

Salud mental y bienestar de las personas solicitantes de protección internacional



PARTE
2

PARA EL PERSONAL DE PRIMERA LINEA

El 19 de enero de 2022, la Oficina Europea de Apoyo al Asilo (EASO) pasó a denominarse Agencia de Asilo de la Unión Europea (EUAA). Todas las referencias a la EASO y a sus productos y órganos deben entenderse como referencias a la EUAA.



Manuscrito finalizado en septiembre de 2024

Ni la Agencia de Asilo de la Unión Europea (EUAA) ni nadie que actúe en su nombre se responsabilizarán del uso que pudiera hacerse de esta información.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2026

Print ISBN 978-92-9418-111-4 doi:10.2847/9021475 BZ-02-24-604-ES-C

PDF ISBN 978-92-9418-110-7 doi:10.2847/3881234 BZ-02-24-604-ES-N

© Agencia de Asilo de la Unión Europea (EUAA), 2026

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

Para cualquier uso o reproducción de elementos que no sean propiedad de la EUAA, podrá ser necesario solicitar la autorización directamente de los respectivos titulares de derechos. La EUAA no posee los derechos de autor de los siguientes elementos:

- cubierta, fotografía, © pressmaster/stock.adobe.com;
- página 3, iconos, © iStock.com/da-vooda;
- página 8, componentes de iconos, © Prosymbols/stock.adobe.com, © IconKitty/stock.adobe.com, © nadiinko/stock.adobe.com, © Dawiyah/stock.adobe.com, © AHMAD/stock.adobe.com, © iStock.com/vasabii, © iStock.com/da-vooda, © lovemask/stock.adobe.com, © Sir.Vector/stock.adobe.com, © Editable line icons/stock.adobe.com
- página 13, © iStock.com/vasabii;
- página 17, © pressmaster/stock.adobe.com;
- página 20, © SkyLine/stock.adobe.com;
- páginas 22 y 30, © Halfpoint/stock.adobe.com;
- página 67, © Seventyfour/stock.adobe.com;
- página 73, © pressmaster/stock.adobe.com;
- página 77, icono, © IconKitty/stock.adobe.com;
- página 78, icono, © SkyLine/stock.adobe.com;
- páginas 79 y 80, icono, © Mykola/stock.adobe.com;
- página 80, icono, © NikWB/stock.adobe.com;
- página 81, icono, © FourLeafLover/stock.adobe.com;
- página 82, icono, © SkyLine/stock.adobe.com;
- página 83, icono, © Yurii/stock.adobe.com;
- páginas 84 y 85, iconos, © adi_sena/stock.adobe.com, © Arafat/stock.adobe.com, © NikWB/stock.adobe.com, © puchongart/stock.adobe.com, © SkyLine/stock.adobe.com, © Tatah/stock.adobe.com, © IconKitty/stock.adobe.com.

Salud mental y bienestar de las personas solicitantes de protección internacional

**Parte II. Guía práctica para la aplicación del apoyo psicosocial y
para la salud mental – para el personal de primera línea**

Noviembre 2024



Acerca de esta guía

¿Por qué se ha creado esta triple guía?

La Agencia de Asilo de la Unión Europea ha apostado recientemente por el intercambio de información sobre salud mental y bienestar (SMB) de las personas solicitantes de protección internacional y cuestiones afines, como la gestión de incidentes críticos, el bienestar del personal y el consumo de drogas durante la acogida ⁽¹⁾. El objetivo es recopilar información sobre las posibles necesidades de los Estados miembros de la Unión Europea (UE) y los países asociados a Schengen (países de la EU+) y velar por que la EUAA elabore paquetes de apoyo pertinentes para abordar estas necesidades. Esto incluye asistencia para mejorar la prestación de apoyo psicosocial a las personas solicitantes. Esta guía tiene por objeto proporcionar a los países de la EU+ y a su alta dirección una herramienta para sentar, en sus respectivos países, las bases de un sistema de asilo fundamentado en la SMB, y facilitar la prestación continua de apoyo psicosocial y en materia de salud mental a quienes lo necesiten.

¿Cómo se ha elaborado esta triple guía?

Esta guía se ha creado con el apoyo de varios expertos de la UE de Bélgica [Agencia Federal para la Acogida de Solicitantes de Asilo (Fedasil)], Alemania (Psicosociales Zentrum, St Johannis), Grecia (Consejo Danés para el Estatuto de los Refugiados de Grecia) y Suecia (Agencia Sueca de Migración). El equipo de vulnerabilidad de la EUAA facilitó y coordinó su elaboración. Antes de finalizar la guía, se envió para su consulta a un grupo de referencia compuesto por expertos de varias organizaciones: la Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria de la Comisión Europea, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (FICR) ⁽²⁾. Por último, la guía se compartió para su revisión y su aprobación final por los miembros de la Red de Expertos en Vulnerabilidad de la EUAA.

⁽¹⁾ EASO, *Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte I. Normas y política*, septiembre de 2021; EASO, *Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte II. Caja de herramientas para el bienestar del personal*, 2021; EASO, *Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte III. Seguimiento y evaluación*, 2021; EASO, «*The importance of early identification of signs of stress*» («La importancia de la identificación temprana de los signos de estrés», disponible en inglés), YouTube, 22 de septiembre de 2021. Sobre gestión de incidentes críticos, véase EUAA, *Critical Incident Management in the Field of Asylum and Reception – A mapping of practices* («Gestión de incidentes críticos en el ámbito del asilo y la acogida. Análisis de prácticas», disponible en inglés), 2022. Sobre la colaboración con el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) en materia de consumo de drogas durante la acogida, véase EUAA y EMCDDA, *Professionals working in reception centres in Europe: an overview of drug-related challenges and support needs* («Profesionales que trabajan en centros de acogida en Europa: una visión general de los retos relacionados con las drogas y las necesidades de apoyo», disponible en inglés), 2023.

⁽²⁾ No todas las partes de esta triple guía de la EUAA coinciden necesariamente con la posición de los miembros del grupo de referencia.

¿Quién debe utilizar esta segunda parte de la guía?

Esta parte está dirigida a los **jefes de equipo, coordinadores y personal de primera línea** que presta apoyo psicosocial y en materia de salud mental en los diferentes contextos. La guía también puede servir de base para el trabajo de los **responsables políticos** que trabajan en la integración de la salud mental y el bienestar como parte de la prestación de apoyo a las personas solicitantes de protección internacional.

¿Cómo utilizar esta guía?

Las tres partes de las orientaciones de la EUAA sobre la SMB de las personas solicitantes de protección internacional deben leerse conjuntamente.

- ▶ La **parte I** ⁽³⁾ establece el **marco** para configurar un sistema de asilo basado en consideraciones de SMB. Por lo tanto, se dirige a la **alta dirección**.
- ▶ La **parte II** se centra en las **intervenciones** cruciales para mantener la salud mental y el bienestar de las personas solicitantes de protección internacional. Abarca **cómo** llevar a la práctica las intervenciones en materia de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) y se dirige principalmente al **personal de primera línea** y a sus **jefes de equipo**.
- ▶ La **parte III** ⁽⁴⁾ es una «caja de herramientas» con instrumentos prácticos como listas de comprobación, consideraciones sobre las salvaguardias y cuestionarios para ayudar al **personal de primera línea** a prestar apoyo psicosocial y en materia de salud mental.

La guía utiliza iconos recurrentes, como se detalla a la derecha.

¿Qué relación guarda esta guía con la legislación y la práctica nacionales?

Se trata de un instrumento de convergencia «indicativo». No es jurídicamente vinculante. Complementa las estrategias e intervenciones nacionales aplicadas en los países de la EU+ en materia de SMB en el ámbito del asilo.



Ejemplo.

Ejemplos prácticos seleccionados de los países de la EU+ para una mejor comprensión.



Consideraciones.

Aspectos destacados, puntos adicionales, salvaguardias e información y oportunidades.



Recursos e información adicionales.

Proporciona material que complementa las propuestas y facilita el aprendizaje del tema tratado en ese capítulo.



Material de animación o vídeo.

Proporciona animaciones o vídeos que permiten una mejor comprensión del contenido y refuerzan la capacidad de las personas que trabajan en primera línea.



Recordatorio y medidas que deben adoptarse.

Conduce a otra información pertinente dentro de la guía para crear una comprensión general o complementar lo que se presenta en la página.

⁽³⁾ EUAA, *Salud mental y bienestar de las personas solicitantes de protección internacional – Parte I. Configuración de un sistema de asilo basado en consideraciones de salud mental y bienestar: Para la alta dirección*, noviembre de 2024.

⁽⁴⁾ EUAA, *Salud mental y bienestar de las personas solicitantes de protección internacional – Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial*, noviembre de 2024.



¿Qué relación guarda esta guía con otras herramientas de la EUAA?

Esta triple guía enlaza con otros esfuerzos realizados y herramientas desarrolladas por la EUAA para integrar la vulnerabilidad en todas sus actividades, incluido el apoyo a los países de la EU+ y a los Estados miembros en los que opera la EUAA. Esta guía complementa los siguientes productos de la EUAA:

- ▶ Tres guías de bolsillo sobre estrés psicológico acompañadas de instrucciones:
 - ▶ EUAA, [¿Cómo puedo ayudar a mi hijo o hija en los momentos difíciles?](#), 2024.
 - ▶ EUAA, [¿Cómo puedo lidiar con situaciones en que mis padres se sientan tristes, preocupados o enfadados?](#), 2024.
 - ▶ EUAA, [Cómo manejar situaciones en las que mis amigos o hermanos están tristes, enfadados o hacen cosas peligrosas](#), 2024.
- ▶ EUAA, [«Psychological First Aid Video»](#) («Vídeo sobre primeros auxilios psicológicos», disponible en inglés), YouTube, 26 de junio de 2023, acompañado de [instrucciones](#).
- ▶ EASO, [Consultations with Applicants for International Protection on Mental Health – A participatory approach supported by Member States authorities and civil society](#) («Consultas con solicitantes de protección internacional sobre salud mental: un enfoque participativo, con el apoyo de las autoridades y la sociedad civil de los Estados miembros», disponible en inglés), diciembre de 2021.
- ▶ EASO, [«The importance of early identification of signs of stress»](#) («La importancia de la identificación temprana de los signos de estrés», disponible en inglés), YouTube, 22 de septiembre de 2021.
- ▶ EASO, [Mental health of applicants for international protection in Europe – Initial mapping report](#) («La salud mental de las personas solicitantes de protección internacional en Europa: informe de catalogación inicial», disponible en inglés), julio de 2020.

Otros productos relacionados:

- ▶ EUAA, [Applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics](#) («Solicitantes con orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género y características sexuales diversas», disponible en inglés), noviembre de 2024.
- ▶ EUAA, [Guidance on Vulnerability in Asylum and Reception – Operational standards and indicators](#) («Orientaciones sobre la vulnerabilidad en el ámbito del asilo y la acogida: normas operativas e indicadores», disponible en inglés), mayo de 2024, en particular p. 55.
- ▶ EUAA, [Strategy on Vulnerability](#) («Estrategia sobre vulnerabilidad», disponible en inglés), diciembre de 2023.
- ▶ EUAA, [«Let's Speak Asylum Portal»](#) (Portal «Hablemos de asilo», disponible en inglés), julio de 2023.
- ▶ EUAA, [Herramienta de evaluación de necesidades especiales y vulnerabilidad](#), 2022.
- ▶ EUAA, [Herramienta de la EASO para la identificación de personas con necesidades especiales](#), 2016.

Todas las herramientas prácticas de la EUAA se encuentran a disposición del público en el sitio web de la EUAA: <https://euaa.europa.eu/practical-tools-and-guides>. Consulte también el catálogo de formación de la EUAA: <https://euaa.europa.eu/training-catalogue> para los módulos de formación pertinentes sobre el tema de la vulnerabilidad.

Índice

Abreviaturas	6
Introducción	7
Acerca de esta guía	8
Estructura de esta guía	9
Grupo destinatario	9
Bienestar del personal	10
SMB y terminología relacionada	10
Integración de la salud mental y el bienestar de las personas solicitantes en el día a día	12
Consideraciones sobre la edad, el género y la diversidad	14
1 Primeros auxilios psicológicos	17
Prácticas prometedoras y material de apoyo	21
2 Identificación	22
Prácticas prometedoras y material de apoyo	28
3 Atención y gestión de casos	30
Acceso a la atención	30
El proceso de gestión de casos	31
Prácticas prometedoras y material de apoyo	38
Niños o niñas no acompañados	38
Solicitantes que presentan un trastorno de salud mental	42
Solicitantes vulnerables y consumo de drogas	46
Víctimas de la tortura	49
Solicitantes con pensamientos suicidas	52
Solicitantes de asilo y violencia por motivos de género (VG)	54
Solicitantes con SOGIESC diversa	59
Necesidades psicológicas de las personas solicitantes internadas	61
Terapia basada en internet	63
4 Psicoeducación	67
Prácticas prometedoras y material de apoyo	71
5 Intervenciones basadas en la comunidad	73
Prácticas prometedoras y material de apoyo	76
Anexo 1. Resumen de los facilitadores de la buena SMB	84
Referencias	86

Abreviaturas

Abreviatura	Definición
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
IA	inteligencia artificial
ICRH Belgium	Centro Internacional de Salud Reproductiva de Bélgica
EASO	Oficina Europea de Apoyo al Asilo
EMCDDA	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
EP+	Enfrentando Problemas Plus (intervención psicológica)
EPAPSY	Asociación para el Desarrollo Regional y la Salud Mental
EUAA	Agencia de Asilo de la Unión Europea
EUDA	Agencia de la Unión Europea sobre Drogas
Fedasil	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Agencia Federal para la Acogida de Solicitantes de Asilo, Bélgica)
FICR	Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
IASC	Comité Permanente entre Organismos
LGBTIQ	personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales y <i>queer</i>
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización(es) no gubernamental(es)
Países de la EU+	Estados miembros de la Unión Europea y países asociados a Schengen
PAP	primeros auxilios psicológicos
SMAPS	salud mental y apoyo psicosocial
SMB	salud mental y bienestar
SOGIESC	orientación sexual, identidad de género, expresión de género y característica sexual
TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos
TEPT	Trastorno por estrés postraumático
TSH	trata de seres humanos
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
USAID	Agencia de Estados Unidos (EE. UU.) para el Desarrollo Internacional
VG	violencia de género

Introducción

Una **inversión inicial** de la alta dirección en la prestación de apoyo básico, pero holístico, debe centrarse en:

- determinadas **intervenciones basadas en la comunidad** para todas las personas solicitantes desde el momento de la llegada; y
- **atención específica y especializada** a las personas en situación de necesidad inmediata.

Este enfoque ayuda a alcanzar el objetivo de esta parte de la guía: evitar una crisis a largo plazo.

Un **enfoque multidisciplinar e interdisciplinario** a lo largo de todo el proceso de asilo y acogida (llegada, estancia en acogida, continuación de la integración e inclusión o preparación para el retorno) es clave para garantizar la prevención y reforzar la resiliencia. Este enfoque beneficiará a las personas que lleguen a los países de la EU+, pero también a las personas solicitantes que estén a la espera de la decisión sobre su solicitud, se estén integrando en las comunidades de acogida o estén a la espera del retorno. Las autoridades de acogida y decisorias, el personal que trabaja en primera línea y los socios también se benefician de **un enfoque coordinado**. Este enfoque garantiza una colaboración y una comunicación ágiles, lo que permite que los objetivos establecidos por la administración en materia de SMB se alcancen de manera más eficiente.

Por último, las personas que trabajan en primera línea pueden verse afectadas por las historias y experiencias compartidas por las personas solicitantes con las que trabajan. Las personas que trabajan en primera línea con solicitantes que comparten con ellas sus relatos personales y traumáticos pueden experimentar un **trauma secundario o vicario**. La descripción de este tipo de acontecimientos perturbadores o traumáticos y la exposición continua a ellos pueden repercutir en la salud mental y el bienestar del personal que presta apoyo durante periodos prolongados. Por lo tanto, es importante contar con una política de bienestar del personal⁽⁵⁾ y un paquete de apoyo sólidos, a fin de evitar el riesgo de trauma secundario y el agotamiento profesional del personal de primera línea. Para más información sobre la terminología, consulte el glosario en la [Parte I. Para la alta dirección](#).

«La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades o dolencias»⁽⁵⁾.



El **derecho a la salud** es universal⁽⁷⁾. Así pues, los solicitantes tienen derecho a llevar una vida sana que les permita integrarse de manera significativa en la comunidad de acogida y contribuir económica y socialmente. La misma reflexión se aplica cuando se prevé el retorno de las personas solicitantes.

En su Comunicación sobre un enfoque integral de la salud mental⁽⁸⁾, la **Comisión Europea destaca** el derecho universal a la salud y analiza de manera general la **importancia de la sensibilización** sobre la necesidad de **mejorar la salud mental** tanto en el plano **social como en el económico**.

La coincidencia o acumulación de factores de estrés a lo largo de todo el proceso migratorio y de todas sus fases críticas puede tener un grave efecto en la salud mental y el bienestar de las personas solicitantes. Las etapas críticas incluyen la fase previa a la salida, el desplazamiento, el viaje, la fase posterior a la llegada y la estancia en el país o los países de acogida y la integración o el retorno. Estas etapas críticas pueden afectar a los factores de protección y de riesgo a los que están expuestas las personas solicitantes. Los factores de estrés pueden complicar el efecto psicológico de cualquier acontecimiento perturbador o traumático previo a la salida o durante el tránsito.

Por lo tanto, es crucial tener en cuenta los **factores individuales** y los **determinantes sociales**, como la conexión de la persona solicitante con su familia y su comunidad, un alojamiento seguro o su situación económica y su educación. Todos estos factores pueden afectar a la salud tanto positiva como negativamente.

⁽⁵⁾ Organización Mundial de la Salud (OMS), [Constitución de la Organización Mundial de la Salud](#), p. 1 (en vigor desde 1948).

⁽⁶⁾ Véase también la triple guía de la EUAA sobre el bienestar del personal: EASO, [Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte I. Normas y política](#), septiembre de 2021; EASO, [Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte II. Caja de herramientas para el bienestar del personal](#), 2021; EASO, [Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte III. Seguimiento y evaluación](#), 2021.

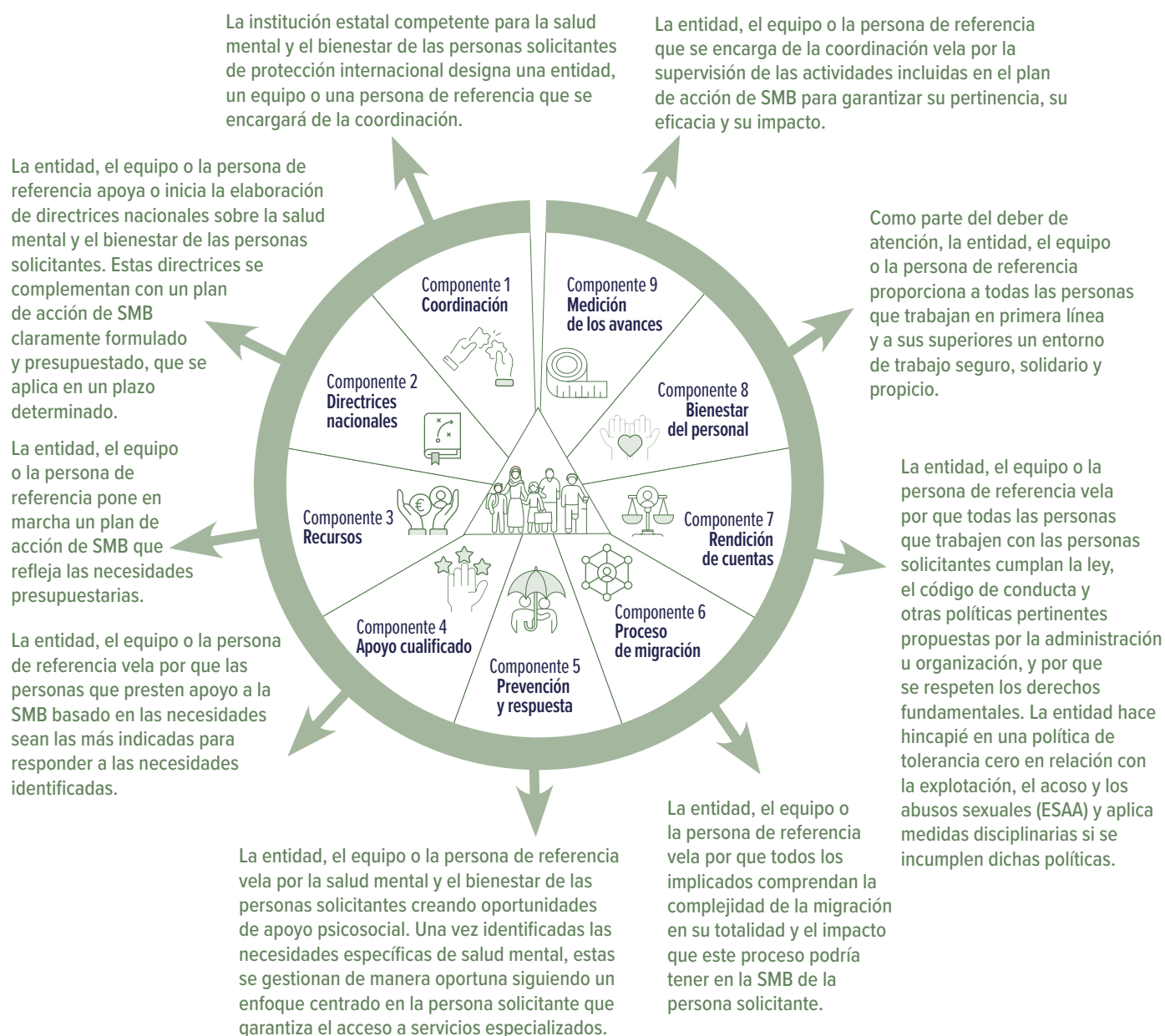
⁽⁷⁾ Para más información, véase Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y OMS, [El derecho a la salud - Folleto informativo n.º 31](#), junio de 2008; Consejo Económico y Social (Ecosoc), [Observación general n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: El derecho del disfrute del más alto nivel posible de salud \(artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales\)](#), agosto de 2000, que se refiere a la accesibilidad, la disponibilidad, aceptabilidad y la calidad de los servicios.

⁽⁸⁾ Comisión Europea, [Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre un enfoque global de la salud mental](#), junio de 2023.

Acerca de esta guía

Siempre que sea posible, la integración de la salud mental y el bienestar de las personas solicitantes en el sistema de asilo y acogida debe ser un componente esencial de la **estrategia nacional** en materia de salud física y mental. Tal integración resulta más sostenible si se aplica con la participación de agentes interdisciplinarios. El marco general propuesto en la [Parte I. Para la alta dirección](#) para configurar un sistema de asilo basado en consideraciones de SMB, tal como se ha establecido, consta de **nueve componentes interrelacionados e igualmente importantes**.

Gráfico 1. De un vistazo: los nueve componentes que conforman un sistema de asilo basado en consideraciones de SMB



Fuente: EUAA.

Esta parte de la triple *Guía de la EUAA sobre salud mental y bienestar de las personas solicitantes de protección internacional* ofrece al personal que trabaja en primera línea y a las personas que lo supervisan sugerencias sobre **qué** actividades de prevención realizar, **cómo** llevarlas a cabo y qué respuesta basada en las necesidades puede ser beneficiosa.

Las propuestas de esta parte complementan las recomendaciones y sugerencias de programación formuladas por otros agentes importantes del ámbito de la protección internacional y, en particular, las directrices sobre SMAPS del Comité Permanente entre Organismos (IASC) ⁽⁹⁾.

Estructura de esta guía

En cada uno de los cinco capítulos de esta parte encontrará una breve explicación sobre **qué** intervenciones y conceptos pueden aplicarse y sobre **cuándo, por qué, dónde y cómo** se pueden aplicar. Esta información se complementa con **prácticas prometedoras** de quince países de la EU+ ⁽¹⁰⁾, que podrían ser especialmente interesantes para aquellos países que deseen añadir intervenciones pertinentes a sus planes de acción actuales en materia de salud mental.

Esta guía **no** sugiere sustituir los mecanismos ya existentes de apoyo a las personas solicitantes en relación con su salud física y mental y su bienestar general, sino que complementa los esfuerzos que ya se están haciendo y propone más ideas.

La presente parte proporciona enlaces a herramientas adicionales, como listas de comprobación, para facilitar la aplicación de la SMAPS. Estas herramientas pueden encontrarse en la [**Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial**](#).

Grupo destinatario

El **grupo destinatario** de esta parte incluye: a) al **personal que trabaja en primera línea** y está en contacto directo con las personas solicitantes y b) a los y las **especialistas** que ejecutan las actividades de SMAPS, incluidos los jefes de equipo y los coordinadores de estas intervenciones. La guía se dirige, en particular, a las autoridades responsables de la acogida de las personas solicitantes, pues en muchos países de la EU+ estas son las autoridades responsables de despliegue y aplicación de las actividades de prevención y respuesta. Estas autoridades suelen aplicar tales actividades en colaboración con otros agentes, como las organizaciones de la sociedad civil.

Sin embargo, la salud mental y el bienestar de las personas solicitantes debe tenerse en cuenta durante todas las fases críticas del proceso de asilo y acogida, desde el momento de la llegada, durante la estancia en acogida y hasta la integración o la preparación para el retorno. Por lo tanto, se debe velar por la coordinación y la colaboración con diferentes agentes, en particular con el sector sanitario, así como con los responsables de registrar a las personas solicitantes a su llegada a las fronteras exteriores de la UE. La coordinación y la colaboración deben garantizarse a lo largo de todo el proceso de asilo, de manera que se adopte un enfoque eficaz para mantener la SMB de las personas solicitantes.

⁽⁹⁾ IASC, *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*, 2007.

⁽¹⁰⁾ Alemania, Austria, Bélgica, España, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Luxemburgo, los Países Bajos, la República Checa, Rumanía, Suecia y Suiza en esta parte (dieciséis en total). Para obtener más información de Finlandia, consulte la [**Parte I. Para la alta dirección**](#).



Bienestar del personal

Trabajar en el ámbito del asilo y la acogida requiere flexibilidad, pues se trata de un entorno en constante cambio. La capacidad de afrontar una gran carga de trabajo en condiciones difíciles, y además con una población que se encuentra en una situación de gran estrés psicológico, puede suponer un reto. Por lo tanto, se recomienda a las personas que coordinan los equipos que adopten medidas para garantizar el **bienestar del personal** ⁽¹⁾.

Cuidar de los que trabajan en primera línea también puede incluir ofrecerles la oportunidad de asistir a diferentes sesiones de **formación**. Los temas pertinentes incluyen cómo reconocer los signos de estrés en uno mismo y en los demás, o cómo reducir la tensión y gestionar un incidente crítico de la manera más eficaz posible. Cuando una persona que trabaja en primera línea se enfrenta a una persona solicitante agresiva, agitada o dispuesta a autolesionarse o suicidarse, el empleo de técnicas de desescalada puede ayudar a garantizar la seguridad de todos los implicados. Para obtener más información sobre cuestiones relacionadas con el **bienestar del personal**, consulte la [Parte I. Para la alta dirección](#), «Componente 8. Bienestar del personal».

SMB y terminología relacionada

En el contexto de esta guía, la **salud mental** se entiende como **parte integrante de la salud**. El término **bienestar** es más amplio y está relacionado con la salud física y mental. También depende de factores como la estructura familiar, la manera en que una persona es socializada y educada, y su sistema de valores.

El **estrés psicológico** puede estar causado por diferentes sucesos y situaciones vitales difíciles. El estrés persistente como enfermedad crónica, determinados acontecimientos vitales como la pérdida de un ser querido y la desatención de las necesidades emocionales de un niño o niña por parte de sus progenitores pueden contribuir al estrés psicológico. Del mismo modo, la exposición prolongada y repetida a acontecimientos perturbadores y traumáticos, como la violencia sexual, la inseguridad política, la guerra, los conflictos, la violencia, la tortura, el internamiento, la discriminación y el abuso (que muchas personas solicitantes experimentan en el contexto del asilo y a menudo son experiencias integradas en la pobreza a largo plazo) pueden contribuir aún más al estrés psicológico.

En términos generales, el estrés puede desencadenar determinadas reacciones en las personas. En el contexto del asilo, una persona puede reaccionar de una manera que algunos podrían considerar erróneamente un trastorno psiquiátrico. Por ejemplo, las personas solicitantes pueden desarrollar síntomas similares a los de las personas que padecen depresión. Sin embargo, su reacción al estrés podría estar simplemente vinculada a las circunstancias en las que se encuentran en ese momento (por ejemplo, barrios densamente poblados y malas condiciones de vida). Si no se aborda, esta acumulación de estrés puede provocar trastornos mentales.

⁽¹⁾ Véase también la triple guía de la EUAA sobre el bienestar del personal: EASO, [Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte I. Normas y política](#), septiembre de 2021; EASO, [Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte II. Caja de herramientas para el bienestar del personal](#), 2021; EASO, [Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte III. Seguimiento y evaluación](#), 2021.

El **trauma** ⁽¹²⁾ puede entenderse como una **herida psicológica** y el resultado de un estrés persistente que no se ha tratado suficientemente. A menudo va acompañado de una sensación de agobio o de que la situación supera lo que la persona puede gestionar por sí misma. Estas circunstancias también pueden vivirse como una amenaza para la vida. Las personas sienten que no controlan la situación.

Muchas personas solicitantes muestran una resiliencia notable y consiguen hacer frente a los acontecimientos negativos que han presenciado y vivido, y a los factores de estrés posteriores a su llegada. Tenga siempre en cuenta que las diferentes personas experimentan los mismos acontecimientos con **distintos niveles de estrés psicológico**, debido a la resiliencia y las predisposiciones de cada uno, al apoyo que percibe (incluido el psicosocial), al grado de control que percibe y a otros factores similares.

Dicho de otro modo, la **resiliencia** es la capacidad de «**recuperarse**». Es el proceso y el resultado de adaptarse con éxito a experiencias vitales difíciles o desafiantes, especialmente mediante la flexibilidad mental, emocional y conductual, y el ajuste a las demandas externas e internas ⁽¹³⁾. Sea cual sea el estado de la persona solicitante, es esencial apoyarla lo antes posible para que se dé cuenta de su **propia fuerza**. Es importante prestar una atención continuada más amplia que promueva el bienestar general. Por lo tanto, esta guía promueve un **enfoque integrado** de la SMB y abarca tanto las intervenciones relacionadas con la **prevención** como las **respuestas** basadas en las necesidades.

⁽¹²⁾ La palabra «trauma» significa «herida» y proviene del griego. El psicólogo Renos Papadopoulos sugiere que la palabra «trauma» puede referirse a lo que ha quedado atrás (por ejemplo, recuerdos), pero también a lo que permanece: Papadopoulos, R. K., *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience, and Adversity-Activated Development* («Desarticulación involuntaria: Hogar, trauma, resiliencia y desarrollo activado por la adversidad», disponible en inglés), primera edición, Routledge, 2021; véase también EUAA, *Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial*, 2024, sección: «Entender el trauma».

⁽¹³⁾ American Psychological Association, «**Resilience**» («Resiliencia», disponible en inglés), sitio web de la asociación, consultado el 12 de agosto de 2024.



Integración de la salud mental y el bienestar de las personas solicitantes en el día a día

El apoyo a la SMB de las personas solicitantes que necesitan ayuda es más eficaz cuando reciben **atención básica inicial** y asistencia a través de un **contacto humano**, y sus necesidades **se identifican a tiempo**. Las actividades específicas, como un reconocimiento médico y una evaluación de la vulnerabilidad (por ejemplo, durante las actividades de triaje inicial), respaldados por evaluaciones de seguimiento, pueden contribuir a la identificación. Es importante fomentar la SMB y organizar actividades de forma sistemática.

Esto puede hacerse desplegando los primeros auxilios psicológicos (PAP) en todo el proceso de asilo y acogida, reforzando la alfabetización en salud mental de las personas solicitantes mediante la psicoeducación, implicándolas en las decisiones que les afectan, creando espacios para intervenciones basadas en la comunidad y garantizando el acceso de las personas que padecen afecciones graves a la atención y a la gestión de sus casos.

Si estas actividades se integran en el marco de un plan de acción de SMB y se organizan de manera que **se complementen y refuercen** mutuamente, pueden fomentar la revelación de información personal, ayudar a la identificación temprana de problemas y evitar el riesgo de que se desarrollen afecciones más complejas o a largo plazo.

En las intervenciones propuestas en esta guía se han tenido en cuenta la pirámide de SMAPS ⁽¹⁴⁾ y los cuatro niveles de intervención introducidos por el IASC.

«No basta con que nos digan que estamos estresados. Queremos que nos escuchen y queremos obtener medios para gestionar el estrés, técnicas que nos ayuden a quitarnos de la cabeza los pensamientos preocupantes y negativos» (expresado por un solicitante que participó en una consulta de la EUAA sobre la salud mental y el bienestar).

⁽¹⁴⁾ IASC, *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*, 2007, figura 1, p. 12.



Gráfico 2. Cinco ámbitos de interés para promover un enfoque integrado de la salud mental y el bienestar de las personas solicitantes



Fuente: EUAA, ajustada a partir de IASC, *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*, 2007, p. 12, y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), *Operational guidelines – Community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families (field test version)* [«Directrices operativas. Salud mental y apoyo psicosocial basados en la comunidad en situaciones humanitarias: apoyo en tres niveles para los niños y las niñas y sus familias (versión de prueba sobre el terreno)», disponible en inglés], 2018, p. 15.

En resumen, la aplicación sistemática y eficiente de las cinco intervenciones en los niveles 1 y 2 reducirá la necesidad de atención específica y especializada (niveles 3 y 4) para la mayoría de las personas solicitantes. Por último, el concepto de **PAP** es transversal; la **identificación** de solicitantes necesitados es un esfuerzo continuo y puede aplicarse a todos los niveles de la pirámide de la SMAPS; la **atención y gestión de casos** corresponde a todos los niveles de la pirámide de la SMAPS; la **psicoeducación** es importante en los cuatro niveles de la pirámide de la SMAPS; y las **intervenciones basadas en la comunidad** son fundamentales para prevenir las preocupaciones (niveles 1 y 2), pero también pueden ser vitales para apoyar el proceso de tratamiento y recuperación (niveles 3 y 4).



Consideraciones sobre la edad, el género y la diversidad

Antes de desplegar cualquiera de las intervenciones de SMAPS propuestas como parte de esta guía, es fundamental tener en cuenta la edad, el género y la diversidad ⁽¹⁵⁾ de las personas solicitantes y vincular estas reflexiones a los imperativos de la promoción de la igualdad de género, en particular al empoderamiento de las mujeres y las niñas, y de la promoción del interés superior de los niños y las niñas. «Cada persona es única. Las diferencias entre las personas, ya sean reales o percibidas, pueden definir características que juegan un papel fundamental en la determinación de las oportunidades, capacidades, necesidades y vulnerabilidad de un individuo» ⁽¹⁶⁾. Las experiencias violentas y estresantes pasadas y actuales en las personas solicitantes pueden «afectar no solo al individuo, sino también a su familia y, más ampliamente, a las comunidades y a la sociedad» ⁽¹⁷⁾.

Los cambios de comportamiento de un miembro de la familia pueden afectar a las **relaciones familiares**. La pérdida por los progenitores de la capacidad de proporcionar unos ingresos regulares para mantener a la familia (incluida la que se ha quedado atrás), puede verse agravada por las dificultades experimentadas para encontrar un trabajo remunerado en el país de asilo. Por lo tanto, puede ser importante invertir en actividades que refuercen la unidad familiar, la crianza positiva y la generación de ingresos.

A menudo los **roles de género** del país de origen difieren de los del país de acogida, lo que puede influir en las expectativas sociales de las personas solicitantes y en su capacidad para adaptarse y hacer frente a esas diferencias, que puede fomentarse y apoyarse proporcionando desde una fase temprana plataformas de intercambio sobre los valores y las leyes que han de seguirse a este respecto. Cuando la persona que hasta ese momento era la de mayor responsabilidad en la familia (a menudo un varón) deja de ser capaz de mantenerla económicamente, los roles de género a menudo se cuestionan. Las mujeres asumen entonces ese papel y se convierten en el único sostén, lo que puede crear tensiones dentro de las familias.

En ocasiones, los **niños y niñas** se ven obligados a asumir **funciones parentales**, como cuidar de hermanos menores y ayudar en otras tareas domésticas. En algunas situaciones se pide a los niños y niñas que ayuden a sus progenitores como intérpretes, por ser los únicos de la familia capaces de comunicarse en la lengua local, que han aprendido en la escuela en el país de acogida. Esto puede llevarlos a ser requeridos a transmitir las experiencias de sus progenitores a los proveedores de servicios. Pero el contenido de lo que transmiten no siempre es adecuado para que lo escuche un niño o niña de su edad. Aunque los niños y niñas son intrínsecamente resilientes, su capacidad de hacer frente a la situación dependerá de la duración de la exposición a circunstancias difíciles y experiencias de violencia, de la intensidad de dichas experiencias y de la existencia de un sistema de apoyo empático en el país de acogida.

Las experiencias traumáticas, como la **violencia sexual**, en el país de origen, durante el tránsito o en el país de acogida, afectan gravemente a las personas, independientemente de su edad y de su género. Los **hombres** que son víctimas de violencia sexual o explotación sexual parecen enfrentarse a la experiencia de manera diferente a las mujeres. A menudo, los hombres no se consideran víctimas, sino simplemente débiles o «no lo suficientemente hombres» como para

⁽¹⁵⁾ ACNUR, *Política de edad, género y diversidad*, 8 de junio de 2011.

⁽¹⁶⁾ Ver nota 15, p. 1.

⁽¹⁷⁾ Payne-James, J., Beynon, J., y Vieira, D. (eds.), *Monitoring Detention, Custody, Torture and Ill-treatment: A Practical Approach to Prevention and Documentation* («Supervisión del internamiento, la custodia, la tortura y los malos tratos. Un enfoque práctico para la prevención y la documentación», disponible en inglés), primera edición, CRC Press, 2017.



evitar la violencia perpetrada contra ellos. Esto puede tener un impacto tremendamente negativo en su estado físico y mental. La violencia sexual en los hombres también puede provocar preocupaciones sobre su identidad sexual o una libido baja ⁽¹⁸⁾. Los hombres parecen aún más reticentes que las mujeres a airear sus experiencias de violencia sexual, debido a su fuerte sentimiento de culpa y vergüenza, sobre todo si su cultura o su religión no fomentan entre ellos un discurso abierto en torno a las emociones, el miedo o la ansiedad en general ⁽¹⁹⁾.

