

La vida atravesada por la guerra: la salud mental de los niños y los jóvenes en zonas afectadas por conflictos

Rochelle L. Frounfelker, Nargis Islam, Joseph Falcone, Jordan Farrar, Chekufa Ra, Cara M. Antonaccio, Ngozi Enelamah y Theresa S. Betancourt

Rochelle L. Frounfelker es becaria de posdoctorado en la División de Psiquiatría Social y Transcultural, Departamento de Psiquiatría, Universidad McGill, Montreal.

Nargis Islam es psicóloga clínica y académica del Departamento de Psicología, Universidad de East London, y consultora clínica y de investigación internacional en BRAC, Bangladés.

Joseph Falcone es investigador independiente en salud pública y derechos humanos en Cox's Bazar, Bangladés.

Jordan Farrar es directora adjunta de investigación en el Programa de Investigación sobre niños y adversidad (RPCA, por su sigla en inglés), Escuela de Trabajo Social, Boston College. Chekufa Ra es directora de la Red de Empoderamiento y Defensa de la Mujer Rohinyá, Cox's Bazar.

Cara M. Antonaccio trabaja en el RPCA, Boston, y es estudiante de doctorado de la Escuela de Trabajo Social, Boston College.

Ngozi Enelamah trabaja en el RPCA, Boston, y es estudiante de doctorado de la Escuela de Trabajo Social, Boston College.

Theresa S. Betancourt es profesora Salem de Práctica Mundial, Escuela de Trabajo Social, Boston College, y directora del RPCA, Boston.

Resumen

En los conflictos armados, los niños suelen tener sus necesidades básicas insatisfechas y se ven privados de entornos que los contengan psicológicamente, de oportunidades para educarse y formarse para ejercer un oficio, y de otros recursos que promueven el desarrollo psicosocial y la salud mental. En este artículo, se describen las dificultades concernientes a la salud mental que enfrentan los niños y los jóvenes afectados por conflictos, las intervenciones elaboradas para prevenir o reducir el impacto psicosocial de las experiencias relacionadas con los conflictos, y un ejemplo real de los retos y las oportunidades relacionados con la respuesta a las necesidades de salud mental de los niños y los jóvenes de la comunidad rohinyá.

Palabras clave: niños y jóvenes, conflictos armados, salud mental, psicosocial, epidemiología, intervenciones, niños soldados, refugiados, rohinyá, Cox's Bazar, determinantes sociales de la salud.

Introducción

Más de veinte años después de la presentación, ante las Naciones Unidas, del informe de Graça Machel sobre los niños y los conflictos armados¹, uno de los primeros documentos que han dirigido la atención a las repercusiones de las guerras y los conflictos en los niños y los jóvenes, se calcula que aún hay mil millones de niños que viven en zonas afectadas por la guerra y el terrorismo². Los niños siguen padeciendo, de manera desproporcionada, las consecuencias de los conflictos armados, y darles apoyo debe ser una prioridad para la comunidad internacional³. Las situaciones que se viven en los conflictos, desde no obtener acceso a entornos donde existen recursos y contención psicológica hasta unirse por la fuerza a grupos armados o fuerzas armadas, violan los derechos del niño establecidos en la Convención sobre los derechos del niño⁴. La carga de los problemas psicológicos que se originan por el abandono, el abuso y la explotación concomitantes de los conflictos es especialmente alarmante. Existen estudios acerca de las diferencias

1 Graça Machel, *Las repercusiones de los conflictos armados sobre los niños: Informe de la experta del Secretario General, Sra. Graça Machel, presentado en virtud de la resolución 48/157*, ONU, Nueva York, 1996.

2 War Child UK, *War: The Next Generation – The Future of War and Its Impact on Children*, 2013.

3 Oficina del Representante Especial del Secretario General para la cuestión de los niños y los conflictos armados (RESG CNCA), *20 Years to Better Protect Children Affected by Conflict*, Naciones Unidas, Nueva York, 2016.

4 Molly R. Wolf, Shraddha Prabhu y Janice Carello, "Children's experiences of trauma and human rights violations around the world", en Lisa D. Butler, Filomena M. Critelli y Janice Carella (eds.), *Trauma and Human Rights: Integrating Approaches to Address Human Suffering*, Palgrave Macmillan, Cham, 2019.

notables entre la salud mental de los niños y los jóvenes afectados por la guerra y la de los niños y los jóvenes de la población general⁵.

En este artículo, describimos la epidemiología del funcionamiento psicosocial de los niños y los jóvenes afectados por la guerra, las intervenciones elaboradas para prevenir o mejorar los problemas de salud mental y un ejemplo real de un programa actual destinado a satisfacer las necesidades de salud mental de niños y jóvenes afectados por la guerra en el sudeste asiático. En la primera parte, presentamos lo que se sabe acerca de la prevalencia de problemas de salud mental en niños afectados por la guerra expuestos a distintos aspectos del fenómeno de la experiencia de los conflictos, incluido el de los niños soldados. Luego, nos centramos en las intervenciones y describimos las actividades realizadas con distintos grupos etarios en regiones afectadas por conflictos y en campamentos de refugiados. En la segunda parte, nos ocupamos de los menores rohinyá de Cox's Bazar, en Bangladés. Después de describir el contexto para conocer las características de la salud mental del grupo rohinyá, presentamos información sobre las intervenciones centradas en los niños y los jóvenes que tienen lugar en campamentos de Bangladés, así como las dificultades y los obstáculos que entorpecen la prestación de servicios. Analizamos la importancia y el potencial de las intervenciones socioeconómicas más generales, en especial, las relativas al empleo y los medios de subsistencia, para promover el bienestar psicosocial de la juventud rohinyá. Por último, hacemos una breve reflexión sobre la posibilidad de extrapolar la experiencia de este grupo a la juventud afectada por la guerra en otros contextos.

Epidemiología

Los efectos de la guerra en los niños

La experiencia de los conflictos armados durante la niñez y la adolescencia conlleva graves riesgos para la salud mental y amenazas para el desarrollo de los niños. La exposición a distintos tipos de violencia, la duración del conflicto y la naturaleza de los sucesos traumáticos vividos y presenciados están asociados con el inicio y la gravedad de los desórdenes mentales que padecen los niños afectados por conflictos⁶. Si bien los vínculos entre la exposición a los conflictos armados durante la niñez y los consecuentes riesgos para la salud mental son muy conocidos, la prevalencia documentada de los desórdenes mentales varía considerablemente. Por ejemplo, los estudios realizados en niños afectados por el conflicto palestino-israelí señalan que la prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) es de entre

5 Michelle Slone y Shiri Mann, "Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: A systematic review", *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 47, n.º 6, 2016; Vindya Attanayake, Rachel McKay, Michel Joffres, Sonal Singh, Frederick Burkle Jr. y Edward Mills, "Prevalence of mental disorders among children exposed to war: A systematic review of 7,920 children", *Medicine, Conflict and Survival*, vol. 25, n.º 1, 2009.

6 Fiona Charlson, Mark van Ommeren, Abraham Flaxman, Joseph Cornett, Harvey Whiteford y Shekhar Saxena, "New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis", *The Lancet*, vol. 394, n.º 10.194, 2019.

el 18 % y el 68,9 %⁷. En un estudio realizado entre niños expuestos a la guerra civil actual de Siria, el 60,5 % cumple los criterios de al menos un trastorno psicológico⁸.

Además de las diferencias reales debidas a la variación en la exposición a la situación traumática, los cálculos del porcentaje de menores con problemas de salud mental (prevalencia) dependen del uso de una variedad de herramientas de detección. Las discrepancias también pueden atribuirse a factores culturales, como las diferencias en la conceptualización de la salud mental, los procesos socioambientales que influyen en el bienestar psicológico y la expresión de los trastornos psicológicos⁹. Además, es importante señalar que, con frecuencia, los estudios de prevalencia en contextos humanitarios no distinguen entre reacciones al estrés normal y trastornos mentales clínicos persistentes, lo que puede originar sobreestimaciones. Debido a estas cuestiones, sumadas al hecho de que realizar estudios de prevalencia requiere una ingente cantidad de recursos, se recomienda precaución a la hora de invertir tiempo y dinero en la identificación de valores de prevalencia en contextos de conflicto¹⁰.

Por lo general, los trastornos mentales más comunes registrados en niños expuestos a conflictos son el TEPT y la depresión¹¹. Otros trastornos documentados son el trastorno por estrés agudo, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno de pánico, los trastornos de ansiedad específicos de la niñez y los trastornos del sueño. En la segunda infancia, los niños expuestos a situaciones traumáticas relacionadas con los conflictos tienen predisposición a manifestar síntomas, como los problemas de conducta y el trastorno negativista desafiante¹². Además, los niños expuestos a conflictos armados suelen presentar comorbilidad psicopatológica y la cantidad de síntomas del trastorno puede aumentar con la edad, siendo los niños en edad escolar los más vulnerables¹³.

7 Daphna Canetti, Shaul Kimhi, Rasmayah Hanoun, Gabriel A. Rocha, Sandro Galea y Charles A. Morgan, "How personality affects vulnerability among Israelis and Palestinians following the 2009 Gaza conflict", *PLoS One*, vol. 11, n.º 7, 2016; Abdelaziz Thabet, Sanaa S. Thabet y Panos Vostanis, "The relationship between war trauma, PTSD, depression, and anxiety among Palestinian children in the Gaza Strip", *Health Science Journal*, vol. 10, n.º 5, 2016.

8 John D. Perkins, Maiss Ajeeb, Lina Fadel y Ghassan Saleh, "Mental health in Syrian children with a focus on post-traumatic stress: A cross-sectional study from Syrian schools", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 53, n.º 11, 2018.

9 Eva Heim, Iris Wegmann y Andreas Maercker, "Cultural values and the prevalence of mental disorders in 25 countries: A secondary data analysis", *Social Science and Medicine*, vol. 189, 2017.

10 Inka Weissbecker, Fahmy Hanna, Mohamed El Shazly, James Gao y Peter Ventevogel, "Integrative mental health and psychosocial support interventions for refugees in humanitarian crisis settings", en Thomas Wenzel y Boris Droždek (eds.), *An Uncertain Safety: Integrative Health Care for the 21st Century Refugees*, Springer International, Cham, 2019.

11 Claudia Catani, "Mental health of children living in war zones: A risk and protection perspective", *World Psychiatry*, vol. 17, n.º 1, 2018.

12 Galit Halevi, Amir Djalovski, Adva Vengrober y Ruth Feldman, "Risk and resilience trajectories in war-exposed children across the first decade of life", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 57, n.º 10, 2016.

13 Jon A. Shaw, "Children exposed to war/terrorism", *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 6, n.º 4, 2003.

Las repercusiones de los conflictos armados reverberan en la ecología social y evolutiva de los niños¹⁴. Entre las manifestaciones psicosociales de los traumas de la guerra entre los niños, se cuentan los efectos proximales y distales en las interacciones familiares, las relaciones entre pares, los resultados escolares y la satisfacción general¹⁵. La estigmatización relacionada con el conflicto, por ejemplo, es muy común en muchos contextos posteriores a un conflicto y es bien conocido que exacerba los problemas de salud mental¹⁶. Las secuelas psicosociales de los conflictos armados pueden afectar la capacidad de los niños de gestionar apoyo social y recursos, incluso los de las necesidades básicas, en el entorno posconflicto, con importantes consecuencias para la salud mental. No obstante, resulta alentador que la evidencia longitudinal sugiere que, si bien las experiencias de conflictos y el entorno posterior a los conflictos pueden afectar negativamente la salud mental, la presencia de factores de protección, como la aceptación por parte de la familia y la comunidad, pueden amortiguar los efectos negativos de la guerra, reducir el riesgo de aparición de trastornos mentales y promover el buen funcionamiento psicosocial¹⁷.

