

Impactos del exilio sobre la salud mental: Consideraciones con enfoque diferencial. Estado del arte 2000-2019

Impacts of exile on mental health: Considerations with a differential approach. State of the art 2000-2019

Sandra Lorena Flórez Guzmán¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i162.506>

Resumen

Introducción: el exilio genera la fractura del proyecto vital y una alta carga de estrés, lo cual puede inducir la aparición de trastornos sobre la salud mental y sobre la salud en general. El impacto está sujeto a diversas variables demográficas y contextuales. El objetivo de este artículo es presentar el producto de una revisión de los impactos del exilio sobre la salud mental en función de la edad, el género y a los más importantes factores de riesgo y protección. Por último, se hace referencia a los abordajes más relevantes desde la perspectiva de la salud mental. **Metodología:** Fue realizada búsqueda en diversas bases de datos de literatura científica entre los años 2000 y 2019 utilizando términos en español, inglés y portugués con relación a los impactos del exilio en la salud mental de mujeres, menores y adultos mayores. Fue utilizado criterio de saturación. **Resultados:** Aunque el exilio en sí no necesariamente resulta en enfermedad, el riesgo mayor se asocia a conflictos bélicos; en la mujer, a la ausencia de compañero afectivo y a la confluencia de roles de cuidado; en adultos mayores, la soledad, enfermedad y pobreza y en todas las edades y géneros, ser víctima de hostilidad o discriminación en la sociedad de acogida, representan factores de vulnerabilidad. Como factores de protección, menor edad; red de soporte familiar y social, condiciones económicas favorables, mayor nivel de escolaridad, inserción en grupos sociales con afinidad cultural y lingüística en el país de llegada. **Conclusiones:** No hay un abordaje terapéutico único. Se destaca la relevancia de una mirada integral y transcultural y la necesidad de políticas públicas específicas.

Palabras clave: Salud mental - Enfoque diferencial - Refugiados - Exilio.

Abstract

Introduction: Exile generates the fracture of the vital project and a high load of stress, which can induce the appearance of mental health disorders and health in general. The impact is subject to various demographic variables. The objective of this article is to present the product of a review of the impacts of exile on mental health based on age, gender and the most important risk and protection factors. Finally, reference is made to the most relevant approaches from the perspective of mental health. **Methodology:** A search was carried out in various databases of academic literature between the period 2000-2019 using terms in Spanish, English and Portuguese in relation to the impacts of exile on the mental health of women, minor and older adults. The saturation criterion was used. **Results:** Although exile itself does not necessarily result in mental illness, the greatest risk is associated with armed conflicts; in women, the absence of an affective partner and the confluence of care roles; in older adults, loneliness, illness and poverty and in all ages and genders, being a victim of hostility or discrimination in the host society. As protective factors, younger age; family

RECIBIDO 06/02/2023 - APROBADO 05/03/2023

¹Médica y Cirujana, Universidad Tecnológica de Pereira (Colombia), Magíster en Psiquiatría y Psicología Médica, UNIFESP, Brasil. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y en Gestión Pública. ORCID 0000-0002-9442-8088

Correspondencia:

florez.sandra21@unifesp.br

Lugar de realización del estudio: Maestría en Psiquiatría y Psicología médica UNIFESP, Brasil.



and social network; favorable economic conditions, higher level of educations, integration into social groups with cultural and linguistic affinity in the country of arrival. Conclusions: There is no single therapeutic approach. It's important to highlight relevance of a comprehensive and cross-cultural perspective and the need for specific public policies.

Keywords: Mental Health - Differential Approach - Refugees - Exile.

Introducción

Conflictos bélicos de gran magnitud, desastres ambientales, intolerancia religiosa, persecuciones motivadas por ideologías políticas o creencias religiosas, pertenencia a determinados grupos sociales o étnicos y la búsqueda sin tregua por mejores condiciones de vida, explican los flujos migratorios masivos en un mundo con fronteras "porosas". De acuerdo con el último informe de la Organización Internacional para las Migraciones se estima que 285 millones de personas en el mundo migraron de su lugar de origen; entre estas, se calcula que cerca de treinta millones fueron desplazadas más allá de las fronteras nacionales, viéndose forzadas a enfrentar las consecuencias del exilio.