Por otra parte, con frecuencia las **mujeres** no solo se enfrentan a las repercusiones psicológicas de dicha violencia y dicho abuso, sino también a las implicaciones culturales de haber perdido la virginidad, a consecuencias físicas como el embarazo no deseado o el hecho de no poder volver a quedarse embarazadas, o a otros efectos negativos relacionados con su salud reproductiva. El impacto de la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual es relevante tanto para hombres como para mujeres.

Las personas solicitantes con **orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género y características sexuales (SOGIESC) diversas** ⁽²⁰⁾ pueden haberse enfrentado a amenazas y a discriminación en su país de origen, y también pueden enfrentarse a ellas en la comunidad de acogida y en el centro de acogida en el que están alojadas. Es importante que el personal de primera línea comprenda mejor cómo se socializó y educó a las personas solicitantes en su país de origen en función de su género y cómo se enfrentan, por tanto, al trauma, la pérdida, la angustia y la frustración.

Las personas que han sido enviadas a Europa, que a menudo son **hombres jóvenes solteros**, pueden sufrir una fuerte presión a diferentes niveles (económico y emocional) por las expectativas de sus familias. La preparación para enviar a un familiar a un viaje de este tipo con la esperanza de que ayude a las personas que queden atrás suele ir precedida de la recaudación, durante meses e incluso años, de grandes sumas de dinero que la familia paga a las redes que afirman garantizar un viaje seguro. Sin embargo, con demasiada frecuencia las redes que organizan el viaje forman parte de redes delictivas vinculadas al tráfico y la trata de personas que, cuando se trata de préstamos a devolver, ejercen presión sobre la persona que ha llegado a Europa y sobre la familia que se ha quedado en el país de origen.

Dado que Europa recibe a muchos hombres jóvenes solteros, el apoyo específico para que adapten sus **conceptos sociales de masculinidad**, por ejemplo, los que a menudo se articulan en torno al sentido del honor y a creencias patriarcales, puede ayudar a integrarlos mejor en las rutinas diarias de los centros de acogida. Estos jóvenes solteros a veces también **se sienten desconectados de la vida comunitaria**, pues a menudo viven en alojamientos separados de la comunidad o no se les presta la misma atención en las actividades organizadas por la administración, que no los considera vulnerables. Por lo tanto, debe hacerse hincapié en apoyar las interacciones de los miembros de la comunidad con este grupo.

Además, los **niños y niñas no acompañados**, principalmente varones adolescentes, también forman parte de este grupo de personas que se envían a Europa. Por otra parte, este grupo también incluye a niñas expuestas a diferentes tipos de explotación y abuso. La **presión de los compañeros** para participar en actividades que pueden ser delictivas es habitual, especialmente

⁽¹⁸⁾ Kiss, L., Quinlan-Davidson, M., Pasquero, L., Ollé Tejero, P., Hogg, C., et al., «[Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low-and middle-income countries](#)» («Supervivientes masculinos y LGBT de la violencia sexual en situaciones de conflicto: una revisión realista de las intervenciones sanitarias en los países de renta baja y media», disponible en inglés), *Conflict and Health*, vol. 14, art. 11, 26 de febrero de 2020.

⁽¹⁹⁾ The Humanium, «[Bacha Bazi – severe child abuse disguised as an Afghani custom](#)» («Bacha bazi: el maltrato infantil grave encubierto como costumbre afgana», disponible en inglés), 13 de septiembre de 2022. Describe una tradición afgana que se ha distorsionado y que ahora implica esclavitud y abuso sexual, en clara violación de los derechos de la infancia.

⁽²⁰⁾ EUAA, [Practical guide on applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics – Reception](#) («Guía práctica sobre solicitantes con orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género y características sexuales diversas: Acogida», disponible en inglés), 2024.



entre los jóvenes varones, que pueden verlas como un medio para generar ingresos. Por lo tanto, es crucial que desde una fase temprana se proporcione una vida relativamente normal (acceso a la educación, participación en juegos con compañeros, acceso a actividades de ocio) a todas las personas solicitantes, y en particular a los niños y niñas no acompañados o separados ⁽²¹⁾, para aliviar la tensión y reforzar la resiliencia.

Será importante invertir en la reagrupación familiar, teniendo en cuenta el interés superior del niño o niña. Además, se ha de designar a un tutor legal para los niños o niñas que hayan llegado sin cuidador o cuidadora ⁽²²⁾ para garantizar que se tenga en cuenta su interés superior a lo largo de todo el proceso. Esto es especialmente importante si están cerca de la madurez, pues ese cuidador o cuidadora puede ayudar a garantizar una transición relativamente fluida hacia la edad adulta.

Es importante garantizar que las personas solicitantes con algún tipo de **discapacidad** [por ejemplo, física, psicológica, cognitiva o auditiva ⁽²³⁾] tengan acceso a la atención y una oportunidad adecuada de compartir sus necesidades, sobre todo porque este grupo puede no ser capaz de reaccionar rápidamente y pedir ayuda debido a su condición. Esto puede hacerlos vulnerables a la violencia, el abuso y la explotación, lo que no debe subestimarse ⁽²⁴⁾.

Las **personas de edad avanzada** y sus necesidades también se pasan por alto a menudo en el contexto del asilo, pero es muy importante tenerlas en cuenta. Es posible que estas personas hayan visto morir a sus hijos en su país de origen o durante el viaje, y que ahora estén solas o a cargo de sus nietos. Pueden verse afectadas cognitiva, física y emocionalmente por experiencias pasadas, así como por la edad, y tener dificultades para adaptarse a una cultura y una lengua nuevas. Identificar a las personas con necesidades específicas, en particular a las que han llegado con personas a cargo, es crucial. Tenga en cuenta en su trabajo las diferentes fases críticas y la complejidad del proceso de migración. Asegúrese de que se aplican medidas de protección a lo largo de todo el proceso de asilo y acogida, de modo que la prestación de servicios sea completa y significativa.

Consulte la [*Parte I. Para la alta dirección*](#), «Componente 6. El proceso de migración».

⁽²¹⁾ Véase el informe belga de Fournier, K., van Acker, K., Geldof, D., y Heyerick, A, «*Être enfant en centre d'accueil*» («Ser niño o niña en un centro de acogida», disponible en francés), 2023, que se centra en los menores y las familias de los solicitantes, y en cómo promover su SMB.

⁽²²⁾ Para obtener más información sobre cómo apoyar a los niños o niñas en la acogida, consulte este resumen de políticas de Fournier, K., van Acker, K., y Geldof, D., «*Strengthening Opportunities for Accompanied Children in Reception Centres*» («Reforzar las oportunidades de los niños o niñas acompañados en los centros de acogida», disponible en inglés), 2022.

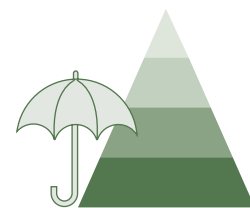
⁽²³⁾ Véanse las orientaciones elaboradas por la Fedasil, Doof Vlaanderen y la Fédération Francophone des Sourds de Belgique, *Guide – Accompagnement des demandeurs sourds & malentendants* («Guía de acompañamiento a los solicitantes sordos y con discapacidad auditiva»), enero de 2022. La guía solo está disponible en francés y contiene información general sobre los solicitantes con pérdida auditiva y sus formas de comunicación. También proporciona información práctica y concreta sobre los obstáculos que pueden encontrar estos solicitantes durante el viaje, información sobre el uso de intérpretes y recomendaciones para facilitar la interacción; EUAA, *Persons with Disabilities in Asylum and Reception Systems* («Las personas con discapacidad en los sistemas de asilo y acogida», disponible en inglés), 2024.

⁽²⁴⁾ Global Protection Cluster, Gender-based Violence AoR, «*Gender-based violence and disability inclusion fact sheet*» («Hoja informativa sobre la violencia de género y la inclusión de la discapacidad», disponible en inglés), 2023.



1

Primeros auxilios psicológicos



¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?

Los **primeros auxilios psicológicos (PAP)** constituyen un enfoque útil que abarca todas las fases del proceso de asilo y acogida, así como los cuatro niveles de la pirámide de SMAPS. Cualquier persona puede prestar PAP ⁽²⁵⁾ en cualquier fase, siempre que haya recibido cierta formación básica sobre cómo interpretar los signos de estrés psicológico.

En general, los **PAP** tienen por objeto identificar y responder lo antes posible a las personas que se encuentran en peligro, velar por su seguridad, transmitirles calma, intentar tranquilizarlas en la medida de lo posible en la situación que están viviendo, comprobar cómo se encuentran y ver qué necesidades pueden tener para ponerlas en contacto con los servicios de seguimiento pertinentes.

⁽²⁵⁾ Centro de Referencia en Apoyo Psicosocial de la FICR, [A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent Societies](#) «Guía de primeros auxilios psicológicos para las sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja», disponible en inglés, Copenhague, 2018.

**Cuadro 1. Resumen de los PAP**

Los PAP consisten en...	Los PAP no consisten en...
Proporcionar cuidados y apoyo prácticos y no intrusivos	Algo que solo los profesionales puedan hacer
Evaluar las necesidades y preocupaciones	Proporcionar asesoramiento psicosocial o psicoterapia
Ayudar a las personas a cubrir sus necesidades básicas (alimentos, alojamiento, tratamiento médico e información)	Analizar con detalle el desencadenante del estrés
Escuchar a las personas, pero sin presionarlas para que hablen	Pedir a las personas que analicen lo que les ha ocurrido, ni en que ordenen cronológicamente los sucesos que han vivido
Reconfortar a las personas y ayudarlas a tranquilizarse	Presionar a las personas para que compartan sus sentimientos y reacciones ante un acontecimiento
Ayudar a las personas a acceder a información, a los servicios y al apoyo social	Tener todas las respuestas a las preguntas o ser capaz de proporcionar todo lo que alguien necesita

Fuente: Signpost, «[Psychological First Aid \(PFA\)](#)» [«Primeros auxilios psicológicos (PAP)», disponible en inglés], sitio web de Signpost Global, actualizado en enero de 2024.

**¿Por qué son útiles los PAP?**

Los PAP son un medio para atender a las personas que lo necesitan. Consisten en un proceso escalonado que simplemente organiza las capacidades básicas, innatas, de ayuda. Sobre todo al llegar, algunos sentimientos iniciales de agobio pueden reducirse con un gesto o una palabra amable, información básica sobre adónde ir y a quién pedir ayuda en función de las necesidades, aclaraciones sobre lo que ocurrirá a continuación y el simple reconocimiento de que las cosas no siempre son fáciles. Un enfoque tan básico y humano puede tener un gran impacto positivo y transmitir la sensación de ser reconocido como un ser humano y tomado en serio. Los PAP proporcionan exactamente eso.

Las personas solicitantes pueden obtener mejores resultados a largo plazo si:

- ▶ recuperan la sensación de control al poder ayudarse a sí mismas;
- ▶ tienen acceso a apoyo social, físico y emocional;
- ▶ se sienten seguras, conectadas con los demás, tranquilas y esperanzadas ⁽²⁶⁾.

Todo lo anterior puede facilitarse con los PAP.

⁽²⁶⁾ Centro de Referencia en Apoyo Psicosocial de la FICR, [A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent Societies](#) («Guía de primeros auxilios psicológicos para las sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja», disponible en inglés), Copenhague, 2018.



¿Cuál es el mejor momento para prestar PAP?

Los PAP tienen por objeto «ayudar a las personas que han sido afectadas recientemente por un acontecimiento [crítico grave]». Por lo tanto, la mejor manera de aplicarlos es en el primer contacto con personas que padecen estrés grave. «Normalmente esto será durante o inmediatamente después [de un acontecimiento perturbador]. Sin embargo, a veces puede ser días o semanas después, dependiendo de cuánto ha durado el acontecimiento o de cuán grave ha sido» ⁽²⁷⁾. Teniendo en cuenta la situación en Europa, donde los solicitantes llegan y a menudo son trasladados de un lugar a otro (por ejemplo, de las islas al continente), se puede considerar que los PAP son beneficiosos en todas las fases de los traslados organizados.



¿Quién puede beneficiarse de los PAP?

Los PAP están dirigidos «a personas [...] afectadas recientemente por un acontecimiento crítico grave» y que se encuentran en una situación de estrés grave. Tanto los niños y niñas como las personas adultas pueden beneficiarse de esta intervención. «Sin embargo, no todos los que experimentan una situación de crisis necesitarán o querrán PAP. No se debe forzar la ayuda en aquellos que no la quieren, sino estar disponible para aquellos que puedan desear apoyo» ⁽²⁸⁾.



Cómo desplegar intervenciones de PAP y a quién dirigirse

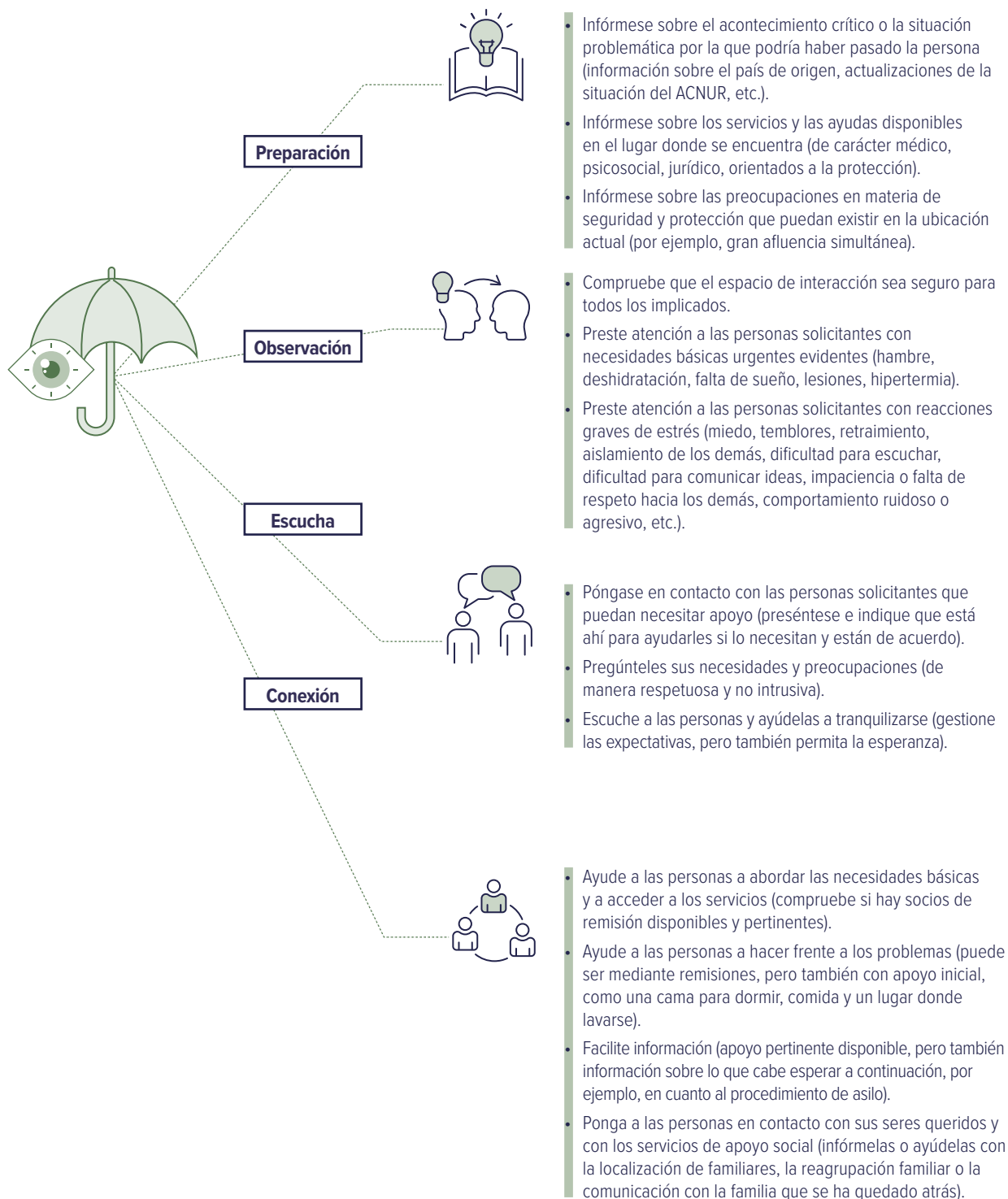
Los PAP son un conjunto de habilidades de ayuda que pueden proporcionar profesionales y voluntarios con cierta formación básica. Cuando se utilizan en el ámbito humanitario, constan de cuatro fases principales: preparación, observación, escucha y conexión. En resumen, estos pasos reflejan la importancia de la **observación** para identificar a las personas necesitadas. Garantizan la **empatía**, mediante la **escucha** amable y atenta, para poder **remitir o vincular** a la persona a un **seguimiento** adecuado y **pertinente**, basado en las principales necesidades y posibles vulnerabilidades identificadas (por ejemplo, encontrar a su familia, obtener atención médica).

⁽²⁷⁾ OMS, *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*, 2012, p. 5.

⁽²⁸⁾ Ver nota 27, p. 4.



Gráfico 3. Fases de la aplicación de los PAP



Fuente: EUAA.



Prácticas prometedoras y material de apoyo

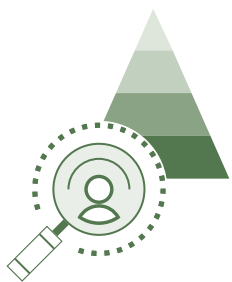
La EUAA cuenta con una animación sobre los PAP que se complementa con instrucciones ⁽²⁹⁾. Está diseñada para ayudar a las personas con conocimientos especializados, que ya prestan PAP, a compartir el concepto de PAP con los recién llegados, paraprofesionales o voluntarios. Las secciones de las instrucciones sobre «**Estrés y trauma**» y «**Explicación de los cinco principios**» detallan cómo garantizar un despliegue significativo del concepto de PAP.

Las personas de referencia designadas pueden proporcionar e integrar el concepto de PAP a lo largo del proceso de asilo y acogida. Los PAP como concepto son útiles en los **cuatro niveles** de la pirámide de SMAPS. Los PAP suelen estar vinculados a la fase crítica de la **llegada** y tras ubicar a las personas solicitantes en los centros de acogida iniciales. Por lo tanto, el personal que trabaja en primera línea puede beneficiarse de conocer el concepto de PAP.



- Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, *A Guide to Psychological First Aid* («Guía de primeros auxilios psicológicos», disponible en inglés), 2018.
- Save the Children, *Save the Children: manual de capacitación sobre primeros auxilios psicológicos para profesionales de la niñez*, 2013, con orientaciones sobre lo que debe tenerse en cuenta cuando se trabaja con menores.
- OMS, *Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo*, 2012.

⁽²⁹⁾ EUAA, «[Psychological First Aid Video](#)» («Vídeo sobre primeros auxilios psicológicos», disponible en inglés), YouTube, 2023, y las [instrucciones](#) que lo acompañan.



¿Qué queremos decir con identificación y por qué es importante?

Para poder proporcionar las salvaguardias y la protección pertinentes, las garantías procedimentales y otros servicios adecuados a las vulnerabilidades o necesidades especiales, primero hay que identificar a las personas solicitantes como necesitadas. Una vez identificadas las necesidades y las vulnerabilidades transversales, las administraciones están en condiciones de dar la respuesta adecuada en función de las necesidades. Una respuesta temprana basada en las necesidades también puede evitar un deterioro de las condiciones. La identificación de las personas solicitantes vulnerables y las que tienen necesidades especiales es crucial y se destaca en el Pacto sobre Migración y Asilo ⁽³⁰⁾ y, por lo tanto, también constituye una obligación jurídica.



¿Cuándo se identifican las vulnerabilidades y las necesidades especiales?

La **identificación inicial** de afecciones médicas y otras vulnerabilidades **a la llegada** de la persona solicitante a la frontera, o cuando se asigna a un centro de acogida inicial o de llegada, a través de una **práctica específica** (por ejemplo, reconocimiento médico y evaluación de la vulnerabilidad), es fundamental para identificar a las personas solicitantes con enfermedades mentales y de salud visibles o diagnosticadas, a fin de proporcionarles una respuesta oportuna que puede salvarles la vida y se basa en sus necesidades. Este ejercicio también es vital para detectar enfermedades contagiosas y evitar crisis de salud pública. Si bien las condiciones de salud física pueden ser el centro de atención de quienes realizan los reconocimientos médicos durante el desembarco o en la frontera, o cuando se asigna a las personas solicitantes a los centros de acogida inicial, también debe hacerse hincapié en **evitar** que **el estrés psicológico** empeore.

Las administraciones deben ser conscientes de que la mayoría de las necesidades y vulnerabilidades especiales, y en particular los problemas de salud mental y otras **vulnerabilidades invisibles** con las que llegan las personas solicitantes, pueden no detectarse fácilmente a su llegada. Ello puede deberse a diferentes motivos.

En función de la vulnerabilidad y la necesidad, las personas solicitantes pueden:

- ▶ no tener conocimiento de su estado (por ejemplo, solicitantes con problemas de salud mental);
- ▶ experimentar vergüenza y un sentimiento de culpa al compartir determinados problemas y experiencias (por ejemplo, especialmente en casos de violencia sexual);
- ▶ temer represalias contra los miembros de la familia que se queden atrás (por ejemplo, en el caso de las víctimas de tortura);
- ▶ temer que la afección que padecen pueda afectar a su solicitud de protección internacional (por ejemplo, consumo de drogas o enfermedad crónica, como infección por VIH);
- ▶ experimentar barreras lingüísticas en ausencia de intérpretes cualificados;
- ▶ sufrir estrés psicológico a su llegada después de un viaje traumático; o
- ▶ desconfiar de las autoridades que llevan a cabo los reconocimientos médicos y evaluaciones de vulnerabilidad iniciales.

Todos estos elementos pueden dificultar una revelación temprana de las necesidades específicas y las vulnerabilidades. Por lo tanto, la autoridad de coordinación deberá insistir al personal de primera línea y a quienes le presten apoyo en una fase posterior en la importancia de tratar la **identificación** de vulnerabilidades como un **esfuerzo continuo** y no como un ejercicio puntual durante un periodo limitado.

Las recomendaciones que siguen contribuirán a facilitar la identificación oportuna de las necesidades, lo que en última instancia afectará positivamente al procedimiento de asilo y ayudará a las personas solicitantes durante la acogida:

- ▶ poner a disposición herramientas **claras** para identificar vulnerabilidades, incluidas las invisibles, mediante la integración de una serie de indicadores significativos;
- ▶ instruir a las personas que trabajan en primera línea en la **utilización de las herramientas** y en sus limitaciones (lo que no puede identificarse);
- ▶ integrar los reconocimientos médicos y evaluaciones de vulnerabilidad iniciales, así como los ejercicios de evaluación de la admisión **en los procedimientos diarios**, y garantizar que se organicen más de una vez para supervisar el bienestar de las personas solicitantes;
- ▶ poner a **disposición a especialistas suficientemente formados y experimentados**, en particular en materia de migración, para apoyar dicho proceso;
- ▶ poner a disposición material informativo pertinente para **fomentar** entre las personas solicitantes la **revelación** de sus necesidades específicas y sus vulnerabilidades.



Cómo detectar problemas de salud y otras vulnerabilidades

En algunos países, los reconocimientos médicos iniciales también incluyen preguntas sobre las vulnerabilidades generales, como las enfermedades mentales y el cumplimiento de un tratamiento, mientras que en otros no. Cuando estas preguntas se integran en la identificación temprana de vulnerabilidades, se pueden tener en consideración:

- ▶ las experiencias de tortura y otras formas de violencia [violencia de género (VG), violencia familiar];
- ▶ los problemas de salud mental, incluidos los pensamientos suicidas, las discapacidades físicas y cognitivas, los problemas relacionados con la edad (por ejemplo, en el caso de las personas de edad avanzada, si están en condiciones de cuidar de sí mismas); y
- ▶ los problemas de adicción.

Aunque quizá la mayoría de las personas solicitantes no sean capaces de revelar experiencias tan delicadas a su llegada, a veces pueden estar dispuestas a compartir cierta información una vez creado un entorno seguro y de confianza. Puede ser útil explicar claramente por qué esta información es importante para las autoridades y disponer de algún experto con suficiente experiencia para conversar con los solicitantes de forma empática y tranquila.



¿Quién identifica las vulnerabilidades y las necesidades especiales?

La identificación temprana de las necesidades la puede realizar: a) **personal** de primera línea con **conocimientos limitados sobre la vulnerabilidad**, como los guardias de fronteras, que son personal de primer contacto importante a este respecto.

También la puede realizar: b) la **comunidad de solicitantes** que, tras recibir alguna formación básica (por ejemplo, PAP), puede facilitar el proceso de identificación temprana, especialmente cuando las necesidades como el estrés psicológico son visibles (por ejemplo, cuando una persona está llorando, muy irritada, inquieta o confundida) y el contexto les permite señalar significativamente las necesidades de sus compañeros o compañeras al personal pertinente.

No obstante, todas las administraciones deben esforzarse por designar: c) **personal especialmente formado** para la identificación. Este personal debe tener conocimientos sobre cuestiones relacionadas con la salud, la vulnerabilidad y la protección [por ejemplo, protección de menores, VG, víctimas de tortura y trata de seres humanos (TSH)]. Se le debe dar instrucciones para que apoye a los dos grupos indicados en las letras a) y b) y para que sea consciente de que la identificación precisa un esfuerzo continuo por su parte.

Realice una evaluación de los riesgos ⁽³¹⁾ relativos a las necesidades específicas y las vulnerabilidades de los niños y niñas no acompañados ⁽³²⁾ en materia de TSH ⁽³³⁾ y de los riesgos de fuga ⁽³⁴⁾. Realice también una evaluación de las necesidades de las personas solicitantes que abandonen la acogida con fines de integración y de las que se están preparando para el retorno. Los resultados pueden indicar qué pasos podrían ser pertinentes a continuación para conceder protección.

⁽³¹⁾ Véase la sección [El proceso de gestión de casos](#).

⁽³²⁾ Véase la sección [Niños o niñas no acompañados](#).

⁽³³⁾ The Asia Foundation y National Anti Human Trafficking Taskforce: Sri Lanka, «[Checklist to Identify Suspected Victims of Trafficking](#)» («Lista de comprobación para identificar a las víctimas de trata», disponible en inglés), 2021.

⁽³⁴⁾ Fedasil, «[Prévenir les disparitions de Mena](#)» («Prevenir la desaparición de menores no acompañados», disponible en francés), 25 de mayo de 2023.



¿Qué se debe hacer tras la identificación temprana de una persona solicitante con necesidades especiales o vulnerabilidades?

La evaluación de las necesidades especiales se centra de manera sistemática en la situación de las personas solicitantes. Una evaluación de las necesidades especiales y la vulnerabilidad tiene en cuenta la compleja intersección de vulnerabilidades, riesgos y factores de daño. También destaca los **factores de protección** y la **resiliencia** de una persona y de cualquier red social o familiar en la que pueda apoyarse la persona solicitante. La exhaustividad y la continuidad de la evaluación permiten comprender las vulnerabilidades y las necesidades especiales de las personas solicitantes y cómo abordarlas de forma holística ⁽³⁵⁾.

Una evaluación de la vulnerabilidad puede dar lugar a una remisión para prestar apoyo adicional en caso de que este no pueda prestarse de manera directa, lo que podría incluir intervenciones dirigidas a los cuatro niveles de la pirámide de SMAPS. Esto abarca desde la cobertura de las necesidades básicas hasta el tratamiento especializado, por ejemplo por personal médico psiquiátrico, para un trastorno de salud mental. Esta atención y este apoyo son más eficaces cuando se integran en un proceso de gestión de casos (consulte la sección [3. Atención y gestión de casos](#)). Esto significa que una persona atiende a las necesidades y coordina los servicios respectivos hasta que la persona solicitante pueda hacerlo de forma independiente.

Todo el personal que trabaja en primera línea y que está en contacto directo con las personas solicitantes debe estar habilitado para realizar **remisiones**. Para ello, necesita información actualizada sobre los socios de remisión y sus datos de contacto, a fin de poner en contacto a las personas que lo necesiten con los servicios de apoyo adecuados.

En resumen: Las vulnerabilidades y las necesidades especiales pueden surgir en cualquier momento o identificarse en cualquier fase del proceso de asilo. Tanto los profesionales como los miembros de la comunidad pueden detectar las necesidades inminentes. La identificación puede tener lugar en cualquier momento en los cuatro niveles de la pirámide de SMAPS del IASC.

La vulnerabilidad en el contexto de esta guía se entiende como una situación en la que se encuentra un solicitante debido a su edad, su género u otros factores personales. Algunos de estos factores pueden estar relacionados con la pertenencia a un grupo minoritario determinado, con ciertas enfermedades o con las experiencias de la persona solicitante. Estos factores personales y ambientales pueden poner en peligro a las personas solicitantes en situación vulnerable. Es fundamental establecer las medidas, salvaguardias y garantías necesarias para prevenir los daños, el deterioro de su estado o la aparición de nuevas necesidades. Por ejemplo, una mujer solicitante pertenece a una categoría de grupo vulnerable debido a su género y al hecho de que las mujeres tienen más probabilidades de estar expuestas a la violencia, los abusos y la explotación. Así pues, para garantizar su seguridad es fundamental asignarle un alojamiento adecuado. El seguimiento de su situación es, por tanto, un esfuerzo continuo para evitar (más) daños.

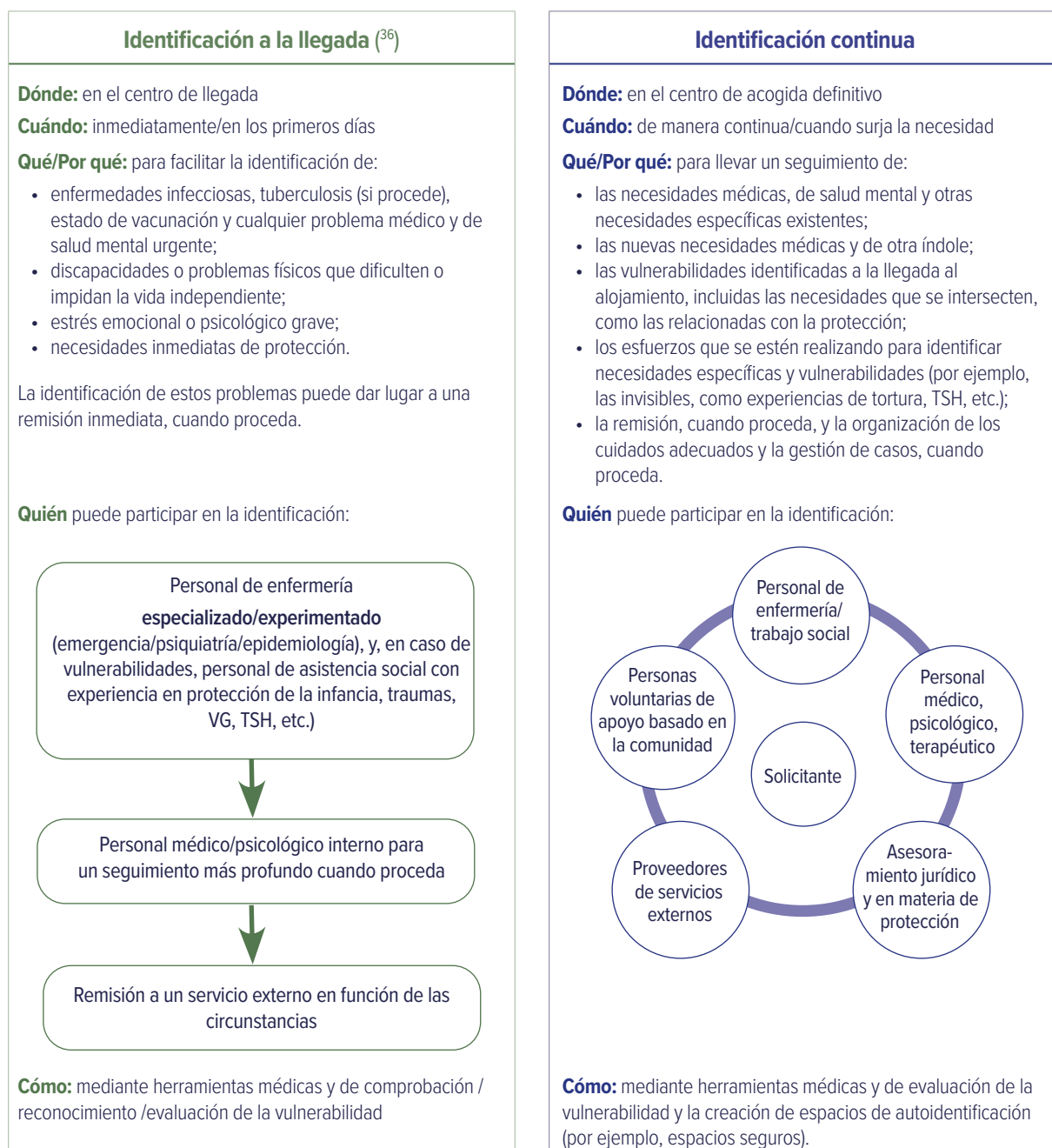
Por otra parte, un solicitante que tenga una necesidad específica puede estar en situación de vulnerabilidad, aunque no necesariamente. Una persona con discapacidad visual puede tener la necesidad específica de que las autoridades de acogida le proporcionen unas gafas de lectura. Sin embargo, una vez que tenga las gafas, la persona puede desenvolverse con normalidad y no necesita apoyo adicional.

Existe una diferencia entre una respuesta inmediata a una necesidad y una respuesta deliberadamente retrasada. Quienes trabajan en primera línea han de tener en cuenta el nivel de urgencia de una respuesta. La detección de necesidades es continua. No obstante, se responderá en función del grado de urgencia de la necesidad detectada.

La identificación de necesidades específicas o vulnerabilidades no es el final del proceso. Puede desencadenar procesos destinados a atender las necesidades específicas o vulnerabilidades en el marco de un enfoque de gestión de casos (consulte la sección [3. Atención y gestión de casos](#)) y se pueden hacer las remisiones necesarias (véase el [gráfico 4](#)). El gráfico siguiente ofrece un ejemplo de la secuencia de tareas de la **identificación temprana a la llegada** a un país y la vinculación de la identificación temprana a la identificación continua una vez que el solicitante ha sido ubicado en el centro de acogida definitivo.

⁽³⁵⁾ EUAA, «[Herramienta de evaluación de necesidades especiales y vulnerabilidad](#)», 2023.

Gráfico 4. Identificación de necesidades específicas y vulnerabilidades a efectos de prestación de servicios



La información viaja con la persona solicitante y se tienen en cuenta la privacidad, la protección de datos y el consentimiento

Fuente: EUAA (a partir de la secuencia de tareas facilitada por la Fedasil, Bélgica).

⁽³⁶⁾ Los puntos de esta sección también pueden ser de interés para las autoridades responsables del control de los nacionales de terceros países.



La **identificación** debe entenderse como un **esfuerzo continuo** y requiere tiempo. La identificación de una persona solicitante vulnerable puede tener lugar en cualquier fase del proceso de asilo y la pueden realizar diferentes agentes que interactúen con ella (por ejemplo, miembros de la familia, profesores, trabajadores sociales, personal médico, personal de acogida). Por lo tanto, será crucial crear una conciencia general en la comunidad de solicitantes y de quienes les apoyan sobre a quién contactar cuando surjan necesidades específicas y cómo acceder a un sistema integral de remisión que facilite la atención adecuada y necesaria (para más información, consulte la sección [3. Atención y gestión de casos](#)).

Es fundamental crear un **entorno** cómodo y **seguro** para las personas solicitantes y garantizar su accesibilidad a **personal cualificado** que disponga de medios y **tiempo** para realizar evaluaciones de vulnerabilidad significativas. De esta manera se garantiza un enfoque centrado en la persona solicitante durante la identificación y el cumplimiento de las obligaciones en materia de derechos fundamentales.

Sin embargo, y especialmente en los países de tránsito y en los Estados miembros de la UE y países asociados a Schengen (países de la EU+) grandes, donde la identificación puede estar **centralizada**, puede que las autoridades solo tengan **una oportunidad** de interactuar con la persona solicitante. Por lo tanto, se recomienda encarecidamente que los equipos que prestan apoyo a la llegada en diferentes contextos tengan los **conocimientos especializados** y la **experiencia** necesarios, dispongan de **tiempo suficiente**, cuenten con un entorno de trabajo propicio y tengan acceso a otros especialistas cuando sea necesario. Esto ayudará a garantizar una identificación temprana y eficaz de las necesidades. Por lo general, las vulnerabilidades pueden ser señaladas por personal de primera línea con diferentes niveles de experiencia en vulnerabilidad y necesidades de protección. Existen diversas formas de detectar o identificar vulnerabilidades, por ejemplo:

- El propio solicitante ya las ha identificado.
- Un médico, un profesional de la salud mental o el personal de vulnerabilidad plantean algunas preguntas específicas para obtener información sobre determinadas vulnerabilidades médicas y necesidades de protección.
- Mediante documentos o pruebas aportados por la persona solicitante o los miembros de su familia que certifiquen la vulnerabilidad o sus indicadores.
- La vulnerabilidad es visible (por ejemplo, embarazo avanzado o discapacidad física visible, niño o niña o persona de edad avanzada no acompañados, comportamiento inusual).
- Mediante PAP proporcionados por personal de apoyo formado a todas las personas solicitantes en diferentes fases del proceso de asilo y acogida (consulte la sección [1. Primeros auxilios psicológicos](#)). El personal de apoyo formado (las personas que trabajan/apoyan en primera línea) tiene un conocimiento básico de los indicadores de estrés psicológico.

Las herramientas para el personal que trabaja en primera línea **con conocimientos limitados o nulos sobre la vulnerabilidad y las necesidades especiales** (por ejemplo, la policía de inmigración), que en cualquier caso se espera que apoye la identificación durante la afluencia masiva, son relativamente fáciles de utilizar. Estas herramientas pueden facilitar la «señalización» de las necesidades especiales. Tenga en cuenta, sin embargo, que muchas de las vulnerabilidades con las que llegan las personas solicitantes son invisibles. Por lo tanto, cuanto mejor formado esté el personal de primera línea en la utilización de estas sencillas herramientas en la frontera o durante los periodos de gran afluencia o movimiento, más probable será la detección temprana de algunas de las vulnerabilidades invisibles. Esto puede incluir la identificación de posibles víctimas de tortura y de personas que puedan haber sufrido violencia sexual. Por lo tanto, es crucial desarrollar la capacidad de todos los implicados.



Encontrará una lista de opciones de formación y ejercicios de desarrollo de capacidades útiles en la [Parte I. Para la alta dirección](#), «Anexo 4. Recursos para el desarrollo de capacidades en SMAPS».