Niños soldados

El reclutamiento y el uso de niños soldados constituyen una violación grave de los derechos del niño¹⁸ que se sigue cometiendo a pesar de los esfuerzos coordinados en el ámbito internacional. Se calcula que la cantidad de niños

- 14 Urie Bronfenbrenner, *Ecological Systems Theory*, Jessica Kingsley, Londres, 1992; Wietse A. Tol, Corrado Barbui, Ananda Galappatti, Derrick Silove, Theresa S. Betancourt, Renato Souza, Anne Golaz y Mark van Ommeren, "Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Linking practice and research", *The Lancet*, vol. 378, n.º 9802, 2011.
- 15 Ruth V. Reed, Mina Fazel, Lynne Jones, Catherine Panter-Brick y Alan Stein, "Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: Risk and protective factors", *The Lancet*, vol. 379, n.º 9812, 2012; Laila Farhood, Huda Zurayk, Monique Chaya, Fadia Saadeh, Garbis Meshefedian y Thuraya Sidani, "The impact of war on the physical and mental health of the family: The Lebanese experience", *Social Science and Medicine*, vol. 36, n.º 12, 1993; Kirsi Peltonen, Samir Qouta, Marwan Diab y Raija-Leena Punamäki, "Resilience among children in war: The role of multilevel social factors", *Traumatology*, vol. 20, n.º 4, 2014; Thomas Poirier, "The effects of armed conflict on schooling in Sub-Saharan Africa", *International Journal of Educational Development*, vol. 32, n.º 2, 2012; Guido Veronese, Marco Castiglioni, Marco Tombolani y Mahmud Said, "My happiness is the refugee camp, my future Palestine: Optimism, life satisfaction and perceived happiness in a group of Palestinian children", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 26, n.º 3, 2012.
- 16 Kenneth E. Miller y Andrew Rasmussen, "War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks", *Social Science and Medicine*, vol. 70, n.º 1, 2010.
- 17 Theresa S. Betancourt, Dana L. Thomson, Robert T. Brennan, Cara M. Antonaccio, Stephen E. Gilman y Tyler J. VanderWeele, "Stigma and acceptance of Sierra Leone's child soldiers: A prospective longitudinal study of adult mental health and social functioning", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 59, n.º 6, 2019.
- 18 RESG CNCA, *The Six Grave Violations against Children during Armed Conflict: The Legal Foundation*, ONU, Nueva York, 2013.

soldados ha aumentado casi 160 % entre 2012 y 2017¹⁹. Algo más de 3000 jóvenes fueron reclutados por fuerzas armadas en 2012, mientras que en 2017 el número había ascendido a más de 8000²⁰. Los conflictos existentes en Oriente Medio y los disturbios continuos en Somalia, Sudán del Sur, la República Democrática del Congo (RDC), la República Centroafricana y otros contextos ponen a los menores en peligro de ser reclutados²¹.

Los niños soldados están expuestos a altos niveles de violencia, incluida la participación forzada en la guerra²². De acuerdo con un estudio que compara la salud mental de niños que han sido usados como soldados en Nepal y de niños que nunca fueron reclutados por grupos armados, los primeros mostraron problemas de salud mental más graves, con diferencias que persistían después del control de la exposición a la situación traumática²³. En muchos estudios, se observa una alta prevalencia de problemas de salud mental, como el TEPT y la depresión, entre exniños soldados, y se documentan los riesgos y las formas de protección asociados a la salud mental a lo largo de su vida²⁴. Un estudio longitudinal de la salud mental de exniños soldados en Mozambique, por ejemplo, revela que las experiencias posconflicto, incluidos el apoyo familiar y las oportunidades económicas, influyeron en la condición mental de los participantes en el estudio al ser entrevistados nuevamente 16 años después de su reinserción social²⁵. Hallazgos similares se hicieron en el norte de Uganda²⁶. En Sierra Leona, la discriminación posterior al conflicto estaba asociada con la violencia perpetrada durante la guerra y la manifestación de síntomas posteriores²⁷. Además, durante un período de seguimiento de dos años, se comprobó que la estigmatización mediaba la

19 *Los niños y los conflictos armados. Informe del Secretario General*, doc. ONU A/67/845, 15 de mayo de 2013; *Los niños y los conflictos armados. Informe del Secretario General*, doc. ONU A/72/865, 16 de mayo de 2018.

20 *Los niños y los conflictos armados. Informe del Secretario General*, doc. ONU A/67/845, 15 de mayo 2013; *Los niños y los conflictos armados. Informe del Secretario General*, doc. ONU A/72/865, 16 de mayo de 2018.

21 Iniciativa para Niños Soldados, "Reports of children used in hostilities", disponible en línea en <https://childsoldiersworldindex.org/hostilities> (todas las referencias de internet fueron consultadas en abril de 2020).

22 *Los niños y los conflictos armados. Informe del Secretario General*, doc. ONU A/73/907, 20 de junio de 2019.

23 Brandon A. Kohrt, Mark J. D. Jordans, Wietse A. Tol, Rebecca A. Speckman, Sujen M. Maharjan, Carol M. Worthman e Ivan H. Komproe, "Comparison of mental health between former child soldiers and children never conscripted by armed groups in Nepal", *Journal of the American Medical Association*, vol. 300, n.º 6, 2008.

24 Ilse Derluyn, Eric Broekaert, Gilberte Schuyten y Els De Temmerman, "Post-traumatic stress in former Ugandan child soldiers", *The Lancet*, vol. 363, n.º 9412, 2004.

25 Neil Boothby, "What happens when child soldiers grow up? The Mozambique case study", *Intervention*, vol. 4, n.º 3, 2006.

26 Christopher Blattman y Jeannie Annan, "The consequences of child soldiering", *The Review of Economics and Statistics*, vol. 92, n.º 4, 2010.

27 Theresa S. Betancourt, Robert T. Brennan, Julia Rubin-Smith, Garrett M. Fitzmaurice y Stephen E. Gilman, "Sierra Leone's former child soldiers: A longitudinal study of risk, protective factors, and mental health", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 49, n.º 6, 2010.

relación entre las víctimas de violación durante la conscripción y la depresión²⁸. Estos hallazgos indican que las experiencias de los niños soldados, además de los factores posteriores al conflicto, como las oportunidades económicas y educativas, la aceptación y la estigmatización por parte de la comunidad, y el apoyo social, se sitúan dentro de un continuo de factores de riesgo de salud mental y de protección.

Intervenciones

Primera infancia

Las intervenciones en la primera infancia (IPI) neutralizan las deficiencias y los factores que causan estrés que afectan a los niños pequeños (de hasta 5 años de edad) y sus familiares, y promueven un desarrollo positivo durante los primeros cinco años de vida, que son críticos. Las IPI se centran en las consecuencias del desarrollo físico, emocional, social y cognitivo (que se relacionan con la preparación para la escuela), el desarrollo económico de los padres/encargados, la educación de los padres, las habilidades de los padres para la crianza de los hijos y el bienestar prenatal. El propósito de las IPI es fortalecer el bienestar y la salud mental, prevenir la generación de nuevos problemas y reducir los síntomas o mejorar el funcionamiento de los niños afectados por la guerra, centrándose tanto en ellos como en las personas que los cuidan²⁹. Las guías de orientación recomiendan el uso de técnicas terapéuticas con base empírica, abordan un sinnúmero de problemas y un amplio rango de diagnósticos de salud mental³⁰, y son escalables. Las intervenciones deben centrarse en los factores de riesgo que admiten modificaciones, como las deficiencias cognitivas y de conducta de los niños o las habilidades para el cuidado y la salud mental de los padres³¹. Especial atención se presta a la importancia de prevenir o reducir la separación entre familiares, y la presencia de los padres se considera fundamental para el apego seguro y la salud mental de los niños³². Por lo general, las IPI exitosas aprovechan la oportunidad de actuar tempranamente, abordan múltiples niveles de influencia socioecológica y utilizan sistemas de principios sobre los derechos del niño como

28 Theresa S. Betancourt, Jessica Agnew-Blais, Stephen E. Gilman, David R. Williams y B. Heidi Ellis, "Past horrors, present struggles: The role of stigma in the association between war experiences and psychosocial adjustment among former child soldiers in Sierra Leone", *Social Science and Medicine*, vol. 70, n.º 1, 2010.

29 Mark J. D. Jordans, Hugo Pigott y Wietse A. Tol, "Interventions for children affected by armed conflict: A systematic review of mental health and psychosocial support in low- and middle-income countries", *Current Psychiatry Reports*, vol. 18, n.º 9, 2016.

30 Gloria A. Pedersen, Eva Smallegange, April Coetzee, Kim Hartog, Jasmine Turner, Mark J. D. Jordans y Felicity L. Brown, "A systematic review of the evidence for family and parenting interventions in low- and middle-income countries: Child and youth mental health outcomes", *Journal of Child and Family Studies*, vol. 28, n.º 8, 2019.

31 Lynn A. Karoly, M. Rebecca Kilburn y Jill S. Cannon, "What works in early childhood intervention programs", en Lynn A. Karoly, Rebecca Kilburn y Jill S. Cannon (eds.), *Early Childhood Interventions: Proven Results, Future Promise*, RAND Corporation, Santa Mónica, California, 2005.

32 Alexander Miller, Julia Meredith Hess, Deborah Bybee y Jessica R. Goodkind, "Understanding the mental health consequences of family separation for refugees: Implications for policy and practice", *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 88, n.º 1, 2018.

el modelo SAFE³³. SAFE es un acrónimo que destaca la necesidad imperiosa de conocer la interrelación y la interdependencia de cuatro elementos de los derechos y las necesidades de seguridad básicas de los menores: *seguridad*/ausencia de daño (S), *acceso* a la satisfacción de las necesidades fisiológicas básicas y al cuidado de salud (A), *familia* y relación con otras personas (F), y *educación* y seguridad económica (E).

Las intervenciones intergeneracionales en el hogar se dirigen a las necesidades de los niños y de las personas que los cuidan. Hay estudios que revelan que las intervenciones en el entorno familiar promueven los factores de protección de las relaciones entre los menores y las personas que se encargan de su cuidado³⁴, aumentan el acceso a poblaciones a las que no es fácil llegar y pueden adaptarse a las necesidades de cada familia³⁵. Tras el genocidio de Ruanda, las intervenciones de apoyo a la vida familiar mostraron mejoras en las relaciones paterno-filiales, en las condiciones nutricionales de los menores y en la conducta violentas de los adultos en su trato con los hijos. Esas intervenciones preventivas en el ámbito familiar podrían servir en la labor con poblaciones afectadas por la guerra, en especial, si se las integra en sistemas de protección social, sanitarios y educativos con el fin de garantizar un mayor alcance³⁶. Hay estudios en los que se ha analizado la eficacia de las intervenciones en espacios donde los niños se sienten cómodos para promover el bienestar psicológico y psicosocial de los niños pequeños³⁷. También pueden realizarse intervenciones individuales o grupales. La terapia artística que ofrecen los profesionales de la salud mental podría dar buenos resultados en niños que necesitan apoyo durante terapias prolongadas y fortalecer la resiliencia comunitaria³⁸. Por último, las escuelas, los centros de educación inicial y los centros de salud podrían actuar como núcleos de coordinación de las intervenciones. En Zambia, se realizó una intervención de terapia cognitiva conductual para tratar traumas (TCC TT) en niños menores de cinco años. Dirigida por consejeros no

33 Theresa S. Betancourt, Timothy P. Williams, Sarah E. Kellner, Joy Gebre-Medhin, Katrina Hann e Yvonne Kayiteshonga, "Interrelatedness of child health, protection and well-being: An application of the SAFE model in Rwanda", *Social Science and Medicine*, vol. 74, n.º 10, 2012.