El exilio, término que ha sido definido como "salir, ir para fuera", por su etimología latina, *exil*, salida; *exsul*, destierro, no es otra cosa que la fractura del hombre con su lugar de origen, donde nació e internalizó patrones de conducta, de cognición y emoción; la salida, sea ésta de manera voluntaria o forzada en atención a amenazas a su seguridad, a su libertad o a su vida, configura un proceso complejo y omnipresente a través de la historia de la humanidad que llega a ser más perturbador en la medida en la cual las sociedades desaprenden los valores de la solidaridad y la empatía.

Quien enfrenta el exilio, sufre un alto grado de violencia, abandona su zona de refugio y encara la oscuridad de la muerte, la pérdida de referentes y la fractura de su propia identidad, lo que por su carga de estrés puede inducir la aparición de trastornos sobre la salud mental y sobre la salud en general. Este hecho plantea grandes desafíos en la acogida a refugiados, pues en la mayor parte del mundo las políticas públicas son insuficientes para facilitar la integración local de quienes tuvieron que buscar un nuevo espacio no sólo geográfico, sino también como escenario de un nuevo proyecto de vida llamado a conjurar el miedo y la incertidumbre.

La literatura científica multidisciplinar coincide en apuntar que el exilio como experiencia vital sujeta a resignificaciones, no necesariamente resulta en procesos patológicos, pues a la par con los procesos de ruptura, se genera una crisis existencial que convida a reinventarse, a ser consciente de sus orígenes y de

su relevancia como actor en la historia y a adquirir una mirada más clara del mundo como un espectador de lo que ocurre en su lugar de origen, ahora distante y del de llegada, a donde no pertenece. No obstante, en las distintas etapas migratorias pueden generarse trastornos sobre la salud mental encontrándose relación positiva con la interacción entre diversas variables ligadas al individuo, al proceso migratorio, a la sociedad de origen y a las condiciones de acogida, las cuales son determinadas por elementos normativos, políticos y culturales.

El presente artículo tiene como finalidad presentar una revisión que sirva como línea de base a futuras investigaciones y contribuya a repensar el fenómeno del exilio y sus impactos sobre la salud mental y la vida de quien lo padece desde una perspectiva integral en donde sean consideradas no sólo variables demográficas como edad, género y procedencia, sino también determinantes sociales y políticos con potencial incidencia sobre el abordaje de un sufrimiento humano que involucra aspectos ético-políticos y humanitarios y que demanda la aplicación de un abordaje intercultural que respete el bagaje de cada persona que transita por una situación de desplazamiento forzado desde su lugar de origen.

La motivación que subyace al trabajo, que corresponde apenas a uno de los capítulos de una investigación de mayor alcance realizada por la autora, obedece a la identificación de un fenómeno universal, histórico y cada vez más vigente que demanda la acción mancomunada de diversos actores sociales y gubernamentales y desde luego de los propios refugiados cuya resiliencia se ve probada permanentemente dando lugar a un despertar creativo si el espacio de llegada es fecundo a un nuevo proyecto vital.

Metodología

Fue realizada una búsqueda en diversas bases de datos de la literatura científica entre los años 2000 y 2019, utilizando descriptores en español, inglés y portugués. Fue utilizado el criterio de saturación para definir el número de artículos revisados, privilegiándose aquellos publicados en revistas con mayor impacto cuyo

Tabla 1. Especificación de búsqueda por grupo estudiado

Grupo estudiado	Descriptores de búsqueda	Bases de datos	Artículos	Observación
Niños y adolescentes	“refugee minors”, “refugee children”, “salud mental en niños y adolescentes refugiados”, “saúde mental de crianças refugiadas”	PsycInfo, PubMed, USP, Medline, Scopus, Google Académico	9 de un total de 82 artículos de revisión	
Mujeres	“refugee women”, mental health in refugee women”, “saúde mental em mulheres refugiadas”, “salud mental en mujeres refugiadas”	PsycInfo, PubMed, Scielo, NCBI y Google Académico	7 de un total de 18 artículos de revisión	Producción baja de estudios con enfoque de género
Adultos mayores	“Mental health in elderly refugees”, “saúde mental em idosos”, “salud mental en adultos mayores”	PsycInfo, PubMed, NCBI, Scielo y Google Académico	3 de un total de 10 artículos de revisión y una guía de abordaje terapéutico	Producción baja de estudios con enfoque en este grupo etáreo

Fuente: elaboración propia

objetivo consistía en resumir el estado de la literatura en lo que concierne a los efectos del exilio sobre la salud mental en los diversos grupos por edad y género.