Para más información sobre la **sensibilidad cultural** y los **facilitadores de una buena salud mental**, consulte la [Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial](#).

Para obtener más información sobre el tema de la **discapacidad**, consulte EUAA, [Persons with Disabilities in Asylum and Reception Systems](#) («Las personas con discapacidad en los sistemas de asilo y acogida», disponible en inglés), enero de 2024 y EUAA, [Safeguards for asylum applicants with disabilities](#) («Salvaguardias para las personas solicitantes de asilo con discapacidad», disponible en inglés), ficha informativa EUAA/IAS/2022/14, noviembre de 2022.



Prácticas prometedoras y material de apoyo



Herramientas. Identificación

Identificación temprana de vulnerabilidades y necesidades especiales

- EUAA, [«Herramienta de la EASO para la identificación de personas con necesidades especiales»](#), 2016. Esta herramienta está dirigida al personal de primera línea con poco o ningún conocimiento sobre la vulnerabilidad, y le ayuda a conocer los indicadores de vulnerabilidad y los siguientes pasos necesarios para garantizar la seguridad y la protección de la persona a la que presta servicio.
- Caritas International, [«Vulnérabilités. Vers un traitement juste des réfugiés vulnérables»](#) («Vulnerabilidades. Hacia un trato justo para los refugiados vulnerables», disponible en francés), diciembre de 2017.
- La herramienta de evaluación de la salud mental de las personas solicitantes de asilo y los refugiados [«STAR-MH»](#) (sitio web de Star-MH, 2024) «es una herramienta de evaluación de salud mental breve y simple de nueve elementos desarrollada para que la utilicen trabajadores no capacitados en salud mental para identificar el probable trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el trastorno depresivo mayor en sus clientes solicitantes de asilo o nuevos refugiados».
- Pathways to Wellness, [«Refugee Health Screener - 15 \(RHS-15\)»](#) [«Evaluador de la salud de los refugiados: 15 (RHS-15)», disponible en inglés, 2012], para apoyar la detección de estrés emocional y problemas de salud mental. Téngase en cuenta que esta lista de comprobación no está pensada para ser utilizada en poblaciones de refugiados.
- ACNUR, Coalición Internacional contra la Detención y Fundación Oak, [«Identificar y abordar la vulnerabilidad: Una herramienta para sistemas de asilo y migración»](#), 2016.

Evaluación exhaustiva de las vulnerabilidades y necesidades especiales, y en particular de la salud mental

- EUAA, [«Herramienta de evaluación de necesidades especiales y vulnerabilidad»](#), 2022. El objetivo de esta herramienta es ayudar al personal especializado a evaluar las necesidades especiales de forma estructurada y determinar las medidas que habrán de adoptarse en el futuro en interés del solicitante.
- OMS, [«Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental. Guía de herramientas para contextos humanitarios»](#), 2012.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, [«Guía técnica de servicios remotos: Atención psicosocial especializada para sobrevivientes de violencia basada en género»](#), 2020, diseñada para ayudar a los proveedores de servicios cuando el riesgo de suicidio es evidente (por ejemplo, pensamientos negativos intrusivos, pensamientos suicidas, sentimiento de desesperación o comportamiento de riesgo).
- Fedasil (Bélgica), Doof Vlaanderen y Fédération Francophone des Sourds de Belgique, [«Guide – Accompagnement des demandeurs sourds & malentendants»](#) («Guía de acompañamiento a las personas solicitantes sordas y con discapacidad auditiva», disponible en francés), enero de 2022. Esta guía ayuda a identificar a las personas sordas o con dificultades auditivas y a comprender sus preferencias de comunicación. A menudo no se tiene en cuenta a las personas sordas y con problemas auditivos que solicitan protección internacional.



Algunos países aplican el concepto de PAP para ayudar a identificar necesidades específicas y vulnerabilidades. Otras administraciones utilizan mecanismos de autoevaluación, como cuestionarios, en el proceso de identificación. Esto último puede ser especialmente útil en situaciones de gran afluencia de solicitantes, en las que la identificación oportuna de las personas con necesidades de salud mental podría verse comprometida. Los mecanismos de autoevaluación, aunque útiles en determinadas circunstancias para señalar preocupaciones, no deben considerarse el único formato disponible para identificar a las personas solicitantes con necesidades especiales. Estos mecanismos son limitados y pueden correr el riesgo de excluir a determinados grupos o personas solicitantes (por ejemplo, a las personas analfabetas o a los niños y niñas).



Francia



La Oficina de Inmigración e Integración utiliza el Questionnaire Santé Mentale (cuestionario de salud mental) en su Rendez-vous santé (entrevista de salud). Este cuestionario se entiende como una herramienta de trabajo y puede actualizarse. La evaluación solo se lleva a cabo de forma voluntaria. Las personas que la realizan reciben orientación en una lengua que entienden. Los y las menores están exentos. El cuestionario está disponible en 36 lenguas. El cuestionario se ajusta a las prácticas del ámbito psiquiátrico (con un número limitado de diagnósticos psiquiátricos preexistentes) y se adapta a diferentes procedimientos generales de reconocimiento médico.

Principales beneficios: reduce la presión sobre el personal de primera línea cuando es necesario cribar a muchos recién llegados. El personal sin formación en psiquiatría puede, como mínimo, señalar ciertas preocupaciones. Las conclusiones ponen de relieve a qué solicitantes podría ser necesario dar prioridad en el seguimiento.

Por lo general, las respuestas están vinculadas a un esquema de colores (verde: sin diagnóstico psiquiátrico; ámbar: solo requiere consulta si la afección altera las actividades cotidianas de la persona solicitante; rojo: riesgo alto de trastorno grave de salud mental). Cuando se selecciona el color rojo, el sistema informático imprime automáticamente una carta de remisión dirigida al personal médico de psiquiatría, si procede. Para cumplir las obligaciones de confidencialidad, la carta de remisión solo indica la necesidad de una consulta. Los datos introducidos en el sistema son anonimizados y cumplen la normativa general de protección de datos.

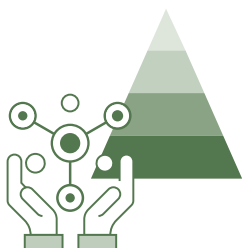
Consulte la [Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial](#), sección: «Listas de comprobación, cuestionarios y otras herramientas».



En algunos casos, puede ser aconsejable reconsiderar las prácticas nacionales relacionadas con el intercambio de información sobre las personas solicitantes con necesidades. Esto también podría ser pertinente en cuanto a la manera de obtener el consentimiento de las personas solicitantes para compartir dicha información, por ejemplo, en caso de que sea necesaria una remisión. Normalmente, solo se comparte información cuando es necesario para garantizar una remisión y un seguimiento fluidos, seguros y significativos. La edad, el género y la diversidad son consideraciones transversales.



- Para obtener información general sobre cómo abordar el tema de la vulnerabilidad, consulte también EUAA, [Strategy on Vulnerability](#) («Estrategia sobre vulnerabilidad», disponible en inglés), sección 4.2, «Identification, prevention, and response» («Identificación, prevención y respuesta»), 2023.
- OIM, [The determinants of migrant vulnerability: Part 1](#) («Los determinantes de la vulnerabilidad de los migrantes, parte 1», disponible en inglés), 2020.
- [Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial](#), sección: «Identificación de vulnerabilidades y necesidades especiales».



Atención y gestión de casos

Esta sección se centra en el **acceso a la atención**, el proceso de **gestión de casos** en el que está integrada la atención y la **atención y gestión de casos para solicitantes específicamente vulnerables** y grupos insuficientemente atendidos.

Acceso a la atención

Para que se preste atención a las necesidades de los solicitantes es necesario que se hayan identificado. En ese caso, podría ofrecerse una combinación de ayudas. Esto puede incluir ayuda económica y apoyo práctico, por ejemplo, facilitando el acceso a determinados servicios prestados por expertos (como profesionales médicos), a servicios de interpretación y a apoyo informal prestado por miembros de la comunidad. El formato del apoyo variará en función del contexto y de las necesidades identificadas. En algunos contextos puede ser necesario prestar más atención a las modalidades de apoyo itinerante para llegar a quienes, de otro modo, serían más difíciles de alcanzar. Puede tratarse de equipos de apoyo móviles que visiten los centros de acogida en días específicos o de trabajadores sociales que realicen visitas a domicilio en un contexto urbano. Es importante hacer hincapié en la coordinación entre entidades.



¿Qué significa «atención» en el contexto de esta guía?

En función del problema en cuestión y de otros factores (por ejemplo, la edad, el historial de salud física y mental y el nivel educativo), algunos solicitantes pueden necesitar más apoyo que otros. Al igual que con cualquier población, habrá personas con necesidades complejas que necesitarán acceso a diversos servicios, incluida una atención específica y especializada.

El objetivo es que las personas solicitantes con estrés psicológico adquieran autonomía a través de la atención que reciban, ya sea formal (apoyo específico) o informal (intervenciones basadas en la comunidad o apoyo prestado por los miembros de la familia) y en función de sus necesidades. La atención les ayudará a gestionar su vida diaria de la forma más independiente posible. Una vez identificadas y evaluadas una necesidad o varias necesidades interrelacionadas, si el personal adecuado no las puede abordar inmediatamente, se pone en marcha el proceso de remisión y gestión de casos para garantizar la respuesta o la atención pertinentes.

Para ello se necesita un **sistema de remisión compuesto por diferentes socios** capaces de prestar un apoyo significativo. Este sistema incluye, como mínimo, atención sanitaria básica, protección (incluidos los servicios sociales, alojamiento y servicios policiales), iniciativas de apoyo psicosocial lideradas por la comunidad, educación o empleo y asesoramiento jurídico.



Se recomienda encarecidamente adoptar un enfoque holístico de la salud mental que abarque los mecanismos **informales** (iniciativas de apoyo psicosocial dirigidas por la comunidad) y de **apoyo formal** (como parte de una atención centrada y especializada).

La entidad coordinadora de un determinado país o contexto que sea responsable de gestionar la ejecución de las intervenciones de SMAPS debe asegurarse de que dispone de un **equipo multidisciplinar de proveedores de servicios**. Estos proveedores deben cubrir, como mínimo, la sanidad, la protección y el sector educativo. Sus servicios deben formar parte de un mecanismo de remisión establecido. La identificación y el refuerzo de las iniciativas dirigidas por la comunidad en relación con el apoyo psicosocial en un contexto determinado también son fundamentales.

El proceso de gestión de casos



¿Cuáles son los beneficios de la gestión de casos?

La gestión de casos permite abordar de forma oportuna y sistemática las necesidades de las personas solicitantes, ya sea mediante asistencia directa o mediante derivaciones ⁽³⁷⁾. Aunque el objetivo general de la gestión de casos es mejorar la autonomía y la capacidad de desenvolverse de manera independiente de las personas solicitantes, recuerde que cada solicitante posee unas capacidades y una resiliencia distintas para alcanzar el mencionado objetivo. Los procedimientos operativos normalizados pueden ayudar a fomentar la calidad, la coherencia y la coordinación de la asistencia. Los servicios de respuesta deben basarse siempre en las necesidades de las personas solicitantes.

La gestión de casos es una intervención transversal. Es pertinente para las personas solicitantes que presentan vulnerabilidades variadas e intersectoriales, incluidas las personas con estrés psicológico o las que padecen un trastorno de salud mental diagnosticado. A menudo, las personas solicitantes que presentan trastornos de estrés o salud mental se sienten ansiosas y demasiado abrumadas para actuar por sí mismas.

⁽³⁷⁾ Procedimiento por el que las personas necesitadas de protección internacional y las que se encuentran en situación de vulnerabilidad se benefician de una remisión a organismos y servicios especializados para recibir el apoyo adecuado. Glosario de términos de la EUAA: ID IATE: [3620603](#).



Pueden percibir que no tienen el control o, simplemente, no ser conscientes de su estado. La proximidad de una persona que gestione el caso o de personal social encargado de apoyarlas a lo largo del proceso de prestación de servicios puede aliviar los sentimientos de ansiedad y resultar beneficiosa para este grupo de personas solicitantes. Dependiendo del contexto local, las necesidades y las circunstancias de la persona solicitante, pueden aplicarse o combinarse diferentes modelos de prestación:

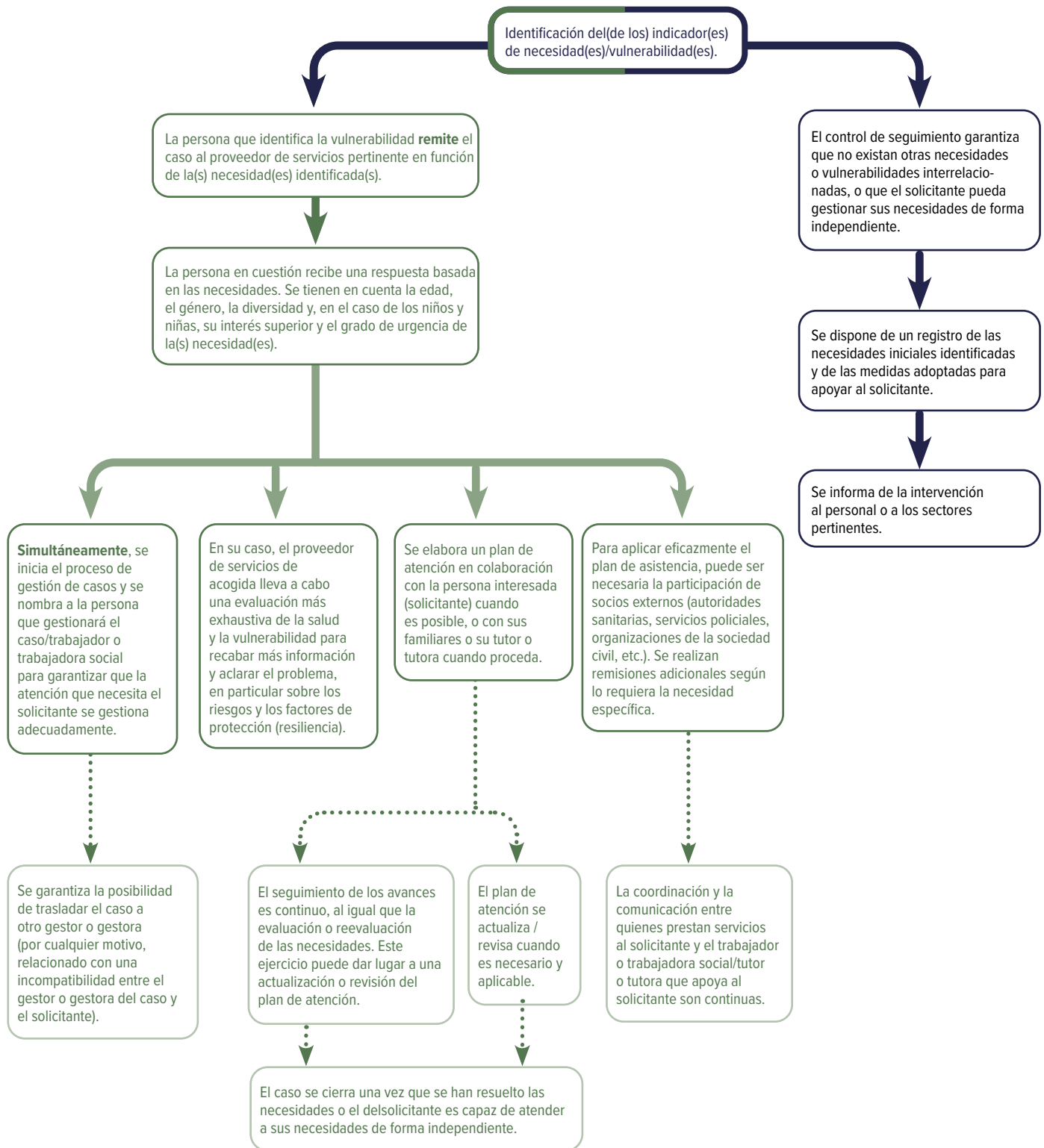
- ▶ el **modelo de atención individual** asigna a las personas solicitantes personal especializado en el examen de los casos (nombrado por las autoridades de acogida), lo que fomenta la confianza, pero puede requerir importantes recursos;
- ▶ en el **modelo de atención comunitaria**, la persona que gestiona el caso o el personal social está integrado en las comunidades de migrantes, lo que permite el acceso directo a la población y un mejor conocimiento de los servicios disponibles;
- ▶ los **modelos de proximidad/móviles** implican que las personas que gestionan los casos se reúnan con las personas solicitantes en sus residencias o en lugares convenientes, lo que es adecuado cuando las personas beneficiarias no pueden o no quieren acudir a un centro de migrantes;
- ▶ la **gestión remota de casos**, por teléfono o por internet (por ejemplo, para facilitar el seguimiento regular en un contexto en el que es difícil llegar a las personas solicitantes o los recursos humanos son limitados, lo que dificulta la organización del seguimiento regular en persona);
- ▶ la **identificación** de personas con necesidades específicas;
- ▶ la realización de una **evaluación de riesgos** para valorar qué enfoque o servicio redundaría en el **interés superior** de la persona solicitante, a la vez que garantiza la **seguridad** de la persona que gestiona el caso;
- ▶ el análisis del(de los) resultado(s) posible(s) en caso de que no se presten los servicios;
- ▶ la garantía de que **se accede a la atención** o se recibe;
- ▶ la **implicación** de las personas solicitantes o la familia en la planificación de la asistencia;
- ▶ el **seguimiento** y la **evaluación** de la atención;
- ▶ el **ajuste del plan de atención** tras los resultados del seguimiento y la evaluación, en su caso.



Cómo poner en marcha la gestión de casos

Normalmente, la gestión de casos se lleva a cabo a nivel de la persona solicitante individual. Esto significa que, cuando el personal que trabaja en primera línea determina su función directa, es esencial reconocer que cada persona solicitante tiene un nivel diferente de capacidad para desenvolverse de manera independiente. Establecer una relación sólida y fiable con cada persona solicitante es crucial, pues permite una evaluación más precisa de sus capacidades. Tras evaluar las aptitudes y capacidades de la persona solicitante y otros factores de protección, se formula un plan de atención acorde a sus necesidades. El plan de atención se basa en la evaluación de los atributos de la persona solicitante para promover su mayor independencia y autodirección, teniendo en cuenta sus opiniones. Este enfoque favorece el empoderamiento y puede ayudar a mejorar la salud mental y el bienestar.

Gráfico 5. Resumen del proceso de gestión de casos



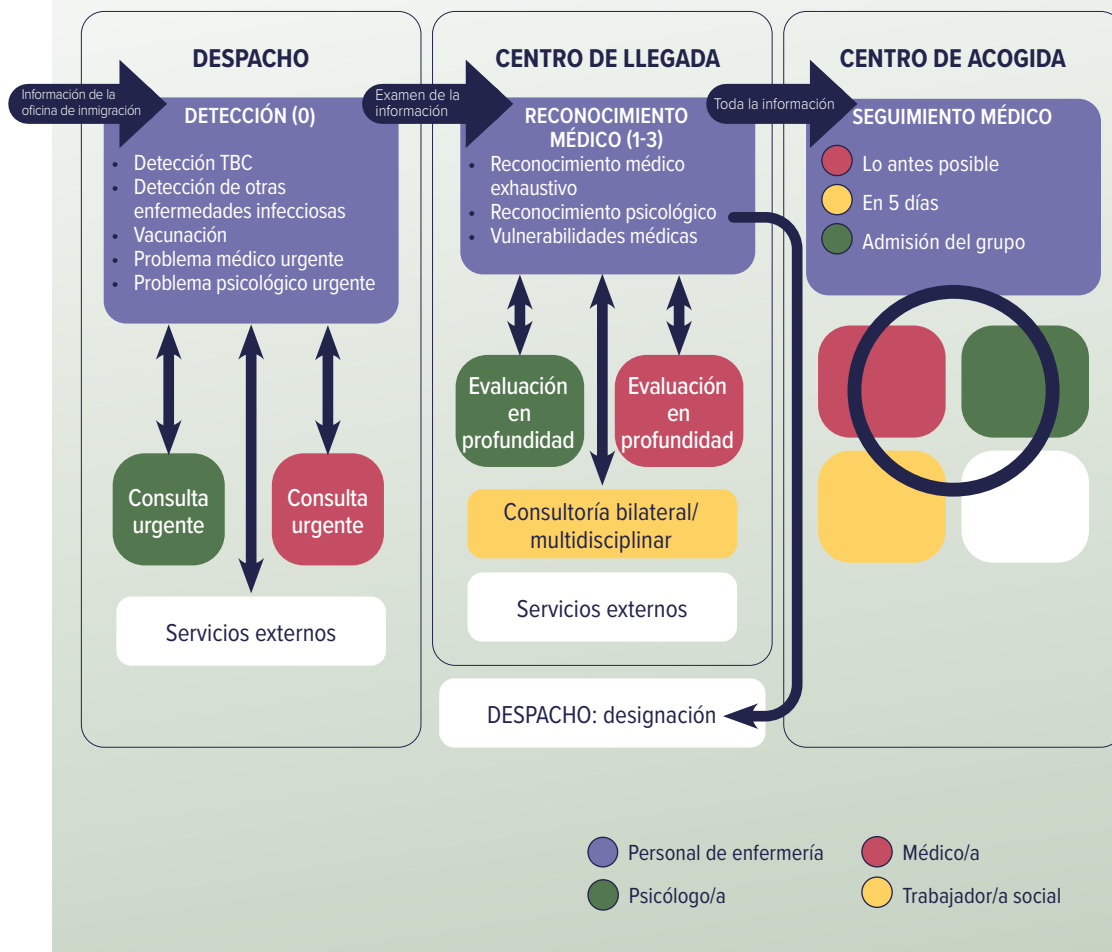
Fuente: EUAA.

La forma de organizar la identificación de las personas solicitantes con necesidades específicas y vulnerabilidades y su seguimiento difiere ligeramente entre los distintos países de la EU+. El formato y el seguimiento también pueden depender de la fase del proceso de asilo y acogida.



Bélgica, Fedasil

A continuación se visualizan de manera sencilla la **secuencia de tareas** por fases y los profesionales que intervienen **a la llegada, en la acogida inicial** y durante la **estancia en acogida**. Se indican los plazos de las intervenciones (a la llegada, día 0; días 1 a 3; día 5), así como las entidades con las que establecer contacto en función de la situación.



El desarrollo de un plan de atención requiere los siguientes componentes:

- **Valores.** Cada cliente es único y tiene su propio conjunto de objetivos y valores. Adapte las intervenciones al sistema de valores del cliente para trabajar eficazmente en la consecución de sus objetivos.
- **Cognición y actitud.** Tenga en cuenta el estado de ánimo del cliente, y en particular sus percepciones, su manera de razonar, sus juicios, su mentalidad y sus actitudes. Una evaluación precisa de la cognición del cliente dará lugar a un plan de intervención más adecuado.
- **Aptitudes.** Evalúe hasta qué punto puede el cliente utilizar sus aptitudes cognitivas y conductuales para desenvolverse de forma independiente.
- **Capacidad y voluntad de aceptar ayuda.** Evalúe la disposición del cliente a aceptar su asistencia para alcanzar los objetivos descritos en el plan de reasentamiento. Comprender su voluntad de buscar ayuda es crucial para una intervención eficaz.



¿Quién gestiona el caso?

La gestión de casos suele llevarse a cabo mediante un apoyo cualificado, por ejemplo, de profesionales del trabajo social o personal de acogida con experiencia en salud mental, vulnerabilidad o protección. A lo largo del proceso, el miembro del personal debe solicitar la asistencia y el apoyo del personal supervisor. Mantenga un canal de comunicación abierto con sus compañeros y compañeras y, en cierta medida, con el propio solicitante. Las reuniones sobre casos para facilitar el proceso de gestión pueden ser de gran ayuda para quienes apoyan a las personas solicitantes que lo necesitan.



¿Por qué es importante evaluar los riesgos como parte de un proceso de gestión de casos?

«Los gestores de casos deberían realizar evaluaciones regulares a fin de identificar cualquier riesgo para la seguridad y el bienestar de las personas migrantes vulnerables, así como los riesgos que conlleve el hecho de utilizar o no utilizar los servicios» ⁽³⁸⁾. Estas evaluaciones deben llevarse a cabo con la participación activa del solicitante vulnerable. Si se identifican riesgos, deben aplicarse estrategias adecuadas para mitigarlos. Los riesgos pueden estar relacionados con el estado de salud mental de un solicitante, pero también con otras vulnerabilidades transversales, como ser superviviente de violencia sexual o violencia relacionada con la pareja, de represalias de traficantes de seres humanos, de autodescuido o de autolesiones. Estos riesgos identificados y las estrategias de mitigación deben integrarse en el plan de atención.

➔ **La evaluación de riesgos incluye** la clasificación de la urgencia y la prioridad de la acción, el catálogo de servicios disponibles, el desarrollo y la aplicación de planes de atención y la coordinación con los proveedores de servicios. En función de la cantidad y la gravedad de las necesidades identificadas, el nivel de riesgo puede categorizarse en relación con la necesidad de actuar.

⁽³⁸⁾ OIM, *Protección y asistencia para las personas migrantes vulnerables a la violencia, la explotación y el abuso: Gestión de casos a nivel individual – Parte 2*, 2020.

Cuadro 2. Evaluación de riesgos y nivel de urgencia en el proceso de gestión de casos

Nivel de riesgo	Parámetro	Intervención	Ejemplos prácticos
Riesgo alto: es necesario un seguimiento urgente	Una necesidad específica que requiera una acción inmediata. Más de tres necesidades específicas que requieran una acción rápida.	Una situación de riesgo grave e inmediato para la seguridad personal requiere una intervención inmediata urgente o acceso inmediato a atención de emergencia o psiquiátrica. Es necesario un seguimiento diario para asegurarse de que se adoptan medidas inmediatas.	Una solicitante que ha revelado que está embarazada como consecuencia de la violencia sexual y presenta pensamientos suicidas o riesgo de suicidio . Un solicitante con síntomas similares a los de un ataque epiléptico (pérdida de conciencia, desmayo, convulsiones repentinas) de origen desconocido . Un solicitante con tendencias autolesivas agudas y consumo inadecuado de medicamentos , o que es peligroso para otras personas , con síntomas psicóticos (incluida la sintomatología de «amenaza»: sentirse perseguido o perseguida y amenazado o amenazada). Un solicitante de edad avanzada que está desorientado y presenta un comportamiento autolesivo , que podría indicar demencia . Un solicitante que presenta alucinaciones y delirios , lo que puede indicar un trastorno psicótico (o consumo de drogas).
Riesgo medio: es necesario un seguimiento	Una o dos necesidades específicas que requieren una acción rápida.	La posibilidad de un riesgo significativo para la seguridad personal que requiere intervenciones en un plazo máximo de siete días. Seguimiento semanal necesario para garantizar la mitigación de los riesgos inminentes.	Un solicitante que se siente muy frustrado (por ejemplo, debido a una larga espera para obtener el estatuto jurídico o los documentos para trabajar, que aún están pendientes) se muestra poco motivado para hacer nada; hay indicios de que ha empezado a beber con más frecuencia y discute constantemente con sus compañeros de alojamiento. Un solicitante con dolor de cabeza persistente y recurrente , y consumo inadecuado de drogas .
Riesgo bajo: no es necesaria la gestión de casos	No se ha seleccionado ninguna necesidad específica.	En aquellos casos en que no exista riesgo para la seguridad personal, la información relativa a los servicios y el asesoramiento pertinentes deben facilitarse sin demora, en un plazo de dos semanas, si se requiere una intervención para abordar necesidades específicas y reducir la vulnerabilidad.	Los progenitores se acercan al trabajador social de un centro de acogida y le dicen que les gustaría saber más sobre la buena crianza, ya que han observado cierta tensión con su hijo o hija adolescente y su comportamiento ha cambiado (más retraído o retraída, a veces falta la escuela, etc.). Un hombre solicitante soltero afirma que su alojamiento es demasiado ruidoso, por lo que no puede dormir y se siente cada vez más cansado y apático.

Fuente: EUAA.

Durante la prestación del servicio, las personas que gestionan los casos son responsables de supervisar los avances del plan de atención. Para ello es esencial mantener una comunicación abierta y regular con el solicitante que permita ajustar el plan de atención cuando sea necesario. La retroinformación puede obtenerse por distintos métodos: «cuestionarios, buzones de sugerencias, formularios en línea, grupos de discusión, consultas oficiales o conversaciones entre (el solicitante) y los gestores de casos o su supervisor» ⁽³⁹⁾.

⁽³⁹⁾ OIM, *Protección y asistencia para las personas migrantes vulnerables a la violencia, la explotación y el abuso: Gestión de casos a nivel individual – Parte 2*, 2020.



El proceso de planificación de casos debe iniciarse de manera oportuna y garantizar la realización de una evaluación de la vulnerabilidad, las necesidades y el interés superior lo antes posible. Sin embargo, ante situaciones urgentes con alto nivel de riesgo, intervenga inmediatamente. El plan de atención basado en la evaluación debe incluir los objetivos específicos y alcanzables (sin crear expectativas poco realistas), la selección de acciones específicas para abordar los riesgos y necesidades identificados (en particular, las medidas inmediatas, a corto, medio y largo plazo), cuándo se aplicarán las medidas y quién las aplicará.

En el proceso de gestión del caso debe tenerse en cuenta el interés superior del niño o niña ⁽⁴⁰⁾. Es necesario formular el procedimiento de interés superior específico para los niños o niñas en situación de riesgo, que a su vez requiere procedimientos operativos estándares pertinentes y seguros ⁽⁴¹⁾.

Las personas solicitantes a las que se apoya mediante la gestión de casos

deben conocer los principios de la gestión de casos y las normas o códigos de conducta que deben respetarse en su desempeño. Los gestores de casos sospechosos de falta de profesionalidad o de haber incumplido los principios de la asistencia deben ser investigados y sancionados con medidas disciplinarias de conformidad con la legislación local, las disposiciones de las juntas de certificación profesional y las políticas de protección infantil de la organización interesada ⁽⁴²⁾.

Deben establecerse procedimientos que permitan a las personas solicitantes vulnerables denunciar las faltas de conducta de los gestores de casos, incluidos los incidentes de explotación y abuso sexual, de manera anónima y confidencial, sin que se vean afectados la atención y el apoyo que reciben ⁽⁴³⁾. Consulte los nueve componentes introducidos en la [Parte I. Para la alta dirección](#), «Componente 7. Rendición de cuentas» y «Componente 8. Bienestar del personal».

En resumen: El enfoque integrado de la salud mental y el bienestar de las personas solicitantes de protección internacional requiere que la autoridad cree un entorno:

- ▶ en el que las personas solicitantes puedan ser identificadas de manera oportuna y reciban la respuesta pertinente en función de sus necesidades y la atención de las personas de apoyo cualificadas adecuadas;
 - ▶ que permita intervenciones basadas en la comunidad que garanticen que los miembros de la comunidad adquieran la alfabetización necesaria en salud mental mediante la psicoeducación, tengan la capacidad necesaria para organizar sus vidas de la manera más independiente posible y traten de prevenir de forma proactiva el estrés y los problemas de salud mental.
- Véase la [figura 2. Cinco ámbitos de interés para promover un enfoque integrado de la salud mental y el bienestar de las personas solicitantes](#).

⁽⁴⁰⁾ EASO, [Guía práctica de la EASO sobre el interés superior del niño en los procedimientos de asilo](#), 2019.

⁽⁴¹⁾ ACNUR, [Standard Operating Procedures for the Implementation of Best Interests Procedure for Children at Risk \(BIP SOPs\)](#) («Procedimientos operativos estándares para la aplicación del procedimiento sobre el interés superior del niño o la niña en situación de riesgo», disponible en inglés), 2018.

⁽⁴²⁾ OIM, [Protección y asistencia para las personas migrantes vulnerables a la violencia, la explotación y el abuso: Gestión de casos a nivel individual – Parte 2](#), 2020, p. 37.

⁽⁴³⁾ Ver nota 42.



Prácticas prometedoras y material de apoyo

«De conformidad con la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE, toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Según el Pilar Europeo de Derechos Sociales, toda persona tiene derecho a un acceso oportuno a asistencia sanitaria asequible, de carácter preventivo y curativo, y de buena calidad» ⁽⁴⁴⁾.



Esta **guía promueve medidas preventivas**, como la **identificación temprana** de las necesidades y vulnerabilidades, y la prestación de apoyo en el momento oportuno. Esto incluye, en particular, el apoyo a través de la **psicoeducación** en combinación con los **servicios asistenciales de base comunitaria**. No obstante, en determinadas situaciones también puede ser necesario considerar la atención específica y especializada y complementar dichos servicios para evitar un mayor deterioro o para apoyar la gestión de una enfermedad mental.

Niños o niñas no acompañados

Satisfacer las necesidades de los niños y niñas es crucial para su bienestar psicosocial, especialmente en una situación de crisis que trastorna sus vidas. Los **cuidados basados en la comunidad** y el apoyo a los menores no acompañados ⁽⁴⁵⁾ son fundamentales, pues normalmente los niños y niñas que llegan a Europa se enfrentan a diferentes retos y circunstancias.

- ▶ A menudo carecen de personas cuidadoras estables, lo que les provoca trastornos de afecto.
- ▶ La pérdida y el dolor son frecuentes, como la muerte de seres queridos, la separación de las personas cuidadoras y la desintegración de la familia y la comunidad.
- ▶ Confiar en las personas cuidadoras o tutoras designadas puede ser difícil debido a las experiencias perturbadoras que han vivido.
- ▶ La incertidumbre sobre el futuro se suma a la carga emocional.
- ▶ Es posible que hayan pasado años intentando llegar a Europa y no hayan tenido la oportunidad de asistir a la educación formal. Es posible que su escolarización solo haya durado unos años y, por consiguiente, no tengan oportunidades de seguir formándose.
- ▶ Las barreras lingüísticas, las dificultades de comunicación y las diferencias culturales les plantean retos.
- ▶ Los problemas de salud psicosocial y mental que puedan tener pueden empeorar debido a sus circunstancias.
- ▶ Pueden temer la deportación.
- ▶ Pese a los posibles años de separación, pueden mantener un vínculo y un compromiso fuertes con sus progenitores y familiares. Pueden sentir la necesidad de apoyar económicamente a la familia que se quedó en el país de origen, incluso para cubrir los gastos que ocasionó su viaje.

⁽⁴⁴⁾ [Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre un enfoque global de la salud mental](#), Bruselas, de 7 de junio de 2023, COM(2023) 298 final, p. 3.

⁽⁴⁵⁾ Esta sección está inspirada en Unicef, [Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States](#) («Buenas prácticas para trabajar con niños y niñas migrantes no acompañados en contextos humanitarios: Guía para el personal y las personas voluntarias en los Estados Unidos», disponible en inglés), Grupo de Programas de Unicef, octubre de 2017.

A pesar de estos retos, los niños y niñas no acompañados demuestran una independencia y una resiliencia notables, y poseen puntos fuertes individuales que les han ayudado hasta la fecha. Su conexión con la familia y los amigos y amigas en el país de origen o su fe religiosa pueden ser fuentes de consuelo y fortaleza, y deben fomentarse.



¿Cuáles son los signos de que un niño o niña podría necesitar más atención y cuidado?

A continuación se presenta una lista de signos comunes de estrés que pueden presentar los niños o niñas y adolescentes solicitantes e indicar que, además de la asistencia basada en la comunidad (nivel 2 de la pirámide de SMAPS), puede ser necesaria una **atención específica** (nivel 3) y, en ocasiones, una **atención especializada** (nivel 4) para mantener o gestionar su SMB.

Signos comunes de estrés entre los niños o niñas y adolescentes solicitantes

Emocionales	Las experiencias emocionales que pueden vivir los niños o niñas y adolescentes incluyen un dolor intenso, sentimientos de culpa o remordimiento, emociones abrumadoras, desesperanza, tristeza persistente, ira, irritabilidad, ansiedad, pánico y cambios de humor erráticos. Otras emociones comunes pueden ser el miedo, la insensibilidad emocional, el desapego, la depresión, la tristeza y los estados emocionales fluctuantes. Reconozca y aborde estas emociones para ayudarlos a hacer frente a sus sentimientos de manera eficaz.
Conductuales	Los niños o niñas y adolescentes pueden mostrar diversos cambios y reacciones de comportamiento, como retraimiento, insensibilidad emocional, pérdida de interés por las actividades, enuresis, llanto excesivo, conducta excesivamente dependiente, o excesivamente independiente, comportamiento agresivo, rechazo de las normas, autolesiones, desafío a las figuras de autoridad y participación en comportamientos de riesgo, como consumo de drogas. Estos comportamientos pueden indicar luchas emocionales subyacentes, sentimientos autodestructivos o intentos de afirmar la independencia. Aborde estos comportamientos con el apoyo y las intervenciones adecuados para garantizar el bienestar y la seguridad de las personas implicadas.
Físicos	Los niños o niñas y adolescentes afectados por circunstancias difíciles pueden experimentar síntomas como fatiga, trastornos del sueño, hipervigilancia, malestar físico (como dolores y molestias), aumento de la frecuencia cardíaca y cambios en el apetito o los hábitos alimentarios. Estos síntomas pueden ser indicativos de un aumento de los niveles de estrés y de angustia emocional. Es fundamental reconocer y abordar estas manifestaciones físicas del estrés para favorecer el bienestar y la salud general de las personas implicadas.
Cognitivos	Los niños o niñas y adolescentes que han experimentado situaciones difíciles pueden presentar síntomas como «pensamientos o recuerdos intrusivos de acontecimientos angustiosos, pesadillas, dificultad para concentrarse, confusión o desorientación frecuentes y memoria deficiente». También pueden «cambiar su visión del mundo, su filosofía o sus creencias religiosas y perder la fe». Además, pueden manifestar una «preocupación por la violencia, la muerte, el asesinato y el suicidio»⁽⁴⁶⁾. Estos cambios psicológicos y cognitivos ponen de manifiesto el importante impacto de las experiencias traumáticas en su bienestar mental y requieren un apoyo y una intervención sensibles y adecuados.

⁽⁴⁶⁾ Unicef, *Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States* («Buenas prácticas para trabajar con niños y niñas migrantes no acompañados en contextos humanitarios: Guía para el personal y las personas voluntarias en los Estados Unidos», disponible en inglés), Grupo de Programas de Unicef, octubre de 2017, p. 23.