34 Sally Grantham-McGregor y Joanne A. Smith, "Extending the Jamaican early childhood development intervention", *Journal of Applied Research on Children*, vol. 7, n.º 2, 2016; Kimberly Josephson, Gabriela Guerrero y Catherine Coddington, *Supporting the Early Childhood Workforce at Scale: The Cuna Más Home Visiting Program in Peru*, Results for Development, Washington DC, 2017.

35 Shelley Peacock, Stephanie Konrad, Erin Watson, Darren Nickel y Nazeem Muhajarine, "Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: A systematic review", *BMC Public Health*, vol. 13 n.º 1, 2013.

36 Theresa S. Betancourt, Emily Franchett, Catherine M. Kirk, Robert T. Brennan, Laura Rawlings, Briana Wilson, Aisha Yousafzai, Rose Wilder, Sylvere Mukunzi, Josee Mukandanga, Christian Ukundineza, Kalisa Godfrey y Vincent Sezibera, "Integrating social protection and early childhood development: Open trial of a family home-visiting intervention, Sugira Muryango", *Early Childhood Development and Care*, vol. 190, n.º 2, 2018.

37 Janna Metzler, Karin Diaconu, Sabrina Hermsöilla, Robert Kajjuka, George W. Ebulu, Kevin Savage y Alastair Ager, "Short- and longer-term impacts of child friendly space interventions in Rwamwanja refugee settlement, Uganda", *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 60, n.º 11, 2019.

38 Sinaria Jabbar y Amy Betawi, "Children express: War and peace themes in the drawings of Iraqi refugee children in Jordan", *International Journal of Adolescence and Youth*, vol. 24, n.º1, 2019.

profesionales debidamente capacitados y supervisados, la intervención dio como resultado una reducción significativa de los síntomas del trauma y una mejora en el funcionamiento de los niños³⁹.

Menores en edad escolar

Las realidades de las tareas en entornos humanitarios a menudo caóticos, como la necesidad imperiosa de abordar las necesidades básicas de las poblaciones vulnerables (en concreto, alimentación y vivienda), dificultan enormemente la elaboración, la implementación y la evaluación de las intervenciones en materia de salud mental dirigidas a los menores afectados por la guerra. No obstante, existen tratamientos promisorios para los menores en edad escolar. De manera general, esas intervenciones pueden categorizarse dentro de una orientación socioecológica, adoptan formatos individuales o grupales y tienen lugar en el aula o en el ámbito escolar.

Intervenciones socioecológicas

En determinado tipo de intervenciones dirigidas a este grupo de niños, se adopta una orientación socioecológica en la que la familia y la comunidad de los menores pueden estar incluidas en el tratamiento. En la región septentrional de la RDC, un estudio piloto de una intervención psicosocial centrada en la familia dentro de la comunidad incorporó un programa de habilidades para la vida, ejercicios de relajación tomados de la TCC TT y proyección de películas para abordar la estigmatización y la aceptación de la comunidad⁴⁰. Se invitó a todos los menores que participaron en la intervención a llevar a las sesiones a una persona encargada de su cuidado. El objetivo general del programa era estimular la conducta social positiva y reducir los problemas de conducta. En comparación con los menores que no participaron en el programa, los jóvenes que se beneficiaron de sus servicios mostraron una reducción significativa de las reacciones al estrés traumático; a los tres meses, el seguimiento mostró una reducción de la internalización de los síntomas y un incremento en las conductas sociales positivas, y las personas encargadas del cuidado de los menores también notaron una disminución de los problemas de conducta. Una característica innovadora de la intervención fue el uso de comités asesores integrados por jóvenes y dirigentes de la comunidad para tratar los problemas que fueron surgiendo durante la implementación. El comité asesor, encabezado por un pastor de la comunidad con una maestría en intervenciones

39 Laura K. Murray, Stephanie Skavenski, Jeremy C. Kane, John Mayeya, Shannon Dorsey, Judy A. Cohen, Lynn T. M. Michalopoulos, Mwiya Imasiku y Paul A. Bolton, "Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: A randomized clinical trial", *JAMA Pediatrics*, vol. 169, n.º 8, 2015.

40 Paul O'Callaghan, Lindsay Branham, Ciáran Shannon, Theresa S. Betancourt, Martin Dempster y John McMullen, "A pilot study of a family focused, psychosocial intervention with war-exposed youth at risk of attack and abduction in North-Eastern Democratic Republic of Congo", *Child Abuse & Neglect*, vol. 38, n.º 7, 2014.

para jóvenes con experiencias traumáticas, daba su opinión sobre la idoneidad de las preguntas de la entrevista y la recopilación de datos. A lo largo de la intervención, el investigador principal se reunía todas las semanas con cuatro adultos y cuatro jóvenes para evaluar sus efectos y proponer modificaciones en el programa a fin de mejorar su eficacia, por ejemplo, celebrar una ceremonia de graduación⁴¹.

La estrategia de incorporar comités asesores comunitarios en las intervenciones de salud mental está contemplada en las directrices y las prácticas idóneas generales para la labor con poblaciones afectadas por la guerra, en la que los trabajadores humanitarios y las comunidades afectadas establecen asociaciones equitativas que sirven para apoyar y empoderar a las comunidades vulnerables⁴².

Tratamientos individuales y grupales

Las intervenciones también dan prioridad a enfoques individuales o grupales del tratamiento. Por ejemplo, la terapia de exposición narrativa (TEN) se creó como un tratamiento breve “para las secuelas psicológicas de la tortura y de otras formas de violencia organizada” que puede ser administrado por trabajadores no profesionales en entornos de bajos recursos⁴³. El principal elemento de intervención de la TEN –conocido como TEN en niños y adolescentes cuando se la utiliza en ellos– consiste en la elaboración narrativa de la experiencia traumática⁴⁴. La TEN en niños y adolescentes se ha administrado con éxito en el tratamiento del TEPT en exniños soldados de Uganda⁴⁵ y la RDC⁴⁶, en solicitantes de asilo establecidos en Alemania⁴⁷, en refugiados somalíes de un campamento de refugiados en Uganda⁴⁸

41 *Ibid.*

42 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), *Enfoque comunitario en las operaciones del ACNUR*, Ginebra, 2008, disponible en línea en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6403.pdf>.

43 Katy Robjant y Mina Fazel, “The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review”, *Clinical Psychology Review*, vol. 30, n.º 8, 2010.

44 Maggie Schauer, Frank Neuner y Thomas Elbert, “Narrative Exposure Therapy for children and adolescents (KIDNET)”, en Markus A. Landolt, Marylène Cloitre y Ulrich Schnyder (eds.), *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents*, Springer International, Cham, 2017.

45 Verena Ertl, Anett Pfeiffer, Elisabeth Schauer, Thomas Elbert y Frank Neuner, “Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 306, n.º 5, 2011.

46 Katharin Hermenau, Tobias Hecker, Susanne Schaal, Anna Maedl y Thomas Elbert, “Addressing post-traumatic stress and aggression by means of narrative exposure: A randomized controlled trial with ex-combatants in the Eastern DRC”, *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, vol. 22, n.º 8, 2013.

47 Martina Ruf, Maggie Schauer, Frank Neuner, Claudia Catani, Elisabeth Schauer y Thomas Elbert, “Narrative Exposure Therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children”, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 23, n.º 4, 2010.

48 Lamaro P. Onyut, Frank Neuner, Elisabeth Schauer, Verena Ertl, Michael Odenwald, Maggie Schauer y Thomas Elbert, “Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African Refugee Settlement”, *BMC Psychiatry*, vol. 5, n.º 1, 2005.

y en jóvenes que habían perdido a sus padres en el genocidio de Ruanda⁴⁹. En todos los estudios, la TEN, en la comparación con un grupo control o con otra forma de tratamiento, dio como resultado una reducción significativa en el TEPT, que a menudo se pudo mantener o incluso ampliar a largo plazo. También se ha utilizado la TCC TT para ayudar a los menores en edad escolar durante el proceso de recuperación de la experiencia traumática. La TCC TT es una intervención por etapas con base empírica que consiste en fomentar la capacidad de adaptación de los jóvenes, el procesamiento de las experiencias traumáticas y la consolidación y la conclusión de la experiencia terapéutica⁵⁰. En Palestina, un programa de TCC TT dirigido a grupos de jóvenes denominado Enseñanza de Técnicas de Recuperación fue implementado por consejeros capacitados. Los análisis posteriores mostraron una reducción significativa del TEPT, la depresión, el duelo traumático y los problemas de salud mental⁵¹. En varios estudios, se ha demostrado la eficacia de la TCC TT en la RDC, empleada en niños varones afectados por el conflicto armado⁵² y en mujeres adolescentes víctimas de violencia sexual⁵³. La Capacitación de Jóvenes (Youth Readiness Intervention, YRI) es una intervención transdiagnóstica basada en elementos comunes de la TCC y la psicoterapia interpersonal que utiliza el formato grupal para abordar la regulación emocional y mejorar el funcionamiento cotidiano de los jóvenes afectados por la guerra⁵⁴. En Sierra Leona, tras la intervención, la YRI mostró efectos considerables en la regulación emocional, las actitudes sociales positivas, el apoyo social y la reducción de las discapacidades funcionales. Asimismo, de acuerdo con los maestros, los jóvenes que participaron en la YRI mejoraron su conducta, estaban mejor preparados para el aula y tenían seis veces más probabilidades de no abandonar la escuela, en comparación con los jóvenes que no formaron parte de la intervención⁵⁵.

49 Susanne Schaal, Thomas Elbert y Frank Neuner, "Narrative Exposure Therapy versus interpersonal psychotherapy: A pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans", *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 78, n.º 5, 2009.

50 Judith A. Cohen, Anthony P. Mannarino, Matthew Kliethermes y Laura A. Murray, "Trauma-focused CBT for youth with complex trauma", *Child Abuse & Neglect*, vol. 36, n.º 6, 2012.

51 Ian G. Barron, Ghassan Abdallah y Patrick Smith, "Randomized control trial of a CBT trauma recovery program in Palestinian schools", *Journal of Loss and Trauma*, vol. 18, n.º 4, 2013.

52 John McMullen, Paul O'Callaghan, Ciarán Shannon, Alastair Black y John Eakin, "Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: A randomised controlled trial", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 54, n.º 11, 2013.

53 Paul O'Callaghan, John McMullen, Ciarán Shannon, Harry Rafferty y Alastair Black, "A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 52, n.º 4, 2013.

54 Theresa S. Betancourt, Ryan McBain, Elizabeth A. Newnham, Adeyinka M. Akinsulure-Smith, Robert T. Brennan, John R. Weisz y Nathan B. Hansen, "A behavioral intervention for war-affected youth in Sierra Leone: A randomized controlled trial", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 53, n.º 12, 2014.