Fases del proceso migratorio y sus impactos psicosociales

En el proceso migratorio se identifican tres fases: la primera, premigratoria, comprende los eventos anteriores a la salida del país de origen y se caracteriza por la perturbación en el estatus de vida anterior al momento disruptivo que generó el temor o el trauma. En ese momento del proceso suelen comprometerse los roles sociales ligados a las actividades laborales y académicas; existe percepción de amenaza con relación a la propia vida y a la posible afectación de familiares y amigos; y en medio del caos, la salida se dibuja como una tentativa de restablecer el estado inicial (Kirmayer et al., 2011). En esta fase, la más estudiada, resulta previsible la ocurrencia de eventos de salud ligados al estrés, lo cual depende de la severidad y frecuencia de las circunstancias traumáticas; del grado de compromiso e identificación con un ideal tal vez político por parte del individuo, así como de la personalidad y resiliencia del mismo para enfrentar la adversidad; en términos de recursos extrínsecos, la existencia de una red de soporte familiar y/o social se posiciona como elemento protector y en contraposición, la coexistencia de elementos fragilizadores en la esfera económica y social.

En la segunda fase ocurre la migración; el abandono físico de los espacios donde se habitaba, de las pertenencias personales, del círculo familiar y social y el

desplazamiento fuera del territorio con la subsecuente búsqueda de un nuevo hogar. Este momento es marcado por la ambivalencia, toda vez que a la par con la esperanza de estar a salvo, irrumpe la incertidumbre en el futuro.

En esta fase hay factores que inciden fuertemente sobre el potencial compromiso de la salud mental como son los siguientes:

- La ruta tomada para llegar al país de destino, su duración, la comodidad durante el viaje, los riesgos y nuevas amenazas encaradas durante el trayecto.
- La exposición previa a condiciones traumáticas que afecten la ecuación esperanza/incertidumbre.
- La fractura de vínculos afectivos y sociales.
- El grado de responsabilidades que el individuo asumía y que tuvo que abandonar a su suerte por cuenta del exilio, comprometiendo el bienestar de sus seres queridos (Flórez, 2013).

En la tercera fase, la de la postmigración, los refugiados necesitan una vivienda considerada segura y acogedora, empleo, acceso a servicios diversos, cuidados de salud en un contexto cultural ajeno a su experiencia, el aprendizaje de otra lengua cuando esta difiere de la de origen y la aproximación a las leyes, normas y nuevos códigos culturales (Kirmayer et al., 2011). El resultado de esta fase depende de las dos primeras, pero está determinada fundamentalmente por el diseño institucional y la cultura del país de acogida en donde la construcción social del exilio y de los refugiados juega un papel determinante. Estudios

internacionales realizados en diversos países (Mypex, 2019) muestran que en la mayor parte del mundo hay grandes brechas entre la legislación y la práctica y que la apertura de los estados a una verdadera integración local de los refugiados está lejos de ser adecuada.

Impactos del exilio según edad y género

Efectos sobre la salud mental de niños y adolescentes

Los niños refugiados parecen ser mucho más resistentes que los adultos (Antis et al., 2009) aunque evidencian altos niveles de angustia en los estudios que utilizan escalas para diagnosticar Trastornos de Estrés Postraumático (TEPT), depresión y otras alteraciones (Crespo & Castro, 2017). Algunos estudios muestran que pueden presentarse perturbaciones derivadas del proceso adaptativo como accidentes, trastornos psicósomáticos, exacerbación de problemas mentales de base, abuso de sustancias, manifestaciones comportamentales agresivas y hasta conductas suicidas (Hirani & Cherian, 2016).

Un estudio realizado con refugiados sirios en Jordania, evidenció que no siempre hay síntomas detectables en la esfera mental lo que no significa que el exilio pasa desapercibido para niños y adolescentes, pues puede haber una minimización u ocultamiento deliberado de la angustia por parte de éstos, para no incrementar la preocupación de sus padres o cuidadores. Los menores que fueron atendidos en el Centro para las víctimas de la Tortura (CVT) manifestaron un gran sentido de responsabilidad en el cuidado propio, de padres y de familiares a través de actitudes como quedarse en la puerta vigilando, consolar a su familia y abstenerse de manifestar su propio dolor. Muchos, expresaron frustración e impotencia cuando fueron excluidos de discusiones familiares relacionadas con la seguridad o el bienestar de parientes desaparecidos (James et al., 2014).