Comunicación con niños o niñas en situación de estrés psicológico en el marco del apoyo prestado

Al comunicarse con niños o niñas en situación de estrés psicológico, es fundamental abordarlos con cuidado y sensibilidad, reconociendo su vulnerabilidad tanto física como emocional. A continuación se presentan algunos consejos clave para una comunicación eficaz ⁽⁴⁷⁾:

- **Respete sus límites.** No presione a los niños o niñas para que traten temas que los incomoden ni los obligue a hablar. Si se niegan a contar algo o necesitan más tiempo para hacerlo, respete su decisión.
- **Trátelos con respeto.** Muéstreles el mismo nivel de respeto y sinceridad que mostraría a las personas adultas. Evite hacerles promesas poco realistas.
- **Sea sensible.** Hábleles con un tono de voz cariñoso y un lenguaje sencillo que los niños o niñas puedan comprender fácilmente.
- **Présteles toda su atención.** Dedique toda su atención al niño o niña a la hora de comunicarse, para demostrarle que está presente y le presta atención.
- **Fomente la autoexpresión.** Brinde a los niños y niñas la oportunidad de expresarse, pero evite presionarlos para revivir experiencias negativas si no muestran disposición a hablar.
- **Fomente una participación significativa.** Cree oportunidades para que compartan sus puntos de vista y opiniones, en particular sobre cuestiones que les afecten. Esto favorece la autoestima y puede empoderarlos para expresarse sobre temas de importancia para ellos o ellas.
- **Escúchelos y tranquilícelos.** Muéstreles su apoyo al escucharlos y asegúreles que sus reacciones son normales. Muestre empatía con sus sentimientos de miedo, confusión, ira o culpa.
- **Sea paciente.** Comprenda que las expresiones de frustración o ira pueden no estar dirigidas contra usted personalmente y sea paciente con sus emociones.
- **Promueva la inclusividad.** Mantenga la comunicación libre de estereotipos y trate a todos los niños y niñas con el mismo respeto y consideración.
- **Observe e identifique el estrés psicológico.** Preste atención a los signos persistentes de estrés psicológico o a los comportamientos que puedan requerir un apoyo especializado.
- **Tenga en cuenta su edad y su cultura.** Preste atención a la edad del niño o niña con el que esté tratando. Hay niños y niñas que pueden parecer muy maduros. Esto no significa que no necesiten una respuesta emocional adecuada a su edad. Al mismo tiempo, durante la interacción con el niño o niña deberá tener en cuenta su bagaje cultural.

⁽⁴⁷⁾ Esta lista está inspirada en Unicef, *Best practices for working with unaccompanied migrant children in humanitarian contexts: A guide for staff and volunteers in the United States* («Buenas prácticas para trabajar con niños y niñas migrantes no acompañados en contextos humanitarios: Guía para el personal y las personas voluntarias en los Estados Unidos», disponible en inglés), Grupo de Programas de Unicef, octubre de 2017, p. 25.



Tres elementos clave ⁽⁴⁸⁾ para que el personal que trabaja en primera línea (niveles 1 y 2 de la pirámide de SMAPS) promueva el **bienestar de los niños y niñas**:

- **Sentido de la responsabilidad.** Los niños o niñas deben sentirse seguros y protegidos, tanto física como emocionalmente, en sus relaciones y su entorno. La creación de un entorno cálido y seguro (lugar en el que se alojan) puede ayudar a infundir sensación de seguridad a los niños o niñas y adolescentes.
- **Estabilidad y rutinas.** Es importante proporcionar previsibilidad y coherencia en su entorno social, emocional y físico. Ser una presencia constante y atenta puede ayudar a los niños o niñas a desarrollar la confianza. Establecer y mantener una rutina también puede contribuir a su sensación de estabilidad. Los niños y niñas deben tener una persona de confianza con la que puedan estar en contacto (por ejemplo, una persona tutora). Siempre que sea posible, se ha de evitar trasladarlos varias veces dentro del país de acogida: deben ser asignados desde el principio a una ubicación lo más definitiva posible.
- **Enriquecimiento.** Los cuidadores y cuidadoras desempeñan un papel crucial a la hora de satisfacer las necesidades de los menores de manera sensible y coherente. Es fundamental escuchar activamente las necesidades únicas de cada niño o niña y responder a ellas. La creación de oportunidades de juego, arte y libre expresión puede fomentar un entorno enriquecedor.

Además de los tres elementos clave anteriores, preste atención a la **comunicación no verbal**. Los niños o niñas pueden comunicar su estrés psicológico por medios distintos del habla y la expresión de sus preocupaciones. Preste atención a sus dibujos, por ejemplo, que pueden representar sus temores. Tenga en cuenta que la **salud y el bienestar de los niños o niñas** tiene múltiples niveles. Comprende:

bienestar emocional: *actitud positiva, feliz, tranquila, pacífica, de interés por la vida;*
bienestar social: *capacidad de comprometerse y participar combinada con un sentido personal de valor y pertenencia; y bienestar funcional:* *capacidad de desarrollar habilidades y conocimientos que ayuden a una persona a tomar decisiones positivas y responder a los retos de la vida* ⁽⁴⁹⁾.

El reconocimiento de estas necesidades, incluida la importancia del acceso a la educación (en particular, la accesibilidad de los programas de aprendizaje acelerado para colmar lagunas en la educación formal) y las interacciones sociales, por ejemplo, mediante el establecimiento de espacios adaptados a la infancia, es crucial para el bienestar y el desarrollo generales de los niños y niñas. Esta sensibilización no solo es importante para el personal de acogida de primera línea que presta apoyo a niños y niñas, sino también para las personas cuidadoras, y para sus progenitores y docentes ⁽⁵⁰⁾. Se debe incluir a todas estas personas en las actividades de sensibilización y se les deben recordar las necesidades específicas de la infancia. Todas las personas implicadas deben ser conscientes de cómo garantizar el interés superior de los niños y niñas para poder ayudarlos a aprovechar al máximo sus capacidades en la situación dada.

⁽⁴⁸⁾ Estos tres elementos clave están adaptados de Unicef, *Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States* («Buenas prácticas para trabajar con niños y niñas migrantes no acompañados en contextos humanitarios: Guía para el personal y las personas voluntarias en los Estados Unidos», disponible en inglés), Grupo de Programas de Unicef, octubre de 2017, p. 26.

⁽⁴⁹⁾ ACNUR y Luxembourg Aid & Development, *Designing safe digital mental health and psycho-social support (MHPSS)* [«Diseño de servicios digitales seguros de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS)», disponible en inglés], 2023, p. 8.

⁽⁵⁰⁾ Véase también Comisión Europea, *The Girl Who Kept Her Eyes Open – A book for children* («La niña que mantuvo los ojos abiertos: Un libro para niños y niñas», disponible en inglés), 14 de noviembre de 2023, que ayuda al personal docente a interactuar con los niños o niñas solicitantes en el entorno educativo para abordar los retos a los que puedan enfrentarse. Este folleto se elaboró para los niños y niñas ucranianos, pero puede adaptarse.



Para obtener más información sobre el estrés psicológico en niños, adolescentes y progenitores y cómo abordarlo, consulte las tres guías de bolsillo de la EUA y las instrucciones que las acompañan:

- ▶ EUA, [¿Cómo puedo ayudar a mi hijo o hija en los momentos difíciles?](#), 2024.
- ▶ EUA, [¿Cómo puedo lidiar con situaciones en que mis padres se sientan tristes, preocupados o enfadados?](#), 2024.
- ▶ EUA, [Cómo manejar situaciones en las que mis amigos o hermanos están tristes, enfadados o hacen cosas peligrosas](#), 2024.

Estas guías de bolsillo se han desarrollado en forma de herramientas de «autoayuda». Para las sesiones de sensibilización en grupo sobre el tema del estrés psicológico, consulte EUA, [Despliegue del material psicoeducativo sobre estrés psicológico para progenitores y menores: Instrucciones para los funcionarios de primera línea. Trabajar en el ámbito de la acogida](#), 2023.

Para obtener más información sobre cómo apoyar a los niños o niñas durante el proceso de acogida, consulte la [Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial](#), sección: «Interacción con los niños y niñas solicitantes».

Solicitantes que presentan un trastorno de salud mental

En el contexto de la acogida, las personas que trabajan en primera línea destacan a menudo las siguientes condiciones como difíciles de manejar: solicitantes que parecen deprimidos, extremadamente ansiosos o que podrían consumir drogas. Es una buena práctica que el personal que trabaja en primera línea posea la alfabetización necesaria en materia de salud mental y sepa reconocer los indicadores básicos que pueden sugerir un posible trastorno psiquiátrico, como la depresión, el TEPT o un trastorno por consumo de drogas. No obstante, recuerde que será necesario el diagnóstico de un psiquiatra. Los trastornos psiquiátricos deben recibir atención especializada pertinente. A continuación se presentan algunos signos y síntomas comunes que, si se observan en las personas solicitantes, deben dar lugar a la remisión a un especialista para que realice un reconocimiento médico.

Problemas de salud mental	Signos y síntomas comunes
TEPT	Recuerdos angustiosos recurrentes e intrusivos; sueños relacionados con sucesos traumáticos ⁽⁵¹⁾ ; reacciones disociativas [por ejemplo, memorias retrospectivas (<i>flashbacks</i>)]; estrés psicológico prolongado; reacciones fisiológicas; evitación de recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos; incapacidad de recordar aspectos importantes del (de los) suceso(s) traumático(s); estado emocional negativo persistente (por ejemplo, miedo, horror, ira, culpa o vergüenza); disminución del interés en participar en actividades; incapacidad de experimentar emociones positivas; problemas de concentración; comportamiento autodestructivo; hipervigilancia; comportamiento irritable; trastornos del sueño.
Trastornos afectivos de tipo depresivo	Estado de ánimo deprimido; menor interés en la mayoría de las actividades o por todas ellas; pérdida o ganancia de peso significativa; insomnio o hipersomnia; enlentecimiento psicomotor; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o culpa excesiva; problemas de concentración o indecisión; pensamientos recurrentes de muerte; pensamientos, planes o intentos de suicidio.
Trastorno psicótico que incluye diferentes tipos de esquizofrenia, a saber, paranoide, desorganizada y catatónica	Síntomas psicóticos, como delirios (paranoides) y alucinaciones (por ejemplo, audición de voces); discurso desorganizado; comportamiento desorganizado o catatónico flagrante ⁽⁵²⁾ ; síntomas negativos (por ejemplo, aplanamiento afectivo).
Trastorno bipolar o trastornos psiquiátricos relacionados	«Los trastornos bipolares y relacionados son trastornos episódicos del estado de ánimo definidos por la aparición de episodios o síntomas maníacos, mixtos o hipomaníacos. Estos síntomas suelen alternarse a lo largo del trastorno con episodios depresivos o períodos de síntomas depresivos» ⁽⁵³⁾. «Los síntomas bipolares durante una fase maníaca pueden incluir: • euforia extrema; • delirios de grandeza; • altos niveles de creatividad, energía y actividad; • disminución acentuada del tiempo de sueño o ausencia de sueño; • falta de apetito y pérdida de peso; • pensamientos acelerados, discurso acelerado, interrupción de los interlocutores; • gran irritabilidad, impaciencia o agresividad; • actividad sexual inadecuada o asunción de riesgos; • uso de ropa más colorida y disminución de la inhibición; • impulsividad y toma de decisiones inadecuadas en los gastos o los negocios; • planes ambiciosos y poco realistas; • escasa concentración, distracciones frecuentes; • delirios, alucinaciones» ⁽⁵⁴⁾.
Trastornos relacionados con el consumo de drogas	• Consumo de drogas en cantidades mayores y durante un período de tiempo más prolongado de lo previsto. • Deseo persistente de reducir o regular el consumo o intentos infructuosos de dejarlo. • Necesidad de tiempo para recuperarse de la obtención o el consumo de drogas. • Ansias y deseo de consumir drogas. • Deterioro de la capacidad para cumplir las principales obligaciones en el trabajo, la escuela o el hogar. • Problemas sociales o interpersonales debidos al consumo de drogas. • Abandono de las actividades recreativas, sociales o laborales. • Consumo de drogas en entornos físicamente inseguros y continuación del consumo pese a la certid de que puede causar problemas. Tolerancia: necesidad de dosis cada vez más altas para lograr el efecto deseado. Retirada: posibilidad de aparición de síntomas de retirada. Nota: los trastornos relacionados con el consumo de drogas pueden ser por consumo de alcohol, cannabis, heroína, cocaína, opioides, anfetaminas, etc.

Fuente: Adaptado de la American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* («Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición», disponible en inglés), DSM-5

⁽⁵¹⁾ EUAA, *Salud mental y bienestar de los solicitantes de protección internacional – Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial*, 2024, sección: «Entender el trauma».

⁽⁵²⁾ Royal College of Psychiatrists, definición de «catatonia», abril de 2022.

⁽⁵³⁾ OMS, *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders* («Descripciones clínicas y requisitos diagnósticos para los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo de la CIE-11», disponible en inglés), 2024.

⁽⁵⁴⁾ Gordon Private Hospital, «Bipolar Disorder – Mental health treatment for Bipolar Disorder in Sydney» («Trastorno bipolar: Tratamiento de la salud mental para el trastorno bipolar en Sídney», disponible en inglés), sitio web del Gordon Private Hospital, 2024.



Una vez que se observan estos signos o se sospecha que algo «no va bien», **se recomienda encarecidamente** la intervención de un especialista en salud mental y una **remisión**. Una evaluación en profundidad realizada por un profesional de la salud mental puede aclarar si existe un trastorno psiquiátrico o si, por el contrario, los síntomas corresponden a una reacción de estrés emocional. La persona solicitante necesitará apoyo en ambos casos, pero el tipo de apoyo será diferente.



¿Qué intervenciones de SMAPS pueden ser útiles para las personas solicitantes con trastornos de salud mental?

Las intervenciones asistenciales basadas en la comunidad (nivel 2 de la pirámide de SMAPS) son muy beneficiosas para todas las personas solicitantes y deben proporcionarse a todas ellas. También son útiles para las personas con un trastorno psiquiátrico diagnosticado. Las actividades detalladas en esta sección y, en particular, las relacionadas con las artes creativas, la cocina y el deporte, pueden ayudar a las personas solicitantes a gestionar determinados trastornos. La participación regular de las personas con depresión leve en estas actividades puede aumentar su confianza y ayudarlas a organizar mejor su vida cotidiana.

La creación de espacios para **conectar con otras personas** favorece el fortalecimiento de la salud mental y el bienestar de manera general y reduce el riesgo de desarrollar mecanismos de respuesta negativos, como la autolesión y el consumo de drogas. Adopte un paquete integral de apoyo psicosocial para este grupo de solicitantes, que también puede incluir el refuerzo de las familias, por ejemplo, restableciendo los vínculos familiares. Es crucial apoyar tanto a las personas jóvenes como a las adultas en el desarrollo de sus capacidades sociales para mejorar las interacciones y favorecer así la conexión con la comunidad.

Atención específica (nivel 3 de la pirámide de SMAPS): las sesiones de asesoramiento individuales o en grupo y el apoyo terapéutico pueden ser beneficiosos, especialmente cuando se trata de afecciones como el TEPT, la depresión y los trastornos por consumo de drogas. Complemente esta atención con psicoeducación para ayudar a las personas solicitantes a comprender por qué es importante cuidar la salud mental y los beneficios de determinados servicios de apoyo.

Atención especializada (nivel 4 de la pirámide de SMAPS): diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas pueden respaldar la gestión de una afección. En el caso del TEPT, puede recomendarse una terapia cognitivo-conductual centrada en los traumas, una terapia testimonial y una terapia de exposición narrativa, así como diferentes tipos de medicamentos (por ejemplo, antidepresivos o ansiolíticos) o combinaciones de una determinada psicoterapia y medicación.



Países Bajos

En 2016 se puso en marcha el proyecto Resilience ⁽⁵⁵⁾, liderado por Nidos y el Centro Nacional de Traumas denominado ARQ Centrum'45 ⁽⁵⁶⁾, fundado en 2007 para ayudar a afrontar el estrés y las experiencias traumáticas. Al principio, el proyecto se centraba en jóvenes procedentes de Eritrea, pero posteriormente se amplió para incluir a jóvenes de Siria y Afganistán. Un rasgo distintivo de la intervención es su carácter ambulatorio, con visitas de terapeutas y agentes interculturales a las personas jóvenes. La reunión se lleva a cabo en un lugar elegido por la persona joven, a menudo en su residencia, aprovechando las buenas relaciones del o de la terapeuta con quienes viven en el entorno vital inmediato de la persona joven, como su tutor o tutora juvenil y su consejero o consejera domiciliarios. Para ayudar a las personas jóvenes, se reclutó a agentes interculturales, a quienes se formó en intervenciones, lo que resultó crucial para el éxito del despliegue y del apoyo al personal terapeuta.



Bélgica

La Universidad de Lovaina ha establecido la posibilidad de que las personas solicitantes de protección internacional y refugiadas reciban un tratamiento de día denominado «atención traumatológica para personas refugiadas jóvenes» ⁽⁵⁷⁾.

A petición de la Fedasil, la Cruz Roja de Flandes abrió un centro de asesoramiento intensivo para personas solicitantes de asilo en los edificios del centro de acogida de Sint-Niklaas para este grupo destinatario. Un máximo de cuarenta residentes pueden permanecer allí durante tres meses. La Cruz Roja de Valonia también presta un apoyo intensivo a las personas con problemas leves de salud mental. La capacidad máxima es de cuarenta plazas para familias o personas solteras. La duración es de tres meses, renovable una vez.

El proyecto POZAH ⁽⁵⁸⁾ ayuda a las personas adultas solicitantes con problemas psiquiátricos graves, que necesitan tratamiento y cuidados específicos y especializados. Se trata de una colaboración entre el Hospital Psiquiátrico Sint-Alexius y la Fedasil. El objetivo es la máxima integración en la sociedad. Cuentan con el apoyo de un equipo multidisciplinar de los ámbitos de la psiquiatría, la psicología, la asistencia social, la gestión de casos, la interpretación y la enfermería, así como de personas expertas.

⁽⁵⁵⁾ Nidos (tutela de personas refugiadas, Países Bajos), «[Resilience Project](#)» («Proyecto Resiliencia», disponible en inglés), sitio web de Nidos in Europe, consultado el 16 de agosto de 2024.

⁽⁵⁶⁾ ARQ National Trauma Centre, «[The Organisation](#)» («La organización», disponible en inglés), sitio web de ARQ, consultado el 16 de agosto de 2024.

⁽⁵⁷⁾ University Psychiatric Center KU Leuven, «[Info voor verwijzers – Traumazorg voor gevluchte jongeren](#)» («Información para remisiones: Atención a personas refugiadas jóvenes con traumas», disponible en neerlandés), sitio web de la Universidad de Lovaina, consultado el 16 de agosto de 2024.

⁽⁵⁸⁾ Claus, L., Schouler-Ocak, M., Braakman, M. H., Sabbe, B., Van Beuren, G. S., et. al., «[Unlocking asylum seekers' voices: protocol of a mixed-method clinical study on the use of the cultural formulation interview with asylum seekers in Belgium](#)» («Dar voz a los solicitantes de asilo: protocolo de un estudio clínico con métodos mixtos sobre el uso de la entrevista de formulación cultural con los solicitantes de asilo en Bélgica», disponible en inglés), *Frontiers in Psychiatry*, vol. 14, 1156803, 2023.



Solicitantes que presentan un trastorno psicótico como la esquizofrenia

Cuando la persona solicitante usuaria de un servicio padece un trastorno de salud mental, es importante tener en cuenta su origen cultural y étnico. La expresión de los síntomas puede variar y estar determinada por modismos culturales comunes, historias culturales o personales que son importantes en la formación de la identidad y se expresan como ideas o creencias grandiosas ⁽⁵⁹⁾.

Un cambio de estado de ánimo se expresa de forma diferente en diferentes culturas. A veces se declaran síntomas somáticos para describir el estrés emocional, como el «bajo» estado de ánimo. En función de la cultura, la expresión de los síntomas con palabras puede diferir. La razón de que una persona no manifieste verbalmente que se siente deprimida y necesita ayuda, y recurra a sensaciones físicas para explicar un trastorno, puede ser el miedo a la estigmatización.

Por último, la percepción del trastorno puede ser un problema, igual que la estigmatización. Reflexione sobre las palabras que debe utilizar cuando se refiera a la salud mental, ya que mencionar la remisión a una persona especializada en psicología o psiquiatría podría interpretarse como que se considera que la persona que necesita ayuda está «loca» y afectar a la relación profesional entre el personal que trabaja en primera línea y el solicitante necesitado de apoyo.



Para obtener más información sobre el tratamiento basado en traumas, consulte el Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA, Centro de conocimientos especializados en bienestar y salud física de las personas refugiadas y solicitantes de asilo) ⁽⁶⁰⁾.

Solicitantes vulnerables y consumo de drogas

Entendemos por «consumo de drogas» el consumo nocivo o peligroso de sustancias psicoactivas, incluidos el alcohol y las drogas ilegales ⁽⁶¹⁾, como también lo son las apuestas y los juegos de azar. Según el Informe Europeo sobre Drogas de 2022 [Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA), anteriormente Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías] ⁽⁶²⁾, la disponibilidad y el consumo de drogas se mantienen en niveles elevados en toda la UE.

El consumo de drogas es un problema amplio, en particular en la sociedad europea, que también afecta a algunas personas solicitantes de protección internacional. En un reciente estudio conjunto de la EUAA y el EMCDDA ⁽⁶³⁾ se llegó a la conclusión de que (los trastornos por) el consumo de drogas entre las personas solicitantes a su llegada es, en general, inferior al de las poblaciones de

⁽⁵⁹⁾ OMS, *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders* («Descripciones clínicas y requisitos diagnósticos para los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo de la CIE-11», disponible en inglés), 2024, p. 237; Stompe, T., Karakula, H., Rudalevičienė, P., Okribelashvili, N., Chaudhry, H. R., et al., que examinaron grupos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia en el mismo conjunto de datos utilizado posteriormente por Bauer, et al., utilizando un análisis discriminatorio, argumentaron que entre el 15 % y el 30 % de la sintomatología psicótica examinada en su estudio dependía de la cultura, concretamente el 16 %, de las alucinaciones. Lørd, F., Luhrmann, T. M., Bell, V., Christian, W. A. Jr, Deshpande, S., et al., «Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions» («Cultura y alucinaciones: visión general y perspectivas futuras», disponible en inglés), *Schizophrenia Bulletin*, junio de 2014.

⁽⁶⁰⁾ CERDA, *Guide to working with refugees, a trauma informed approach* («Guía para trabajar con refugiados, un enfoque basado en el trauma», disponible en inglés), 2022.

⁽⁶¹⁾ OMS, «Health topics, substance abuse» («Temas de salud, consumo de drogas», disponible en inglés), sitio web de la Región Africana de la OMS, consultado el 12 de agosto 2024.

⁽⁶²⁾ EUDA, *Informe Europeo sobre drogas 2022: Tendencias y novedades*, 2022.

⁽⁶³⁾ EUAA y EMCDDA, *Professionals working in reception centres in Europe: an overview of drug-related challenges and support needs* («Profesionales que trabajan en centros de acogida en Europa: panorama general de los retos relacionados con las drogas y las necesidades de apoyo», disponible en inglés), 2023.

acogida. Esto puede ser un reflejo del comportamiento por consumo de drogas en sus países de origen. Sin embargo, una vez que han llegado a Europa, las personas solicitantes parecen ser más vulnerables al consumo de drogas, como mecanismo de respuesta negativa a la complejidad de la migración y a los problemas a los que se enfrentan, como experiencias de trauma, desempleo, pobreza y pérdida de apoyo familiar y social. Con el tiempo, la disponibilidad de drogas puede llevar a un aumento del consumo, pues en Europa se puede acceder a diferentes drogas más fácilmente que en los países de origen de las personas solicitantes.

El consumo de drogas tiene múltiples implicaciones para las personas solicitantes afectadas, pues perjudica a su salud mental y física, afecta negativamente a sus interacciones y relaciones sociales, y conlleva aislamiento y estigmatización. También puede afectar negativamente a sus familias y a la comunidad. Al parecer, se sigue subestimando el impacto de los factores de estrés posteriores a la llegada en el inicio del consumo de drogas. Existe una **fuerte correlación entre el trauma y el consumo de drogas**. Empezar a «automedicarse» para paliar los sentimientos de duelo, pérdida, vergüenza y culpa puede considerarse una forma negativa de afrontar la situación.

Los hombres jóvenes solteros son especialmente vulnerables a las actividades relacionadas con el consumo de drogas, al igual que los y las menores no acompañados, que a menudo sienten desesperación y aislamiento durante un período prolongado y experimentan un aburrimiento extremo debido a la falta de actividades o de iguales a los que acudir. En consecuencia, a menudo se enfrentan a problemas sociales, lo que conduce a un mayor aislamiento. Los expertos que participaron en el estudio realizado por la EUAA y la EUDA señalaron que, en ocasiones, cerca de los campamentos existe un entorno abierto a las drogas, lo que facilita aún más el acceso a las drogas ilegales.



Países Bajos – sesiones de motivación durante el ramadán

Para las personas jóvenes musulmanas, el ramadán es un período de ayuno y un momento en el que se ha de ser paciente, humilde y espiritual, mantener pensamientos puros y tomarse tiempo para reflexionar. Durante este período no se consumen alcohol ni drogas. Esto hace que sea un momento propicio para debatir la función y el papel que el consumo de drogas desempeñan en la vida de muchas personas jóvenes. Por lo tanto, durante el ramadán se celebran reuniones semanales de jóvenes con sesiones de debate y conversación. Estas sesiones tienen lugar al final del día y concluyen con un *iftar* (la comida que tradicionalmente rompe el ayuno tras la puesta del sol). El objetivo es reforzar la motivación interna para posibles cambios de comportamiento mediante:

- la sensibilización sobre los propios talentos, ambiciones y objetivos;
- la exploración de los propios valores;
- la consciencia de la discrepancia entre el comportamiento actual y las ambiciones finales.

Tras la última sesión, las personas interesadas del grupo de jóvenes tienen la oportunidad de emprender un viaje individual. Se trata de un programa iniciado por Nidos (institución nacional de tutela de menores no acompañados) que se lleva a cabo en colaboración con la agencia central neerlandesa para la acogida de solicitantes de asilo.



El personal que trabaja con solicitantes en primera línea puede acceder a formación adicional en entrevistas motivacionales y en trabajo centrado en soluciones que le ayuda a interactuar significativamente con las personas solicitantes.

La coordinación con los centros de asistencia locales (servicios de rehabilitación de personas drogodependientes) y la disponibilidad de intérpretes y mediadores culturales con la competencia cultural necesaria pueden facilitar el compromiso con las personas necesitadas. La inversión en el desarrollo de programas de intervención a corto plazo es especialmente útil cuando se trata con menores no acompañados que podrían presentar un problema de consumo de drogas. Estos programas parecen especialmente prometedores cuando se basan en la terapia cognitivo-conductual, las entrevistas motivacionales y la terapia centrada en soluciones.



- La caja de herramientas de la EUDA reúne herramientas y recursos útiles para todas las personas que participan en la toma de decisiones, la formulación de opiniones y la elaboración de políticas en relación con la prevención científica del consumo de drogas en Europa ⁽⁶⁴⁾. En particular, según la caja de herramientas, «la prevención está más relacionada con el desarrollo positivo de niños, niñas y adolescentes que con apartarlos de las drogas».
- El manual del Consejo de Europa ⁽⁶⁵⁾ tiene por objetivo proporcionar a «los profesionales la información y los recursos que necesitan para tratar y responder adecuadamente a las necesidades de las personas refugiadas, migrantes y desplazadas internas en el contexto de los trastornos por consumo de drogas». Consulte el capítulo 4, sobre prevención.
- El trabajo sobre familias fuertes, realizado inicialmente por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y por la Universidad de Manchester ⁽⁶⁶⁾, se centra en el apoyo a las personas afectadas y a sus progenitores.
- El Centro flamenco de conocimientos especializados en materia de alcohol, drogas ilegales, medicamentos psicoactivos, apuestas y juegos de azar (VAD) ⁽⁶⁷⁾ ha elaborado varias herramientas importantes para apoyar el trabajo sobre el consumo de drogas.
- **Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial**, sección: «Solicitantes vulnerables y consumo de drogas».

Por último, el enfoque del consumo de drogas por parte de la alta dirección del centro de acogida es crucial. No es lo mismo abordar el tema del consumo de drogas reduciendo los riesgos de que las personas acogidas incurran en dicho comportamiento y garantizando el apoyo mediante un paquete de SMAPS sólido e integrado, que limitarse a indicar que las drogas no están permitidas en el entorno de acogida e introducir un sistema de sanciones. Aunque en determinadas situaciones de peligro individual o colectivo será necesario establecer límites, en la mayoría de las situaciones resulta vital adoptar un enfoque basado en las necesidades y centrado en las personas solicitantes con respuestas adaptadas a las personas afectadas.

⁽⁶⁴⁾ EUDA, «[Prevention toolkit](#)» («Herramientas de prevención», disponible en inglés), actualizado el 28 de marzo de 2023.

⁽⁶⁵⁾ Consejo de Europa, [Intercultural Responses to drug-related challenges for refugees, migrants and IDPS. Handbook for professionals working in the field of addictions with refugees, migrants and internally displaced persons](#) («Respuestas interculturales a los retos relacionados con las drogas para personas refugiadas, migrantes y desplazadas internas. Manual para profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones con personas refugiadas, migrantes y desplazadas internas», disponible en inglés), 2022.

⁽⁶⁶⁾ UNODC y Universidad de Manchester, [Caring for your child in crisis situations](#) («Cuidar de los hijos en situaciones de crisis», disponible en inglés), 2020.

⁽⁶⁷⁾ VAD, «[Working on alcohol and drugs with asylum seekers and refugees](#)» («Trabajo sobre el alcohol y las drogas con solicitantes de asilo y refugiadas», disponible en neerlandés), 7 de marzo de 2019.

Víctimas de la tortura

Quienes trabajan en primera línea suelen asociar la tortura y otras formas de tratos y penas inhumanos y degradantes a fuertes dolores físicos y lesiones visibles. Sin embargo, la tortura y el maltrato psicológicos, como la humillación, la privación del sueño, la exposición a ejecuciones simuladas y reales, y otros actos horrendos, dejan cicatrices emocionales. Si los efectos de tales torturas y maltratos no se abordan mediante rehabilitación, pueden tener un impacto a largo plazo en la salud física y mental, y en el bienestar de las víctimas. Las secuelas de la tortura no solo afectan a la salud física y mental de las víctimas, sino que también pueden influir en cómo se sienten los miembros de su familia. El impacto puede provocar una respuesta negativa tanto en la persona como en su familia y limitar el potencial de recuperación.

El cuadro que figura a continuación ofrece un resumen de algunos de los posibles signos y efectos de la tortura ⁽⁶⁸⁾.

Signos comunes en las víctimas de tortura	
Psicológicos	Síntomas como memorias retrospectivas (<i>flashbacks</i>), pesadillas, ansiedad, insomnio, fatiga, disminución de la autoestima, sentimiento de culpa del superviviente y trastornos psiquiátricos como la depresión y el TEPT. Un hecho especialmente importante es que en el contexto de la tortura sexual, la desnudez forzada afecta gravemente a la salud mental, pues una persona nunca es tan vulnerable e indefensa como cuando está desnuda. Las amenazas de pérdida de la masculinidad y la consiguiente pérdida de respeto en la sociedad pueden provocar ansiedad. Los riesgos de embarazo o el miedo a la estigmatización social en torno a la pérdida de la virginidad también pueden ser primordiales para las mujeres ⁽⁶⁹⁾.
Sociales y conductuales	• problemas de interacción social • alteración de las relaciones matrimoniales y familiares • incapacidad de confiar • aislamiento
Físicos	Los signos incluyen «cicatrices, dolores de cabeza, dolores musculoesqueléticos, dolores en los pies, pérdida de audición, dolor dental, problemas visuales, dolores abdominales, problemas cardiovasculares y respiratorios, dificultades sexuales, discapacidad crónica, lesiones en los ligamentos, daños neurológicos» ⁽⁷⁰⁾ y enfermedades de transmisión sexual.
Cognitivos	Pensamientos o recuerdos intrusivos del acto de tortura, dificultad para concentrarse, confusión, desorientación y falta o pérdida de memoria.

⁽⁶⁸⁾ The Center for Victims of Torture, «[Effects of torture](#)» («Efectos de la tortura», disponible en inglés), 25 de agosto de 2023.

⁽⁶⁹⁾ Oficina del Representante Especial y Coordinador para la Lucha contra la Trata de Seres Humanos, [Trafficking in Human Beings Amounting to Torture and other Forms of Ill-treatment](#) («Trata de seres humanos con fines de tortura y otras formas de maltrato», disponible en inglés), UNODC, Occasional paper series (serie «Documentos ocasionales»), n.º 5, 2013.

⁽⁷⁰⁾ The Center for Victims of Torture, «[Effects of torture](#)» («Efectos de la tortura», disponible en inglés), UNODC, 25 de agosto de 2023.



Organización del apoyo a las víctimas de la tortura

Un informe de situación elaborado por la EUAA sobre las víctimas de la tortura ⁽⁷¹⁾ sugiere que las personas solicitantes y las víctimas de la tortura tienden a revelar sus experiencias y necesidades relativamente tarde, si llegan a hacerlo. A menudo, la información no se revela hasta el momento de la entrevista personal del procedimiento de asilo.

La **psicoeducación** y el **suministro de información** oportuna y pertinente sobre cómo acceder a servicios especializados, incluida la rehabilitación, es importante. Además, un enfoque humano y empático durante el procedimiento de examen, y en particular durante la entrevista personal, puede aumentar la capacidad y la voluntad de las víctimas de manifestarse.

Cree varios momentos durante el proceso de asilo para que las posibles víctimas de tortura hablen, en especial a su llegada. Puede ser útil formular preguntas que sugieran experiencias de tortura en un ejercicio inicial de detección médica.

Si bien el tratamiento farmacológico, los servicios de rehabilitación física y la psicoterapia mediante **atención especializada** (nivel 4 de la pirámide de SMAPS) pueden ser útiles para las víctimas, **la terapia testimonial** (niveles 2 y 3), una breve intervención diseñada para mejorar el bienestar de las víctimas de la tortura y la violencia organizada, también ha mostrado resultados prometedores. Esta terapia permite a las víctimas compartir sus historias mientras reciben apoyo psicoterapéutico y comunitario. Consulte la sección [Ejemplos de intervenciones de apoyo basadas en la comunidad](#).

Como ejemplos de intervenciones médicas especializadas para **víctimas de la tortura con dolor crónico** y otras formas específicas de dolor, podemos citar la atención reumatológica y neurológica con diferentes formas de tratamiento del dolor, y programas de rehabilitación. La eficacia de este apoyo es aún más evidente una vez garantizado que se realiza un esfuerzo de **tratamiento combinado** (atención especializada y apoyo comunitario).

También es importante y constituye un derecho de las personas solicitantes y presuntas víctimas de tortura recibir información sobre la posibilidad de participar en una **evaluación médico-legal-forense** (nivel 4 de la pirámide de SMAPS) relacionada con la experiencia de tortura, si es pertinente para el examen de su solicitud de asilo. La confidencialidad y la empatía en el tratamiento a la hora de tratar a estas personas solicitantes son cruciales. Para más información, consulte el **Protocolo de Estambul** revisado ⁽⁷²⁾.

Podría ser beneficioso **designar en la administración a personas de referencia formadas** y especializadas en el tema de la tortura para apoyar el seguimiento oportuno y pertinente de las víctimas de necesidades específicas. Este es el caso, tanto para entornos de acogida como para las autoridades decisorias, en el contexto de la entrevista personal.

⁽⁷¹⁾ EUAA, *Victims of torture: Identification, support and examination of claims* («Víctimas de la tortura: identificación, apoyo y examen de las denuncias», disponible en inglés), UNODC, marzo de 2023.

⁽⁷²⁾ ACNUDH, *Protocolo de Estambul: Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Serie de Capacitación Profesional N° 8/Rev. 2, 2022.



Las personas solicitantes que buscan **atención reumatológica** ⁽⁷³⁾ suelen presentar dolores en la columna vertebral y se ha observado que muchas de ellas tienen antecedentes de tortura. Es crucial que los problemas emocionales se resuelvan antes de abordar los objetivos físicos de la rehabilitación.

Los programas de rehabilitación de base psicológica, y en particular las **técnicas de relajación**, han obtenido **resultados positivos** en el tratamiento del dolor persistente, la mejora de la funcionalidad y la reducción del estrés y la ansiedad. El enfoque holístico de la rehabilitación también es fundamental para reducir el riesgo de automedicación (por ejemplo, consumo de Tramadol), práctica problemática señalada por expertos en algunos países de la EU+. Cuando proceda, implicar a los familiares de una víctima de tortura puede ayudar a reforzar los lazos familiares, reducir la estigmatización y fomentar la curación. Aunque el apoyo médico acompañado por SMAPS a las víctimas de la tortura es crucial en su camino hacia la recuperación, la rendición de cuentas y la justicia son igualmente importantes para apoyar la rehabilitación.

Consideraciones importantes relacionadas con los niños y niñas

A menudo se habla de la tortura en el contexto de las personas adultas solicitantes de protección internacional, pero también puede afectar a los niños y niñas. Pueden sufrirla directamente, cuando son víctimas de actos de tortura, o indirectamente, cuando se les obliga a presenciar tales actos infligidos a personas de su familia. La tortura puede alterar el proceso de desarrollo de los niños y niñas, no solo desde el punto de vista psicológico y emocional, sino también desde el físico y el social. El impacto y las reacciones pueden variar en función de la edad del niño o niña, sus capacidades cognitivas, su entorno de apoyo y la duración de la exposición.

Es posible que los niños o niñas no muestren recuerdos de tortura, pero pueden mostrar signos de ansiedad e irritabilidad o dar la sensación de estar en guardia. Los niños o niñas también pueden desarrollar síntomas de TEPT de forma similar a los adultos. Durante la adolescencia pueden tener dificultades para gestionar las emociones y los pensamientos y presentar problemas de comportamiento y relacionales. Asimismo, pueden retroceder ⁽⁷⁴⁾ a niveles de desarrollo anteriores y perder competencias adquiridas previamente (por ejemplo, padecer enuresis).

Los niños o niñas que presenten síntomas alarmantes de haber sido víctimas directas o indirectas de la tortura deben ser remitidos a apoyo especializado, evaluados y tratados por profesionales de la salud mental capacitados. En la medida de lo posible, sus familiares de confianza deben participar en el proceso y recibir apoyo a través de consultas parentales. Las intervenciones deben iniciarse lo antes posible para evitar un mayor desarrollo de los efectos del trauma y aumentar la resiliencia del niño o niña ⁽⁷⁵⁾.