55 Ibid.

Intervenciones en el aula

Si bien el acceso a la educación suele interrumpirse durante una guerra, cuando la zona afectada se estabiliza o los menores van a vivir a entornos más seguros, el aula puede ser un ambiente útil para la implementación de intervenciones. En el norte de Uganda, en el marco del programa escolar Actividades Psicosociales Estructuradas, se organizaron 15 sesiones enfocadas en la resiliencia durante la recuperación de experiencias traumáticas de los participantes⁵⁶. Se recurrió a enfoques etnográficos para identificar conceptos arraigados en la cultura sobre el bienestar de los jóvenes desde su propia perspectiva (por ejemplo, la sociabilidad y la alegría), la de las personas encargadas de su cuidado (por ejemplo, la falta de estrés y la franqueza) y la de los maestros (por ejemplo, cooperación y respeto). Las comparaciones entre las condiciones previas y las posteriores a la intervención demostraron que los menores que participaron en el programa tuvieron un aumento considerable en los niveles de bienestar según sus propios informes y los sus cuidadores. En Burundi⁵⁷, Nepal⁵⁸ y Sri Lanka⁵⁹, se implementaron y evaluaron otras intervenciones escolares con distintos grados de eficacia. En todos los estudios, factores tales como la edad y el género de los participantes, así como la exposición continua a factores de estrés cotidianos, influyen en la eficacia de la intervención. Por ejemplo, una intervención relativa a la salud mental entre jóvenes afectados por la guerra en Sri Lanka tuvo mayor eficacia en la reducción de síntomas asociados con problemas de conducta entre los participantes de menor edad⁶⁰. Si bien las intervenciones escolares son promisorias en cuanto al bienestar y la salud mental de los jóvenes, y el ámbito escolar crea un espacio accesible desde el que implementar los programas, los investigadores deben considerar si el programa que se implementa en el aula debería implementarse en grupos separados por género o edad. Recomendamos precaución en lo referente a quiénes están a cargo de las intervenciones, pues es importante evitar el exceso de tareas y la sobrecarga de los docentes. Sería conveniente escoger a otro grupo de personas y capacitarlas en la prestación de servicios de salud mental.

56 Alastair Ager, Bree Akesson, Lindsay Stark, Eirini Flouri, Braxton Okot, Faith McCollister y Neil Boothby, "The impact of the school-based Psychosocial Structured Activities (PSSA) program on conflict-affected children in northern Uganda", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 52, n.º 11, 2011.

57 Wietse A. Tol, Ivan H. Komproe, Mark J. D. Jordans, Aline Ndayisaba, Prudence Ntamutumba, Heather Sipsma, Eva S. Smallegange, Robert D. Macy y Joop T. V. M. de Jong, "School-based mental health intervention for children in war-affected Burundi: A cluster randomized trial", *BMC Medicine*, vol. 12, n.º 56, 2014.

58 Mark J. D. Jordans, Ivan H. Komproe, Wietse A. Tol, Brandon A. Kohrt, Nagendra P. Luitel, Robert D. Macy y Joop T. V. M. de Jong, "Evaluation of a classroom-based psychosocial intervention in conflict-affected Nepal: A cluster randomized controlled trial", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 51, n.º 7, 2010.

59 Wietse A. Tol, Ivan H. Komproe, Mark J. D. Jordans, Anavarathan Vallipuram, Heather Sipsma, Sambasivamoorthy Sivayokan, Robert D. Macy y Joop T. de Jong, "Outcomes and moderators of a preventive school-based mental health intervention for children affected by war in Sri Lanka: A cluster randomized trial", *World Psychiatry*, vol. 11, n.º 2, 2012.

60 *Ibid.*

Salud mental y bienestar psicosocial en la comunidad rohinyá de los campamentos de refugiados de Bangladés

Contexto y antecedentes

Myanmar, conocida históricamente como Birmania, limita con Bangladés, India, China, Laos y Tailandia. Las tensiones entre el gobierno y el pueblo rohinyá se han sucedido a lo largo de siglos de persecución⁶¹. Myanmar tiene aproximadamente 51 millones de habitantes y se caracteriza por la diversidad étnica y religiosa de su población. Solo un pequeño número de minorías étnicas tiene ciudadanía oficial; los rohinyá no forman parte de esas minorías, a pesar de su presencia histórica en el país⁶². La Ley de ciudadanía de 1982⁶³ excluyó a los rohinyá de los grupos étnicos reconocidos de Myanmar, lo que transformó a sus miembros como apátridas y los privó de los derechos y las protecciones que confiere el derecho tanto nacional como internacional⁶⁴. En agosto de 2017, la situación escaló al nivel de emergencia humanitaria que incluyó crímenes como un genocidio promovido por el Estado, violaciones en masa y otros actos de violencia sexual, limpieza étnica y otros crímenes de lesa humanidad⁶⁵. Más de 730.000 integrantes del grupo rohinyá, incluidos más de 400.000 niños, huyeron de la violencia de Myanmar y se establecieron en Cox's Bazar, en Bangladés. De esos 400.000, hay una cantidad no especificada de niños no acompañados o huérfanos; según un informe, entre esos 400.000, habría más de 6000 niños no acompañados⁶⁶ y, de acuerdo con otro informe, uno de cada cuatro niños rohinyá es huérfano⁶⁷. En Myanmar, 600.000 rohinyá continúan experimentando enormes dificultades, como la falta de libertad de movimiento, la discriminación y el acceso limitado a los servicios básicos⁶⁸.

61 Jeff Crisp, *The Role of the UN Agencies in Rohingya Genocide since 1978*, mesa redonda, Congreso Internacional sobre Protección y Rendición de Cuentas en Birmania, Nueva York, 2019; Alvin K. Tay, Rafiqul Islam, Andrew Riley, Courtney Welton-Mitchell, Benedicte Duchesne, Valerie Waters, Derrick Silove y Peter Ventevogel, *Culture, Context, and Mental Health of Rohingya Refugees: A Review for Staff in Mental Health and Psychosocial Support Programmes for Rohingya Refugees*, ACNUR, Ginebra, 2018.

62 J. Crisp, nota 61 *supra*; A. K. Tay *et al.*, nota 61 *supra*.

63 Ley de ciudadanía de Birmania, 15 de octubre de 1982.

64 Jobair Alam, "The Rohingya of Myanmar: Theoretical significance of the minority status", *Asian Ethnicity*, vol. 19, n.º 2, 2017.

65 *Rohingya Crisis in Cox's Bazar District, Bangladesh*, Health Sector Bulletin, n.º 6, 6 de septiembre de 2018, disponible en línea en <https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/healthsectorcxbbanbulletinno6.pdf>; Razia Sultana, *Rape by Command: Sexual Violence as a Weapon against the Rohingya*, Kalandan Press, Chittagong, 2018; A. K. Tay *et al.*, nota 61 *supra*.

66 Mohshin Habib, Christine Jubb, Salahuddin Ahmad, Masudur Rahman y Henri Pallard, "Forced migration of Rohingya: An untold experience", *SSRN Electronic Journal*, 2018, disponible en línea en https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3242696.

67 Save the Children, "Alarming number of Rohingya refugee children orphaned by brutal violence, new Save the Children study finds", disponible en línea en <https://www.savethechildren.org.uk/news/media-centre/press-releases/alarming-number-of-rohingya-refugee-children-orphaned-by-brutal->

68 UNICEF, *Acción humanitaria para la infancia 2019: Resumen*, Nueva York, enero de 2019, disponible en línea en https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Accion_Humanitaria_para_la_infancia_2019.pdf.

En el plano político, el gobierno de Bangladés y la comunidad internacional se concentran en la ayuda humanitaria inmediata y transitoria. La repatriación de los refugiados rohinyá de Bangladés a Myanmar ha sido sumamente problemática, debido a que el gobierno de Myanmar niega al pueblo rohinyá la legitimidad del derecho de pertenencia a Myanmar. Esos contextos políticos y humanitarios tan complejos tienen profundas implicaciones en el largo plazo para la salud social, física y mental de la comunidad rohinyá, debido a la falta de pertenencia y a la incertidumbre. El impacto psicológico acumulativo de esas experiencias en la salud mental de los niños y los adolescentes es evidente⁶⁹, aunque los datos fiables sobre los resultados de las intervenciones psicológicas son escasos⁷⁰.

Con una población de aproximadamente 162,9 millones de habitantes, Bangladés es uno de los países más densamente poblados del mundo, y el ingreso continuo de refugiados genera más presión sobre los limitados recursos existentes. La tirantez cada vez mayor entre los rohinyá y las comunidades de acogida locales, y, dentro los campamentos, las tensiones generadas por el acceso a los limitados recursos y por los problemas que trae aparejados la aculturación contribuyen a incrementar la complejidad existente.

Conceptualizaciones de la salud mental, la cultura y el trauma

No existe una “única manera universal o definitiva de ser una persona sana; por lo tanto, ninguna teoría psicológica se aplica a todos los casos”⁷¹. Por eso, existen dificultades conceptuales y epistemológicas cuando se trata de comprender la influencia de las estructuras personales, relacionales, comunitarias y sociopolíticas en la salud mental de las personas. Los residentes adultos de la comunidad rohinyá en los campamentos denuncian la discriminación sistemática que padecen en Myanmar, en especial, para acceder a la salud y la educación⁷². Podría formularse la hipótesis de que esas experiencias influyen en cómo se percibe a los proveedores de salud y de salud mental –por ejemplo, como inofensivos o como persecutorios– y, por consiguiente, afectan los comportamientos de búsqueda de ayuda de la comunidad, la relación con los servicios de salud mental y la aceptación del apoyo. En sentido estricto, reconocer el impacto de la opresión y la persecución históricas, y de las experiencias traumáticas puntuales de la tortura, el genocidio, la violencia de género y la consiguiente migración y residencia en los campamentos, es fundamental para comprender la angustia y la forma en que se accede a los

69 World Vision, “Psychological support for refugee children of Myanmar in Bangladesh”, 22 de enero de 2018, disponible en línea en <https://reliefweb.int/report/Bangladesh/psychological-support-refugee-children-myanmar-Bangladesh>.

70 Nargis Islam, Nishat F. Rahman y Naila Z. Khan, “Trauma and mental health in the Rohingya camps: One year on”, en *BRAC Health Watch: Health Sector’s Response to the Rohingya Crisis*, BRAC University, 2019.

71 Susan Llewelyn y Katie Aafjes-van Doorn, *Clinical Psychology: A Very Short Introduction*, Oxford University Press, Oxford, 2018, p. xvi.

72 Mohshin Habib, Christine Jubb, Salahuddin Ahmad, Masudur Rahman y Henri Pallard, *Forced Migration of Rohingya: The Untold Experience*, Agencia de Desarrollo Internacional de Ontario, Ottawa, 2018.

servicios, se los acepta e, incluso, se los conceptualiza. Debido a que los problemas mentales individuales revelan una fuerte correlación con factores sociales, es improbable que la angustia se alivie solo con mejorar el acceso a tratamientos de salud mental⁷³.

Derechos humanos y salud mental

Las violaciones de los derechos humanos están estrechamente ligadas a las crisis humanitarias, en las que predominan problemas relacionados con la opresión, el poder y la falta de oportunidades, en particular, en lo relativo al apoyo a las personas con problemas de salud mental⁷⁴. Las violaciones de derechos humanos, como la tortura y el desplazamiento, la falta de acceso a recursos adecuados y las prácticas de trato coercitivo infringen los derechos de las personas a una vida saludable, con oportunidades de prosperar, y afectan la salud mental⁷⁵. En la experiencia rohinyá, se descubrió que los problemas de salud relacionados con los derechos humanos obedecen a importantes barreras estructurales, como condiciones de vida precarias, movilidad restringida y ausencia de derechos laborales, lo que en conjunto contribuye a la mala salud física y mental⁷⁶.