Para los efectos de entender mejor la psicopatología asociada al trauma migratorio cuando ocurre, algunos autores agrupan los trastornos sufridos por niños y adolescentes en Disfunciones por externalización y Disfunciones por Internalización; las primeras, abarcan conflictos con personas o normas sociales y son marcadas por agresividad, desafío, hiperactividad y hasta comportamientos antisociales; en las segundas, hay expresiones de auto agresividad y ensimismamiento que se manifiestan por ansiedad, humor disfórico, aislamiento y depresión; experiencias traumáticas previas al exilio y eventos traumáticos en la segunda y tercera fase, son frecuentemente predictores de disfunción

(Nadeau & Meashan, 2006). Algunos autores afirman que la experiencia del exilio, por sí misma, explicaría disfunciones posteriores que pueden repercutir sobre el desarrollo psicomotor, del lenguaje y de habilidades emocionales y sociales (Pereira, 2017).

En este grupo etario, también se dibujan factores de riesgo y de protección. Dentro de los primeros, el tipo de experiencia traumática a la cual se estuvo expuesto, siendo las guerras, al igual que en otros grupos, las que condicionan una mayor proclividad a sufrir trastornos emocionales o comportamentales (Levy & Sidel, 2009); viaje desacompañado, exposición a eventos altamente estresantes como tortura, asesinato de alguno de los padres o familiares, desalojos, escasez de alimentos, presenciar el pánico y desamparo sufrido por los padres o por otros seres queridos, entre otros. (Bronstein & Montgomery, 2011).

En la tercera fase migratoria, se destacan como factores de riesgo las dificultades en la integración, la situación de desempleo por más de seis meses en el país de acogida en el primer año del padre responsable por la familia, status socioeconómico bajo, secuelas físicas o psicológicas de traumas sufridos por los padres, la dificultad de la familia para enfrentar el estrés, incertidumbre en la situación migratoria, desconocimiento de las necesidades especiales del menor por parte de su círculo próximo, la barrera lingüística y la discriminación sufrida durante su inserción en el país de llegada, entre otros. (Bronstein & Montgomery, 2011).

En contraposición, son factores de protección el mayor nivel de escolaridad de la madre, la existencia de soporte familiar evidenciado en el hecho de vivir con ambos padres o con uno de ellos y/o contar con familia extendida; la percepción de afecto y cuidado familiar y la presencia de un nuevo medio social favorable percibido como positivo o divertido, el cual generalmente es escolar (Levy & Sidel, 2009). De fracasar los elementos de protección, que puede disminuir y hasta neutralizar los efectos de acontecimientos traumáticos, se materializarán eventos en cascada que derivan del trauma, tanto para el menor involucrado, como para las futuras generaciones (Rezzoug et al., 2008).

La salud mental de la mujer refugiada

La mujer refugiada o solicitante de asilo suele tener menores índices de salud mental respecto a otras mujeres no expuestas a la misma experiencia; esta condición se traduce en peor percepción de bienestar físico, mental y social y muchas veces también en dolor físico, sea como resultante de traumas físicos experimentados durante la situación de conflicto o por cuenta

de la somatización del dolor psíquico inmanente al exilio; infelizmente la atención en salud de carácter preventivo en personas refugiadas independientemente del género, es uno de los mayores vacíos en la política pública de acogida en la casi totalidad de los países; a esto se suma el hecho de que las consultas, cuando ocurren, no son acompañadas por intérpretes en el caso de extranjeras con distinta lengua de origen, lo que hace con que las quejas somáticas o psíquicas sean interpretadas de manera reduccionista y tratadas apenas sintomáticamente (Brodda, 2020).

La mayor proclividad a los trastornos posmigratorios asociados al género femenino, puede estar influida por la función polivalente de madre, esposa y cuidadora. La condición de estar soltera o viuda, parece ser un predictor de peor salud mental, tanto por las mayores cargas, como por el riesgo de ser víctima de asedio sexual (Roberts & Browne, 2011). Las guerras y los conflictos también acentúan la desigualdad de género, pues puede ocurrir que después de eventos altamente traumáticos y conflictos masivos, la mujer tenga que asumir un papel mucho más exigente como cuidadora (Raphael & Taylor, 2008).