- European Network of Rehabilitation Centres for Survivors of Torture, *Refugee survivors of torture in Europe – Towards positive public policy and health outcomes* («Personas refugiadas en Europa supervivientes a la tortura: hacia unas políticas públicas y unos resultados sanitarios positivos», disponible en inglés), 2018.
- EUAA, *Victims of torture: Identification, support and examination of claims* («Víctimas de tortura: identificación, apoyo y examen de las denuncias», disponible en inglés), marzo de 2023.
- Red Europea de Migración (REM), *Ad-Hoc Query on 2023.31 Practices and challenges in identifying victims of torture and ill-treatment in the context of international and temporary protection* («Consulta *ad hoc* en 2023.31 Prácticas y retos en la identificación de víctimas de tortura y malos tratos en el contexto de la protección internacional y temporal», disponible en inglés), 2023.
- Para obtener más información sobre una prestación de apoyo integral a las víctimas de tortura, véase Consejo Internacional de Rehabilitación de Víctimas de Tortura, *Strategy 2022-2025* («Estrategia 2022-2025», disponible en inglés), 2021.

⁽⁷³⁾ Frank, A. O., De Souza, L. H., y Frank, C. A., «Neck pain and disability: a cross-sectional survey of the demographic and clinical characteristics of neck pain seen in a rheumatology clinic» («Dolor cervical y discapacidad: estudio transversal de las características demográficas y clínicas del dolor cervical observado en una consulta de reumatología», disponible en inglés), *International Journal of Clinical Practice*, vol. 59, 2005, pp. 173-182.

⁽⁷⁴⁾ Unicef, *Psychological First Aid for children, adolescents and families experiencing trauma – Guide for First Responders* («Primeros auxilios psicológicos para niños, niñas, adolescentes y familias que han sufrido un trauma: guía para los primeros intervinientes», disponible en inglés), 2021.

⁽⁷⁵⁾ ACNUDH, *How can children survive torture?* («¿Cómo pueden los niños y niñas sobrevivir a la tortura?», disponible en inglés), 2016.



Solicitantes con pensamientos suicidas

En algunas investigaciones ⁽⁷⁶⁾ se ha utilizado el término «desesperanza letal» para referirse al «aumento del riesgo de suicidio en las personas solicitantes debido a una combinación de acceso limitado a los servicios generales, apoyo económico, asistencia sanitaria culturalmente segura y derechos laborales» ⁽⁷⁷⁾. Estas investigaciones proponen un enfoque de salud pública que aborde el estrés y las tendencias suicidas en las personas solicitantes de asilo, haciendo hincapié en el apoyo inmediato de los profesionales de la salud mental para, en su caso, facilitar el éxito del reasentamiento. El suicidio y la autolesión también son frecuentes en las personas solicitantes de protección internacional y en otros nacionales de terceros países en espera de la deportación. Para mitigar el riesgo de autolesiones, incluidas las derivadas de pensamientos suicidas, es beneficioso realizar una evaluación de los riesgos de suicidio.



¿Cuáles son las principales señales de alarma que advierten de pensamientos suicidas?

Quienes trabajan con personas solicitantes en primera línea deben prestar atención a las siguientes señales de advertencia (lista no exhaustiva):

Señales de alarma que pueden indicar tendencias suicidas

- **Hablar del suicidio**, con frases como «voy a suicidarme», «ojalá estuviera muerto» u «ojalá no hubiera nacido» pueden ser indicadores de que la persona solicitante tiene la intención de hacerse daño. La indicación de un deseo de morir debe tomarse en serio.
- **Perder la esperanza** ante la situación (a la espera de una resolución sobre la solicitud de protección internacional) y mostrar mayor disposición a consumir drogas (principalmente alcohol y cannabis).
- **Acaparar** píldoras u hojas de afeitar, mostrar interés por las armas (cuchillos, pistolas, etc.) e intentar hacerse con ellas.
- **Retraerse y distanciarse** de los amigos, la familia y otros contactos sociales y abandonar las aficiones, etc.
- Sufrir **cambios de humor** y altibajos extremos y adoptar conductas de riesgo y tendencias generales autolesivas.
- **Preocuparse por la muerte**, las personas moribundas o la violencia.
- **Cambiar los patrones de alimentación o de sueño**: perder el apetito o no dormir.
- Mostrar intenciones de **hacer testamento**, o vender o regalar las pequeñas pertenencias que puedan tener.
- **Cambiar** la forma de interactuar con los demás y la personalidad.
- Afirmar que pronto **nadie tendrá que molestarle** en cuidarlo y despedirse de la familia y los amigos ⁽⁷⁸⁾.

⁽⁷⁶⁾ Procter, N. G., Kenny, A. M., Eaton, H., y Grech, C., «[Lethal hopelessness: Understanding and responding to asylum seeker distress and mental deterioration](#)» («Desesperanza letal: Comprender y responder al sufrimiento y al deterioro mental de los solicitantes de asilo», disponible en inglés), *International Journal of Mental Health Nursing*, 2017.

⁽⁷⁷⁾ Laughton, F., «[About Suicide Screening, Referral, and Imminent Harm in Washington State, 3 units \(325\)](#)» («Sobre la detección del suicidio, la derivación y el daño inminente en el Estado de Washington», disponible en inglés), 2024, p. 13, donde se cita a Ingram, J., Lyford, B., McAtamney, A., y Fitzpatrick, S., «Preventing suicide in refugees and asylum seekers: a rapid literature review examining the role of suicide prevention training for health and support staff» («La prevención del suicidio entre personas refugiadas y solicitantes de asilo: una rápida revisión bibliográfica en la que se examina el papel de la formación en prevención del suicidio para el personal sanitario y de apoyo», disponible en inglés), *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 16, art. 24, 2022.

⁽⁷⁸⁾ Adaptado a partir de la información facilitada por Mayo Clinic, «[Suicidio: Qué hacer cuando alguien está pensando en suicidarse](#)», 12 de agosto de 2023.

Organización del apoyo a las personas solicitantes con pensamientos suicidas

Por lo general, las pruebas indican que las **prácticas de intervención temprana** pueden ayudar a **prevenir las enfermedades mentales y el suicidio** entre las personas solicitantes ⁽⁷⁹⁾.

Por lo tanto, implicar estratégicamente a **todas** las personas solicitantes lo antes posible a lo largo del proceso de asilo y acogida en actividades basadas en la comunidad (véanse la sección [Ejemplos de intervenciones de apoyo basadas en la comunidad](#) de esta guía y el nivel 2 de la pirámide de SMAPS) puede fomentar la resiliencia. Para reducir el estrés psicológico y el riesgo de suicidio de las personas solicitantes, proporciónales **información** sobre los servicios a su disposición, pero también sobre temas que puedan ayudarles a comprender la vida en su nuevo entorno, como información sobre la cultura local, los valores y las formas de comportarse en el país de acogida, etc. La competencia cultural es pertinente para que las personas solicitantes se sientan más preparadas y cómodas a la hora de iniciar el proceso de integración y adaptarse a su nuevo contexto.

Al mismo tiempo, **el personal de primera línea** también debe estar habilitado y equipado para:

- identificar algunos de los signos de alarma (véase más arriba);
- prestar PAP;
- proporcionar información precisa sobre la remisión de las personas solicitantes que necesitan apoyo;
- y acceder a información sobre socios de remisión que puedan garantizar un apoyo más centrado o especializado (niveles 3 y 4 de la pirámide de SMAPS) a una persona solicitante en crisis.

Además, es importante:

- La formación sobre prevención del suicidio se ha revelado prometedora a la hora de mejorar la capacidad de comprender, identificar y gestionar las tendencias suicidas en las personas solicitantes que experimentan pensamientos suicidas o estrés psicológico ⁽⁸⁰⁾.
- La formación de los agentes clave ⁽⁸¹⁾ forma parte de los enfoques globales de la prevención del suicidio y ha demostrado su eficacia en otros grupos de población.
- La presencia de especialistas formados en intervenciones de prevención del suicidio ⁽⁸²⁾ puede reducir las tendencias suicidas en personas que sufren estrés. Dicha formación debe centrarse en la idoneidad cultural, el uso de servicios de interpretación y las ventajas de incorporar servicios y grupos culturales o espirituales a los servicios médicos y psicológicos generales para abordar eficazmente la prevención del suicidio.
- El uso de un lenguaje sensible y la competencia cultural del personal de apoyo serán importantes.
- La incorporación de estudios de casos reales y juegos de rol en la formación sobre prevención del suicidio para el personal sanitario que trabaja con personas solicitantes puede mejorar su confianza y su capacidad a la hora de abordar el estrés suicida. La presencia en los centros de acogida de trabajadores sanitarios y otro personal de apoyo que interactúe estrechamente con las personas solicitantes puede contribuir a la prevención de incidentes mediante el reconocimiento temprano de señales de alerta por tendencias suicidas.
- Aunque es crucial preparar al personal de primera línea para los incidentes críticos ⁽⁸³⁾, incluido el suicidio, y enseñarle a gestionarlos, concienciar sobre el hecho de que no todas las personas solicitantes que puedan ser suicidas pueden ser «salvadas» y sobre la importancia de ser realistas puede reducir sus niveles de estrés de aquellos que trabajan en primera línea.



- ACNUR, *Planning for prevention and risk mitigation of suicide in refugee settings* («Planificación de la prevención y la mitigación del riesgo de suicidio en entornos de personas refugiadas», disponible en inglés), versión de prueba sobre el terreno, 2023.
- IASC, *Abordar el suicidio en contextos humanitarios*, 2022.
- Para obtener más información sobre el riesgo de suicidio de los solicitantes, consulte la [Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial](#).

⁽⁷⁹⁾ Robinson, J., «[Early intervention and suicide prevention](#)» («Intervención temprana y prevención del suicidio», disponible en inglés), *Early Intervention in Psychiatry*, 2008, vol. 2, n.º 3, pp. 119-211; Weine, S. M., «[Developing preventive mental health interventions for refugee families in resettlement](#)» («Desarrollo de intervenciones preventivas en salud mental para familias refugiadas en proceso de reasentamiento», disponible en inglés), *Family Process*, vol. 50, n.º 3, 2011, pp. 410-430.

⁽⁸⁰⁾ Ferguson, M., Dollman, J., Jones, M., Cronin, K., James, L., et al., «[Suicide prevention training – improving the attitudes and confidence of rural Australian health and human service professionals](#)» («Formación en prevención del suicidio: mejora de las actitudes y la confianza de los profesionales de la salud y los servicios sociales de las zonas rurales de Australia», disponible en inglés), *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 40, n.º 1, 2018.

⁽⁸¹⁾ Teo, A. R., Andrea, S. B., Sakakibara, R., Motohara, S., Matthieu, M. M., et al., «[Brief gatekeeper training for suicide prevention in an ethnic minority population: a controlled intervention](#)» («Breve capacitación de los agentes clave en la prevención del suicidio en una población perteneciente a una minoría étnica: intervención controlada», disponible en inglés), *BMC Psychiatry*, vol. 16, 2016, pp. 1-9.

⁽⁸²⁾ Ingram, J., Lyford, B., McAtamney, A., y Fitzpatrick, S., «[Preventing suicide in refugees and asylum seekers: a rapid literature review examining the role of suicide prevention training for health and support staff](#)» («Prevención del suicidio entre personas refugiadas y solicitantes de asilo: rápida revisión bibliográfica que examina el papel de la formación en prevención del suicidio para el personal sanitario y de apoyo», disponible en inglés), *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 16, art. 24, 2022.

⁽⁸³⁾ EUAA, *Critical Incident Management in the Field of Asylum and Reception: A mapping of practices* («Gestión de incidentes críticos en el ámbito del asilo y la acogida. Análisis de prácticas», disponible en inglés), 2022.

Solicitantes de asilo y violencia por motivos de género (VG)

La OMS estima que «en todo el mundo, casi una de cada tres mujeres (un 30 %) ha sufrido violencia física o sexual por su pareja o violencia sexual por alguien que no era su pareja, o ambos casos» ⁽⁸⁴⁾. No solo están en riesgo las mujeres: también pueden estarlo los niños, las niñas, las personas con SOGIESC diversa, los hombres y las personas con discapacidad física o cognitiva.

El IASC define la VG como:

un término general que designa todo acto lesivo perpetrado contra la voluntad de una persona y que está basado en diferencias de carácter social (género) entre hombres y mujeres. Comprende los actos que tienen como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico; así como las amenazas de tales actos, la coacción y otras privaciones de libertad. Tales actos pueden cometerse en público o en privado ⁽⁸⁵⁾.

La VG es un problema general, pero, en un contexto de guerra, inseguridad prolongada, desastre natural o desplazamiento forzoso, las poblaciones afectadas se encuentran en situación de alto riesgo. Sin embargo, en el caso de las personas solicitantes de protección internacional con un estatuto jurídico poco claro, la dependencia por falta de medios financieros, la competencia lingüística o las necesidades especiales pueden colocar a determinados grupos de personas solicitantes en una posición desfavorable.

Los cinco tipos principales de VG ⁽⁸⁶⁾ están relacionados entre sí, y son: físico, psicológico, sexual, socioeconómico y verbal (en particular, la incitación al odio).

Impacto de los diferentes tipos de VG en una persona	
Psicológicos	Síntomas como ansiedad, memorias retrospectivas (<i>flashbacks</i>) y pesadillas, sentimientos extremos de culpa y vergüenza, y tendencias suicidas. Trastornos psiquiátricos como depresión, TEPT, y consumo de alcohol y drogas.
Sociales y conductuales	- Alteraciones en las relaciones matrimoniales y familiares o aislamiento de la familia o la comunidad, especialmente cuando una mujer se queda embarazada a consecuencia de una violación (la pérdida de la virginidad puede ser una razón adicional de ostracismo para las supervivientes); - Matrimonio forzado con la persona que perpetró la violencia sexual, lo que puede dar lugar a la continuación de la violencia doméstica sufrida al llegar a Europa; - Incapacidad para confiar; - Promiscuidad; - Autolesiones; - Aislamiento.
Físicos	Embarazos no deseados, complicaciones derivadas de abortos inseguros, trastornos de la excitación sexual femenina o impotencia masculina e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, pero también secuelas en los sistemas neurológico, gastrointestinal, muscular, urinario y reproductor; trastornos alimentarios, y autolesiones (cortes).
Cognitivos	Dificultades para concentrarse, confusión y falta o pérdida de memoria.
Preocupaciones vinculadas a las víctimas de TSH	- Secretismo y reticencia a hablar de su experiencia o de sus necesidades por temor a las consecuencias; - Fuerte dependencia de determinadas personas, falta de disposición a tomar decisiones; - Presencia de tatuajes de la banda o intentos de ocultarlos; - Posesión de artículos caros, como teléfonos móviles o ropa; - Pretensión de tener una edad superior a la real (por parte de los niños y niñas).

⁽⁸⁴⁾ OMS, «Violencia contra la mujer», 2024.

⁽⁸⁵⁾ IASC, Global Protection Cluster, *Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria: Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación*, 2015, p. 5.

⁽⁸⁶⁾ Consejo de Europa, «Types of gender-based violence» («Tipos de violencia de género», disponible en inglés), sitio web internacional del Consejo de Europa, consultado el 30 de agosto de 2024.

Organización del apoyo a las personas solicitantes que han sufrido VG

La revelación de experiencias de VG, en particular cuando se trata de infracciones perpetradas por miembros de la familia o por la pareja, y de violencia sexual, requiere tiempo. Invertir y dedicar tiempo será crucial para establecer una buena relación y generar confianza.

En algunos casos, la violencia, la explotación y los abusos sufridos en el país de origen pueden haber sido la razón de que las personas solicitantes se hayan marchado y busquen refugio en Europa. Estas experiencias pueden ser el elemento principal de su solicitud de protección internacional. Para algunas personas, el apoyo psicológico para hacer frente a estas experiencias pasadas puede ser esencial. Otras pueden haber sufrido actos de VG durante el tránsito o en los países de acogida, lo que también requerirá atención y apoyo. Pueden ser necesarias diferentes intervenciones (por ejemplo, una persona que haya sido violada en un centro de acogida requerirá un seguimiento médico inmediato y la participación de los servicios policiales).

Las personas que trabajan en primera línea en el ámbito de la VG deben familiarizarse con la información sobre los países de origen y tránsito de las poblaciones con las que trabajan. Eso les ayudará a comprender si en ese(esos) país(es):

- la violencia sexual y la VG es común;
- la violencia debida a los conflictos armados está muy extendida.

Esto puede ayudar a formular preguntas más específicas y a apoyar con delicadeza al solicitante. Este enfoque puede ser más eficaz si se adopta en una fase temprana del proceso de asilo. Estos conocimientos también pueden ser pertinentes para prestar apoyo a quienes trabajan con las autoridades decisorias ⁽⁸⁷⁾.

Cuando se necesitan servicios de interpretación, ofrecer la posibilidad de elegir es siempre una buena práctica, independientemente de la vulnerabilidad o la posible necesidad especial, pero es especialmente vital cuando se sospecha que ha habido violencia sexual.

Aspectos adicionales que deben tenerse en cuenta:

- La **psicoeducación** y el suministro de información pertinente sobre la importancia de la revelación de información para garantizar que se pueda prestar la atención médica y psicológica pertinentes son cruciales, especialmente cuando se ha cometido una violación sexual en el país de acogida y la víctima aún podría beneficiarse de la profilaxis posterior a la exposición o de la píldora del día después para evitar el embarazo, que deben administrarse en las 72 horas siguientes a la violación.
- Un enfoque humano y centrado en las víctimas o personas supervivientes ⁽⁸⁸⁾ que garantice la confidencialidad contribuye a que las personas afectadas estén dispuestas a hablar.
- Se podría necesitar **atención médica** especializada (por ejemplo, en ginecología, pediatría, urología, psiquiatría o psicología clínica) para examinar las posibles consecuencias físicas y psiquiátricas y, en función de la necesidad y del contexto, psicoterapia individual (nivel 4 de la pirámide de SMAPS) y apoyo holístico a las personas que han sufrido violencia sexual.
- Las **sesiones de asesoramiento en grupo** (nivel 3 de la pirámide de SMAPS) pueden ayudar a las personas supervivientes a darse cuenta de que no están solas y de que hay lugar para la esperanza de seguir adelante tras una experiencia de este tipo.
- Los **esfuerzos dirigidos por la comunidad** (nivel 2 de la pirámide de SMAPS), como ejercicios de relajación o actividades creativas, pueden apoyar la recuperación.
- Es importante **crear espacios seguros** ⁽⁸⁹⁾ ⁽⁹⁰⁾ donde las mujeres y las niñas se reúnan, conversen, se relacionen y reciban asesoramiento cuando lo necesiten.
- Conectar a las víctimas y las personas supervivientes con los servicios y con el **asesoramiento jurídico**.
- Garantizar el acceso a un **refugio protector o** una casa segura cuando sea necesario, que pueda satisfacer las necesidades de diferentes grupos de supervivientes de la VG (mujeres solteras, mujeres con hijos, solicitantes con SOGIESC diversa).

Los principios rectores del trabajo con supervivientes a la VG son el respeto, la no discriminación, la autodeterminación, la dignidad, la confidencialidad, la seguridad y la protección. Es importante contar con personal policial bien formado que pueda participar en el apoyo a las personas supervivientes de la VG. La confianza en las autoridades y, en particular, en la policía puede ser motivo de preocupación para las víctimas y las personas supervivientes ⁽⁹¹⁾. Consulte las directrices del IASC para obtener más información sobre la integración de las intervenciones sobre VG en la acción humanitaria ⁽⁹²⁾.

⁽⁸⁷⁾ Tribunal de Justicia de la Unión Europea, sentencia de 20 de abril de 2023, [WS/Intervyuirasht organ na Darzhavna agentia za bezhantsite pri Ministerskia savet con intervención de Predstavitelstvo na Varhovnia komisar na Organizatsiyata na obedinenite natsii za bezhantsite v Bulgaria](#), asunto C-621/21, ECLI:EU:C:2023:314.

⁽⁸⁸⁾ IASC, [Comité Permanente entre Organismos: Definición y principios de un enfoque centrado en las víctimas/los supervivientes](#), 2023.

⁽⁸⁹⁾ EUAA, [Salud mental y bienestar de los solicitantes de protección internacional – Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial](#), 2024, secciones «Trabajar con solicitantes vulnerables» y «Espacios adaptados a la infancia y espacios seguros para las mujeres y las niñas».

⁽⁹⁰⁾ EUAA, [Protecting women and girls in the asylum procedure](#) («Protección de las mujeres y las niñas en el procedimiento de asilo», disponible en inglés), hoja informativa n.º 24, junio de 2024.

⁽⁹¹⁾ Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA), [Underpinning victims' rights: Support services, reporting and protection](#) («Reforzar los derechos de las víctimas», disponible en inglés), febrero de 2023.

⁽⁹²⁾ IASC, [Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria: Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación](#), 2015.



Bélgica

Se estima que el 58 % de las mujeres migrantes y alrededor del 38 % de los hombres migrantes que llegan a Europa han sufrido violencia ⁽⁹³⁾. Por lo tanto, es importante adoptar un enfoque integrado y holístico que abarque desde la detección de las necesidades hasta la prestación de servicios, con una gestión significativa de los casos. La atención puede ser forense, médica y psicológica. Para promover la atención integral inclusiva a las personas migrantes víctimas de violencia sexual se ha diseñado y ejecutado el proyecto INHeRE.

El proyecto INHeRE ⁽⁹⁴⁾, vinculado al Centro Internacional de Salud Reproductiva de Bélgica (ICRH Belgium), que es un instituto de investigación multidisciplinar de la Universidad de Gante, ha producido diversas herramientas útiles ⁽⁹⁵⁾.



Suecia

La Agencia Sueca de Migración forma parte del foro de colaboración denominado Apoyo Metodológico Nacional contra la Prostitución y la Trata de Seres Humanos ⁽⁹⁶⁾, coordinado por la Agencia Sueca de Igualdad de Género. El apoyo metodológico es un recurso estratégico para desarrollar y agilizar la colaboración en la lucha contra la TSH. Algunos ejemplos son la TSH con fines sexuales, de extracción de órganos, servicio militar, trabajos forzados u otras actividades que ponen a las personas en situación de vulnerabilidad. Las autoridades colaboradoras son la Agencia Sueca para la Igualdad de Género, la Agencia Sueca de Migración, la Autoridad Policial Sueca, los servicios sociales municipales y la Fiscalía de Suecia.

⁽⁹³⁾ ICRH Belgium, «[Inclusive Holistic Care for Migrant victims of sexual violence \(INHeRE\)](#)» [«Atención integral e inclusiva para las personas migrantes víctimas de violencia sexual (INHeRE)», disponible en inglés], 1 de noviembre de 2019-31 de octubre de 2021.

⁽⁹⁴⁾ El proyecto INHeRE, que se ejecutó entre el 1 de noviembre de 2019 y el 31 de octubre de 2021, desarrolló varias herramientas para apoyar al personal de primera línea en la prestación de atención a las personas solicitantes objeto de trata, a las personas con SOGIESC diversa y a las víctimas de la violencia sexual. ICRH Belgium, «[Inclusive Holistic Care for Migrant victims of sexual violence \(INHeRE\)](#)» [«Atención integral e inclusiva para las personas migrantes víctimas de violencia sexual», disponible en inglés], sitio web de ICRHB, consultado el 10 de septiembre de 2024.

⁽⁹⁵⁾ Véase Lamonaca, S., Vanhoutte, K., Linthout, L., De Schrijver, L., Clarke V., et al., [Good practice tool for police hearings with migrant, applicant for international protection, refugee \(MAR\), trafficked, and LGBT+ victims of sexual violence](#) [«Herramienta de buenas prácticas para audiencias policiales con personas migrantes, solicitantes de protección internacional, refugiadas, víctimas de trata y víctimas LGBT+ de violencia sexual», disponible en inglés], 2021; Keygnaert, I., y Linthout, L., [Triage Tool for identification, care and referral of victims of sexual violence at European asylum reception and accommodation initiatives](#) [«Herramienta de triaje para la identificación, atención y derivación de víctimas de violencia sexual en las iniciativas europeas de acogida y alojamiento de solicitantes de asilo», disponible en inglés], 2021; Verelst, A., Szelei, N., Clarke, V., Boychenko, O., Linthout, L., et al., [Safe reporting framework for migrant victims of sexual violence](#) [«Marco de denuncia segura para personas migrantes víctimas de violencia sexual», disponible en inglés], 2021; PAG-ASA, payoke, SÜRYA, [Vives en Bélgica, no eres belga y te encuentras en algunas de estas situaciones](#), 2009, que proporciona información a las presuntas víctimas de la trata de seres humanos; PAG-ASA es una organización de la sociedad civil que apoya a las víctimas de la trata de seres humanos, en particular su sección sobre apoyo a las víctimas.

⁽⁹⁶⁾ Agencia Sueca de Migración, «[What is the Swedish Migration Agency doing to combat abuse and crime?](#)», («¿Qué medidas está tomando la Agencia Sueca de Migración para luchar contra los abusos y la delincuencia?», disponible en inglés), actualizada por última vez el 14 de junio de 2021.



TSH

Aunque la TSH puede afectar a cualquier persona, es un fenómeno relacionado con el género ⁽⁹⁷⁾ ⁽⁹⁸⁾ que persigue fines diferentes para las mujeres y niñas, los hombres y los niños. Las principales víctimas siguen siendo mujeres ⁽⁹⁹⁾ y niñas, que son objeto de trata principalmente con fines de abuso y explotación sexual, y servidumbre doméstica. Los hombres, en cambio, son objeto de trata con fines de trabajos forzados o actividades delictivas ⁽¹⁰⁰⁾.

Cuando un funcionario que trabaja en primera línea sospecha que una persona solicitante ha sido victimizada, es necesario que se ponga en contacto con las agencias de protección y las partes interesadas pertinentes, garantizando siempre la seguridad y la protección de la víctima. Si la víctima da su consentimiento a la remisión a la unidad de lucha contra la TSH de la policía, puede ser asistida por personal de primera línea. La TSH es un delito grave que viola los derechos fundamentales y la dignidad de las personas.

El personal que trabaja en primera línea puede ayudar a identificar a tiempo a las posibles víctimas de la TSH y a aumentar la sensibilización para reducir el riesgo de que otras personas sean víctimas de la trata, incluida la trata electrónica ⁽¹⁰¹⁾. La ampliación de los conocimientos en los ámbitos de la criminología, la TSH y la ciberseguridad puede capacitar aún más al personal para combatir eficazmente estos retos modernos.

Los diferentes agentes, institucionales y no institucionales, participan de diferentes maneras en el proceso de identificación y aportan los mejores escenarios desde una **perspectiva interinstitucional y multisectorial** ⁽¹⁰²⁾ a la protección de las víctimas de la TSH. Esto incluye desde la fase de primera entrada o seguimiento en el territorio, junto con las medidas iniciales de protección de la persona, también para garantizar su seguridad personal. La identificación de las víctimas de la TSH es un proceso único, compuesto por múltiples acciones y, por lo general, llevado a cabo por diferentes agentes, con el objetivo identificar gradualmente elementos o indicadores pertinentes. Puede dividirse en dos fases ⁽¹⁰³⁾:

- identificación temprana o preliminar, destinada a un análisis inicial de las circunstancias que pueden llevar razonablemente a pensar que la persona en cuestión es víctima de trata o corre el riesgo de serlo;
- identificación formal, realizada por personas cualificadas y autorizadas, cuyo objetivo es determinar si la persona es víctima de TSH.

Es crucial subrayar que ser víctima de la trata no invalida el derecho de una persona a solicitar asilo. Una víctima de trata puede tener una solicitud de asilo válida. A los nacionales de terceros países se les concede un período de reflexión ⁽¹⁰⁴⁾ para recuperarse y escapar a la influencia de los autores de los delitos. Proporcionar un período de reflexión para recuperarse mientras se tiene acceso a los servicios de salud física y mental, y se recibe la información y el asesoramiento jurídico pertinentes para tomar una decisión informada es importante, y constituye una obligación legal. En general, es importante la colaboración entre las diferentes entidades e instituciones gubernamentales para luchar contra delitos como la TSH.

⁽⁹⁷⁾ Consejo de Europa, [«Physical violence»](#) («Violencia física», disponible en inglés), sitio web internacional del COE, consultado el 10 de septiembre de 2024.

⁽⁹⁸⁾ Unión Europea: Consejo de la Unión Europea, [«2002/629/JAI: Decisión marco del Consejo, de 19 de julio de 2002, relativa a la lucha contra la trata de seres humanos»](#), julio de 2002.

⁽⁹⁹⁾ Eurostat, [«Prevalence of females involved in trafficking of human beings»](#) («Prevalencia de las mujeres involucradas en la trata de seres humanos», disponible en inglés), 2015–2022, 24 de enero de 2024.

⁽¹⁰⁰⁾ Eurostat, [«10.093 registered victims of human trafficking in 2022»](#) («10 093 víctimas de trata de personas registradas en 2022», disponible en inglés), 24 de enero de 2024.

⁽¹⁰¹⁾ UNODC, [«Good Use and Abuse: The Role of Technology in Human Trafficking»](#) («Buen uso y abuso: El papel de la tecnología en la trata de personas», disponible en inglés), 2021.

⁽¹⁰²⁾ EUAA, [«Victims of human trafficking in asylum and reception»](#) («Las víctimas de la trata de seres humanos en el ámbito del asilo y la acogida», disponible en inglés), Situational Update, n.º 21, agosto de 2024.

⁽¹⁰³⁾ Consejo Danés para los Refugiados en el marco del proyecto Free2Link: [«Operational tools for prevention and early identification of potential victims of e-trafficking»](#) («Herramientas operativas para la prevención y la identificación temprana de posibles víctimas de la trata electrónica», disponible en inglés), 30 de noviembre de 2020.

⁽¹⁰⁴⁾ Comisión Europea, [«Reflection period»](#) («Período de reflexión», disponible en inglés).



VG

- La herramienta en línea IPSN de la EUAA ⁽¹⁰⁵⁾ puede ayudar a obtener más información sobre las necesidades especiales de varios grupos vulnerables, en particular los de personas que podrían haber sido objeto de violencia sexual, pero también el de las víctimas de la TSH, entre otros.
- El ACNUR ha invertido mucho tiempo y muchos esfuerzos en garantizar la orientación y los recursos necesarios para los especialistas en VG, así como para aquellos con escasos conocimientos ⁽¹⁰⁶⁾.
- El IASC ha invertido en el desarrollo de módulos de formación sobre VG ⁽¹⁰⁷⁾.
- La OIM trabaja para abordar la VG en situaciones de crisis ⁽¹⁰⁸⁾.
- Consulte el Global Protection Cluster y su animación ⁽¹⁰⁹⁾, que presenta las dieciséis normas mínimas interinstitucionales para la VG en la programación de emergencias.
- Consulte las normas elaboradas por la OMS, el Centro para el Control de las Enfermedades, el Plan de Emergencia para el Alivio del SIDA del presidente de los Estados Unidos de América y el Programa Johns Hopkins de Educación Internacional en Ginecología y Obstetricia (Jhpiego) ⁽¹¹⁰⁾.
- Sobre el tema de la mutilación genital femenina, véanse los esfuerzos de la Fedasil (Bélgica) para evaluar los riesgos y optimizar la organización de las remisiones pertinentes. *Stratégies concertées, «Checklist à faire avant de saisir un service spécialisé (liste non exhaustive)»* [«Lista de comprobación antes de recurrir a un servicio especializado (lista no exhaustiva)», disponible en francés], 2023, disponible en: https://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/2023_DE%CC%81TECTOME%CC%80TRE_FR.pdf.

TSH

- Comisión Europea y su estrategia contra la TSH ⁽¹¹¹⁾, que promueve una respuesta holística al delito, al tiempo que destaca la dimensión de género y la importancia de prestar atención a las mujeres y a la infancia.
- Véase la Directiva de la UE contra la TSH ⁽¹¹²⁾, que establece normas comunes de apoyo y protección de las personas supervivientes a la TSH.
- UNODC ⁽¹¹³⁾ y su Programa Mundial contra la Trata de Seres Humanos.
- OIM y su trabajo en la identificación de víctimas de trata ⁽¹¹⁴⁾.

Consulte también las siguientes publicaciones:

- Los módulos de aprendizaje electrónico sobre trata y trata electrónica de personas por medio del proyecto Free2Link ⁽¹¹⁵⁾.
- Centro Federal de Migración (Myria) y su enfoque multidisciplinar sobre la lucha contra la TSH ⁽¹¹⁶⁾.

Para más información sobre SMAPS y temas relacionados, consulte también la [Parte I. Para la alta dirección](#), Anexo 4, «Recursos para el desarrollo de capacidades en SMAPS».

⁽¹⁰⁵⁾ EUAA, «Herramienta de la EASO para la identificación de personas con necesidades especiales», 2016.

⁽¹⁰⁶⁾ ACNUR, *Gender Equality Toolkit* («Caja de herramientas para la igualdad de género», disponible en inglés), 2020.

⁽¹⁰⁷⁾ Consulte el [sitio web](#) del IASC.

⁽¹⁰⁸⁾ OIM, Departamento de Operaciones y Emergencias, *Marco institucional para mitigar, prevenir y responder a la violencia de género en situaciones de crisis*, 2018.

⁽¹⁰⁹⁾ IASC, animación «Presentación de los Estándares Mínimos Interagenciales para la programación sobre VBG en emergencias», 2021.

⁽¹¹⁰⁾ Jhpiego, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. y OMS, *Gender-based violence facilitation guide, Standards for the provision of high-quality post-violence care in health facilities* («Guía de facilitación en materia de violencia de género: Normas para la prestación de atención de alta calidad en los centros de salud tras la violencia», disponible en inglés), 2022.

⁽¹¹¹⁾ Comisión Europea, *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la estrategia de la UE en la lucha contra la trata de seres humanos 2021-2025*, Bruselas, COM(2021) 171 final, de 14 de abril de 2021.

⁽¹¹²⁾ *Directiva 2011/36/UE* del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de abril de 2011, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas y por la que se sustituye la Decisión marco 2002/629/JAI del Consejo (DO L 101, 15.4.2011, p. 1).

⁽¹¹³⁾ UNODC, *Indicadores de trata de personas*, 2008; UNODC, *Manual para la lucha contra la trata de personas*, 2006; para más información sobre períodos de reflexión, véase el instrumento 7.1, y sobre los indicadores de trata, véanse los instrumentos 6.2 y 6.3.

⁽¹¹⁴⁾ OIM, *Screening interview form of the International Organization for Migration for the identification of victims of trafficking* («Formulario para la entrevista de triaje de la OIM para la identificación de víctimas de la trata de personas», disponible en inglés), 2008.

⁽¹¹⁵⁾ El proyecto Free2Link está financiado por el Programa de Derechos, Igualdad y Ciudadanía de la Unión Europea (2014-2020) de la Comisión Europea. Se puede consultar en <https://free2link.eu/about-the-project/>.

⁽¹¹⁶⁾ Bélgica ha adoptado un enfoque multidisciplinar; véase Centro Federal de Migración (Myria), «A multidisciplinary approach» («Un enfoque multidisciplinar», disponible en inglés), <https://www.myria.be/en/traff-and-smuggling/a-multidisciplinary-approach>.

Solicitantes con SOGIESC diversa

Es importante señalar que las SOGIESC diversas no constituyen una vulnerabilidad o una necesidad especial *per se*. Sin embargo, los solicitantes que sean personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales y *queer* (LGBTIQ) pueden tener necesidades específicas derivadas de su SOGIESC. Por ejemplo, es posible que en el país de origen su comunidad las haya aislado y eso las haya hecho vulnerables a la violencia y la explotación durante el tránsito. Esa vulnerabilidad puede persistir en el país de acogida si no se presta apoyo a tiempo.

Las personas solicitantes con SOGIESC diversa pueden ser reacias a revelar su SOGIESC durante el proceso de registro. Por lo tanto, es fundamental subrayar que la privacidad y la confidencialidad están garantizadas a lo largo de todo el procedimiento. Las personas solicitantes con SOGIESC diversa pueden haber afrontado situaciones específicas y difíciles, como haber abandonado países en los que las relaciones consentidas entre personas del mismo sexo están penalizadas, haber participado en actividades sexuales transaccionales para ganarse la vida o haber estado expuestas a la violencia y la explotación. Algunos solicitantes LGBTIQ pueden tener miedo de revelar su SOGIESC al personal a su llegada, pero también más tarde, durante su estancia en acogida, por temor a la estigmatización, la discriminación y el abuso. En consecuencia, es posible que se abstengan de solicitar servicios.

En este contexto, es fundamental que el personal que trabaja en primera línea tenga una conciencia general de los retos asociados a este grupo de solicitantes. Las autoridades deben proporcionarles un acceso seguro al asesoramiento y al apoyo entre iguales, por ejemplo recurriendo a voluntarios de divulgación especializados en personas LGTBI u organizaciones especializadas de la sociedad civil (nivel 3 de la pirámide de SMAPS), y también deben velar por que tengan acceso a atención especializada (nivel 4 de la pirámide de SMAPS) ⁽¹¹⁷⁾.



El propio personal de primera línea puede tener prejuicios hacia determinados grupos minoritarios. Por ejemplo, algunas personas pueden pensar erróneamente que las personas LGBTIQ tienen algún problema de salud mental. Por lo tanto, es esencial formar al personal y a los intérpretes sobre el tema de las personas solicitantes pertenecientes a un grupo minoritario, por ejemplo, el de los solicitantes con SOGIESC diversa.

Consulte también EUAA, [*Practical guide on applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics – Reception*](#) («Guía práctica sobre solicitantes con orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género y características sexuales diversas: Acogida», disponible en inglés), 2024.



Cómo apoyar el acceso a la atención especializada para solicitantes con SOGIESC diversa

Algunas personas solicitantes con SOGIESC diversa pueden enfrentarse a estrés psicológico por experiencias de abuso, homofobia o transfobia: los años de discriminación y abusos pueden aumentar la probabilidad de padecer problemas de salud mental y la necesidad de una atención específica y especializada. Otras presentarán vulnerabilidades cruzadas y también necesitarán atención médica.

⁽¹¹⁷⁾ ACNUR, [*El trabajo con personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales y queer \(LGBTIQ+\) durante el desplazamiento forzado*](#), 2021.