Determinantes sociales de la salud mental

Cada vez está más aceptado que los determinantes de la salud y la enfermedad mental abarcan no solo factores individuales, sino también sociales y sociopolíticos, así como la interacción de esos factores entre sí⁷⁷ y con las vulnerabilidades vinculadas con la pobreza, la desigualdad social, la persecución y la discriminación⁷⁸. Los expertos mundiales en salud mental y economía han

73 Crick Lund, Carrie Brooke-Sumner, Florence Baingana, Emily Claire Baron, Erica Breuer, Prabha Chandra, Johannes Haushofer, Helen Herman, Mark Jordans, Christian Kieling, Maria Elena Medina-Mora, Ellen Morgan, Olayinka Omigbodun, Wietse Tol, Vikram Patel y Shekhar Saxena, "Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews", *The Lancet Psychiatry*, vol. 5, n.º 4, 2018; Organización Mundial de la Salud (OMS), *Social Determinants of Mental Health*, Ginebra, 2014; Erik Blas y Anand Sivasankara Kurup (eds.), *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*, OMS, Ginebra, 2010.

74 I. Weissbecker *et al.*, nota 10 *supra*; Lisa D. Butler, Filomena M. Critelli y Janice Carello (eds.), *Trauma and Human Rights: Integrating Approaches to Address Human Suffering*, Palgrave Macmillan, Cham, 2019.

75 Sebastian Porsdam Mann, Valerie J. Bradley y Barbara J. Sahakian, "Human rights-based approaches to mental health: A review of programs", *Health and Human Rights Journal*, vol. 18, n.º 1, 2016.

76 Nidhi Wali, Wen Chen, Lal B. Rawal, A. S. M. Amanullah y Andre M. N. Renzaho, "Integrating human rights approaches into public health practices and policies to address health needs amongst Rohingya refugees in Bangladesh: A systematic review and meta-ethnographic analysis", *Archives of Public Health*, vol. 76, n.º 1, 2018.

77 Malin Eriksson, Mehdi Ghazinour y Anne Hammarström, "Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: What is their value for guiding public mental health policy and practice?", *Social Theory and Health*, vol. 16, n.º 4, 2018.

78 *Ibid.*; Michael Marmot, "Social determinants of health inequalities", *The Lancet*, vol. 365, n.º 9464, 2005; Jamie Pearce y Danny Dorling, "Tackling global health inequalities: Closing the health gap in a generation", *Environment and Planning A: Economy and Space*, vol. 41, n.º 1, 2009.

construido una base empírica, que sigue aumentando, que vincula las desigualdades sociales con un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental⁷⁹. Dadas las barreras estructurales con las que se topan los rohinyá para acceder al apoyo social y de salud en Myanmar y en los entornos de desplazamiento posterior a la migración, los factores sociales particulares que determinan su ansiedad son importantes. Los obstáculos para acceder a las oportunidades de llevar una vida plena y contribuir al bienestar de la sociedad⁸⁰ son especialmente serios para las poblaciones de refugiados, en las que muchos problemas de salud mental están determinados por el entorno social, económico y físico. Para la comunidad rohinyá, es probable que la condición de “apátrida” tenga influencia en su sensación de inseguridad dentro de los sistemas jurídicos. Esto tiene importantes implicancias para el sentimiento interno de pertenencia y seguridad, la validación y el reconocimiento de las injusticias, y la confianza en las propias capacidades y las oportunidades de prosperar.

En el contexto de los rohinyá, es importante el hecho de que, a pesar del reconocimiento de que las estructuras sociales pueden afectar negativamente la salud mental⁸¹, a menudo, las intervenciones en materia de salud mental en contextos humanitarios se encuentran con problemas para que se acepten de verdad los aspectos culturales y sociales y el lenguaje con el que se expresa la angustia⁸², más allá de las adaptaciones culturales a la base empírica existente (fundamentalmente occidental). Si bien la experiencia de la angustia psicológica y emocional está intrínsecamente ligada a la influencia sistémica del poder, la influencia de determinados grupos prevalece en la forma en que se construyen los relatos, “produciendo discursos sociales dominantes, con determinadas consecuencias”⁸³. Por lo tanto, si bien “individualizar la angustia de los refugiados y ‘tratarlos’ focalizándose en el alivio de los síntomas” tiene el potencial de beneficiar a quienes son tratados por un profesional comprensivo, el riesgo está en que los servicios pasen por alto, no adviertan o no consideren las causas sociales y materiales de la angustia

79 Vikram Patel, Crick Lund, Sean Hatherill, Sophie Plageron, Joanne Corrigan, Michelle Funk y Alan J. Flisher, “Mental disorders: Equity and social determinants”, en Erik Blas y Anand Sivasankara Kurup (eds.), *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*, OMS, Ginebra, 2010; Vikram Patel, Jürgen Unützer *et al.*, “The Lancet Commission on global mental health and sustainable development”, *The Lancet*, vol. 392, n.º 10157, 2018; Catherine Panter-Brick y Mark Eggerman, “Anthropology and global mental health: Depth, breadth, and relevance”, en Ross G. White, Sumeet Jain, David M. R. Orr y Ursula M. Read (eds.), *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*, Palgrave Macmillan, Londres, 2017; Ross White, Maria Grazia Imperiale y Em Perera, “The Capabilities Approach: Fostering contexts for enhancing mental health and wellbeing across the globe”, *Globalization and Health*, vol.12, n.º 1, 2016.

80 OMS, nota 73 *supra*.

81 Michaela Hynie, “The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review”, *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 63, n.º 5, 2018; C. Lund *et al.*, nota 73 *supra*; Andrew Riley, Andrea Varner, Peter Ventevogel, M. M. Taimur Hasan y Courtney Welton-Mitchell, “Daily stressors, trauma exposure, and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh”, *Transcultural Psychiatry*, vol. 54, n.º 3, 2017.

82 A. K. Tay *et al.*, nota 61 *supra*.

83 Nimisha Patel, “The mantra of ‘do no harm’ in international healthcare responses to refugee people”, en Thomas Wenzel y Boris Droždek (eds.), *An Uncertain Safety: Integrative Health Care for the 21st Century Refugees*, Springer International, Cham, 2019, p. 160.

de las personas refugiadas, a la vez, que sostienen a un discurso individualista del trauma⁸⁴. La facultad de influir en los relatos y los paradigmas globales no es ajena a los intereses económicos y sociales de los gobiernos, los donantes, las corporaciones y las organizaciones internacionales, además de a los valores y las políticas profesionales de la psicología y la psiquiatría⁸⁵. Las motivaciones personales, las creencias y los valores, el poscolonialismo y las visiones del mundo patriarcales son sutiles, pero ejercen influencia en las explicaciones aceptadas del funcionamiento mental individual⁸⁶. Lo que está claro es que ninguna profesión ni organización puede abarcar todos los niveles de influencia y poder; por eso, los objetivos compartidos, individuales y generales, además de la acción colaborativa, son el instrumento más eficaz para avanzar.

Investigación en salud mental en los campamentos rohinyá

Los estudios publicados sobre la salud mental de los rohinyá con posterioridad a la crisis de agosto de 2017⁸⁷ son escasos, probablemente, debido a que la atención se ha dirigido a la implementación de sistemas de apoyo de emergencia a la salud pública y a la estructura social, a los obstáculos éticos para realizar investigaciones sobre las poblaciones vulnerables y al tiempo y los recursos requeridos para realizar proyectos de evaluación. Sin embargo, existen datos sobre los síntomas de trauma y los factores de estrés ambientales asociados con la vida en los campamentos (falta de alimentos, restricciones de movimiento fuera de los campamentos y cuestiones relativas a la seguridad), donde los síntomas de desánimo estaban vinculados más con los factores de estrés cotidianos que con experiencias traumáticas anteriores⁸⁸. Un informe de la Oficina del Alto Comisionado las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) sobre las necesidades culturales y de salud mental de los rohinyá señala que los miembros de este grupo étnico no están muy familiarizados con las concepciones occidentales de la ansiedad⁸⁹ y que sus expresiones al respecto utilizan descriptores culturales en lugar de los empleados internacionalmente; por ejemplo, para describir conductas erráticas, alucinaciones visuales y auditivas o delirios paranoides hacen referencia a su creencia en la posesión por espíritus. Por ese motivo, las formulaciones psicológicas deben incorporar las creencias culturales sobre la posesión por espíritus cuando se trabaja con experiencias psicóticas y epilepsia, así como con trastornos del desarrollo neurológico en infantes, niños y adolescentes. Las investigaciones realizadas en las poblaciones de Bangladés indican que aproximadamente un 70 % de las personas que concurren a un centro nacional de evaluación de la epilepsia consultaron a practicantes de la medicina no tradicional, exorcistas o espiritistas antes de acudir

84 Ibid.

85 China Mills, "The psychiatrization of poverty: Rethinking the mental health–poverty nexus", *Social and Personality Psychology Compass*, vol. 9, n.º 5, 2015.

86 N. Patel, nota 83 *supra*.

87 N. Islam *et al.*, nota 70 *supra*.

88 A. Riley *et al.*, nota 81 *supra*.

89 A. K. Tay *et al.*, nota 61 *supra*.

al consultorio médico; solo el 29 % percibía la epilepsia como una enfermedad⁹⁰. En varios estudios interculturales, también se señala que las personas pueden tener creencias neurológicas y metafísicas, junto con una actitud religiosa respecto de la epilepsia con resultados positivos⁹¹, mientras que en otros artículos⁹² se observa que las intervenciones para el abordaje de la epilepsia deben incorporar respuestas alopáticas y, al mismo tiempo, otras asociadas a la religión. Del mismo modo, los resultados de la investigación y de la práctica clínica indican que las experiencias psicóticas están determinadas por la cultura; en consecuencia, adoptar un enfoque pluralista en el tratamiento resulta eficaz. Por ejemplo, un estudio realizado en la India muestra cómo los profesionales de la psiquiatría tienden a no utilizar términos diagnósticos al comentar con los pacientes su condición y, de ese modo, los distintos significados atribuidos a las experiencias sensoriales atípicas habilitan una interpretación menos patológica de los síntomas⁹³.

La religiosidad es una fuente importante de significados de las experiencias traumáticas de los rohinyá, como muestran tanto los trabajos de investigación⁹⁴ como las experiencias de campo. La religión como factor de protección y fuente de resiliencia se ha observado en adolescentes de otras poblaciones de refugiados⁹⁵ y en adultos en situaciones de conflicto⁹⁶. Aparentemente, al principio, la comunidad rohinyá tendía a solicitar apoyo para problemas físicos o síntomas somáticos de la ansiedad, en lugar de buscar apoyo formal para problemas de salud mental, pues, en la comunidad rohinyá, los problemas de salud mental se asocian con la estigmatización y la vergüenza⁹⁷. Las conductas relacionadas con la adaptación y la salud son indicadores importantes de cuán dispuestos están los niños y los adolescentes a solicitar apoyo en salud mental.