El Centro Australiano "Multicultural center for Women's health", que ofrece soporte a mujeres refugiadas, encontró que la experiencia migratoria era asimilada de manera diferente en función de la procedencia (urbana o rural), la ocupación, las experiencias previas al trauma de salida, el estado de gravidez o el antecedente de parto reciente (Sullivan et al., 2020). Respecto a esta última condición, la depresión posparto es una de las mayores complicaciones gestacionales con una prevalencia estimada entre 10 y 15% y que puede afectar hasta un 45% de las mujeres migrantes; son factores de riesgos el bajo soporte social, el antecedente de depresión, sea o no ligada a la gravidez, la historia de vida, la intensidad de vínculos afectivos dejados atrás con una intensificación de síntomas como depresión y ansiedad si hay de por medio separación de niños (Collins et al., 2011).

Al igual que sucede con la población refugiada en general, predomina el TEPT asociado a la exposición previa a eventos traumáticos que parecen activar memorias asociadas y que se comportan como disparadores. Así, cuando irrumpe el trauma del exilio en mujeres que han pasado por diversas formas de violencia, especialmente sexual, aparece un mecanismo de disociación que induce la represión de la nueva vivencia, lo que puede entenderse como una "fobia mnésica" que permite distanciar la experiencia traumática

para salvaguardar en el corto plazo la indemnidad de la psique (Van Der Kolk & Van Der Hart, 1991); sin embargo, lo que aparenta ser un mecanismo protector resulta contraproducente, pues su uso continuado como respuesta al estrés, compromete la funcionalidad psíquica, al no poder integrar las memorias para elaborar una narrativa coherente de los hechos.

El impacto del exilio en la salud mental de los adultos mayores

Los adultos mayores generalmente representan una pequeña proporción de la totalidad de refugiados, lo cual quizá explique la escasez relativa de estudios en la materia (Slewayounan et al., 2016). Sin embargo, es de gran importancia comprender la manera como las personas mayores elaboran la experiencia del exilio, pues los estudios existentes coinciden en apuntar que cuanto mayor sea la edad, la integración a la sociedad de acogida es más difícil ante la necesidad de encarar sentimientos de vulnerabilidad y aislamiento en un país extranjero y responder al desafío de adquirir otra lengua; en términos generales, son considerados como maximizadores de riesgos de malestar psicológico en esta población los siguientes factores: sexo femenino, baja escolaridad, desempleo del responsable por la familia, renta mínima o ausente, enfermedades crónicas, ausencia de confidentes y familiares próximos, vivienda precaria y marginalización, viudez o divorcio y vivir solo (Kirmayer et al., 2011).

Se destaca también que en la vejez hay diferencias ligadas al género en materia de salud mental, pues el riesgo de deterioro cognitivo parece ser mayor en mujeres; por el contrario, la pérdida de la identidad relacionada con vínculos sociales y laborales cobra mayor relevancia en hombres adultos mayores refugiados, en especial cuando tienen una historia de multimorbilidad y fragilidad.

Dentro de los elementos protectores diferenciales respecto a otros grupos etarios, aparece el elemento espiritual o religioso, toda vez que la percepción de transcendencia tiende a ser más marcada en la madurez en buena medida por la percepción de la muerte como una etapa más próxima al momento del ciclo vital por el cual se transita, pero no solamente por esta razón, pues en algunos países la profesión de fe puede ser una opción de vida ligada a la manera de asimilar las experiencias, hecho que, en principio, podría ayudar en la elaboración del duelo migratorio.

Los trastornos emocionales y comportamentales conservan en general el mismo patrón descrito para la población de refugiados, excepto en el riesgo aumen-

tado de ser diagnosticado con demencia en un estadio tardío, lo cual se explica por las barreras culturales y administrativas en el acceso a los servicios de salud y a cierta negligencia en la búsqueda activa de signos y síntomas que hagan posible un diagnóstico más precoz (Mohammed et al., 2021).

En términos de aproximación terapéutica, no hay estudios específicos respecto a la superioridad de un abordaje diagnóstico y terapéutico en particular; no obstante, es importante considerar que el arraigo cultural es más profundo en los adultos mayores por lo cual encontrar espacios de encuentro entre personas con experiencias semejantes que tengan una procedencia común, o por lo menos la misma lengua, puede contribuir a la construcción de una nueva red vincular que ayude a superar los sentimientos de soledad y aislamiento en la sociedad de acogida.