Signos de estrés psicológico y necesidades de las personas solicitantes con SOGIESC diversa

Emocionales	Es posible que se hayan enfrentado y sigan enfrentándose a dificultades psicológicas por experiencias de abuso, aislamiento social y homofobia o transfobia. Algunas de ellas pueden haber estado expuestas a intentos de «reeducación» por sus familias y comunidades. Esto podría haberlas llevado a cuestionar su SOGIESC. En consecuencia, el espectro de sus emociones puede incluir ira, irritabilidad, alto nivel de estrés, ansiedad, signos de depresión, pánico, cambios de humor y sentimientos de culpa. Es importante reconocer y abordar estas emociones para ayudar a las personas a hacer frente a sus sentimientos de manera eficaz.
Conductuales y sociales	Algunos solicitantes pueden incurrir en conductas de riesgo, como consumo o adicción a drogas, promiscuidad, autolesiones (por ejemplo, cortes o intentos de suicidio) y aislamiento social. Estas conductas pueden ser indicativas de sus dificultades emocionales y es importante abordarlas con el apoyo adecuado. La falta de vivienda y la pobreza también pueden ser señales de estrés.
Físicos	Algunos ejemplos de signos físicos de estrés son el cambio en los patrones de sueño, posibles trastornos alimentarios (falta de apetito o sobrealimentación y obesidad), infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, infección por VIH o cáncer de cuello de útero por infección por el virus del papiloma humano. Las personas que han iniciado una terapia hormonal pueden tener que enfrentarse a dificultades adicionales que deben ser tenidas en cuenta por quienes les prestan apoyo. Es fundamental reconocer y abordar estas manifestaciones físicas del estrés para apoyar el bienestar y la salud general de las personas ⁽¹¹⁸⁾ .

Prestación de apoyo a personas solicitantes con SOGIESC diversa

El sistema de remisión debe garantizar el acceso a proveedores de asistencia sanitaria conocedores de las necesidades psicológicas y de las posibles necesidades sanitarias de este grupo de solicitantes.

La atención médica sensible a las personas LGBTIQ podría incluir, por ejemplo, atención de transición transgénero, cirugía y terapia hormonal, así como **atención forense sensible a las personas LGBTIQ** para las víctimas de violencia sexual. Ambas deben ser accesibles para las personas solicitantes LGBTIQ (nivel 4 de la pirámide de SMAPS).

Aunque las personas solicitantes LGBTIQ no constituyen *per se* un grupo con necesidades especiales, pueden correr un mayor riesgo de TSH y explotación sexual. Se puede aconsejar **el alojamiento en refugios de protección** o la coordinación con las unidades de lucha contra la TSH y los servicios médicos, de SMAPS con fines de protección, en particular de la salud mental.

Remita a las personas solicitantes que se identifican a sí mismas como LGBTIQ a las organizaciones especializadas de la sociedad civil que prestan **apoyo psicosocial** a personas con SOGIESC diversa, o facilítele **información** sobre dichas organizaciones (niveles 2 y 3 de la pirámide de SMAPS).



- Orientaciones de la EUAA sobre SOGIESC:
 - [Practical guide on applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics – Information note](#) («Guía práctica sobre solicitantes con orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género y características sexuales diversas: Nota informativa», disponible en inglés), 2024.
 - [Practical guide on applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics – Reception](#) («Guía práctica sobre solicitantes con orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género y características sexuales diversas: Acogida», disponible en inglés), 2024.
 - [Practical guide on applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics – Cross-cutting elements](#) («Guía práctica sobre solicitantes con orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género y características sexuales diversas: Elementos transversales», disponible en inglés), 2024.
 - [Practical guide on applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics – Examination procedure](#) («Guía práctica sobre solicitantes con orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género y características sexuales diversas: Procedimiento de examen», disponible en inglés), 2024.
- EUAA, [«Applicants with diverse SOGIESC»](#) («Solicitantes con SOGIESC diversa», disponible en inglés), información sobre el módulo de formación, 2023.
- ACNUR, [El trabajo con personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales y queer \(LGBTIQ+\) durante el desplazamiento forzado](#), 2021.
- Open Society Foundation and Negative/Positive, [«Born Julia and Julius»](#) («Nacida Julia y Julius», disponible en inglés), es un cómic sobre SOGIESC para jóvenes. La historia detalla las dificultades a las que puede enfrentarse una persona intersexual y las razones por las que puede haber tenido que abandonar su país.

⁽¹¹⁸⁾ Bass, B., y Nagy, H., [«Cultural Competence in the Care of LGBTQ Patients»](#) («Competencia cultural en la atención a pacientes LGBTQ», disponible en inglés), *National Library of Medicine*, actualizado por última vez el 13 de noviembre de 2023.

Necesidades psicológicas de las personas solicitantes internadas

Hay varios motivos por los que las autoridades pueden internar a personas que solicitan asilo en países de la EU+. Estas personas solicitantes pueden ser internadas durante un tiempo para verificar su identidad o nacionalidad, como parte del proceso de retorno o de un procedimiento de traslado transnacional, o por consideraciones de seguridad. Independientemente del contexto, el internamiento es un último recurso y debe ser lo más breve posible. Aunque el internamiento se organiza a menudo al margen de la acogida, hay países cuyas autoridades de acogida prestan servicios de apoyo a las personas que se encuentran en centros cerrados.

Lo que hace que el internamiento sea tan crítico es que, en función de la situación personal, la situación en el país de origen y la ruta migratoria seguida, las personas que llegan a Europa a menudo han sido internadas antes de su llegada. Volver a permanecer en un centro cerrado tras haber sido internado puede tener un impacto devastador en la salud mental y el bienestar de la persona. Por lo tanto, es necesario prestar asistencia sanitaria en los centros de internamiento. La salud mental de las personas que se encuentran en centros cerrados debe evaluarse continuamente. Tome medidas proactivas para minimizar el impacto negativo que el internamiento puede tener en la SMB.

Impacto del internamiento en la SMB de las personas solicitantes

Adultos

- Sensación de desesperanza.
- Aumento de la sensación de falta de control, que puede provocar ansiedad y depresión.
- Cambio en los patrones de sueño.
- Baja tolerancia a la frustración, tendencias autolesivas y agresividad verbal o física hacia los demás.
- Inquietud, incapacidad de concentrarse.
- Pensamientos suicidas.
- Descuido de la higiene personal o falta de oportunidades para ocuparse de la higiene personal, lo que puede afectar al bienestar de la persona.

Organización del apoyo a las personas internadas

Adultos

- Examinar a las personas solicitantes internadas a su llegada para determinar su estado de salud física y mental y, de este modo, averiguar si necesitan tratamiento por problemas de salud mental o enfermedad. Recomendar alternativas al internamiento, en caso de que se identifiquen vulnerabilidades.
- Formar a todo el personal que esté en contacto con las personas internadas para que reconozca los signos básicos de estrés psicológico y enfermedad mental.
- Brindar a las personas solicitantes internadas la oportunidad de ser informadas periódicamente sobre su solicitud de asilo, y en particular sobre los plazos previstos.
- Proporcionar acceso a atención, tanto somática como psiquiátrica, cuando sea necesario, en particular con fines preventivos.
- Garantizar plataformas de comunicación segura con otras personas internadas y con familiares o amigos que residan fuera del centro de internamiento.
- Proporcionar apoyo psicosocial comunitario de fácil acceso para reforzar la resiliencia e implicar a las personas internadas en las actividades cotidianas.
- Hacer que las personas internadas se sientan consideradas y escuchadas por todo el personal.
- Dar a las personas internadas la oportunidad de salir al aire libre a diario.
- Garantizar el acceso de las partes interesadas críticas, como el ACNUR, los proveedores de servicios jurídicos u otras organizaciones no gubernamentales (ONG) que prestan servicios de salud mental.



Internamiento y SMB

En principio, los niños y niñas, y en especial los no acompañados y los separados de sus familias, no deben ser internados por motivos relacionados con la inmigración, independientemente de su situación legal o migratoria y de la de sus progenitores.

Nunca se puede considerar que el internamiento de niños o niñas redunde en su interés superior ⁽¹¹⁹⁾. El impacto del internamiento en los niños y niñas es devastador para su bienestar psicológico y físico. Puede socavar su desarrollo cognitivo, crear riesgo de depresión y de trastorno de ansiedad y provocar insomnio y pesadillas, además de enuresis. Por lo tanto, siempre que sea posible, deben organizarse alternativas al internamiento, como otras opciones de cuidado basadas en la familia u otras modalidades de cuidado adecuadas basadas en el compromiso. Consulte también el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) ⁽¹²⁰⁾ y la Serie de Defensa del Grupo de trabajo de las Naciones Unidas sobre los niños privados de libertad ⁽¹²¹⁾.

En general, si bien en virtud del **artículo 5, apartado 1, letra f), del Convenio Europeo de Derechos Humanos** es posible internar a una persona con fines de deportación o para impedir su entrada ilegal, la necesidad de prestar apoyo a las personas internadas para evitar que contraigan enfermedades debe abordarse de manera oportuna. También debe facilitarse información sobre la duración del internamiento.

El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes considera que «la **detención prolongada** de personas en virtud de la legislación en materia de extranjería, **sin límite de tiempo y sin perspectivas claras de puesta en libertad**, equivale a un **trato inhumano**» ⁽¹²²⁾.

Consulte también el paquete de servicios mínimos de SMAPS, una lista de comprobación para una respuesta de emergencia eficaz. Consulte asimismo la sección **4.2. Prestar apoyo psicosocial y en materia de salud mental a las personas privadas de libertad** sobre cómo proporcionar SMAPS a las personas privadas de libertad.

⁽¹¹⁹⁾ EUAA, *Internamiento de solicitantes de protección internacional en el contexto del Sistema Europeo Común de Asilo – Análisis judicial*, 2019; TEDH, sentencia de 5 de abril de 2011, *Rahimi v Grecia*, solicitud n.º 8687/08; TEDH, sentencia de 19 de enero de 2010, *Mukhadzhiyeva y otros v Bélgica*, solicitud n.º 41442/07; TEDH, sentencia de 12 de octubre de 2006, *Mubilanzila Mayeka y Kaniki Mitunga v Bélgica*, solicitud n.º 13178/03; TEDH, sentencia de 19 de enero de 2012, *Popov v Francia*, párrafos 91 y 119. La posición del ACNUR es que el internamiento nunca redunde en el interés superior del niño o la niña y que deben proporcionarse modalidades de cuidado alternativas eficaces. Esto se ajusta a posiciones similares adoptadas por el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas y el relator especial de las Naciones Unidas sobre la tortura. Véase ACNUR, *Posición de ACNUR respecto a la detención de niños refugiados y migrantes en el contexto migratorio*, División de Protección Internacional, enero de 2017.

⁽¹²⁰⁾ TEDH, *Unaccompanied migrant minors detention* («Internamiento de menores migrantes no acompañados», disponible en inglés), Hoja informativa, febrero de 2024.

⁽¹²¹⁾ Grupo de trabajo de las Naciones Unidas sobre los niños privados de libertad, *End Immigration Detention of Children* («Poner fin al internamiento de niños y niñas inmigrantes», disponible en inglés), Informe de incidencia política, 2024.

⁽¹²²⁾ Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT), *Detención de inmigrantes*, marzo de 2017, p. 2 (la negrita es nuestra).

Terapia basada en internet

Diferentes formatos digitales de atención, como la terapia basada en internet, han surgido como una posible solución para abordar el urgente problema de la limitada accesibilidad a la atención para las personas necesitadas, y en particular para las personas solicitantes de asilo y refugiadas. Diversas barreras (por ejemplo, la falta de disponibilidad de especialistas y las barreras lingüísticas) impiden que muchas personas expuestas a acontecimientos perturbadores y traumáticos reciban a su debido tiempo tratamientos con respaldo científico. Sin embargo, los métodos de tele salud que utilizan tecnología moderna pueden ayudar a superar algunas de estas barreras y proporcionar atención accesible.

El tratamiento basado en internet se centra en aspectos formativos y de autoayuda y puede ayudar a reducir la estigmatización asociada a la búsqueda de atención. Las **intervenciones digitales** que **también incluyen apoyo humano** contribuyen no solo a un uso más regular y a una menor tasa de abandono, sino también a una mayor reducción de los síntomas que las que carecen de apoyo humano. Las intervenciones digitales complementan el encuentro humano directo, no lo sustituyen.



Suiza

Sui SRK es una aplicación de la Cruz Roja suiza ⁽¹²³⁾ para refugiados en Suiza. Es gratuita, está disponible en varias lenguas y combina apoyo, autoayuda sin asistencia e información. Proporciona acceso anónimo a apoyo psicológico y psicosocial a las personas solicitantes de asilo y refugiadas, con y sin problemas de salud mental, que están expuestas a factores de estrés tras la llegada. Su principal objetivo es mejorar la calidad de vida y el bienestar de esas personas.

La **aplicación está dirigida** a las personas solicitantes de asilo y refugiadas de quince años o más que viven en Suiza, independientemente de su situación de residencia, y se centra en las personas con bajo nivel educativo. La aplicación Sui tiene las siguientes características.

- **Diseño centrado en el usuario.** Desarrollo ascendente.
- **Basada en evidencias.** La intervención se basa en contenidos y ejercicios psicoeducativos aplicados con éxito en el grupo destinatario en contextos análogos.
- **Seguridad.** Se concede una gran prioridad a la protección y la seguridad de los datos.
- **Flexibilidad.** El servicio digital puede aplicarse como autoguiado, como intervención independiente y como servicio guiado.
- **Escalabilidad.** La intervención es escalable para diferentes grupos destinatarios y contextos dentro y fuera de Suiza, pues el contenido y la estructura de la plataforma son independientes.

La aplicación está basada en un programa informático de la Universidad Libre de Berlín y contiene nueve módulos con información sobre Suiza (por ejemplo, procedimiento de asilo, situación de residencia, reagrupación familiar, vivienda, sistema sanitario, trabajo o educación). Estos módulos informativos están vinculados a contenidos psicoeducativos de fácil acceso y a ejercicios psicológicos (sobre estrés, audición, sueño, dolor crónico, recursos y regulación de las emociones). Los usuarios también pueden recibir asistencia dentro de la aplicación, y bajo demanda, de guías no especialistas de origen migratorio que hablan la misma lengua que el usuario.

⁽¹²³⁾ Cruz Roja Suiza, «Sui SRK app» («Aplicación Sui SRK», disponible en inglés), disponible en: <https://www.migesplus.ch/en/sui>.

El uso de la inteligencia artificial (IA) en el ámbito de la salud y el bienestar



¿Qué es la IA?

International Business Machines define la IA como sigue:

«La IA aprovecha ordenadores y máquinas para imitar las capacidades de resolución de problemas y toma de decisiones de la mente humana» ⁽¹²⁴⁾.

Según un grupo de expertos de alto nivel que trabaja para la Comisión Europea, el concepto de IA se refiere a sistemas informáticos, ya sean puramente de *software* o combinados con *hardware*:

diseñados por seres humanos que, dado un objetivo complejo, actúan en el mundo físico o digital percibiendo su entorno mediante la adquisición de datos, interpretando los datos estructurados o no estructurados recopilados, razonando sobre el conocimiento derivado de estos datos y decidiendo la(s) mejor(es) acción(es) que se ha(n) de realizar para alcanzar el objetivo dado ⁽¹²⁵⁾.

La IA ha penetrado en nuestra vida diaria (educación, vivienda, recomendaciones sobre servicios en línea, etc.). Las aplicaciones de sistemas de IA también se han hecho más visibles en el ámbito de la migración y la gestión de las personas refugiadas y el asilo. Algunos ejemplos son: a) la identificación biométrica (reconocimiento facial y de impresiones dactilares automatizado), b) la identificación de emociones, c) la evaluación algorítmica de riesgos y d) las herramientas de AI de seguimiento, análisis y previsión de la migración ⁽¹²⁶⁾.



¿Cuáles son las ventajas y las limitaciones de la IA en el ámbito de la salud?

Cada vez se habla más del uso de las tecnologías de la IA en el ámbito de la salud. Algunas personas consideran que la IA es útil para identificar o evaluar problemas de salud mental. Hay proveedores que declaran «poder detectar la depresión con solo escuchar unas frases» y que, para su sorpresa, «la lengua o las palabras pronunciadas no son tan importantes como la manera de hablar» de la persona ⁽¹²⁷⁾. Otros proyectos de investigación se centran en el triaje de diferentes biomarcadores que se recogen y analizan para predecir problemas de salud mental antes de que la persona sea siquiera consciente ⁽¹²⁸⁾ o en el despliegue de la IA con especial atención a la prevención del suicidio, como en el proyecto STOP ⁽¹²⁹⁾. Otro ejemplo es la aplicación Woebot ⁽¹³⁰⁾, que se centra en el apoyo a la salud mental de los adolescentes. La aplicación pretende «reproducir la forma en que los médicos se mueven en una sesión, utilizando un gran diseño conversacional y recurriendo a los teléfonos inteligentes para que los adolescentes participen».

⁽¹²⁴⁾ Véase la definición de IA en IBM, «[What is artificial intelligence?](#)» («¿Qué es la inteligencia artificial?», disponible en inglés), actualizada el 9 de agosto de 2024.

⁽¹²⁵⁾ Comisión Europea, «[A definition of AI: Main capabilities and scientific disciplines – Definition developed for the purpose of the deliverables of the High-Level Expert Group on AI](#)» («Una definición de IA: principales capacidades y disciplinas científicas: Definición elaborada a efectos de los entregables del Grupo de Expertos de Alto Nivel sobre IA», disponible en inglés), Bruselas, 18 de diciembre de 2018.

⁽¹²⁶⁾ Servicio de Investigación del Parlamento Europeo, [Artificial intelligence at EU borders: Overview of applications and key issues](#) («La inteligencia artificial en las fronteras de la Unión Europea: Panorama general de las aplicaciones y cuestiones clave», disponible en inglés), 2021.

⁽¹²⁷⁾ Kesar, G., «[AI Can Now Detect Depression From Your Voice, And It's Twice As Accurate As Human Practitioners](#)» («Ahora la IA puede identificar la depresión a partir de la voz, y es dos veces más precisa que los seres humanos especialistas», disponible en inglés), *Forbes*, 2021.

⁽¹²⁸⁾ Bello, C., «[Scientists are using fitness trackers and AI to detect depression with '80 % accuracy'](#)» («La ciencia está utilizando dispositivos de seguimiento físico e IA para identificar la depresión con una "precisión del 80 %"», disponible en inglés), *Euronews*, 22 de octubre de 2022.

⁽¹²⁹⁾ Mariscal, S., «[How AI and mental health combined could prevent depression](#)» («Cómo la combinación de la IA y la salud mental podría prevenir la depresión»), *Neuroons*, 2021.

⁽¹³⁰⁾ La aplicación está disponible en: <https://woebothealth.com/>.

Sin embargo, también hay voces críticas sobre el uso de la IA en apoyo a la salud mental. Estas voces sugieren que «la urgencia de la crisis no nos ha de inducir a aceptar una solución de menor calidad, o una solución que no funcione» ⁽¹³¹⁾.

La IA como herramienta útil para la salud mental se centra en tres factores principales:

- ▶ la falta de acceso a profesionales de la salud mental y de disponibilidad de estos (en términos de distancia);
 - ▶ la falta, en algunos casos, de una atención de calidad constante y asequible para la mayoría de las personas necesitadas;
 - ▶ la estigmatización de las personas afectadas por problemas de salud mental y sus familias, a veces incluso en el seno de su propia sociedad y entre sus familiares.
- Algunas personas se sienten más cómodas hablando con una máquina, pues es menos probable que la atención que reciban muestre prejuicios o discriminación, como podría ocurrir con un ser humano.

Aunque se podría sugerir que ofrecer atención psicológica virtual a las personas vulnerables es mejor que no ofrecerles ninguna forma de terapia, existe una preocupación real de que en el futuro algunos países «se conformen» con este servicio y reduzcan el número de profesionales de la salud mental desplegados. Este enfoque puede cambiar el marco del apoyo a la salud mental de los refugiados, de modo que la nueva norma mínima pase a ser la oferta de asistentes virtuales de psicoterapia, lo que podría impedir que algunos refugiados reciban un apoyo más sólido, cuando aún no se ha evaluado la eficacia real de este tipo de apoyo.

Es importante tener en cuenta que algunos problemas de salud mental a los que se enfrentan las personas solicitantes podrían provenir de la **falta de contacto humano** durante el internamiento previo a la llegada ⁽¹³²⁾ o de otros acontecimientos perturbadores y traumáticos experimentados a lo largo del proceso de migración. El contacto humano desaparece por completo si nos centramos exclusivamente en la tecnología. Dar una apariencia más humanizada a la tecnología para superar estas preocupaciones no sería válido ⁽¹³³⁾.

En cuanto a la estigmatización, por lo general la sensibilización y la psicoeducación pueden ayudar a reducir el riesgo de padecerla y, en consecuencia, reducir la necesidad de recurrir a asistentes virtuales.



La IA podría tener ventajas, en particular en lo que se refiere al estrés y a las necesidades psicológicas derivadas de la falta de servicios humanos reales. Durante la pandemia de COVID-19, el acceso a la familia, los amigos y los servicios mediante el uso de la tecnología fue extremadamente útil para muchos.

Sin embargo, el contacto humano no puede ni debe sustituirse por un enfoque tecnológico en un sentido amplio ⁽¹³⁴⁾. Conviene recordar el impacto que el aislamiento puede tener en las personas y en su salud mental. Pensemos en la pandemia de COVID-19 como un ejemplo reciente. El **contacto físico y humano** y la **conexión son pilares reales fundamentales** para la salud mental y el bienestar de cualquier persona, incluidas las personas solicitantes.

⁽¹³¹⁾ Browne, G., «[The problem with mental health bots](#)» («El problema de los asistentes virtuales de salud mental», disponible en inglés), *Wired*, 2022.

⁽¹³²⁾ El proyecto ChildMove, Derluyn, I., Orsini, G., Adeyinka, S., Behrendt, M., et al., [The impact of flight experiences on the mental health of unaccompanied minors on the move](#) («El impacto de las experiencias de huida en la salud mental de los y las menores no acompañados en tránsito», disponible en inglés), 2022. El informe abarca entrevistas con menores no acompañados desplazados sobre su SMB.

⁽¹³³⁾ Meyer, N., Hammerschmidt, M., y Weiger, W., «[AI and the Vulnerable](#)» («La IA y las personas vulnerables», disponible en inglés), 2022.

⁽¹³⁴⁾ ACNUR, [Designing Safe Digital Mental Health and Psycho-Social Support \(MHPSS for Displaced and Stateless Adolescents\)](#) [«Diseño de servicios digitales seguros de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) para adolescentes desplazados y apátridas», disponible en inglés], 2023.



Como se indica en la sección sobre la comunidad (consulte [Intervenciones basadas en la comunidad](#)), en la mayoría de los casos unas plataformas sencillas y rentables para que las personas solicitantes se comuniquen e interactúen (por ejemplo, espacios adaptados a la infancia o espacios seguros para las mujeres y las niñas), combinadas con la rutina diaria y el apoyo psicosocial básico, pueden servir de apoyo a la SMB y reducir el riesgo de deterioro de los trastornos, lo que hace que **los sistemas de IA sean redundantes**. Por último, será crucial evaluar caso por caso si la IA puede ser la tecnología adecuada para apoyar a una población o persona vulnerable durante un período determinado. Al utilizar la IA, las autoridades deben tener en cuenta las siguientes consideraciones básicas ⁽¹³⁵⁾:

- ▶ sopesar los beneficios y los riesgos. En general, si es posible, evitar la IA y reforzar las iniciativas de apoyo comunitario;
- ▶ utilizar sistemas de IA basados en el contexto;
- ▶ incluir a las comunidades locales en las iniciativas de IA previstas, para que comprendan mejor por qué se utilizan;
- ▶ implantar sistemas de auditoría algorítmica.

La falta de garantías claras en el despliegue de la IA y el posible (ab)uso de la información personal y sanitaria compartida en línea pueden ser devastadores para determinados grupos vulnerables, como los solicitantes de protección internacional que llegan a Europa.

⁽¹³⁵⁾ Digital Humanitarian Network e informe de Wright, J., y Verity, A., [Artificial Intelligence Principles for Vulnerable Populations in Humanitarian Contexts](#) («Principios de inteligencia artificial para poblaciones vulnerables en contextos humanitarios», disponible en inglés), 2020.



Psicoeducación



¿Qué es la psicoeducación?

La educación implica que una persona «aprenda» lo que se ha compartido y esté capacitada para utilizar la información compartida y los conocimientos adquiridos. Por lo tanto, la psicoeducación (como la educación sanitaria) consiste en **aprender, comprender y ser consciente** de lo que puede afectar negativamente a la salud y el bienestar de las personas y cómo reforzar la resiliencia. También ayuda a comprender cómo pueden el cuerpo, la mente y las emociones verse afectados por diferentes tensiones o factores de estrés, y puede proporcionar técnicas sencillas de autoayuda (por ejemplo, ejercicios de relajación para reducir la sensación de estrés).



¿Por qué poner en marcha actividades psicoeducativas?

En general, cuantos más conocimientos e información posea una persona, más capacidad tendrá de tomar decisiones saludables y de afrontar con éxito las situaciones adversas. Esto también se cumple con las personas solicitantes. La psicoeducación da a las personas solicitantes acceso a información sobre un tema determinado, como el sueño, el estrés o similares. Al mismo tiempo, las ayuda a traducir las técnicas y la información recibidas en acciones para abordar y tratar sus problemas. La psicoeducación refuerza la alfabetización en salud mental de las personas.



La alfabetización en salud mental permite:

- reconocer problemas de salud mental;
- conocer y comprender los factores y las causas del riesgo;
- tener conocimientos sobre las intervenciones de autoayuda;
- ser consciente de la ayuda profesional que hay disponible, comprenderla y saber acceder a ella;
- adoptar actitudes que ayuden al reconocimiento y la búsqueda de ayuda adecuada;
- saber buscar información adecuada sobre salud mental ⁽¹³⁶⁾.

Las personas solicitantes pueden haber estado expuestas a muchos factores de estrés en su país de origen, durante el viaje (por ejemplo, violencia o separación de los seres queridos) o en las diferentes fases del proceso de asilo y acogida (por ejemplo, pérdida de apoyo social, discriminación). Tener acceso a información precisa y fiable sobre la salud mental desde el momento de la llegada, adaptada a las necesidades individuales, puede favorecer la alfabetización en materia de salud mental y constituye una medida preventiva.



¿Quién desarrolla las actividades psicoeducativas?

La psicoeducación puede ser impartida por personal de primera línea que entienda las necesidades básicas y los posibles efectos del estrés psicológico prolongado (y el trauma) en la salud mental y el bienestar. Estos profesionales pueden reconocer algunos de los signos ⁽¹³⁷⁾, responder adecuadamente a las personas solicitantes que experimentan problemas de salud mental, proporcionarles apoyo empático y sin prejuicios, remitirlas a profesionales de la salud mental si es necesario y vincularlas a la atención y la gestión de casos cuando proceda (para más información, consulte la sección [Acceso a la atención](#)).



¿Quién puede beneficiarse de la psicoeducación?

La psicoeducación es útil para cualquier persona. Para las personas solicitantes, la psicoeducación puede ser especialmente importante, ya que pueden estar experimentando problemas de salud mental relacionados con sus experiencias de desplazamiento forzado, trauma y reasentamiento. Al proporcionar a las personas solicitantes información

- sensible desde el punto de vista cultural;
- lingüísticamente adecuada; y
- basada en datos empíricos sobre la salud mental,

el personal que trabaja en primera línea puede ayudarlas a comprender sus experiencias y, en consecuencia, a gestionar mejor su salud mental y su bienestar. También puede ayudar a reducir la estigmatización en torno a las enfermedades mentales y las vulnerabilidades relacionadas y animar a las personas solicitantes a buscar el apoyo que necesitan. En consecuencia, la psicoeducación puede fomentar la autorrevelación.

⁽¹³⁶⁾ Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., et al., «[“Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment](#)» («Alfabetización en salud mental”: estudio de la capacidad del público de reconocer los trastornos mentales y sus creencias sobre la eficacia del tratamiento», disponible en inglés), *The Medical Journal of Australia*, vol. 166, n.º 4, 1997, pp. 182-6; Canberra Health Literacy Hub, «[Mental health literacy](#)» («Alfabetización en salud mental», disponible en inglés), consultado el 12 de septiembre de 2024.

Garantizar la psicoeducación básica al personal que trabaja para las administraciones en diferentes capacidades, pero también a los asesores legos y a la comunidad solicitante, puede crear una conciencia más amplia de cómo prevenir los problemas de salud mental y fomentar el bienestar.



Cómo conseguir que el personal desarrolle la psicoeducación de manera eficaz

Las capacidades y los conocimientos adicionales beneficiarán a las personas que desarrollan la SMAPS ⁽¹³⁸⁾ y al personal que proporciona información sobre temas relacionados con la salud física y mental o que participa en la psicoeducación. Todos ellos los necesitarán. El personal que trabaja en primera línea debe recibir formación sobre los temas siguientes:

- **Apoyo inicial**, y cómo identificar las necesidades básicas y los problemas de salud mental; remisión a recursos adecuados; sensibilidad cultural y atención basada en traumas. El **apoyo inicial** puede incluir la educación y la asignación directa de recursos a las personas solicitantes, para ayudarlas a comprender y gestionar mejor su SMB (véanse, a continuación, las prácticas prometedoras), así como la escucha activa, la capacidad de llevar a cabo intervenciones en caso de crisis ⁽¹³⁹⁾ y la gestión de las remisiones a los servicios adecuados. Los mecanismos de remisión deben formar parte de un protocolo interno de la organización.
- Reconocimiento de los **signos y síntomas básicos** de problemas de salud mental, como ansiedad, depresión y psicosis, para ayudar a identificar a las personas solicitantes que puedan necesitar apoyo en materia de salud mental. También son importantes los conocimientos sobre la remisión de las personas solicitantes a un apoyo formal o informal adecuado, como consejeros u organizaciones comunitarias (consulte también la sección **Solicitantes que presentan un trastorno de salud mental**).
- **Sensibilidad cultural** ⁽¹⁴⁰⁾, crucial para garantizar un apoyo fiable a las personas solicitantes y comprender cómo pueden afectar los factores culturales a su salud mental.
- **Atención sensible al trauma** ⁽¹⁴¹⁾, con consejos sobre qué hacer y qué abstenerse de hacer para reconocer el impacto de las experiencias traumáticas en la salud mental y crear un entorno seguro y empoderador para las personas que buscan atención.
- **Consideración de la interseccionalidad de las vulnerabilidades**, que es fundamental, por ejemplo, en relación con la intersección entre la salud mental y los problemas de consumo de drogas.

Es importante reforzar la capacidad del personal de primera línea mediante la formación ⁽¹⁴²⁾.

⁽¹³⁷⁾ EUAA, «[Psychological First Aid Video](#)» («Véase sobre primeros auxilios psicológicos», disponible en inglés), YouTube, 2023, y las [instrucciones](#) que lo acompañan.

⁽¹³⁸⁾ IASC, [The mental health and psychosocial support minimum service package](#) («El paquete de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial», disponible en inglés), 2022.

⁽¹³⁹⁾ EASO, [Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte II. Caja de herramientas para el bienestar del personal](#), 2021, sección 3.3: «Intervenciones de apoyo específicas vinculadas a incidentes críticos», y anexos 9 a 12.

⁽¹⁴⁰⁾ Para más información, véase EUAA, [Salud mental y bienestar de los solicitantes de protección internacional – Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial](#), 2024, sección 3: «Sensibilidad y competencia culturales».

⁽¹⁴¹⁾ Los principios de la atención sensible al trauma incluyen promover la seguridad física y psicológica de los solicitantes, hacer hincapié en la importancia de las relaciones y de la disponibilidad de tiempo para generar confianza, proporcionar apoyo entre iguales y fomentar la colaboración entre el solicitante potencialmente afectado, su familia y el personal de primera línea. Fomentar la capacidad de acción y la interseccionalidad es fundamental. Consulte también el capítulo 2 de: Miller, K. K., Brown, C. R., Shramko, M., y Svetaz, M. V., «[Applying trauma-informed practices to the care of refugee and immigrant youth: 10 clinical pearls](#)» («Aplicación de prácticas sensibles al trauma al cuidado de personas refugiadas e inmigrantes jóvenes: diez perlas clínicas», disponible en inglés), *Children* (Basilea), vol. 6, n.º 8, 2019, p. 94.

⁽¹⁴²⁾ Para obtener una lista de cursos de formación y opciones de desarrollo de capacidades, consulte EUAA, [Salud mental y bienestar de los solicitantes de protección internacional – Parte I. Configuración de un sistema de asilo basado en consideraciones de salud mental y bienestar – Para la alta dirección](#), 2024, anexo 4.



La alfabetización en salud mental es una consideración importante. Por lo tanto, la psicoeducación debe tenerse en cuenta en **los cuatro niveles** de la pirámide de SMAPS. Cuando se identifica a personas solicitantes con necesidades específicas durante actividades psicoeducativas (por ejemplo, personas solicitantes con problemas de consumo de drogas), deben derivarse a recursos internos o externos, en particular al apoyo especializado cuando proceda (nivel 4 de la pirámide de SMAPS). Normalmente, esto se hace con el consentimiento de la persona solicitante, siempre que no suponga un peligro para ella misma o para otras personas.



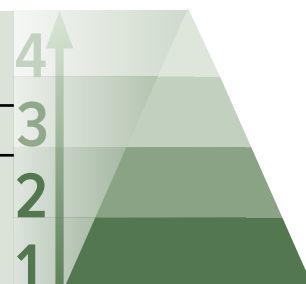
Las personas solicitantes con necesidades psicosociales y de salud mental específicas también pueden ser identificadas durante las actividades psicoeducativas. Para evitar remisiones prematuras a tratamientos, siga un enfoque de atención escalonada ⁽¹⁴³⁾. Este enfoque garantiza que la atención en salud mental proporcionada se ajuste a las necesidades reales de la persona solicitante, identificadas mediante una evaluación de la vulnerabilidad o de las necesidades especiales. La atención prestada puede abarcar todo el espectro de intervenciones, como:

- autoayuda;
- intervenciones de baja intensidad, como medidas de apoyo comunitario o apoyo psicosocial digital;
- atención especializada personalizada.

Este enfoque promueve una atención centrada en la persona solicitante y adopta el principio de utilizar la opción de tratamiento menos intensiva, prestando una atención especial a las necesidades reales de la persona solicitante. Las necesidades pueden cambiar. Si este es el caso, las medidas y el tratamiento que se apliquen deberán cambiar en consecuencia.

Consulte también la [*Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial*](#), sección: «Despliegue de la psicoeducación».

⁽¹⁴³⁾ WA Primary Health Alliance, «[WA Primary Health Alliance: Mental Health Framework](#)» («Alianza de Atención Primaria de Australia Occidental: Marco de referencia sobre salud mental», disponible en inglés), 2020.



Prácticas prometedoras y material de apoyo

Las actividades psicoeducativas pueden llevarse a cabo en todos los niveles de la pirámide de SMAPS. Para garantizar la prevención o mitigar los riesgos de deterioro de una afección, debe considerarse la posibilidad de ofrecer actividades psicoeducativas significativas en los niveles 1 y 2.

Las personas solicitantes que sufren trastornos psicológicos pueden beneficiarse de la psicoeducación. Pueden utilizarse diferentes formatos. Véanse los **tres formatos** siguientes a modo de ejemplo:

- A. **Psicoeducación en grupo.** El personal formado informa en grupo sobre enfermedades mentales, opciones de tratamiento y recursos disponibles. Estas sesiones pueden ser presenciales o virtuales y pueden adaptarse según la población o una preocupación específica. También se puede formar a la comunidad solicitante e implicarla proactivamente en la organización de actividades psicoeducativas entre iguales, por ejemplo, mediante reuniones periódicas en centros comunitarios.
- B. **Psicoeducación individual.** El personal de primera línea con formación en asesoramiento puede trabajar individualmente con personas con problemas de salud mental para prestarles apoyo y derivarlas a servicios adicionales centrados en determinadas necesidades. Como parte de estas sesiones de asesoramiento, se puede impartir psicoeducación para ayudar a las personas solicitantes a afrontar mejor su situación.
- C. **Productos de autoayuda para las personas solicitantes.** El personal que trabaja en primera línea y la comunidad de solicitantes pueden proporcionar materiales impresos, como folletos, prospectos o fichas informativas, que proporcionen información sobre las afecciones mentales y las opciones de tratamiento (incluidas herramientas en línea), pero también sobre cómo evitar, en primer lugar, que las afecciones aparezcan o que empeoren.

El material también puede distribuirse durante las sesiones de psicoeducación en grupo A) e individual B), y debe incluir, cuando proceda, cuestiones transversales, como el consumo de drogas y la automedicación, los pensamientos suicidas, las experiencias de abuso sexual o relacionadas con SOGIESC diversa y técnicas de reducción del estrés y de relajación. En función del contexto, las técnicas introducidas en el material informativo pueden practicarse y debatirse conjuntamente (en grupo o individualmente) para una mejor comprensión.

Ejemplo A: esfuerzos en psicoeducación en grupo



Mindfit ⁽¹⁴⁴⁾ es una intervención desarrollada en los Países Bajos que se centra en la psicoeducación en una fase temprana y tiene por objeto reforzar la salud mental y las habilidades psicosociales, y capacitar a los participantes. Las sesiones son interactivas y prestan atención a las habilidades, como la capacidad de reconocer (signos de) problemas de salud mental y aprender a hacer frente al estrés.

Mind-Spring ⁽¹⁴⁵⁾ es un programa de psicoeducación en grupo, por y para personas solicitantes de asilo y refugiadas que se presenta en la lengua materna de las personas participantes. La persona que lo dirige siempre es de origen refugiado o inmigrante. No es un programa curativo, sino preventivo. Algunos ejemplos de temas tratados son la reacción natural ante una situación anómala, el estrés y sus síntomas, y el círculo vicioso de cómo afrontar el estrés, la pérdida y el duelo. A este respecto, consulte también la organización benéfica con sede en el Reino Unido llamada **Oasis** ⁽¹⁴⁶⁾, cuyo principal objetivo es apoyar la integración de las personas refugiadas y solicitantes de asilo. Consulte asimismo el manual creado por el Consejo Danés para los Refugiados centrado en MindSpring ⁽¹⁴⁷⁾.

⁽¹⁴⁴⁾ Sitio web de Mindfit: <https://www.mindfit.nl/>, consultado el 10 de septiembre de 2024.

⁽¹⁴⁵⁾ ARQ es un centro nacional de psicotrauma con sede en los Países Bajos, cuyo objetivo es ayudar a las personas, las organizaciones y las sociedades a minimizar el impacto psicosocial de los acontecimientos traumáticos. Véase, en particular, ARQ, «**Mind Spring – Preventative intervention for and by refugees**» («Mind Spring: Intervención preventiva para y por personas refugiadas», disponible en neerlandés), desde 2004.

⁽¹⁴⁶⁾ Para más información sobre las actividades de los grupos psicoeducativos preventivos, véase OasisCardiff, «**Mind-Spring**», consultado el 19 de agosto de 2024.