En resumen, si bien no abundan los datos sobre la prevalencia y la expresión de la ansiedad en las comunidades rohinyá, lo que queda claro es que la experiencia de la migración forzada se expresa por medio de la preocupación, el miedo, la tristeza y la incertidumbre respecto de la seguridad (o la ansiedad, la depresión y los síntomas del TEPT). Los factores que han de considerarse en una evaluación culturalmente auténtica de la salud mental de niños y adolescentes comprenden

90 Rajat Sanker Roy Biswas, Mohammad Gias Uddin y Mohammad Mostafa, "Pattern of epilepsy patients visiting in a psychiatry outpatient department", *Journal of the Scientific Society*, vol. 45, n.º 1, 2018.

91 Mina Gajjar, Esther Geva, Tom Humphries, Michele Peterson-Badali e Hiroshi Otsubo, "A new scale to assess culture-specific beliefs and attitudes about epilepsy", *Epilepsy & Behavior*, vol. 1, n.º 4, 2000.

92 Penny Rhodes y Neil Small, "Crossing continents: Meanings and management of epilepsy among people of Pakistani origin living in the UK", en Jaya Pinikahana y Christine Walker (eds.), *Society, Behaviour and Epilepsy*, Nova Science Publishers, Hauppauge, Nueva York, 2011.

93 Murphy Halliburton, "Finding a fit: Psychiatric pluralism in South India and its implications for WHO studies of mental disorder", *Transcultural Psychiatry*, vol. 41, n.º 1, 2004.

94 A. K. Tay *et al.*, nota 61 *supra*.

95 B. Heidi Ellis, Alisa K. Lincoln, Meredith E. Charney, Rebecca Ford-Paz, Molly Benson y Lee Strunin, "Mental health service utilization of Somali adolescents: Religion, community, and school as gateways to healing", *Transcultural Psychiatry*, vol. 47, n.º 5, 2010.

96 Amy Lee Ai, Christopher Peterson y Bu Huang, "The effect of religious-spiritual coping on positive attitudes of adult Muslim refugees from Kosovo and Bosnia", *International Journal for the Psychology of Religion*, vol. 13, n.º 1, 2003.

97 A. K. Tay *et al.*, nota 61 *supra*.

la experiencia individual y el entorno sociopolítico, los descriptores culturales y las expresiones idiomáticas de la ansiedad, las barreras sociales y culturales para la utilización de servicios y las variables culturalmente congruentes de la adaptación y la resiliencia.

Intervenciones en salud mental específicas para niños y adolescentes

Durante su vida en Myanmar, los niños rohinyá crecían sin tener estatuto de ciudadanos y experimentaban una violencia y una persecución constantes, el desplazamiento forzado y las restricciones al desplazamiento y a las prácticas religiosas⁹⁸. Cuando la comunidad rohinyá se encuentra mejor asentada en los campamentos, recibe la ayuda de numerosos organismos del gobierno de Bangladés, ONG internacionales y asociados humanitarios para obtener acceso a la salud pública y a los servicios de infraestructura. Sin embargo, esas iniciativas tienen una duración indefinida, dependen de la ayuda externa y se desarrollan en un entorno superpoblado y, a menudo, en condiciones peligrosas (por ejemplo, inundaciones originadas por los monzones y daños causados por los ciclones). El estatuto de “ciudadanos de Myanmar forzadamente desplazados” implica que los miembros de la comunidad rohinyá, al igual que muchas personas refugiadas o apátridas, no tengan acceso a la educación formal ni al empleo que les permitiría adquirir las habilidades prácticas y la confianza en sus propias capacidades que se requieren para prosperar⁹⁹. Los adolescentes en particular sufren la falta de oportunidades para aprender a ganarse el sustento, mientras que las niñas son vulnerables al tráfico y otras formas de explotación y opresión, por ejemplo, la violencia sexual y de género, incluido el matrimonio infantil o forzado.

La investigación en salud mental de niños y adolescentes en los campamentos es escasa. En un estudio, se analizaron las dificultades en el desarrollo neurológico en niños que acudían a un consultorio del campamento de la comunidad rohinyá, donde se analizaba la salud mental como parte de la revisión clínica¹⁰⁰. Se encontró que más de la mitad de los 622 niños evaluados estaban comprendidos en el rango clínico por síntomas emocionales y un 25 %, por problemas con sus pares. Los problemas de salud mental de los menores estaban, tal como se esperaba, asociados de manera significativa con el hecho de no tener padres. Si bien la salud mental parental no fue evaluada en el estudio, se identificaron fortalezas en las madres y las personas a cargo del cuidado de los niños rohinyá y se observó que la salud mental de la persona a cargo de su cuidado podía afectar a los niños. Este hallazgo está respaldado por investigaciones realizadas recientemente en un

98 Ken MacLean, “The Rohingya crisis and the practices of erasure”, *Journal of Genocide Research*, vol. 21, n.º 1, 2019.

99 UNICEF, “Rohingya crisis”, 2019, disponible en línea en <https://www.unicef.org/emergencies/rohingya-crisis>.

100 Naila Z. Khan, Asma Begum Shilpi, Razia Sultana, Shaoli Sarker, Sultana Razia, Bipasha Roy, Abu Arif, Misbah Uddin Ahmed, Subas Chandra Saha y Helen McConachie, “Displaced Rohingya children at high risk for mental health problems: Findings from refugee camps within Bangladesh”, *Child: Care, Health and Development*, vol. 45, n.º 1, 2019.

contexto occidental que revelan que el efecto del estrés severo en la primera infancia en el desarrollo neurológico tiene correlación con malas experiencias relacionales y da lugar a limitaciones en la regulación emocional y en el desarrollo de habilidades de integración sensorial¹⁰¹.

Intervenciones de apoyo psicosocial y de salud mental en los campamentos

La velocidad y la escala del flujo migratorio de los rohinyá durante tres meses a partir de agosto 2017 ejercieron una enorme presión en las comunidades de acogida y en Bangladés en general. La misma dimensión de la crisis humanitaria requería respuestas inmediatas con la estructura de recursos disponible, y la prioridad se asignó a la respuesta para satisfacer las necesidades básicas de alimento, alojamiento y salud. El ejército de Bangladés, basado en su experiencia en cuanto fuerza que más contribuye a las fuerzas de mantenimiento de la paz de la ONU¹⁰², logró establecer rápidamente la infraestructura requerida para dar respuesta a las necesidades básicas más inmediatas, junto con los equipos de respuesta de las organizaciones humanitarias internacionales y locales.

Con más de 700.000 personas que se sumaron a los 200.000 refugiados rohinyá que ya estaban presentes en los campamentos¹⁰³, las organizaciones humanitarias y los organismos gubernamentales, de pronto, debieron prestar cuidados a una población equivalente a la de Estocolmo (744.000 habitantes). Para preparar servicios de salud física y mental adecuados para una población de esas proporciones, típicamente, se necesita mucho tiempo, con infraestructuras sociales, gubernamentales y financieras estables y consolidadas. La situación de emergencia hizo que las organizaciones de ayuda y el gobierno de Bangladés tuvieran que dar una respuesta inmediata, sin la información suficiente acerca de la cultura y las necesidades particulares de la comunidad rohinyá. Esta situación, junto con las experiencias recientes de la tortura y el genocidio, obligó a las organizaciones humanitarias y los organismos del gobierno a realizar una tarea excepcionalmente abrumadora para asignar prioridades y satisfacer las múltiples necesidades de los rohinyá. Los organismos del gobierno y las organizaciones humanitarias y de ayuda, como BRAC, ACNUR, UNICEF, la Organización Internacional para las Migraciones, Médicos sin Fronteras y el Comité Internacional de la Cruz Roja implementaron intervenciones en su labor con la comunidad rohinyá alojada en los campamentos y con las comunidades de acogida que, si bien no habían pasado por las dificultades particulares de los rohinyá, de todos modos, padecían la falta de recursos personales y de infraestructura¹⁰⁴.

101 Erin P. Hambrick, Thomas W. Brawner y Bruce D. Perry. "Timing of early-life stress and the development of brain-related capacities", *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, vol. 13, 2019.

102 "Bangladesh: Three decades of service and sacrifice in UN peacekeeping", *UN News*, disponible en línea en <https://news.un.org/en/gallery/520251>.

103 Abhishek Bhatia, Ayesha Mahmud, Arlan Fuller, Rebecca Shin, Azad Rahman, Tanvir Shatil, Mahmuda Sultana, K. A. M. Morshed, Jennifer Leaning y Satchit Balsari, "The Rohingya in Cox's Bazar: When the stateless seek refuge", *Health and Human Rights Journal*, vol. 20, n.º 2, 2018.

104 N. Islam, nota 70 *supra*.

Los espacios adaptados a los niños (EAN) son lugares especiales seguros dentro de los campamentos, donde las comunidades crean ambientes propicios en los que los niños pueden jugar, divertirse y aprender libremente o de forma estructurada¹⁰⁵. Los EAN son el medio aceptado por el cual se ofrecen actividades de apoyo psicosocial a los niños que viven en entornos humanitarios¹⁰⁶. Además de ser espacios temporarios de aprendizaje, son el marco donde se realizan actividades que proporcionan estructura, normalización, seguridad, socialización y supervisión adulta. Representan las únicas actividades estructuradas que pueden ofrecerse a los niños y los jóvenes de los campamentos de refugiados rohinyá, y se considera que tienen una función de protección al proporcionar un lugar en el que controlar y evaluar cuestiones relativas a la seguridad y la protección de los niños, y en el que los menores pueden jugar en un entorno seguro. BRAC, una de las mayores ONG del mundo, se asoció con la Fundación LEGO, Sesame y UNICEF para implementar intervenciones de apoyo psicosocial y de salud mental (APSM) y Humanitarian Play Labs (HPL) en 308 EAN de 32 campamentos en los distritos de Ukhiya y Teknaf, en Cox's Bazar, y en un número de comunidades de acogida¹⁰⁷. Las intervenciones de APSM y la iniciativa HPL han beneficiado a más de 60.000 niños de entre 0 y 6 años de edad y a sus familiares. Lanzado por BRAC en 2018, la iniciativa HPL es un modelo de intervención de APSM que integra el aprendizaje por medio del juego a la vida de los niños pequeños. Este modelo cuenta con coordinadores paraprofesionales que transmiten un modelo de aprendizaje lúdico que integra el juego y el apoyo psicosocial en el abordaje de las necesidades en materia de salud mental de los niños. La iniciativa HPL ha atraído la atención y ha sido elogiada en todo el mundo por ser una forma innovadora de apoyo psicosocial y de cuidado de los menores en entornos de crisis y emergencia.

Dificultades actuales y deficiencias en la implementación

A pesar del compromiso y el aporte de los organismos de ayuda y las ONG, actualmente, hay poca bibliografía o datos publicados, sino ninguno, sobre la eficacia de las intervenciones para el bienestar psicológico de los niños y adolescentes rohinyá; tampoco existen evaluaciones de los médicos y los trabajadores que implementan esas intervenciones ni información acerca de si la comunidad cree que las intervenciones son útiles. Se sabe por relatos informales que muchos niños continúan asistiendo a los EAN y son alentados por sus familiares a que lo hagan. Lo que no está tan claro es cuántos no asisten y por qué razones.

105 "Child Friendly Spaces (CFS) minimum standards: Cox's Bazar, Rohingya emergency response", disponible en línea en https://www.humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2019/02/cfs_minimum_standard_-_cxb_cpss_2018.pdf.

