6-1936032b850e>
- Ministerio Del Interior. (2016). *Informe sobre la evolución de los “delitos de odio” en España*. Ministerio del Interior, Gobierno de España. Recuperado de <http://www.interior.gob.es/documents/642012/3479677/Informe+2016+delitos+de+odio+en+Espa%C3%B1a/6746b021-9197-48a0-833b-12067eb89778>

- Ministerio Del Interior. (2017). *Informe sobre la evolución de los “delitos de odio” en España*. Ministerio del Interior, Gobierno de España. Recuperado de <http://www.interior.gob.es/documents/10180/7146983/ESTUDIO+INCIDENTES+DE+LITOS+DE+ODIO+2017+v3.pdf/5d9f1996-87ee-4e30-bff4-e2c68fade874>
- Ministerio Del Interior. (2018). *Informe sobre la evolución de los “delitos de odio” en España*. Ministerio del Interior, Gobierno de España. Recuperado de <http://www.interior.gob.es/documents/642012/3479677/informe+2018/ab86b6d9-090b-465b-bd14-cfcafcddfebc>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2015). *Principios y directrices recomendados sobre los derechos humanos en las fronteras internacionales*. Recuperado de <https://acnudh.org/load/2018/07/Principios-y-Directrices-recomendados-sobre-los-derechos-humanos-en-las-fronteras-internacionales.pdf>
- Organización de Naciones Unidas. (2019). *Migración*. Recuperado de <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/migration/index.html>
- Organización Internacional para las migraciones. (2019). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. Suiza. Recuperado de https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf
- Pacione, L., Measham, T. y Rousseau, C. (2013). Refugee Children: Mental Health and Effective Interventions. *Curr Psychiatry Rep* 15, 341.
- Smid, G. E., Lensvelt-Mulders, G. J., Knipscheer, J. W., Gersons, B. P., y Kleber, R. J. (2011). Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40, 742-755.
- UNICEF (2006). Convención de los Derechos del Niño. *Nuevo Siglo*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

- UNICEF (2016). *Desarraigados. Una crisis creciente para los niños refugiados y migrantes*. Resumen y conclusiones fundamentales. Recuperado de <https://www.unicef.es/sites/default/files/comunicacion/desarraigados.pdf>
- UNICEF (2017). *Ante todo son niños. Proteger a los niños y las niñas en tránsito contra la violencia, el abuso y la explotación*. Recuperado de https://www.unicef.es/sites/unicef.es/comunicacion/ante_todo_son_ninos.pdf
- Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., y Derluyn, I. (2014b). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 337-346.
- Völkl-Kernstock, S., Karnik, N., Mitterer-Asadi, M., Granditsch, E., Steiner, H., Friedrich, M. H., y Huemer, J. (2014). Responses to conflict, family loss and flight: posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa. *Neuropsychiatrie*, 28(1), 6–11.
- Wessells, M. G. (2016). Strengths-based community action as a source of resilience for children affected by armed conflict. *Global Mental Health*, 3, 1-5.
- WHO. (1996). *Mental Health of refugees*. Retrieved from: <http://apps.who.int/disasters/repo/8699.pdf>
- WHO. (2018). *Report on the health of refugees migrants in the WHO European Region*. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wiese, E. B. P., y Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 596–613.
- Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Baghurst, P., y Sawyer, M. (2013). Emotional and behavioural problems among refugee children and adolescents living in South Australia. *Australian Psychologist*, 48, 139-148.