⁽¹⁴⁷⁾ Consejo Danés para los Refugiados, **Manual – MindSpring for Young Adults, Group activities for and with refugee young adults: a preventative health resource** («Manual: MindSpring para jóvenes adultos. Actividades grupales para y con personas jóvenes adultas refugiadas: un recurso de salud preventiva», disponible en inglés), 2021.

Ejemplo B: esfuerzos en psicoeducación individual

El proyecto **ALIN** (taller, lengua, inclusión y nuevas tecnologías) (Luxemburgo) «se dirige a las personas beneficiarias de protección internacional que sufren estrés psicológico y a las personas supervivientes de la TSH. El proyecto propone actividades que pueden ayudar a las personas traumatizadas a evitar patrones de pensamiento autodestructivos, mejorar la creatividad y restablecer la autoestima» ⁽¹⁴⁸⁾.

De Kracht van Gedachten - vluchtelingen ⁽¹⁴⁹⁾ («El poder de los pensamientos – refugiados») es un módulo de cuatro reuniones basado en una terapia racional emotiva. La persona toma conciencia de la influencia que tienen los pensamientos (negativos) en su propio estado de ánimo y aprende a pensar de forma más saludable. Al pensar de forma más realista, se siente más fuerte y puede afrontar mejor los problemas.

Ejemplo C: productos de autoayuda para las personas solicitantes

Las herramientas de autoayuda de la **EUAA** para progenitores, hijos, hijas y apoyo entre iguales ⁽¹⁵⁰⁾ comprenden tres libros de bolsillo dirigidos a las personas solicitantes. Proporcionan consejos y recordatorios sobre cómo reconocer el estrés psicológico y apoyar mejor a los progenitores, los hijos e hijas, y los amigos y amigas que se encuentran en esta situación. Estos libros se complementan con instrucciones para el personal de primera línea sobre cómo utilizar la serie de bolsillo durante las sesiones de sensibilización como parte del apoyo individual o grupal.

Autoayuda para personas supervivientes de traumas: un método de relajación muy eficiente (cinco minutos) aplicable hasta que se disponga de atención profesional, llamado **técnica tapping («golpecitos») para el trauma** ⁽¹⁵¹⁾.

Los **ejercicios de respiración y relajación** ⁽¹⁵²⁾ pueden responder a necesidades específicas reduciendo la activación fisiológica. Pueden ayudar a las personas solicitantes con altos niveles de ansiedad.

Ayuda para hacer frente a pensamientos intrusivos y reacciones emocionales intensas mediante el uso de **herramientas de relajación** ⁽¹⁵³⁾ en diferentes lenguas.

Sanadak ⁽¹⁵⁴⁾ es una intervención interactiva de autoayuda para personas refugiadas. Se trata de un sitio web en árabe optimizado para dispositivos móviles que puede utilizarse en cualquier teléfono inteligente.

Estrategias de autoasistencia ⁽¹⁵⁵⁾ de la OIM, dirigidas principalmente a los solicitantes sirios varones en Alemania. La **herramienta de autoayuda sobre el insomnio y las preocupaciones** ⁽¹⁵⁶⁾ puede ser utilizada por las propias personas afectadas y ayuda a las personas solicitantes a comprender por qué el estrés psicológico puede afectar a la salud física y mental y al bienestar. Se centra en los patrones de sueño (insomnio) y en cómo abordar el problema.



Países Bajos

El proyecto **Bamboo** ⁽¹⁵⁷⁾ es un programa de prevención de la salud mental para que las personas solicitantes de asilo aprendan a mejorar su propia resiliencia, a reconocer el estrés y los problemas psicológicos y a pedir ayuda profesional. El programa **no se centra en el tratamiento de traumas**, trastornos mentales o problemas subyacentes, sino que pretende mejorar factores como las fortalezas personales, las emociones positivas, las relaciones positivas y la autoestima.

⁽¹⁴⁸⁾ Cruz Roja Europea, «[Healing by doing – promoting mental health among beneficiaries of international protection](#)» («Sanar haciendo: promoción de la salud mental entre las personas beneficiarias de protección internacional», disponible en inglés), consultado el 19 de agosto de 2024.

⁽¹⁴⁹⁾ GGNet, «[De Kracht van Gedachten - vluchtelingen](#)» («El poder de los pensamientos – refugiados», disponible en neerlandés), consultado el 19 de agosto de 2024.

⁽¹⁵⁰⁾ EUAA, [Instrucciones para el personal de acogida que trabaja en primera línea acerca de la distribución de material psicoeducativo sobre estrés psicológico para progenitores y menores](#), 2023.

⁽¹⁵¹⁾ Self-help for trauma, «[Benefits of Self Tapping](#)» («Beneficios del autotapping», disponible en inglés), consultado el 19 de agosto de 2024.

⁽¹⁵²⁾ Care4refugees ofrece ejercicios de respiración disponibles en: <https://www.care4refugees.com/relax.html>.

⁽¹⁵³⁾ Grupo para la Abolición de la Mutilación Sexual Femenina (Bélgica), «[A relaxation tool](#)» («Una herramienta de relajación», disponible en inglés), consultado el 19 de agosto de 2024.

⁽¹⁵⁴⁾ La aplicación Sanadak «I'll call you» («Te llamaré») está disponible en inglés, árabe y alemán en: <https://www.sanadak.de/>.

⁽¹⁵⁵⁾ OIM, [Flowers and stones: Self-Care Handbook for Syrian Men in Germany](#) («Flores y piedras: Manual de autoasistencia para hombres sirios en Alemania», disponible en inglés), 2021. El manual se basa en las experiencias de los hombres sirios que viven en Alemania, complementadas con las perspectivas de sus hermanas, madres, esposas e hijas.

⁽¹⁵⁶⁾ Agentschap Integratie & Inburgering, [Poor sleep, worry and stress – A guide for people with a migration background](#) («Insomnio, preocupación y estrés: guía para personas de origen migratorio», disponible en inglés y neerlandés), septiembre de 2019.

⁽¹⁵⁷⁾ GZA («Atención sanitaria para los solicitantes de asilo»), «[Bamboo project](#)» («Proyecto Bamboo», disponible en inglés), sitio web de GZAsielzoekers, 1 de enero de 2020 - en curso.



5

Intervenciones basadas en la comunidad



¿Qué son los enfoques comunitarios y basados en la comunidad?

«Lo que hace de la comunidad una forma única de sistema humano es la **diversidad** de los elementos que la componen» ⁽¹⁵⁸⁾. Las comunidades no son construcciones estables, pues evolucionan continuamente. En el contexto de la migración, las personas que forman las comunidades son portadoras de una riqueza de diferencias y similitudes en términos de experiencias, «género, antecedentes socioculturales, capacidad física y mental, etnia, lengua y religión o fe» ⁽¹⁵⁹⁾. Todos estos elementos pueden considerarse un **recurso** de apoyo a la SMB de los miembros de la comunidad. El enfoque basado en la comunidad aprovecha la participación de los miembros de la comunidad en diferentes formatos y con diferentes objetivos.

El **enfoque basado en la comunidad** es una forma participativa e integradora de **trabajar en asociación** con la comunidad solicitante durante **todas** las fases del proceso de asilo y acogida y en **todas** las fases de un programa: evaluación de las necesidades, identificación de los problemas y los objetivos, establecimiento de prioridades, diseño, ejecución, seguimiento y evaluación. La implicación y la participación pueden ser proactivas, lo que significa que los miembros de la comunidad intervienen en la planificación y el diseño de las actividades y pueden iniciar y dirigir actividades que consideren útiles para ellos. Los miembros de la comunidad también pueden participar en las actividades planificadas, desarrolladas y ofrecidas por las autoridades en colaboración con diferentes socios.

⁽¹⁵⁸⁾ OIM y USAID, *Manual sobre salud mental y apoyo psicosocial de base comunitaria en emergencias y desplazamiento, segunda edición*, 2022, p. 323.

⁽¹⁵⁹⁾ Bedson, J., y Abramowitz, S., UNICEF, *Minimum quality standards and indicators for community engagement* («Estándares mínimos de calidad e indicadores para la participación comunitaria», disponible en inglés), 2020, p. 6.



¿Por qué es útil el enfoque basado en la comunidad para la SMB?

Un enfoque basado en la comunidad aporta una amplia gama de beneficios. Puede ayudar a las comunidades a prevenir los problemas sociales y a abordar directamente los que surjan ⁽¹⁶⁰⁾ de forma independiente, y en particular a responder a determinadas preocupaciones de una forma culturalmente adecuada en lugar de contar solo con agentes externos, como los servicios prestados por las autoridades.

Por lo tanto, la adopción de un enfoque basado en la comunidad puede contribuir a lo siguiente:

Empoderamiento comunitario: proceso por el que las personas recuperan el control sobre sus vidas y que puede fomentar la eficacia colectiva ⁽¹⁶¹⁾.

Sentido de comunidad: actúa positivamente como determinante de la salud física y mental y es «una actitud de vinculación, o confianza mutua y pertenencia, con otros miembros del propio grupo o localidad» ⁽¹⁶²⁾ y una sensación de no estar solo. Como tal, puede ayudar a prevenir el aumento del estrés psicológico, el mal funcionamiento psicológico y las enfermedades mentales. Por último, la conexión social puede ofrecer a las personas apoyo social y psicológico ⁽¹⁶³⁾.

Además, el **sentido de comunidad** y la mejora de las **relaciones comunitarias** pueden actuar como **factores de protección** para las personas que ya se enfrentan a enfermedades mentales, pues ⁽¹⁶⁴⁾:

- ▶ proporcionan calor emocional y conexión;
- ▶ contribuyen a que la persona sienta que es miembro de su comunidad, que influye en ella y está influido por ella;
- ▶ ayudan a la persona a cubrir sus necesidades físicas y psicológicas mediante los recursos existentes (por ejemplo, celebraciones tradicionales o líderes comunitarios).

El enfoque basado en la comunidad también fomenta la **participación de los miembros de la comunidad**, que pueden apoyar la ejecución, la adopción y el alcance satisfactorios de programas centrados en la salud y el bienestar. Es probable que la participación de la comunidad restablezca el sentido de pertenencia de las personas solicitantes ⁽¹⁶⁵⁾ e influya en los procesos de toma de decisiones que afectan a sus vidas. Como tal, permite a los miembros de la comunidad ser agentes de su propio desarrollo y desplegar su propio potencial. Este enfoque permite una mayor comprensión del contexto sociocultural. Al mismo tiempo, puede reducir las necesidades de coordinación por parte de las autoridades y, a largo plazo, también las necesidades de recursos humanos y financieros, pues determinadas actividades son más fuertes cuando están dirigidas por la comunidad.

⁽¹⁶⁰⁾ Ver nota 160, p. 9.

⁽¹⁶¹⁾ OMS, «**Promoción de la salud, Vía 1: Empoderamiento de la comunidad**», consultado el 2 de septiembre de 2024.

⁽¹⁶²⁾ Offutt, D., «Reviving the Rules, Roles, and Rituals Of Resiliency» («Revitalizar las normas, las funciones y los rituales de la resiliencia», disponible en inglés), Theses and Dissertations, Curriculum and Instruction. 32, 2020, p. 60, https://uknowledge.uky.edu/edc_etds/32; McMillan, D. W., y Chavis, D., «Sense of community: a definition and theory» («Sentido de comunidad: definición y teoría», disponible en inglés), *Journal of Community Psychology*, vol. 14, n.º 1, 1986, pp. 6-23.

⁽¹⁶³⁾ Kim, E. S., y Kawachi, I., «Perceived neighbourhood social cohesion and preventive healthcare use» («Cohesión social percibida en el entorno y uso de la atención sanitaria preventiva», disponible en inglés), *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 53, n.º 2, 2017, pp. 35-40.

⁽¹⁶⁴⁾ Terry, R., Townley, G., Brusilovskiy, E., y Salzer, M. S., «The influence of sense of community on the relationship between community participation and mental health for individuals with serious mental illnesses» («La influencia del sentido de comunidad en la relación entre la participación comunitaria y la salud mental de las personas con enfermedades mentales graves», disponible en inglés), *American Journal of Community Psychology*, vol. 47, n.º 1, 2019, pp. 163-175.

⁽¹⁶⁵⁾ Unicef, *Operational guidelines on community based – Community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families (field test version)* («Directrices operativas. Salud mental y apoyo psicosocial basados en la comunidad en situaciones humanitarias: apoyo en tres niveles para los niños y las niñas y sus familias (versión de prueba sobre el terreno)», disponible en inglés), 2020.

Al **ampliar los recursos** que ya existen en una comunidad, se ponen de relieve la resiliencia y la capacidad de acción de esta. Eso aumenta las perspectivas de sostenibilidad de cualquier intervención y abre la posibilidad de que la comunidad se apropie de las mejoras logradas. La participación directa de los miembros de la comunidad en actividades que les permiten adquirir nuevas capacidades también proporciona una sensación de «normalidad»: las personas solicitantes se dedican a cuidar de sí mismas y de otras personas como solían hacer antes de verse obligadas a huir.



Cómo desplegar o mejorar el enfoque basado en la comunidad

El **enfoque basado en la comunidad** está vinculado principalmente a los **niveles 1 y 2 de la pirámide de SMAPS**. Requiere comprender y tener en cuenta diversos elementos: la dinámica comunitaria y de género; los riesgos relacionados con la protección; los recursos y los puntos fuertes de la comunidad, y en particular el conocimiento de las personas solicitantes que pertenecen a un determinado grupo cultural, social o educativo (por ejemplo, las menos representadas y las más vulnerables) y los miembros que podrían ser agentes de cambio; y la manera de aprovechar las capacidades, las habilidades y los recursos de las personas solicitantes para mantener la SMB teniendo en cuenta, de manera adecuada, la cultura, la edad y el género. Para poder poner en marcha un enfoque basado en la comunidad es necesaria una auténtica interacción con ella.

Las intervenciones de apoyo basadas en la comunidad también pueden desempeñar un papel crucial en el tratamiento y la recuperación de las personas solicitantes que necesitan atención específica y especializada (**niveles 3 y 4 de la pirámide de SMAPS**). Consulte también la sección [Prácticas prometedoras y material de apoyo](#).



¿A quién va dirigido el enfoque basado en la comunidad?

Este enfoque presta especial atención a las personas vulnerables ⁽¹⁶⁶⁾, como las personas de edad avanzada, las personas con discapacidad, los niños y niñas no acompañados, las mujeres y las personas con problemas de salud mental, pero también a los grupos infrarrepresentados o marginados y a aquellos que no tienen el mismo acceso a la atención o son difíciles de alcanzar.

A menudo las necesidades de los grupos vulnerables, marginados e infrarrepresentados se solapan con las de la comunidad en general. Los distintos enfoques para llegar a cada comunidad deben coexistir y verse reforzados por cualquier planteamiento dirigido a la comunidad en general.



- Incluya a la comunidad desde el primer momento de la intervención o el programa (por ejemplo, en la evaluación de necesidades).
- Identifique y analice en profundidad las necesidades y prioridades de la comunidad tal como las perciben sus miembros. La toma de decisiones relacionadas con las intervenciones debe basarse en datos holísticos y contrastados.
- El diseño y la ejecución de las intervenciones deben estar directamente relacionados con las necesidades, las expectativas y los resultados preferidos por la comunidad.
- Adapte las intervenciones a las características de cada contexto, y en particular a los recursos y las limitaciones relacionados con el contexto.
- No incluir a todos los grupos que residen en una comunidad y no tener en cuenta sus situaciones y necesidades particulares puede dar lugar a un aumento de la discriminación y la exclusión social, lo que, a su vez, puede incrementar la vulnerabilidad de algunos grupos específicos y conducir a su explotación. Por lo tanto, todos los grupos comunitarios deben estar representados en todas las fases de las intervenciones. Preste atención, en particular, a la representación de los grupos vulnerables.
- La participación de las comunidades locales o de acogida en actividades adaptadas fomenta la integración y una mejor comprensión mutua y reduce la posible estigmatización.
- Los enfoques basados en la comunidad y las prácticas inspiradoras se centran principalmente en la estancia en acogida y en el proceso de integración. Sin embargo, también existen ejemplos de enfoques basados en la comunidad en la fase de retorno ⁽¹⁶⁷⁾.

⁽¹⁶⁶⁾ No todas las personas con necesidades específicas son vulnerables. Una persona con discapacidad física puede necesitar el uso de una silla de ruedas. Una vez que se le ha facilitado la silla de ruedas, puede desplazarse, y la necesidad queda satisfecha. En cambio, una persona de edad avanzada puede tener necesidades relacionadas con la edad y, en general, puede ser más vulnerable, aunque no tenga una necesidad especial particular.

⁽¹⁶⁷⁾ OIM, *Voluntary Return and Reintegration: Community-Based Approaches* («Retorno voluntario y reintegración: enfoques basados en la comunidad», disponible en inglés), 2018.



Prácticas promotoras y material de apoyo

Participación activa de la comunidad solicitante en el diseño del programa

Para permitir un despliegue significativo de las actividades de SMAPS, pregunte a las personas solicitantes cuáles son sus necesidades y pídale su opinión sobre cómo abordarlas. La labor centrada en la salud mental requiere que se trate cuidadosamente cualquier posible estigmatización.

Participación de la comunidad y evaluación de necesidades

Evaluación de la situación. Las personas que trabajan en primera línea organizan, cuando procede, debates en grupos temáticos con diversos grupos de solicitantes para comprender los siguientes puntos:	
Ejemplos de preguntas	Salvaguardias y medidas que deben adoptarse
• ¿Cuáles son las principales necesidades relacionadas con la salud mental y el bienestar? • ¿Cuáles son las prioridades de las personas afectadas (por ejemplo, las personas en situación de estrés)? • ¿Cuáles son las actuales estrategias y capacidades de las personas solicitantes para hacer frente a la situación? • ¿Cuáles de los servicios actuales se consideran útiles y habría que ampliar? ¿Qué parece menos útil y por qué? • ¿Existen otros factores de riesgo potenciales o emergentes que aún no se hayan abordado? • ¿Hay miembros de la comunidad solicitante con los intereses o las capacidades necesarios para llevar a cabo una determinada actividad de apoyo por sí mismos?	• La finalidad de los debates de los grupos temáticos debe comunicarse con antelación para garantizar una participación informada basada en el consentimiento (especialmente en el caso de los niños y niñas y sus cuidadores o cuidadoras). Esto reducirá el riesgo de malestar, ya que algunos podrían creer que el debate puede influir en el resultado del procedimiento de asilo. • Se recomienda que la composición del grupo sea homogénea en cuanto a género, edad, nacionalidad, trasfondo cultural y religioso, y composición familiar, para permitir un debate abierto. • Las personas que estén muy estresadas o que se enfrenten a alguna otra afección física o mental grave durante el tiempo que duren las consultas no deben participar; esto se hace para reducir el riesgo de desencadenar malestar. □ Por lo tanto, en las consultas deben participar las personas solicitantes cuyos equipos de primera línea que tienen asignados consideran que no padecen un problema de salud mental agudo o grave. • Si el contenido debatido en los grupos desencadena emociones negativas, debe garantizarse la disponibilidad de atención posterior (seguimiento psicosocial). • Cuando se incluya a solicitantes menores de dieciocho años, debe participar un especialista en protección de la infancia y debe obtenerse el consentimiento de los progenitores o personas cuidadoras. • Los organizadores de los debates de los grupos temáticos han de llevar el seguimiento del número total de participantes, así como de los datos sobre el género, la edad media, el nivel educativo, las nacionalidades (o la carencia de nacionalidad, en el caso de las personas apátridas) y la composición familiar.

Priorización. El personal de primera línea que recopila la información analiza las conclusiones y ve cuáles de las cuestiones podrían requerir priorización y por qué. El análisis está vinculado a las siguientes preguntas:
• ¿Qué tipo de prestación de servicios parece más pertinente según los debates? • ¿Qué grupo(s) debe(n) gozar de prioridad o necesita(n) más ayuda? • ¿Alguna sugerencia en cuanto a plazos? • ¿Alguna sugerencia en cuanto al formato de las actividades que deben llevarse a cabo para abordar las necesidades o los retos identificados (por ejemplo, en persona, en un entorno de grupo o individual, en línea, con material impreso, mediante actividades comunitarias, etc.)? • ¿Cuáles son los riesgos existentes o potencialmente emergentes que el grupo o los grupos compartieron? ¿Alguna sugerencia de acción(es) preventiva(s) o reductora(s) de estos riesgos?



Ejecución de las intervenciones
• Considere las intervenciones más seguras, realistas y pertinentes con mayor impacto para la comunidad de solicitantes en general e integre las actividades y las necesidades señaladas por las personas solicitantes. Compruebe si el apoyo comunitario es accesible, si se desarrollan actividades psicoeducativas, si se presta asistencia especializada o específica y si hay proveedores de servicios identificados (protección, servicios sociales, asesoramiento jurídico, servicios policiales, etc.) para recibir remisiones cuando sea necesario. Las consideraciones también deben contemplar: • rentabilidad; • disponibilidad de apoyo cualificado en el contexto dado; • plazo disponible para desplegar la actividad; • conocimientos sobre cómo acceder a la atención especializada (incluidos otros profesionales de la medicina somática) para las personas con necesidades graves.



Retroalimentación y aprendizaje
• El personal de primera línea recopila los comentarios de la comunidad sobre los servicios e integra las lecciones aprendidas en el diseño de un plan de acción de SMB actualizado.



El **enfoque basado en la comunidad** no solo implica a las personas solicitantes, sino que, en su caso, también intenta implicar **de manera proactiva** a la **comunidad de acogida y a la población de personas refugiadas**. Este enfoque puede conducir a una mejor comprensión mutua y reducir la posible estigmatización.

Consulte también el documento orientativo del ACNUR «Comprender la protección comunitaria»⁽¹⁶⁸⁾ en este contexto, y el trabajo de la OMS sobre salud mental comunitaria⁽¹⁶⁹⁾ «Orientación sobre servicios comunitarios de salud mental». Vea, asimismo, el manual exhaustivo elaborado por la OIM en colaboración con la USAID sobre el apoyo a la salud mental basado en la comunidad⁽¹⁷⁰⁾.

Ejemplos de intervenciones de apoyo basadas en la comunidad

I Espacios comunitarios

Es fundamental crear oportunidades y plataformas para que las personas solicitantes participen de forma segura en actividades de ocio, educativas o psicosociales⁽¹⁷¹⁾. Las personas que apoyan la primera línea también pueden colaborar con la comunidad de solicitantes en el desarrollo de estrategias de sensibilización y movilización en materia de salud mental en los espacios creados para el intercambio con el fin de seguir fomentando y aumentando la accesibilidad y el alcance de las personas solicitantes que lo necesiten.

Como personas solicitantes, participar activamente y adquirir autonomía también aumenta la capacidad de protegerse y proteger a los demás en situaciones adversas y favorece la toma de decisiones con conocimiento de causa.

Creación de espacios seguros para las personas solicitantes

Los **espacios adaptados a la infancia**, como los establecidos por el Consejo Danés para los Refugiados en Grecia, abordan las necesidades de protección y psicosociales de los niños y niñas de entre seis y diecisiete años y apoyan a los niños y niñas más pequeños en el contexto de crisis humanitarias. Los espacios adaptados a la infancia proporcionan un entorno temporal y seguro en el que los niños o niñas pueden encontrar cierto grado de normalidad y acceder a conocimientos especializados para apoyar su bienestar psicosocial y cognitivo en situaciones de adversidad extrema⁽¹⁷²⁾.

Los **puntos azules**⁽¹⁷³⁾ son una iniciativa de Unicef en colaboración con el ACNUR que se dirige principalmente a los refugiados ucranianos. Se trata de **espacios seguros** ubicados en lugares estratégicos que proporcionan apoyo práctico e información a los niños y niñas y a las familias. Los espacios adaptados a la infancia tienen por objeto ofrecer un lugar acogedor donde los niños y niñas puedan descansar, jugar y ser, simplemente, niños y niñas. La idea es proporcionar atención (servicios e información) en un lugar de fácil acceso para las personas necesitadas.

People in Need es una ONG **checa** que organiza **espacios adaptados a los niños y niñas** de entre cuatro y dieciséis años⁽¹⁷⁴⁾. También organiza sesiones en escuelas para informar sobre estos espacios adaptados, que están abiertos a todos los niños y niñas de forma gratuita.



⁽¹⁶⁸⁾ ACNUR, *Comprender la protección comunitaria, documento de orientación para la protección*, 2016.

⁽¹⁶⁹⁾ OMS, *Orientación sobre servicios comunitarios de salud mental: promoción de enfoques centrados en la persona y basados en los derechos*, 2021.

⁽¹⁷⁰⁾ OIM y USAID, *Manual sobre salud mental y apoyo psicosocial de base comunitaria en emergencias y desplazamiento, segunda edición*, 2022.

⁽¹⁷¹⁾ Para obtener más información sobre espacios adaptados a la infancia o espacios seguros para las mujeres, consulte EUAA, *Salud mental y bienestar de las personas solicitantes de protección internacional - Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial*, 2024.

⁽¹⁷²⁾ Consejo Danés para los Refugiados, «Greece: Need for spaces that are child-friendly and safe» («Grecia: Necesidad de espacios adaptados a la infancia y seguros», disponible en inglés), 16 de junio de 2023.

⁽¹⁷³⁾ Unicef, «What are the Blue Dots Hubs?» («¿Qué son los Puntos azules?», disponible en inglés), consultado el 10 de septiembre de 2024.

⁽¹⁷⁴⁾ Para obtener más información sobre la ONG People in Need, visite Comisión Europea, Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas, «Armenia: Finding a safe space to play, learn and heal» («Armenia: Encontrar un espacio seguro para jugar, aprender y sanar»), 10 de febrero de 2022.



I Mentoría y apoyo entre iguales

La participación de **personas voluntarias** como personas mentoras o asesoras homólogas es un apoyo significativo de fácil acceso con una orientación muy humana y positiva. Por lo tanto, centrarse en implicar a las personas solicitantes en la prestación de servicios o como **personas mentoras**, tras recibir cierta formación básica, puede fomentar el **apoyo entre iguales**, y mantener, nutrir y promover la salud mental, y el bienestar en la comunidad.



Mentoría, apoyo entre iguales y apoyo psicosocial

En **Grecia** ⁽¹⁷⁵⁾, el **proyecto de mentoría** (proyecto piloto de la Secretaría Especial para la protección de los y las menores no acompañados respaldado por la EUAA) pretende proporcionar orientación y capacitación a los niños y niñas no acompañados a través de una red de personas mentoras formadas basada en el apoyo entre iguales. La red de mentoría está compuesta por personas que en su momento fueron menores no acompañados y refugiados, pasaron por el sistema educativo griego y se enfrentaron a dificultades y retos similares.

Referencias

- Ministerio de Migración y Asilo (Grecia), [National Strategy for the Protection of Unaccompanied Minors](#) («Estrategia nacional para la protección de los menores no acompañados», disponible en griego), 17 de enero de 2022.
- EUAA, [«Mentorship project – providing guidance and empowerment to UAMs in Greece \(long version\)»](#) [«Proyecto de mentoría: proporcionar orientación y capacitación a los niños y niñas no acompañados en Grecia (versión larga)», disponible en inglés], YouTube, 2 de agosto de 2022, y Thema, [«Ministry of Migration: Video by the Mentors Group for teaching Greek to children from third countries»](#) («Ministerio de Migración: Vídeo del grupo de personas mentoras para enseñar griego a niños y niñas de terceros países», disponible en griego), 4 de enero de 2024.

Re-Generations ⁽¹⁷⁶⁾ es un proyecto de **Italia, España y Grecia** que tiene por objeto mejorar la integración social de las personas nacionales de terceros países y promover los intercambios entre estas personas y la comunidad de acogida. El proyecto se basa en la idea de la mentoría, así como en el empoderamiento y la colaboración entre personas refugiadas y migrantes jóvenes (de dieciocho a veintitrés años) que en su día fueron menores no acompañados, y personas ciudadanas y voluntarias de los países de acogida ⁽¹⁷⁷⁾.

Enfrentando Problemas Plus (EP+) ⁽¹⁷⁸⁾ es una **intervención psicológica de baja intensidad** para adultos y adolescentes mayores de dieciséis años con depresión, ansiedad o estrés que viven en comunidades expuestas a la adversidad. Se trata de un **programa de cinco sesiones** que integra aspectos de la terapia cognitivo-conductual. Se centra en la enseñanza de habilidades para afrontar problemas tanto emocionales como prácticos. El valor innovador de esta intervención es que la puede llevar a cabo una amplia gama de personas, en forma de **apoyo entre iguales** (por ejemplo, prestado por asistentes legos pertenecientes a la comunidad de solicitantes que hayan recibido una introducción básica en PAP). Por lo tanto, incluye a personas sin asesoramiento formal ni formación en salud mental.

En **Grecia**, EP+ está siendo implementada por la Asociación para el Desarrollo Regional y la Salud Mental (EPAPSY) ⁽¹⁷⁹⁾ en nombre del ACNUR. La EPAPSY ha formado a personas refugiadas a fin de que constituyan un equipo psicosocial comunitario que utilice EP+ para proporcionar PAP y apoyo entre iguales en el idioma de las personas que llegan. Estas personas están supervisadas por profesionales de la psicología y del trabajo social y actúan como vínculo entre las diferentes comunidades de personas refugiadas y los proveedores de servicios profesionales. La población de personas refugiadas ucranianas también se beneficia de las intervenciones.

El proyecto «Stichting Nieuw Thuis Rotterdam» ⁽¹⁸⁰⁾ apoya a las personas refugiadas sirias y a sus familias en Rotterdam en el alojamiento y la integración, mediante el método EP+.

⁽¹⁷⁵⁾ Comisión Europea, sitio web europeo sobre integración, [«The Mentoring Project: supporting unaccompanied children in Greece»](#) («Proyecto de mentoría: apoyo a los niños y niñas no acompañados en Grecia», disponible en inglés), fecha del proyecto: 1 de julio de 2021.

⁽¹⁷⁶⁾ Defence Children International Italy, [«Re-generations: Mentoring for young people who have just turned 18»](#) («Mentoría para jóvenes que acaban de cumplir 18 años», disponible en inglés), duración del proyecto: de diciembre de 2018 a mayo de 2022. La página web de la asociación de apoyo social a la juventud está disponible en: <https://arsis.gr/en/home/>.

⁽¹⁷⁷⁾ Irabor, E., [«Social Mentoring Practices In Italy: An introduction to the project ReGeneration»](#) («Prácticas de mentoría social en Italia: Una introducción al proyecto «ReGeneration»», disponible en inglés), Cumbre Europea de Mentoría 2022, mayo de 2022.

⁽¹⁷⁸⁾ OMS, [«Enfrentando problemas plus \(EP+\): Ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad»](#), versión genérica de prueba de mercado de la OMS 1.0, 1 de enero de 2018.

⁽¹⁷⁹⁾ EPAPSY, [«Community Based Intervention for Mental Health Care of Asylum-seekers and Refugees in Greece»](#) («Intervención basada en la comunidad para la atención de la salud mental de los solicitantes de asilo y refugiados en Grecia», disponible en inglés), consultado el 19 de agosto de 2024.

⁽¹⁸⁰⁾ Scaling up psychological interventions with Syrian refugees, STRENGTHS, [«Training Syrian refugees in delivering PM+»](#) («Formación de personas refugiadas sirias en la aplicación de EP+», disponible en inglés), 23 de mayo de 2018.



I Actividades creativas y artísticas

La participación en terapias y actividades artísticas creativas dirigidas por terapeutas puede ayudar a las personas desplazadas a mantener su identidad cultural, especialmente cuando sienten que parte de ella se ha perdido o está reñida con su nueva cultura. Las artes, la música, la danza y el teatro también pueden brindar a las personas la oportunidad de exteriorizar sentimientos negativos y traumas y así acceder a sus emociones. Pueden ayudar a las personas a reconectar con su cuerpo. Las actividades creativas y artísticas, como talleres musicales, concursos de rock o coros interculturales, forman parte de las intervenciones del nivel 2 de la pirámide de SMAPS del IASC. Los niveles 3 y 4 se centran en los medios creativos utilizados en las sesiones de asesoramiento, en particular cuando la terapia artística, de la danza o musical se utiliza para reducir síntomas o con fines terapéuticos. Las actividades recreativas y creativas son especialmente útiles cuando se trabaja con niños o niñas.

Teatro

Cantieri Meticci es una «asociación cultural bien establecida en Bolonia, Italia, que lleva más de una década en funcionamiento. Trabaja para promover el intercambio y el diálogo intercultural, el desarrollo comunitario y la participación activa de las personas migrantes y refugiadas en la vida local. Lo hace a través del arte, y más concretamente del teatro»⁽¹⁸¹⁾. El grupo teatral Caritas Hellas⁽¹⁸²⁾ ha apoyado la integración de las personas refugiadas en **Grecia** mediante la actuación.

Música y danza

En varios países de la EU+ se desarrollan **fuera** del contexto psicoterapéutico profesional **iniciativas de música y danza** que parecen tener un gran impacto en la vida de las personas refugiadas y en las comunidades locales.

- En Fráncfort, **Alemania**, el proyecto Bridges⁽¹⁸³⁾ llega a niños, niñas, adolescentes y personas adultas jóvenes. El enfoque sugiere que el canto y la música en grupo refuerzan el sentido de comunidad, el bienestar mental, la resiliencia, la interacción social y el respeto mutuo.
- En Lesbos, **Grecia**, Cantalaloun⁽¹⁸⁴⁾ es una iniciativa de coro multicultural que se creó para dar acceso a clases de polifonía a todas las personas, independientemente de su religión, su lengua y sus capacidades musicales. La enseñanza se imparte en griego e inglés, y el enfoque aplica métodos de enseñanza que incluyen la comunicación no verbal, como la «percusión corporal».
- En **Francia**, OUI 2⁽¹⁸⁵⁾ trata de fomentar el desarrollo personal, humano y social a través de la danza y poniendo en movimiento las palabras. También facilita a las poblaciones vulnerables el acceso a instituciones culturales, incluida la ópera de París, que de otro modo las personas solicitantes de protección internacional difícilmente tendrían la oportunidad de visitar.

Igualmente, hay iniciativas que utilizan la **terapia** de la música, la danza y el movimiento para trabajar con personas solicitantes de protección internacional y refugiadas con experiencias traumáticas que también parecen tener buena acogida entre las personas participantes.

- Mateneen («Juntos») es un proyecto de terapia musical para y con personas refugiadas y solicitantes de asilo jóvenes en **Luxemburgo**. El proyecto pretende reducir el estrés y la ansiedad que sufren las personas solicitantes de asilo, derivados de las peligrosas condiciones de sus viajes migratorios, la pérdida de sus puntos de referencia lingüísticos, culturales y materiales, y la distancia que las separa de sus familias⁽¹⁸⁶⁾.
- En Berlín, **Alemania**, el Centro para el tratamiento de las víctimas de la tortura⁽¹⁸⁷⁾ ha incluido terapias artísticas, en particular la música y la terapia del movimiento, en los servicios del centro de día para las víctimas de la tortura.
- En **Bélgica**, Crea Thera International⁽¹⁸⁸⁾ ofrece sesiones de terapia musical para estimular a los niños y niñas, y ayudarlos a conectar consigo mismos y con sus compañeros y compañeras.



⁽¹⁸¹⁾ Comisión Europea, sitio web europeo sobre integración, «[Cantieri Meticci: The Refugee Theatre Company](#)» («Cantieri Meticci: la compañía teatral de las personas refugiadas», disponible en inglés), fecha del proyecto: 1 de enero de 2013.

⁽¹⁸²⁾ Global Compact on Refugees, «[The Acting Project: theatre and refugee integration in Greece](#)» (El proyecto Acting: Teatro e integración de personas refugiadas en Grecia), duración del proyecto: de noviembre de 2017 a marzo de 2019.

⁽¹⁸³⁾ Bridges Musik, «[Bridges project – About us](#)» («Proyecto Bridges: sobre nosotros», disponible en inglés), 2024.

⁽¹⁸⁴⁾ Cantalaloun, «[Cantalaloun](#)», consultado el 19 de agosto de 2024, <https://cantalaloun.eu/>.

⁽¹⁸⁵⁾ Ópera de París, «[OUI#2](#)», consultado el 19 de agosto de 2024, <https://play.operadeparis.fr/en/p/o-u-i-2>.

⁽¹⁸⁶⁾ Comisión Europea, «[Luxembourg: Music therapy for refugees](#)» («Luxemburgo: Musicoterapia para refugiados», disponible en inglés), sitio web europeo sobre integración; Schmartz, C., y Majerus, A., «[Mateneen \[Together\] – a music therapy project for and with young refugees and asylum seekers in Luxembourg](#)» («Juntos: un proyecto de terapia musical para y con personas refugiadas y solicitantes de asilo jóvenes en Luxemburgo»), 2020.

⁽¹⁸⁷⁾ Zentrum Überleben (Centro para el tratamiento de las víctimas de la tortura), «[Creative-, Music- and Movement-Therapies](#)» («Terapias creativas, musicales y de movimiento», disponible en inglés), sitio web de Überleben, consultado el 19 de agosto de 2024.

⁽¹⁸⁸⁾ Crea Thera International, «[Empowerment and connection through creative and therapeutic projects](#)» («Empoderamiento y conexión a través de proyectos creativos y terapéuticos», disponible en inglés), consultado el 10 de septiembre de 2024.



Pintura

The Red Pencil Europe, Bruselas, **Bélgica**: «Al participar en el proceso creativo, las personas pueden recuperar el control de una situación descontrolada, al tiempo que aprenden a expresarse» ⁽¹⁸⁹⁾ a través del arte. Los niños y niñas pueden beneficiarse especialmente de las actividades relacionadas con la terapia artística.

Otras intervenciones

La EUAA ha recopilado actividades de apoyo psicosocial para niños y niñas solicitantes como parte de su apoyo operativo a los Estados miembros. Las actividades tienen por objeto reforzar la resiliencia de las personas solicitantes y las lleva a cabo personal de apoyo cualificado con diferentes conocimientos sobre la vulnerabilidad.

Para más información, consulte la [Parte III. Herramientas para la salud mental y el apoyo psicosocial](#), sección: «Interacción con los niños y niñas solicitantes».

I Cocinar y comer juntos

La comida conecta a la gente y forma parte de las celebraciones religiosas y otras tradiciones. Preparar la comida y comer juntos no solo permite a las personas pasar tiempo juntas e intercambiar opiniones sobre diferentes temas, sino también conocer la cultura de otras personas a través de su comida. Cocinar y comer juntos es una forma de comunicación que infunde una sensación de normalidad a las personas que comparten la comida. El proceso culinario se convierte en un momento de intercambio de conocimientos y costumbres culturales y creación de recuerdos en torno a la producción culinaria ⁽¹⁹⁰⁾.