106 *Ibid.*

107 Fundación Lego, "Play Labs, BRAC", disponible en línea en <https://www.legofoundation.com/en/what-we-do/programmes-and-projects/play-labs-brac/>; BRAC, "Humanitarian Play Labs: Helping Rohingya children heal and learn through play", disponible en línea en <http://www.brac.net/latest-news/item/1213-humanitarian-play-labs-helping-rohingya-children-heal-and-learn-through-play>.

Por otra parte, la implementación de intervenciones de APSM y EAN no es igual en todos los campamentos. Muchas organizaciones tienen centros y personal para la prestación de servicios psicosociales. Sin embargo, debido a la estigmatización de las personas con trastornos de salud mental, la utilización de estos servicios es problemática. Un método para abordar el problema ha sido la adopción de los términos rohinyá *shanti khana* (centros de paz) para designar a los centros de salud¹⁰⁸ y *diller daktar* (doctores del corazón) para nombrar a los colaboradores de las intervenciones de APSM, con lo que se evita la estigmatización de las etiquetas asociadas a la salud mental y se respeta la cultura rohinyá.

Debido a que la distancia que separa las casas de los centros de salud puede ser considerable, la implementación de intervenciones de APSM se enfrenta a una dificultad adicional. En este sentido, los servicios sociales tienen verdadero potencial para la participación comunitaria, si bien sigue habiendo interrogantes sobre la gestión y el tratamiento de trastornos mentales más graves, la confidencialidad respecto de la información que brindan las personas en espacios de dimensiones reducidas en los que familiares y vecinos pueden escuchar lo que se habla en ellos y la seguridad de los encargados de prestar el servicio. Es evidente que, según se comenta, con el transcurso del tiempo, la comunidad se ha ido acostumbrado a la idea de un espacio para el apoyo psicológico y ha continuado usando el APSM, lo que indica que los miembros de la comunidad desconfían menos de esos servicios.

El lenguaje es la clave para garantizar la eficacia de los servicios de APSM. Si bien existen similitudes entre la lengua rohinyá y la de la comunidad de acogida (chat gaon), cultural y lingüísticamente hay dificultades de comunicación considerables. Si bien las intervenciones que se valen del juego utilizan una especie de “lenguaje universal”, la comunicación con los padres y las personas encargadas del cuidado de los niños respecto de las prácticas y las estrategias de apoyo requiere un intercambio verbal eficaz. Actualmente, la mayoría de las organizaciones emplea paraprofesionales originarios de la comunidad de acogida, debido a la semejanza de los dos dialectos. No obstante, una investigación reciente indica que casi el 60 % de las personas rohinyá entrevistadas tiene dificultad para comprender el dialecto de la comunidad de acogida; esta situación afecta, sobre todo, a las mujeres rohinyá, que asumen las principales responsabilidades de cuidado, pero cuyo nivel de alfabetización es bajo¹⁰⁹.

Conocer la cultura rohinyá y la importancia de la religión en los relatos rohinyá sobre el bienestar es de particular importancia en la implementación de intervenciones adecuadas que sean accesibles y no estigmatizantes¹¹⁰. Los proveedores de APSM tienen que valerse de relatos rohinyá relacionados con la salud mental y las estrategias de adaptación para introducir métodos creativos no

108 Médicos sin Fronteras, “Shanti Khana: Bringing peace to Rohingya refugees”, actualización de proyecto, 28 de septiembre de 2018, disponible en línea en <https://www.msf.org/shanti-khana-bringing-peace-rohingya-refugees>.

109 Traductores sin Fronteras, “Translators without Borders launches language tool for Rohingya humanitarian response”, 19 de junio de 2018, disponible en línea en <https://reliefweb.int/report/Bangladesh/translators-without-borders-launches-language-tool-rohingya-humanitarian-response>.

110 A. K. Tay *et al.*, nota 61 *supra*.

tradicionales en las prácticas de apoyo en salud mental. Aun así, no está claro de qué manera en las prácticas asociadas al APSM se tiene en cuenta la cultura rohinyá.

Los casos de poligamia en las comunidades rohinyá y de acogida están en aumento. Datos e informes recientes aún sin publicar¹¹¹ indican que los niveles crecientes de poligamia tanto en la comunidad de acogida como entre los rohinyá ejercen un considerable impacto negativo en términos del efecto psicológico del abandono y la falta de seguridad emocional y económica inherente a las uniones matrimoniales estables, además de implicar un mayor riesgo de vulnerabilidad a la violencia sexual y de género. Existen motivos para pensar que hay tensiones entre las comunidades rohinyá y de acogida por causa de la poligamia, aunque este fenómeno no está estudiado y, por lo tanto, los detalles no están claros. Por lo tanto, se puede formular la hipótesis de que habrá incertidumbres y dificultades, con consecuencias, principalmente para las mujeres y los niños, respecto de la asignación de recursos económicos y emocionales, con los riesgos concomitantes de violencia sexual y de género. Una cuestión fundamental es cuán adecuado o ético es proporcionar estrategias terapéuticas de adaptación a las mujeres, los niños y los adolescentes en contextos que implícitamente toleran condiciones de vida de incertidumbre, explotación y violencia. Por el contrario, fomentar la autonomía y un enfoque de “tolerancia cero” de la violencia es problemático y riesgoso si no se cuenta con la infraestructura adecuada, como un espacio seguro, lo que es particularmente difícil en un campamento de refugiados. La labor conjunta entre servicios mentales y sociales y sistemas jurídicos es la forma más eficaz de hacer frente a los problemas estructurales.

Las intervenciones de APSM se realizan predominantemente en las comunidades rohinyá, aunque las instrucciones del gobierno garantizan que también se implemente alguna forma de intervención en la comunidad de acogida, donde sigue habiendo necesidades en el área de la salud mental. Las mismas comunidades de acogida reaccionaron con un gran sentido de humanidad y compasión ante la llegada del primer grupo del traumatizado pueblo rohinyá, y cedieron tierras y recursos para los campamentos y el suministro de servicios. Si bien algunos miembros de las comunidades de acogida se benefician con trabajo asalariado de apoyo a la labor humanitaria, la escasez de recursos y de trabajo, los altos precios de la materia prima y los matrimonios mixtos han generado tensiones entre la comunidad de acogida y las comunidades rohinyá. Esas tensiones suponen un riesgo considerable para las mujeres y los niños debido a su impacto psicológico y económico. Los matrimonios mixtos, la inflación y los problemas laborales requieren intervenciones en las esferas de salud pública, desarrollo comunitario y políticas económicas¹¹².

Si bien se realizan numerosas intervenciones de APSM en los campamentos y en las comunidades de acogida, hay muy poca información disponible o ninguna

111 M. R. Alam, “Polygamy in Rohingya crisis and aftermath”, Conferencia Internacional sobre la crisis rohinyá en Bangladesh: Retos y soluciones sostenibles, Universidad North South, Dhaka, 27-28 de julio de 2019; Maliha Khan, “Polygamy in the camps”, *Daily Star*, 2 de agosto de 2019.

112 N. Islam, nota 70 *supra*.

sobre los procesos de control de calidad en la capacitación y el desarrollo de profesionales de APSM. Los terapeutas tienen una obligación profesional y ética de prestar cuidados que forma parte de una estructura de transparencia y rendición de cuentas, normalmente mediante la auditoría de casos clínicos, medidas de resultados clínicos y algún tipo de supervisión periódica¹¹³. En realidad, la rendición de cuentas debería extenderse a todos aquellos que ejercen alguna función, de apoyo o de investigación, en las intervenciones de APSM en los campamentos. La falta de información precisa relativa a los controles de calidad es preocupante por lo que atañe a la salvaguarda de las vulnerabilidades preexistentes del pueblo rohinyá y desde la perspectiva de los derechos humanos y la ética profesional¹¹⁴.

Relaciones entre agencia, salud mental y medios de subsistencia entre los jóvenes refugiados rohinyá en Cox's Bazar

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el bienestar psicológico y muchos desórdenes mentales están determinados por el entorno social, económico, geopolítico y físico en el que viven las personas¹¹⁵. El acceso y el uso de las instituciones sociales en los países de acogida, como la educación, la salud y los servicios sociales, así como el empleo, afectan considerablemente la manera en que se reduce la ansiedad y se logra el bienestar psicológico, por ejemplo, mediante actividades relevantes. La participación en esas actividades es beneficiosa para las personas, sobre todo, para los niños y los adolescentes, porque aumenta la confianza en sí mismos y en sus capacidades y el potencial de hacer contribuciones valiosas a la comunidad y la sociedad. Por lo tanto, eliminar las barreras estructurales y psicológicas que dificultan la participación puede afectar el bienestar individual y comunitario.

La adquisición de habilidades para la vida y la generación de oportunidades para ganarse el sustento entre los refugiados rohinyá es una cuestión vital, pues la mayoría de las situaciones en las que hay refugiados y muchas situaciones que involucran personas internamente desplazadas no se resuelven rápidamente, sino que se prolongan en el tiempo, a menudo, sin que se prevea su finalización. Las habilidades para la vida suelen asociarse con alcanzar y mantener una mejor calidad de vida, y los programas de sistemas de generación de medios de subsistencia pretenden incrementar la capacidad de las familias y de las personas de aumentar sus ingresos, capacidades y recursos. Para abordar estas cuestiones, en los campamentos rohinyá se han iniciado actividades de adquisición de habilidades para la vida en pequeña escala. La escolarización en los campamentos fue aprobada en 1996 y comenzó en el campamento de Nayapara en 2000. Una evaluación realizada conjuntamente por la ACNUR y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reveló que, en el campamento, los niños rohinyá cuentan con instalaciones en las que se imparte educación informal hasta quinto grado de primaria (6 a 11

113 *Ibid.*

114 I. Weissbecker *et al.*, nota 10 *supra*.

115 OMS y Fundación Calouste Gulbenkian, *Social Determinants of Mental Health*, Ginebra, 2014.

años de edad), pero que luego no pueden seguir estudiando ni en los campamentos ni fuera de ellos, debido a las restricciones que se les imponen. Dado que en las instalaciones existentes en los campamentos los alumnos solo cursan hasta quinto grado, los niños tienen que buscar escuelas o instituciones fuera del campamento, donde no les resulta fácil que los admitan, debido a que no tienen un domicilio válido. Algunos niños de familias vulnerables no se matriculan en las escuelas de los campamentos por desconocimiento de sus tutores¹¹⁶. Los servicios educativos de los campamentos continúan hasta el presente, y los niños rohinyá llegados a Bangladés tras la última afluencia de 2017 reciben educación informal en las escuelas del campamento, donde se enseña en inglés o birmano, pero no en bengalí.

Las restricciones a la libertad de movimiento y la falta de educación y de empleo formal en Bangladés limitan no solo las oportunidades de resiliencia de los refugiados, sino también sus perspectivas futuras de ganarse el sustento en su país de origen, Myanmar, o en otro país. Varios estudios señalan la importancia de ofrecer oportunidades de educación y empleo a la juventud rohinyá, pues un mejor medio de subsistencia tiene el potencial de incrementar el capital social, al permitir a los refugiados hacer su aporte a las economías locales y contribuir a su futura reinserción en el país de residencia anterior o en otro país¹¹⁷. La ACNUR considera que las intervenciones sobre los sistemas de sustento como la microfinanciación son una opción interesante para abordar estos problemas, porque los refugiados con desplazamiento prolongado no tienen perspectivas de un retorno o un reasentamiento inmediato¹¹⁸. Esta puede ser una posible vía por la que a la juventud rohinyá se le puede ofrecer oportunidades formales de desarrollo de habilidades ocupacionales, que pueden consolidarse a través de la microfinanciación.