Dentro de los esfuerzos institucionales desplegados en el mundo en favor de esta población, se destaca la Guía de la OMS regional Unión europea (OMS, 2018). El documento defiende el valor del abordaje integral dentro de un contexto político favorable al respeto por la autonomía, la calidad de vida de los adultos mayores refugiados, el pleno acceso a los servicios de salud y la continuidad en el ejercicio de papeles sociales activos; por otra parte, lejos de restringirse a estudios locales, la publicación recoge la experiencia registrada en estudios de casos producidos en inglés, dinamarqués, alemán, noruego y sueco, los cuales revelan un incremento en los flujos de refugiados adultos mayores, excepto en Polonia, en el período comprendido entre 2012 y 2019, hecho que coincide con la tendencia observada en América Latina.

Principales abordajes en salud mental en la población refugiada

Las llamadas intervenciones “naturalistas” o multidisciplinarias en las cuales se incluyen los abordajes médico, social y jurídico, han predominado en la práctica de acogida de varios países (Van Wyk, 2012). Estas terapias están orientadas a mitigar posibles impactos sobre la salud, pero también a resolver problemas derivados de barreras de acceso a procedimientos y trámites ligados a la integración. No obstante, es preciso decir que no hay una terapia única, pues depende del paciente, del contexto y de los síntomas presentados, no siendo el objetivo de este artículo profundizar en cada abordaje. Apenas vale la pena resaltar que con relación al TEPT como trastorno más frecuente en la población refugiada, hay dos grandes grupos de te-

rapias: las terapias enfocadas en el trauma y las terapias de exposición; las primeras se fundamentan en la Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) que ha demostrado su eficacia en la superación de los síntomas ligados al TEPT, así como de los Trastornos de ansiedad, depresión y somatización. Las segundas, pretenden reducir el exceso de ansiedad a partir de la confrontación con situaciones estresantes.

Otras formas de tratamiento que no se encuadran en estas categorías como la *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) también han sido experimentadas con resultados variables (Nickerson et al., 2011).

Existe presunción entre algunos estudiosos del tema que las terapias focalizadas en el trauma tendrían mayor efectividad en el tratamiento del TEPT, mientras que los abordajes multidisciplinarios serían mejores en otros trastornos (Pigatto & Ramos, 2016).

Dentro de las terapias de exposición, la terapia narrativa gira en torno de la historia de vida del paciente, intentando enfocarse en las experiencias traumáticas que desencadenaron el TEPT con un alto grado de eficacia (Murray, 2010); mientras que la terapia de exposición prolongada que explora memorias traumáticas para su elaboración a través de un proceso psicoeducacional es apoyada por varios estudios con poblaciones heterogéneas y en diversos contextos culturales (Mc Lean & Foa, 2011).

Algunos autores defienden la focalización de la terapia inicial en la recuperación de la funcionalidad y del enfrentamiento de situaciones ordinarias, en cuanto otros consideran que la TCC y la terapia de exposición narrativa demuestran resultados superiores, aunque no se han encontrado estudios que de manera contundente así lo demuestren y que permitan comparar con otros abordajes (Slobodin & Jong, 2015).

Con relación al tratamiento farmacológico de elección en el TEPT, resulta como primera elección general el uso de antidepresivos del subgrupo de los Inhibidores Selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS), especialmente la sertralina (Slobodin & Jong, 2015).

La elección por uno u otro modelo o la combinación de abordajes depende de diversos factores; no obstante, es preciso tener siempre presente la diversidad de contextos culturales y eventos traumáticos particularísimos en su presentación y elaboración, los cuales representan desafíos para los profesionales de salud y *policy makers*, a los efectos de alcanzar un abordaje diferencial e integral ante quien ha pasado por la experiencia del exilio (Murray, 2010). Una apro-

ximación acertada parece orientarse hacia la creación de Programas de Salud Mental focalizados y aplicados en grupos con afinidad cultural, los cuales resultan hasta cuatro veces más eficaces que aquellos dirigidos a grupos integrados por personas culturalmente disímiles (Mc Lean & Foa, 2011).