En un estudio reciente realizado por el Consejo de Población, se identificó un fuerte deseo de los jóvenes rohinyá de participar en actividades generadoras de ingresos (AGI) para mejorar sus condiciones de vida. El estudio se centró, principalmente, en la salud sexual y reproductiva y en las prácticas matrimoniales de los rohinyá en dos marcos temporales, uno anterior y el otro posterior a la llegada a Bangladés, a fin de conocer cómo y cuánto habían cambiado sus vidas. En el estudio, también se tuvieron en cuenta la dinámica social y las voces de las comunidades de acogida próximas a los campamentos para saber cómo percibían los cambios que había habido en su vida tras la llegada de los rohinyá y las implicancias correspondientes¹¹⁹.

116 ACNUR y OIT, *Rapid Appraisal of the Livelihood Capability of the Refugees: Kutupalong and Nayapara Refugee Camps*, Dhaka, 2009.

117 Sector de Seguridad Alimentaria, *Support to Livelihoods of Host Communities and Resilience Opportunities for the Rohingya Refugees*, Grupo de Trabajo sobre los medios de subsistencia, Cox's Bazar, 2018, disponible en línea en https://fscluster.org/sites/default/files/documents/advocating_for_livelihoods_of_host_communities_and_resilience_opportunities_for_rohingya_refugees_0.pdf.

118 Michelle Azorbo, *Microfinance and Refugees: Lessons Learned from UNHCR's Experience*, documento de investigación n.º 199, Servicio de Elaboración y Evaluación de Políticas, ACNUR, Ginebra, 2011.

119 Sigma Ainul, Iqbal Ehsan, Eashita F. Haque, Sajeda Amin, Ubaidur Rob, Andrea J. Melnikas y Joseph Falcone, *Marriage and Sexual and Reproductive Health of Rohingya Adolescents and Youth in Bangladesh: A Qualitative Study*, Consejo de Población, Dhaka, 2018.

En otros países que alojan personas refugiadas en los que el desplazamiento se prolonga durante mucho tiempo, se proporciona escaso apoyo para mejorar los medios de subsistencia y promover la confianza en las propias capacidades de los refugiados. Para ganarse la vida, los refugiados se valen de una amplia oferta de ayuda, incluida la de familiares, amigos, vecinos, empleadores y otros miembros de la comunidad de acogida, y también obtienen apoyo más formal del Estado o de organismos de asistencia. Adoptan una serie de estrategias para ganarse la vida mientras dura su condición de personas desplazadas, incluidas las de trabajar en carácter de empleados ilegales e informales, trabajar muchas horas en puestos mal remunerados y de baja jerarquía, recurrir a sus contactos para tratar de encontrar trabajos más convenientes, asociarse con personas de la comunidad de acogida para iniciar un negocio y maximizar el acceso a la ayuda humanitaria formal¹²⁰.

Emplear a los miembros de la comunidad rohinyá en la construcción y la industria parece una opción viable. Recientemente, el gobierno de Bangladés comenzó a implementar importantes proyectos industriales y de infraestructura (zona económica) en Chittagong y Cox's Bazar que requieren una fuerza laboral considerable. Esto abre la posibilidad de contratar a jóvenes rohinyá en los sectores de la construcción y la industria. Además, se los puede capacitar y financiar para que establezcan emprendimientos que pueden desarrollarse en el entorno doméstico o para que inicien actividades comerciales de pequeña escala.

En Bangladés, no abundan las actividades de adquisición de habilidades para la vida o de generación de ingresos en los campamentos donde los rohinyá viven desde hace años¹²¹. No se sabe mucho acerca de las necesidades en materia de AGI de los refugiados que han llegado recientemente. Tampoco se sabe si las intervenciones destinadas al desarrollo de habilidades entre los rohinyá tienen repercusiones en la comunidad. Es necesario investigar para obtener evidencia respecto de en qué medida la capacitación en actividades para promover la generación de medios de subsistencia y las oportunidades de AGI están disponibles para los jóvenes rohinyá, qué tipo de habilidades y capacitación necesitan (incluidas la educación y la capacitación técnica y ocupacional), cuáles son las consecuencias de las intervenciones en la comunidad, dónde hay deficiencias y cómo responder a sus necesidades de subsistencia. No se sabe a ciencia cierta cuánto tiempo permanecerán los refugiados en Bangladés, y en este contexto, es necesaria una estrategia temporaria de apoyo para ofrecer a los jóvenes rohinyá un futuro económicamente seguro y para promover la dignidad y la confianza en sus propias capacidades. En este sentido, deben implementarse políticas que mejoren la capacidad de los refugiados rohinyá de prepararse para un futuro con mayor seguridad económica.

120 Agenda para la Humanidad, "Supporting the livelihoods of refugees in long-term displacement", disponible en línea en <http://agendaforhumanity.org/news-details/6640>.

121 ACNUR y OIT, nota 116 *supra*.

Conclusión

El análisis de la investigación y de los informes de prácticas clínicas en los campamentos rohinyá pone de relieve los aspectos de las experiencias asociadas a la salud mental individualizados y determinados culturalmente y, a la vez, destaca las dificultades para conocer las manifestaciones culturales de la angustia dentro de un paradigma de salud mental predominantemente occidental. En los campamentos rohinyá, como en la mayoría de los contextos, los infantes, los niños, los jóvenes y las mujeres son más vulnerables a las dificultades psicológicas, sociales y económicas determinadas por entornos insalubres, insolidarios o afectados por conflictos. Los rohinyá han sufrido a lo largo de la historia y siguen sufriendo la persecución, la opresión y el genocidio. Su condición de apátridas los priva de la protección y el apoyo estatales y erige una barrera estructural adicional contra el bienestar de la comunidad. Sin la libertad ni la capacidad necesarias para hacer elecciones sobre la forma de vida, el movimiento y el empleo, y con un acceso limitado a la justicia para reclamar por las atrocidades que han padecido, los rohinyá ocupan un lugar de privación de derechos y sometimiento, a pesar de los esfuerzos internacionales concertados para remediar la grave situación en la que se encuentran. Inmerso en esas experiencias, hay un pueblo igual a cualquier otro. Los rohinyá quieren un lugar seguro donde vivir, tener acceso a oportunidades de empleo y realización personal, practicar su religión en paz y mantener a sus hijos para que puedan tener una vida plena. Está claro que ninguna profesión, servicio u organización puede abarcar todos los niveles de influencia y poder; por ello, para poder avanzar, es necesaria la colaboración entre organismos y gobiernos.

Uno de los principales problemas identificados en la investigación pone de relieve la necesidad de una conceptualización de la salud mental, la angustia y las intervenciones auténtica en términos culturales. Los servicios comunitarios y de proximidad, así como una nueva conceptualización de los consejeros y profesionales del área de la salud mental, como *diller daktar*, y de los centros de salud, como *shanti khana*, parecen tener mayor relevancia para la aceptación de los servicios de salud mental por parte del pueblo rohinyá que los consejeros y los centros de salud mental. Hay mucho que aprender de esos ejemplos respecto del uso de métodos flexibles y creativos para describir y prestar servicios accesibles que tengan en cuenta la cultura de los beneficiarios. Los Humanitarian Play Labs y otras intervenciones de APSM implementadas en EAN constituyen otros ejemplos de intervenciones adecuadas para la infancia y la juventud en las que se reconoce la importancia de la participación de la familia en el proceso de sanación. Entender la relevancia del contexto cultural en la experiencia y la descripción de la angustia es importante para cualquier contexto humanitario y de desarrollo no occidental. Del mismo modo, reconocer que hay elementos comunes transculturales (por ejemplo, el juego) puede constituir una base sobre la cual elaborar intervenciones eficaces y auténticas en términos culturales, con la aceptación de que no todas las intervenciones con base empírica pueden trasladarse fácilmente a otras comunidades y culturas.

Como se ha señalado anteriormente, en la actualidad, se están realizando tareas de investigación crítica en APSM e intervenciones innovadoras, y será necesario continuar realizándolas en los campamentos de Cox's Bazar. Esas iniciativas incluyen actividades educativas, de capacitación en medios de subsistencia y promoción de oportunidades laborales para niños y jóvenes. En los próximos meses y años, las políticas y las prácticas del gobierno de Bangladés para dar respuesta a las necesidades y las aspiraciones de los jóvenes rohinyá tendrán que evolucionar. Con una crisis prolongada y una afluencia masiva de integrantes del pueblo rohinyá, los responsables de la formulación de políticas de alto nivel del gobierno de Bangladés deberán comprender que se debe prestar atención no solo a las necesidades más urgentes, como el alojamiento, el agua potable, los alimentos, la salubridad y otros servicios básicos, sino también a las diversas estrategias de adaptación y a los medios de subsistencia que adopten los refugiados para sobrevivir en los campamentos del país. Los responsables de la formulación de políticas de Bangladés han estado siempre abiertos al cambio y a la innovación que contribuyen a consolidar la justicia social y económica. Estos funcionarios deben contar con datos concretos, argumentos claros y opciones políticas. Teniendo en cuenta los resultados de la investigación realizada en Cox's Bazar y las prácticas idóneas globales, se formulará una serie de recomendaciones para ayudar a los responsables de la formulación de políticas y a los administradores de programas a generar mejores políticas e intervenciones en salud mental y medios de subsistencia para las poblaciones rohinyá de los campamentos. Asimismo, las políticas correspondientes deberán contar con el apoyo necesario para crear un clima favorable al desarrollo y la implementación de mejores intervenciones de salud mental y de programas de fomento de habilidades adaptadas al mercado para las poblaciones de jóvenes rohinyá.

Un aspecto fundamental para tener en cuenta mientras se avanza en los próximos meses y años será cómo puede aprovecharse el contexto rohinyá de Bangladés en otros contextos de refugiados y cómo los responsables de la formulación de políticas de Bangladés y de otros países de la región pueden aprovechar las políticas y las prácticas innovadoras en las intervenciones de APSM, los sistemas de subsistencia y permisos de trabajo de otros países (como Jordania, Uganda, Kenia y Malasia). La importante labor consistente en compartir prácticas idóneas entre distintos países ya es una realidad en los foros internacionales y en el apoyo a las políticas correspondientes de parte de investigadores bangladesíes, rohinyá y de otros países, así como de profesionales de Cox's Bazar y Dhaka, que realizan actividades de investigación, implementan intervenciones y formulan opciones de políticas que ponen a consideración del gobierno central. La experiencia mundial en la creación de sistemas de subsistencia y oportunidades de empleo para los refugiados seguirá creciendo.

Los niños y los jóvenes expuestos a conflictos armados corren el riesgo de padecer problemas de salud mental que pueden persistir hasta la adultez. En este artículo, nos hemos centrado en las necesidades de los menores afectados por conflictos y hemos analizado algunas intervenciones en salud mental que generan

esperanza, destinadas a prevenir o mitigar las consecuencias psicosociales negativas que produce la vida en zonas afectadas por conflictos. Nuestro ejemplo de los niños y los jóvenes refugiados rohinyá pone de relieve la importancia de los contextos históricos y culturales que deben tenerse en cuenta en las actividades destinadas a los menores afectados por conflictos, así como los retos y las oportunidades asociados a la implementación y la supervisión de las intervenciones psicosociales en Cox's Bazar.