Discusión

Más allá de la dimensión eminentemente médica, es preciso resaltar uno de los hallazgos de la investigación principal en la cual se inscribe la revisión presentada. En la mayoría de países signatarios del Tratado de Ginebra y de instrumentos internacionales posteriores, existe legislación doméstica, que casi nunca se desdobra en una reglamentación específica que sirva como brújula en la elaboración de una política pública más holística y coherente con la problemática compleja y multicausal que es el exilio. Es preciso superar la visión minimalista de salud y diseñar e implementar políticas afirmativas en aras de garantizar derechos fundamentales como el acceso a una vivienda digna, a un trabajo acorde con las competencias individuales y no solamente con la aceptación de roles con cualificación inferior al potencial de la persona; a la continuidad de su proyecto educativo, al disfrute pleno de la ciudad de acogida y de manera especial a una integración social auténtica donde su alteridad sea respetada y acogida sin ningún tipo de discriminación, siendo estos solo algunos de los determinantes sociales que definen el bienestar integral.

Desde la perspectiva de oferta de servicios de salud mental para migrantes y refugiados, es imprescindible involucrar la dimensión intercultural para crear vínculos genuinos, suprimir barreras de acceso, empoderar, posibilitar la formación de un tejido social y en especial, propiciar el retorno, aunque sea simbólico, al punto de partida a partir de la reconstrucción de narrativas y creaciones colectivas entre personas que comparten orígenes o como mínimo, la lengua. Adoptar un abordaje integral en salud mental, demanda la implementación de programas específicos de entrenamiento a los profesionales de salud y al personal administrativo; la inclusión de intérpretes (y no apenas traductores) y la creación de servicios especializados orientados a esta población.

Desde la perspectiva sociopolítica, se encuentra que los fenómenos de racismo, xenofobia e intolerancia atraviesan la narrativa del exilio. Que los refugiados suelen ser concebidos como minorías que deben plegarse a las pulsiones de subordinación de las sociedades por donde transitan con su pesado equipaje donde frecuentemente encarnan la proyección del

miedo colectivo ante quien irrumpe en la homogeneidad previsible y está condenado a convertirse en paria sin techo ni cielo para abrigar los sueños, pues su invisibilidad termina siendo el común denominador para la sociedad de origen y de llegada.

Paralelamente con esta visión, los gobiernos hacen uso de su poder para definir cuáles cuerpos-identidades están facultados para cruzar las fronteras y de qué manera se amplían o restringen los derechos de quienes apenas alcanzan el estatus de infra ciudadanos en los países de destino, pues la condición de refugio está ligada a precarización y marginalidad de personas condenadas a la exclusión y a la errancia. Estos estereotipos se representan en frases, imágenes y titulares de prensa que afianzan la construcción social del exilio y de los refugiados, la cual ha cambiado a través del tiempo, toda vez que en contraste con la actual, hasta la década de los 80 del siglo pasado, cuando la mayoría de exiliados estaban representados por intelectuales y personas con incidencia política en sus países de origen, investidas con un aureola heroica y asociadas al Ulises mítico, predominó una visión romantizada del exilio también inconveniente, pues banalizaba el sufrimiento inmanente al mismo.

En contraposición con las narrativas de dolor y si el exilio es dimensionado desde una perspectiva realista y al mismo tiempo humana, puede ser vivido como una oportunidad única de reencuentro consigo mismo, una inmersión consciente en la caverna donde hay fantasmas, pero también tesoros, cuyo pleno aprovechamiento exige contar con un guía representado por el proceso de acogida que debe ofrecerse a quien se refugia para permitir su *des-exilio* para que pueda irradiar al mundo la sabiduría que emana de su dolor transformado en autoconocimiento y resiliencia.

Conclusiones

Como corolario a la revisión realizada en lo que concierne a los grupos de refugiados, hay consenso entre distintos estudios de diversos lugares en el mundo en las siguientes observaciones:

- El exilio *per se* no condiciona la aparición de un proceso patológico, pues hay elementos tanto intrínsecos (inmanentes al individuo) como extrínsecos (del contexto familiar, social, histórico y político) que juegan un papel protector o multiplicador del riesgo.
- El riesgo de trastornos está asociado a las tres etapas migratorias.
- La edad y el género connotan diversas maneras de asumir el exilio, la adaptación a un nuevo espacio y condicionan diversos riesgos de sufrir cualquier

problema de salud mental o de salud en general, por lo cual las políticas públicas deben atender a consideraciones de género e inmanentes a cada etapa del ciclo vital.

- Cuando aparecen trastornos, los más frecuentes son: el TEPT, el trastorno depresivo, los trastornos de ansiedad, los trastornos del sueño, los trastornos de la alimentación y los trastornos por abuso de sustancias, existiendo posible coexistencia entre ellos.
- En el abordaje diagnóstico y terapéutico es imperativo considerar las diferencias culturales y el contexto específico de procedencia y de llegada para intentar que los nuevos ciudadanos consigan conciliar ambos mundos con las menores tensiones posibles.
- Las redes de apoyo familiar, social e institucional representan invaluable elementos de protección para minimizar y hasta neutralizar los impactos del trauma en todas las personas sin importar el género o la edad.

Conflicto de intereses: la autora declara no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos: el presente artículo se desarrolló como parte de la tesis de maestría en Psiquiatría y Psicología médica de la UNIFESP, bajo el título “Espelhos de exílio: Fragmentos da realidade social e as políticas em saúde mental em três países da América do Sul” (Argentina, Colombia y Brasil), el cual contó con la orientación de la Prof. Dra. Olgária Matos. El proyecto fue financiado por la “Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível Superior”- CAPES, Brasil.

Referencias bibliográficas

Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Mayo.

Adeponle, A. B., Thombs, B. D., Groleau, D., Jarvis, E., & Kirmayer, L. J. (2012). Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 63(2), 147–153. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100280>

Braga, C., L. M.-B., & Pereira, M. (2019). Hijos de las fronteras: revisión de literatura sobre inmigración involuntaria, infancia y salud mental. *CES Psicología Vol 12* (2). <https://doi.org/10.21615/cesp.12.2.3>

Brodha, J. (2020). Two Patient Cases Illustrating the Importance of Addressing Physical and Mental Trauma as a Cause of Pain in Refugee Women. *Front. Sociol.* 5:12, 2-12. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.00012>

Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 14(1), 44–56. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0081-0>

Brunnet, A. E., Dos Santos Lobo, N., Silveira, T., Kristensen, C. H., & Derivois, D. (2020). Migrations, trauma and mental health: A literature update on psychological assessment. *L'Encephale*, 46(5), 364–371. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.009>

Collins, C. H., Zimmerman, C., & Howard, L. M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Archives of women's mental health*, 14(1), 3–11. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0198-7>

Crespo, M., & Castro, S. (2017). Menores refugiados: psicopatología y factores relacionados. *Journal of victimology*, 46, 9–32.

de Anstiss, H., Ziaian, T., Procter, N., Warland, J., & Baghurst, P. (2009). Help-seeking for mental health problems in young refugees: a review of the literature with implications for policy, practice, and research. *Transcultural psychiatry*, 46(4), 584–607. <https://doi.org/10.1177/1363461509351363>

Debieux, M., Berta, L., Taeco, T., & Alencar, S. (2009). A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. *Rev. Latinoamericana de Psicopatología. Fund.* 12 (3). <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000300006>

Hirani, K., Payne, D., Mutch, R., & Cherian, S. (2016). Health of adolescent refugees resettling in high-income countries. *Archives of disease in childhood*, 101(7), 670–676. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307221>

James, L., Leah Sovick, Garoff, F., & Abbasi, R. (2014). La salud mental de los niños y adolescentes sirios (Resumen). Evaluación de la Salud mental de los refugiados sirios en Jordania, 41-45.

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K., & Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH) (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 183(12), E959–E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>

Levy, B. S., & Sidel, V. W. (2009). Health effects of combat: a life-course perspective. *Annual review of public health*, 30, 123–136. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100147>

Lindert, J., Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine* (1982), 69(2), 246–257. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.032>

Martins-Borges, L. (2013). Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21 (40), 151-162.

Nadeau, L., & Measham, T. (2006). Caring for migrant and refugee children: challenges associated with mental health care in pediatrics. *Dev. Behav. Pediatr.* 27, 2, 145-154.

Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical psychology review*, 31(3), 399–417. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.004>

OMS. (2018). *Technical Guidance on the Health of Older Refugees and Migrants*. OMS.

Papadoulous, R. (2007). Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal Psychoterapeutic Council v 9*, 301-312.

Raphael, B., & Taylor, M. &. (2008). Women, catastrophe and mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), 13-23.

Reavell, J., & Fazil, Q. (2017). The epidemiology of PTSD and depression in refugee minors who have resettled in developed countries. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 26(1), 74–83. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222065>

Slobodin, O., & de Jong, J. T. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy?. *The International journal of social psychiatry*, 61(1), 17–26. <https://doi.org/10.1177/0020764014535752>