Las personas que llegan a los países de la EU+ pueden haber sufrido escasez de alimentos. Por lo tanto, preparar la comida y comer juntos puede ser una actividad aún más preciada que demuestre que ya no van a pasar más hambre. **Cocinar** es una actividad de apoyo comunitario claramente definida en el **nivel 2 de la pirámide de SMAPS**.



Cocinar y comer juntos

Über den Tellerrand («Mirar más allá del plato») ⁽¹⁹¹⁾, en **Alemania y Austria**, lleva a cabo una serie de proyectos destinados a la integración y la participación social de personas con experiencia en personas refugiadas a través de «encuentros» que permiten relaciones y oportunidades de intercambio y aprendizaje mutuo. Los proyectos incluyen actividades en grupo, de mentoría y en tándem en las que participan parejas de refugiados y familias locales.

Los proyectos de cocina con huertos comunitarios ejecutados por Pervolarides («horticultores») ⁽¹⁹²⁾ en **Grecia** tienen el objetivo principal de promover la solidaridad social y la sostenibilidad.

En Zúrich, **Suiza**, el Movimiento de Gastronomía Social está coordinado por Cuisine sans frontières ⁽¹⁹³⁾ en colaboración con la cooperativa Cuisine y con apoyo financiero de la Fundación SV.

⁽¹⁸⁹⁾ Misión humanitaria The Red Pencil, «[What is creative arts therapy](#)» («¿Qué es la terapia creativa a través de las artes?», disponible en inglés), sitio web de The Red Pencil, consultado el 20 de agosto de 2024.

⁽¹⁹⁰⁾ Marovelli, B. «[Cooking and eating together in London: Food sharing initiatives as collective spaces of encounter](#)» («Cocinar y comer juntos en Londres: iniciativas de intercambio de alimentos como espacios colectivos de encuentro», disponible en inglés), *Geoforum*, 2019.

⁽¹⁹¹⁾ Über den Tellerand, «[Make the world a better plate](#)» («Haz del mundo un plato mejor», disponible en inglés), sitio web de Über den Tellerand, consultado el 19 de agosto de 2024.

⁽¹⁹²⁾ El Proyecto griego «[Links: People that care passionately about Greece – About us](#)» («Enlaces: Personas que se preocupan apasionadamente por Grecia – Quiénes somos», disponible en inglés), sitio web del proyecto, consultado el 19 de agosto de 2024.

⁽¹⁹³⁾ [Cuisine sans frontières](https://cuisinesansfrontieres.ch/en/), consultado el 19 de agosto de 2024: <https://cuisinesansfrontieres.ch/en/>.

I Deportes

Al igual que las artes, los deportes y los juegos son actividades universales y pueden conectar, empoderar, proteger y mejorar la salud física y mental de las personas, en particular de los niños y niñas y las personas jóvenes. El ejercicio físico y la práctica de un deporte se han vinculado a un aumento de los niveles de autoestima, autoeficacia general y satisfacción corporal. Se considera un factor de protección frente a problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad ⁽¹⁹⁴⁾. Se han observado efectos sociales positivos adicionales, especialmente en los niños, niñas y adolescentes que participan en deportes de equipo. Estos efectos incluyen una menor ansiedad social, un menor aislamiento social, apoyo entre iguales y conexión social ⁽¹⁹⁵⁾. El **deporte** es una actividad de apoyo comunitario claramente definida en el **nivel 2 de la pirámide de SMAPS**.

Deportes y juegos: diferentes proyectos ejecutados en Europa

- El fútbol: un aglutinante que une en Europa ⁽¹⁹⁶⁾ (**Alemania, Italia y Reino Unido**).
- Bienvenido a través del fútbol ⁽¹⁹⁷⁾, en **Grecia**, es un proyecto para niños refugiados y jóvenes que promueve el trabajo en equipo, las competencias comunicativas, la socialización y la interacción con la comunidad de acogida.
- Rewins 2.0 ⁽¹⁹⁸⁾ incluye a las niñas y mujeres refugiadas en el deporte, y fomenta la inclusión social y el sentido de pertenencia. También promueve la igualdad de oportunidades en el deporte y la educación, pues se dirige a mujeres y niñas de todos los orígenes culturales y sociales. En los Países Bajos ⁽¹⁹⁹⁾ y Dinamarca ⁽²⁰⁰⁾ se llevan a cabo proyectos similares.
- Keeping Children Safe in Sports ⁽²⁰¹⁾, un proyecto de Terre des Hommes (**Grecia, Hungría y Rumanía**), tiene por objetivo promover políticas de protección de la infancia en entornos deportivos.
- La Federación Belga de Críquet ⁽²⁰²⁾ (**Bélgica**) promueve la integración de las personas refugiadas y solicitantes de asilo en los clubes locales de críquet, con especial atención a la participación de menores.
- La **Real Asociación Belga de Fútbol** ⁽²⁰³⁾ promueve y fomenta la inclusión a escala local de personas refugiadas y solicitantes de asilo a través del fútbol.



⁽¹⁹⁴⁾ Eather, N., Wade, L., Pankowiak, A., y Eime, R., «[The impact of sports participation on mental health and social outcomes in adults: a systematic review and the “Mental Health through Sport” conceptual model](#)» («El impacto de la participación deportiva en la salud mental y los resultados sociales en personas adultas: una revisión sistemática y el modelo conceptual «Salud mental a través del deporte», disponible en inglés), *Systematic Reviews*, vol. 12, art. 102, 21 de junio de 2023.

⁽¹⁹⁵⁾ Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., y Payne, W. R., «[A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport](#)» («Revisión sistemática de los beneficios psicológicos y sociales de la participación en el deporte en la infancia y la adolescencia: información para el desarrollo de un modelo conceptual de salud a través del deporte», disponible en inglés), *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 10, art. 98, 15 de agosto de 2013.

⁽¹⁹⁶⁾ ACNUR y Goal Click, «[El fútbol: un aglutinante que une en Europa](#)», consultado el 20 de agosto de 2024.

⁽¹⁹⁷⁾ ACNUR, «[Πολύχρωμες ποδοσφαιρικές μπάλες παίρνουν ζωή φέρνοντας χαμόγελα σε παιδιά πρόσφυγες](#)» («Balones de fútbol llenos de color y sonrisas para los niños refugiados», disponible en griego), 14 de julio de 2022.

⁽¹⁹⁸⁾ Farennet, «[Our work – EU projects](#)» («Nuestro trabajo: proyectos de la UE», disponible en inglés), consultado el 20 de agosto de 2024.

⁽¹⁹⁹⁾ Farennet, «[Our work – refugees and football](#)» («Nuestro trabajo: refugiados y fútbol», disponible en inglés), consultado el 20 de agosto de 2024.

⁽²⁰⁰⁾ GirlPower, <https://www.girlpowerorg.com/>, consultado el 20 de agosto de 2024.

⁽²⁰¹⁾ Proyecto Terre des hommes, «[Keeping children safe in sports](#)» («Mantener a los niños y niñas seguros en los deportes», disponible en inglés), consultado el 20 de agosto de 2024.

⁽²⁰²⁾ Cricket Belgium, [Fedasil Cricket Project](#) («Proyecto críquet: Fedasil», disponible en inglés), consultado el 19 de agosto de 2024, <https://cricket-belgium.com/fedasil-project/>.

⁽²⁰³⁾ Kraainem Football, «[We Welcome Young Refugees](#)» («Bienvenidas las personas jóvenes refugiadas», disponible en inglés), consultado el 20 de agosto de 2024.



I Formación profesional y preparación para el empleo

La participación en actividades cotidianas regulares y significativas, el desarrollo de nuevas habilidades o el aprovechamiento de las ya existentes fomentan la salud mental, ponen de manifiesto los puntos fuertes, aumentan la resiliencia y refuerzan la autoestima. La capacidad de contribuir a la comunidad de acogida potencia la independencia, la integración y la aceptación. Las personas solicitantes pueden contribuir de forma proactiva al sistema local de bienestar social en lugar de seguir dependiendo de las prestaciones económicas.

Informar a las personas solicitantes en una fase temprana del proceso de acogida sobre lo que es realista conseguir en el país de acogida (por ejemplo, los tipos de empleo accesibles) y lo que cabe esperar una vez obtenido el permiso de trabajo, alivia el estrés psicológico y la ansiedad. En consecuencia, puede generar esperanza y ayudar a mantenerla en momentos de estrés y períodos de transición.



Preparación para el empleo

Polaris 14 ⁽²⁰⁴⁾ es una asociación **francesa** que ofrece apoyo y orientación profesional a las personas solicitantes de asilo y a las personas beneficiarias de protección internacional sobre cómo **prepararse para el trabajo o el empleo**. El programa de talleres socioprofesionales ofrece a las personas participantes un enfoque estructurado para definir y construir sus proyectos profesionales y mejora las capacidades de presentación y los vínculos con posibles empleadores futuros.

Entre otros temas, la asociación Tent for Refugees se centró en estudiar si las empresas pueden beneficiarse de la contratación de personas refugiadas. En un estudio realizado en **Alemania** se analizaron «las experiencias de cien empresas alemanas de tamaño medio y grande que habían contratado a personas refugiadas» ⁽²⁰⁵⁾. Los resultados fueron extremadamente positivos e indicaron que el 88 % de las empresas volverían a contratar a personas refugiadas en el futuro. El informe de investigación ofrece a las empresas orientaciones sobre la mejor manera de integrar a las personas refugiadas.

I Inclusión social, integración y vivienda asequible

Los centros de acogida suelen estar densamente poblados y no siempre tienen cerca las escuelas o los lugares de trabajo. A veces se crean sin un debate previo con las comunidades de acogida circundantes, lo que puede crear tensiones. Además, las personas solicitantes difícilmente pueden permitirse un alojamiento independiente, lo que significa que a menudo viven en instalaciones compartidas.

Las personas solicitantes que disponen de un alojamiento privado sin contrato de alquiler regular pueden tener dificultades para acceder a las oportunidades de empleo, los servicios sociales o la atención sanitaria, por no poder presentar la documentación necesaria (documentación del alquiler). Por lo que respecta a la SMB, estudios recientes han indicado que la ansiedad y la depresión son más prevalentes entre los niños, niñas y personas adultas que se enfrentan a la inseguridad de la vivienda y a la falta de hogar. También se ha observado un impacto negativo similar en relación con el bienestar familiar, el acceso y la asistencia a la escuela y la salud.

⁽²⁰⁴⁾ Polaris (Francia), consultado el 20 de agosto de 2024, <https://polaris14.org/>.

⁽²⁰⁵⁾ Tent (Alemania), «From a Refugee Crisis to a Job Engine, An Analysis of German Businesses' Experience in Refugee Integration» («De la crisis de los refugiados al motor del empleo: análisis de la experiencia de las empresas alemanas en la integración de personas refugiadas», disponible en inglés), mayo de 2022.



La investigación no solo confirma que una vivienda adecuada es un indicador crucial para el éxito de la integración, sino también que «abordar la vivienda como un factor social determinante es pertinente para mejorar la salud y reducir las disparidades» ⁽²⁰⁶⁾, en particular en la población solicitante de asilo.

Alojamiento, vida independiente e integración oportuna

En los **Países Bajos** la vivienda ha sido un problema durante muchos años, y las personas jóvenes o estudiantes son uno de los grupos sociales que se enfrentan a grandes dificultades para encontrar una **vivienda asequible**. En 2016 se puso en marcha Startblok ⁽²⁰⁷⁾ como solución innovadora para la creciente afluencia de solicitantes de asilo y la falta de vivienda asequible para las personas jóvenes de los Países Bajos. Se trata de un proyecto en curso.

CURANT ⁽²⁰⁸⁾ es un proyecto **belga** destinado a ofrecer alojamiento y servicios de apoyo para las necesidades de educación, formación, empleo, vivienda y salud mental de las personas refugiadas jóvenes a través de un sistema de «viviendas compartidas y mentoría» con jóvenes belgas y gestión de casos. El proyecto se basó en la creación de un **sistema de compañeros y compañeras** ⁽²⁰⁹⁾.

En **Francia**, Cinq Toits (París) ⁽²¹⁰⁾ es un **proyecto de vivienda** que promueve la integración de los migrantes y «está diseñado para proporcionar a las **personas** exiliadas y **vulnerables** no solo una casa, sino también un lugar para sanar, reunirse e interactuar con los agentes locales y, finalmente, adquirir su lugar en la sociedad» ⁽²¹¹⁾.

También en **Francia**, HUDA ⁽²¹²⁾ proporciona **alojamiento de emergencia** a las personas solicitantes de asilo con vulnerabilidades identificadas, incluidas las personas con SOGIESC diversa. HUDA representa un hábitat unido para la diversidad y la autonomía.



⁽²⁰⁶⁾ Brake, T., Dudek, V., Sauzet, O., y Razum, O., «[Psychosocial Attributes of Housing and Their Relationship With Health Among Refugee and Asylum-Seeking Populations in High-Income Countries](#)» («Los atributos psicosociales de la vivienda y su relación con la salud entre las poblaciones refugiadas y solicitantes de asilo en países de renta alta», disponible en inglés), Public Health Reviews, 4 de mayo de 2023.

⁽²⁰⁷⁾ Startblok Elzenhagen (Países Bajos), «[What is Startblok](#)» («¿Qué es Startblok?», disponible en inglés).

⁽²⁰⁸⁾ Comisión Europea, «[European Social Fund Plus – CURANT](#)» («Fondo Social Europeo Plus – CURANT», disponible en inglés), 11 de mayo de 2022.

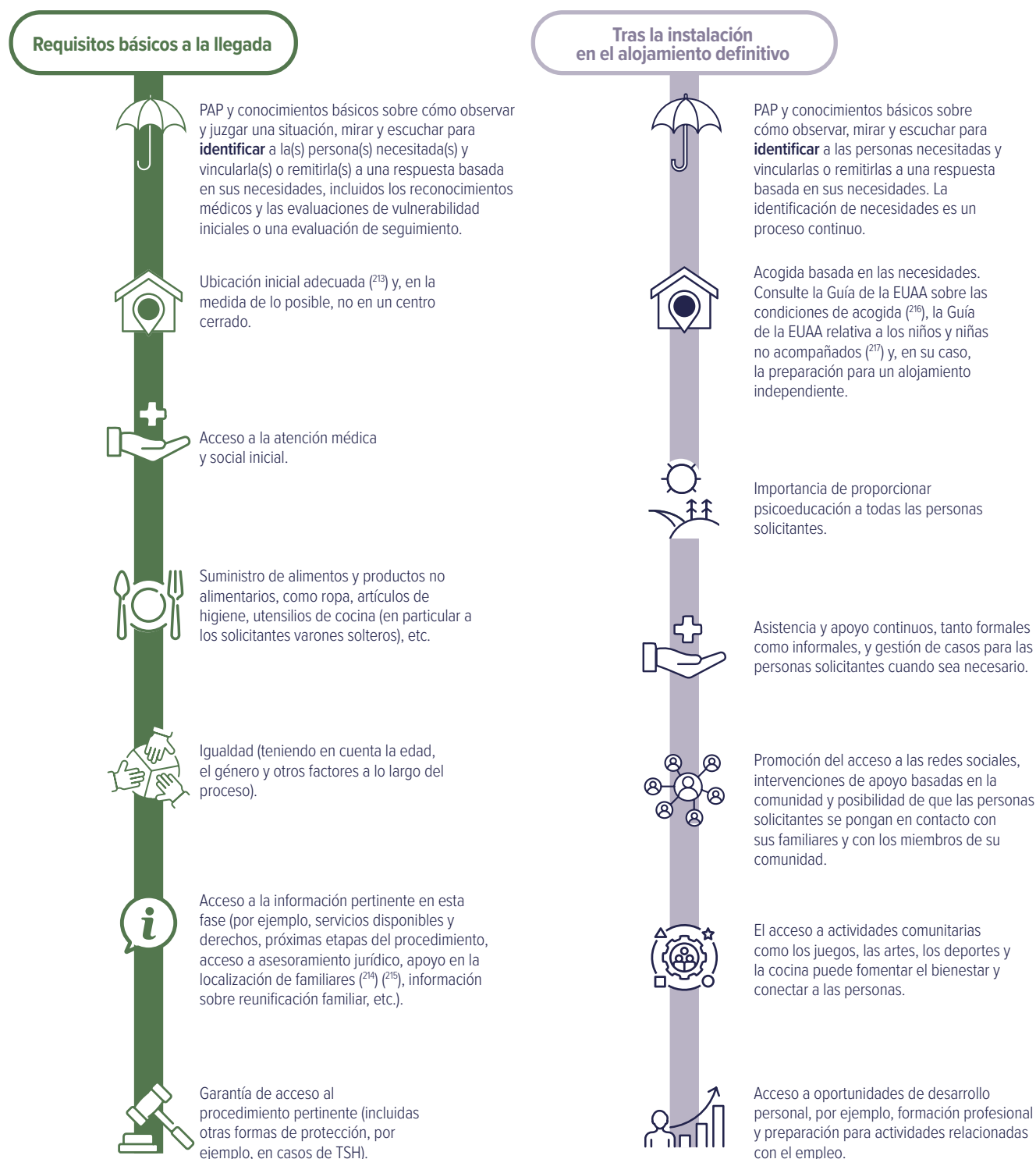
⁽²⁰⁹⁾ Ravn, S., Van Caudenberg, R., Corradi, D., Mahieu, R., Clycq, N., et al., «[CURANT – Co-housing and case management for unaccompanied young adult refugees in ANTwerp](#)» («Vivienda compartida y gestión de casos para jóvenes refugiados no acompañados en Amberes», disponible en inglés), Centro de Migración y Estudios Interculturales de la Universidad de Amberes, mayo de 2018; Mahieu, R., y Van Caudenberg, R., «[Young refugees and local living under the same roof: intercultural communal living as a catalyst for refugees' integration in European urban communities?](#)» («Personas jóvenes refugiadas y personas locales viviendo bajo el mismo techo: ¿la convivencia intercultural como catalizador de la integración de las personas refugiadas en las comunidades urbanas europeas?», disponible en inglés), *Comparative Migration Studies*, vol. 8, n.º 12, 2020.

⁽²¹⁰⁾ Nature: Revealed Skills – Resilient Cities (Francia), «[Cinq Toits Paris](#)», consultado el 21 de agosto de 2024.

⁽²¹¹⁾ Merging – Integration for Migrants, «[Housing for immigrants and community integration in Europe and beyond: strategies, policies, dwellings and governance](#)» («Vivienda para inmigrantes e integración comunitaria en Europa y más allá: estrategias, políticas, viviendas y gobernanza», disponible en inglés), enero de 2022.

⁽²¹²⁾ Habitat & Humanisme (France), «[Les centres de la Branche Urgence](#)» («Centros de emergencia», disponible en francés), consultado el 21 de agosto de 2024.

Anexo 1. Resumen de los facilitadores de la buena SMB



⁽²¹³⁾ Se refiere a un alojamiento seguro y adecuado teniendo en cuenta las circunstancias personales de la persona que llega.

⁽²¹⁴⁾ Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), «[Consejos sobre seguridad para familias](#)», 2022.

⁽²¹⁵⁾ EASO, [Guía práctica de la EASO sobre localización de familiares](#), marzo de 2016.

⁽²¹⁶⁾ EUAA, [Guidance on Reception: Operational standards and indicators](#) («Guía acerca de la acogida. Estándares operativos e indicadores», disponible en inglés), mayo de 2024; EASO, [Guía de la EASO acerca de las condiciones de acogida: estándares operativos e indicadores](#), septiembre de 2016.

⁽²¹⁷⁾ EASO, [Guía acerca de las condiciones de acogida para menores no acompañados: estándares operativos e indicadores](#), diciembre de 2018



Integración o preparación oportuna de un retorno digno y seguro



Los PAP constituyen un proceso continuo que proporciona conocimientos básicos sobre cómo observar, mirar y escuchar para **identificar** a las personas necesitadas, y vincularlas o remitirlas a respuestas basadas en sus necesidades (médicas, psicosociales, jurídicas, de protección).



Evaluación exhaustiva de las necesidades y los riesgos centrada en la persona (necesidades psicosociales, sanitarias y de salud mental) para garantizar la tramitación eficaz del caso y el apoyo a la persona durante los periodos de transición (integración y preparación para el retorno). Esto es especialmente importante cuando se trata de niños o niñas (principio del interés superior).



Integración: la participación en actividades psicoeducativas puede favorecer la integración en la comunidad de acogida. Es importante proporcionar información sobre el apoyo que estará disponible tras abandonar el centro de acogida.



Retorno: la psicoeducación también puede ser importante para que las personas que vayan a ser retornadas afronten mejor los sentimientos de angustia durante la preparación del procedimiento de retorno. Apoyo a la preparación para el retorno ⁽²¹⁸⁾ y herramientas para apoyar el asesoramiento sobre reintegración ⁽²¹⁹⁾. La información básica sobre los servicios disponibles en el país de retorno es importante. Vinculación oportuna y proactiva con las organizaciones que apoyan el retorno voluntario (por ejemplo, la OIM).

⁽²¹⁸⁾ OIM Irlanda, «[Preparing for Return](#)» («Preparación para el retorno», disponible en inglés), 2015.

⁽²¹⁹⁾ OIM, [Reintegration Counselling: A Psychosocial Approach](#) («Asesoramiento para la reintegración: un enfoque psicosocial», disponible en inglés), 2020.



Referencias

Recursos de la EUAA

- ▶ EUAA, [*Victims of human trafficking in asylum and reception*](#) («Las víctimas de la trata de seres humanos en el ámbito del asilo y la acogida», disponible en inglés), n.º 21, Actualización de la situación, agosto de 2024.
- ▶ EUAA, [*Protecting women and girls in the asylum procedure*](#) («Protección de las mujeres y las niñas en el procedimiento de asilo», disponible en inglés), hoja informativa n.º 24, junio de 2024.
- ▶ EUAA, [*Persons with Disabilities in Asylum and Reception Systems*](#) («Las personas con discapacidad en los sistemas de asilo y acogida», disponible en inglés), hoja informativa n.º 14, enero de 2024.
- ▶ EUAA, [*Strategy on Vulnerability*](#) («Estrategia sobre vulnerabilidad», disponible en inglés), diciembre de 2023.
- ▶ EUAA, [*Victims of torture: Identification, support and examination of claims*](#) («Víctimas de tortura: identificación, apoyo y examen de las denuncias», disponible en inglés), marzo de 2023.
- ▶ EUAA y EMCDDA, [*Professionals working in reception centres in Europe: an overview of drug related challenges and support needs*](#) («Profesionales que trabajan en centros de acogida en Europa: panorama general de los retos relacionados con las drogas y las necesidades de apoyo», disponible en inglés), octubre de 2023.
- ▶ Tres guías de bolsillo sobre estrés psicológico acompañadas de instrucciones:
 - EUAA, [*¿Cómo puedo ayudar a mi hijo o hija en los momentos difíciles?*](#), 2024.
 - EUAA, [*¿Cómo puedo lidiar con situaciones en que mis padres se sientan tristes, preocupados o enfadados?*](#), 2024.
 - EUAA, [*Cómo manejar situaciones en las que mis amigos o hermanos están tristes, enfadados o hacen cosas peligrosas*](#), 2024.
- ▶ EUAA, [*Psychological First Aid Video*](#) («Vídeo sobre primeros auxilios psicológicos», disponible en inglés), YouTube, 2023, y las [instrucciones](#) que lo acompañan.
- ▶ EUAA, [*Critical Incident Management in the Field of Asylum and Reception – A mapping of practices*](#) («Gestión de incidentes críticos en el ámbito del asilo y la acogida. Análisis de prácticas», disponible en inglés), 2022.
- ▶ EASO, [*Consultations with Applicants for International Protection on Mental Health – A participatory approach supported by Member States authorities and civil society*](#) («Consultas con solicitantes de protección internacional sobre salud mental: un enfoque participativo, con el apoyo de las autoridades y la sociedad civil de los Estados miembros», disponible en inglés), diciembre de 2021.
- ▶ EASO, [*Guía práctica sobre el registro: Presentación de solicitudes de protección internacional*](#), diciembre de 2021.
- ▶ EASO, [*Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte I: Normas y política*](#), septiembre de 2021.
- ▶ EASO, [*Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte II. Caja de herramientas para el bienestar del personal*](#), septiembre de 2021.
- ▶ EASO, [*Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida. Parte III. Seguimiento y evaluación*](#), septiembre de 2021.
- ▶ EASO, [*The importance of early identification of signs of stress*](#) («La importancia de la identificación temprana de los signos de estrés», disponible en inglés), YouTube, 22 de septiembre de 2021.
- ▶ EASO, Agencia de la Unión Europea para la Cooperación Policial y la Agencia Europea de la Guardia de Fronteras y Costas (Frontex), [*Occupational health and safety – deployment information*](#) («Salud y seguridad en el trabajo: información sobre la implementación», disponible en inglés), enero de 2021.
- ▶ EASO, [*Mental health of applicants for international protection in Europe – Initial mapping report*](#) («La salud mental de los solicitantes de protección internacional en Europa: informe de catalogación inicial», disponible en inglés), julio de 2020.
- ▶ EUAA, [*Let's Speak Asylum Platform*](#) (Plataforma «Hablemos de asilo», disponible en inglés).



Instituciones y organismos de la UE

- ▶ Comisión Europea, [«Asilo y migración en la UE: cifras y hechos»](#), Parlamento Europeo, 2020.
- ▶ Comisión Europea, [Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre un enfoque global de la salud mental](#), COM(2023) 298 final de 7.6.2023.
- ▶ Comisión Europea, [Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones: Plan de Acción en materia de Integración e Inclusión para 2021-2027](#), SWD(2020) 290 final, de 24 de noviembre de 2020, COM(2020) 758 final.
- ▶ Comisión Europea, Álvarez Conde, C., Barras Tejudo, R., Brito Siso, C., Dilger J., et al., [Heroes – Novel Strategies to Fight Child Sexual Exploitation and Human Trafficking Crimes and Protect their Victims: D4.4 Manual for Early Identification of Potential Victims of Trafficking in Human Beings, Child Sexual Abuse and Child Sexual Exploitation](#) («Héroes: Estrategias novedosas para combatir los delitos de explotación sexual infantil y trata de personas y proteger a sus víctimas: D4.4 Manual para la identificación temprana de posibles víctimas de la trata de seres humanos, el abuso sexual infantil y la explotación sexual infantil», disponible en inglés), 2023.
- ▶ Comisión Europea, REM, [«EMN inform: Mapping of mental health policies for third-country national migrants»](#) («La REM informa: Catálogo de políticas de salud mental para migrantes nacionales de terceros países», disponible en inglés), 4 de julio de 2022.
- ▶ Consejo de Europa, [«End immigration detention of children»](#) («Poner fin al internamiento de niños y niñas inmigrantes», disponible en inglés), Campaña parlamentaria.
- ▶ Consejo de la Unión Europea, Secretaría General, [Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025](#), 2021.
- ▶ CPT, [Detención de inmigrantes – ficha informativa](#), marzo de 2017.
- ▶ FRA, [Initial Reception Facilities at External Borders: Fundamental rights issues to consider](#) («Instalaciones de acogida inicial en las fronteras exteriores: Cuestiones de derechos fundamentales a considerar», disponible en inglés), 2021.
- ▶ FRA, [Mapping Child Protection Systems in the EU](#) («Cartografía de los sistemas de protección infantil en la UE», disponible en inglés), 2024.
- ▶ FRA, [Underpinning victims' rights: support services, reporting and protection](#) («Reforzar los derechos de las víctimas: servicios de apoyo, denuncia y protección», disponible en inglés), 2023.
- ▶ Frontex, [Risk Analysis for 2021](#) («Análisis de riesgos para 2021», disponible en inglés), 2021.
- ▶ Observatorio Europeo del Racismo y la Xenofobia, [Muslims in the European Union: Discrimination and Islamophobia](#) («Musulmanes en la Unión Europea: Discriminación e islamofobia», disponible en inglés), 1 de diciembre de 2006.
- ▶ Parlamento Europeo, Servicio de Investigación del Parlamento Europeo, Dumbrava, C., [Artificial intelligence at EU borders: Overview of applications and key issues](#) («La inteligencia artificial en las fronteras de la Unión Europea: Panorama general de las aplicaciones y cuestiones clave», disponible en inglés), 2021.



Autoridades de los Estados miembros

- Fedasil, [*Guide – Accompagnement des demandeurs sourds & malentendants*](#) («Guía de acompañamiento a los solicitantes sordos y con discapacidad auditiva», disponible en francés), 2022.

Referencias académicas

- Akthar, Z., y Lovell, A., «[Art therapy with refugee children: A qualitative study explored through the lens of art therapists and their experiences](#)» («Terapia artística con niños y niñas refugiados: Un estudio cualitativo explorado a través de la mirada de terapeutas artísticos y sus experiencias», disponible en inglés), Universidad de Chester, *International Journal of Art Therapy*, vol. 24, n.º 3, 2018, pp. 139-148.
- American Psychological Association, «[Resilience](#)» («Resiliencia», disponible en inglés), consultado el 12 de agosto de 2024.
- Amnistía Internacional, [Regional overview of Islamophobia in Europe](#) («Panorama regional de la islamofobia en Europa», disponible en inglés), 2022.
- ARSIS – Association for the Social Support of Youth, [ReGenerations! Mentoring for young refugees](#) («¡Re-Generations! Mentoría para personas refugiadas jóvenes», disponible en griego) 2022.
- Ayano, G., Belete, A., Duko, B., Tsegay, L., y Dachew, B. A., «[Systematic review and meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms, dysthymia and major depressive disorders among homeless people](#)» («Revisión sistemática y metaanálisis de la prevalencia de síntomas depresivos, distimia y trastornos depresivos graves entre personas sin hogar», disponible en inglés), *BMJ Open*, vol. 11, n.º 2, 2020, pp. 1-12.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., y Lin, J., «[The impact of guidance on internet-based mental health interventions – a systematic review. Internet Interventions](#)» («El impacto de la orientación en las intervenciones de salud mental basadas en Internet: una revisión sistemática. Intervenciones en Internet», disponible en inglés), vol. 1, n.º 4, 2014, pp. 205-215.
- Bass, B., y Nagy, H., «[Cultural Competence in the Care of LGBTQ Patients](#)» («Competencia cultural en la atención a pacientes LGBTQ», disponible en inglés), National Library of Medicine, 2023.
- Beck, B. D., Meyer, S. L., Simonsen, E., Sogaard, U., Petersen, I., et al., «[Music therapy was non inferior to verbal standard treatment of traumatized refugees in mental healthcare: results from a randomized clinical trial](#)» («La musicoterapia no fue inferior al tratamiento verbal estándar de refugiados traumatizados en la atención de salud mental: resultados de un ensayo clínico aleatorizado», disponible en inglés), *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 12, n.º 1, 2021, p. 1930960.
- Bedson, J., y Abramowitz, S., UNICEF, [Minimum quality standards and indicators for community engagement](#) («Estándares mínimos de calidad e indicadores para la participación comunitaria», disponible en inglés), 2020.
- Borja Jr., A., Khondaker, R., Durant, J., y Ochoa, B., «[Child-centred, cross-sectoral mental health and psychosocial support interventions in the Rohingya response: a field report by Save the Children](#)» («Intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial intersectoriales y centradas en los niños y niñas en la respuesta a la crisis de los rohinyás: informe de campo de Save the Children», disponible en inglés), *Intervention*, vol. 17, 2019, pp. 231-237.
- Brake, T., Dudek, V., Sauzet, O., y Razum, O., «[Psychosocial Attributes of Housing and Their Relationship With Health Among Refugee and Asylum-Seeking Populations in High-Income Countries: Systematic Review](#)» («Atributos psicosociales de la vivienda y su relación con la salud entre las poblaciones refugiadas y solicitantes de asilo en países de ingresos altos: Revisión sistemática», disponible en inglés), *Public Health Reviews*, 2023.
- Browne, G., «[The problem with mental health bots](#)» («El problema de los asistentes virtuales de salud mental», disponible en inglés), *Wired*, 2022.
- Carr, C., d'Ardenne, P., Sloboda, A., Scott, C., Wang, D., et al., «[Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder – an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation](#)» («Terapia musical grupal para pacientes con trastorno por estrés postraumático persistente: un ensayo controlado aleatorio exploratorio con evaluación de métodos mixtos», disponible en inglés), *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, vol. 85, 2012, pp. 179-202.
- CHS Alliance, «[Guidelines for Investigations](#)» («Directrices para las investigaciones», disponible en inglés), 2015.
- De Graaff, A. M., Cuijpers, P., McDaid, D., Park, A., Woodward, A., et al., «[Peer-provided Problem Management Plus \(PM+\) for adult Syrian refugees: a pilot randomised controlled trial on effectiveness and cost-effectiveness](#)» («Enfrentando problemas Plus por iguales sobre personas refugiadas sirias adultas: un ensayo piloto aleatorio controlado sobre la eficacia y la rentabilidad», disponible en inglés), *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Cambridge University Press, 2020.

- ▶ Defence for Children International Italia, [«Re-Generations – Mentoring For Young People Who Have Just Turned 18»](#) («Re-Generations: mentoría para jóvenes que acaban de cumplir 18 años», disponible en inglés), duración del proyecto: de diciembre de 2018 a mayo de 2022.
- ▶ Eather, N., Wade, L., Pankowiak, A., y Eime, R., [«The impact of sports participation on mental health and social outcomes in adults: a systematic review and the 'Mental gHealth through Sport' conceptual model»](#) («El impacto de la participación deportiva en la salud mental y los resultados sociales en personas adultas: una revisión sistemática y el modelo conceptual “Salud mental a través del deporte”», disponible en inglés), *Systematic Reviews*, vol. 12, n.º 1, 21 de junio de 2023.
- ▶ Ecosoc, [Observación general Nº 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud \(artículo 12\)](#), adoptado en la vigésima segunda sesión del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 11 de agosto de 2000 (contenido en el documento E/C.12/2000/4).
- ▶ Eime, R.M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., y Payne, W. R., [«A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport»](#) («Revisión sistemática de los beneficios psicológicos y sociales de la participación en el deporte en la infancia y la adolescencia: información para el desarrollo de un modelo conceptual de salud a través del deporte», disponible en inglés), *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 10, art. 98, 15 de agosto de 2013.
- ▶ El proyecto ChildMove, Derluyn, I., Orsini, G., Adeyinka, S., Behrendt, M., et. al., [«The impact of flight experiences on the mental health of unaccompanied children on the move»](#) («El impacto de las experiencias de huida en la salud mental de los y las menores no acompañados en tránsito», disponible en inglés), 2022.
- ▶ Eversole, R., [«Community agency and community engagement: re-theorising participation in governance»](#) («Capacidad de la comunidad y compromiso de la comunidad: replanteamiento teórico de la participación en la gobernanza», disponible en inglés), *Journal of Public Policy*, vol. 31, n.º 1, 2011, pp. 51-71.
- ▶ Farmer, N., Touchton-Leonard, K., y Ross, A., [«Psychosocial benefits of cooking interventions: a systematic review»](#) («Beneficios psicosociales de las intervenciones culinarias: una revisión sistemática», disponible en inglés), *Health Education & Behavior*, 2018.
- ▶ Ferguson, M., Dollman, J., Jones, M., Cronin, K., James, L., et al., [«Suicide prevention training – improving the attitudes and confidence of rural Australian health and human service professionals»](#) («Formación en prevención del suicidio: mejora de las actitudes y la confianza de los profesionales de la salud y los servicios sociales de las zonas rurales de Australia», disponible en inglés), *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 40, n.º 1, 2019, pp. 15-26.
- ▶ Fournier, K., Van Acker, K., y Geldof, D., [«Strengthening Opportunities for Accompanied Children in Reception Centres»](#) («Reforzar las oportunidades de los niños o niñas acompañados en acogida», disponible en inglés), 2022.
- ▶ Frank, A. O., De Souza, L. H., y Frank, C. A., [«Neck pain and disability: a cross-sectional survey of the demographic and clinical characteristics of neck pain seen in a rheumatology clinic»](#) («Dolor cervical y discapacidad: estudio transversal de las características demográficas y clínicas del dolor cervical observado en una consulta de reumatología», disponible en inglés), *International Journal of Clinical Practice*, vol. 59, 2005, pp. 173-182.
- ▶ Heynen, E., Bruls, V., van Goor, S., Pat-El, R., Schoot, T., et al., [«A Music Therapy Intervention for Refugee Children and Adolescents in Schools: A Process Evaluation Using a Mixed Method Design»](#) («Una intervención de musicoterapia para niños, niñas y adolescentes refugiados en escuelas: una evaluación del proceso utilizando un diseño de método mixto», disponible en inglés), *Children (Basilea)*, vol. 9, n.º 10, 2022, p. 1434.
- ▶ Hock, E., Blank, L., Fairbrother, H., Clowes, M., Castelblanco Cuevas, D., et al., [«Exploring the impact of housing insecurity on the health and well-being of children and young people: a systematic review»](#) («Exploración del impacto de la inseguridad en la vivienda sobre la salud y el bienestar de los niños y los jóvenes: una revisión sistemática», disponible en inglés), *Public Health Research*, vol. 11, n.º 13, 2023.
- ▶ Dieterich-Hartwell, R., y Koch, S. C., [«Creative arts therapies as temporary home for refugees: insights from literature and practice»](#) («Las terapias artísticas creativas como hogar temporal para personas refugiadas: reflexiones a partir de la literatura y la práctica», disponible en inglés), *Behavioral Sciences*, vol. 7, n.º 4, 2017, p. 69.
- ▶ Iacovou, M., Pattieson, D. C., Truby, H., y Palermo, C., [«Social health and nutrition impacts of community kitchens: a systematic review»](#) («Impactos sociales, sanitarios y nutricionales de los comedores comunitarios: una revisión sistemática», disponible en inglés), *Public Health Nutrition*, 2013.
- ▶ Irabor, E., [«Social Mentoring Practices In Italy: An introduction to the project regeneration»](#) («Prácticas de mentoría social en Italia: una introducción al proyecto “Regeneration”», disponible en inglés), European Mentoring Summit 2022, mayo de 2022.



- ▶ Joint Action on Mental Health and Well-being, Almeida, J. M., Mateus, P., y Tomé, G., «[Towards community-based and socially inclusive mental health care: Situation analysis and recommendations for action](#)» («Hacia una atención sanitaria mental basada en la comunidad y socialmente inclusiva: análisis de la situación y recomendaciones de acción», disponible en inglés), 2015.
- ▶ Keen, R., Chen, J., Slopen, N., Sandel, M., Copeland, W. E., et al., «[Prospective Associations of Childhood Housing Insecurity With Anxiety and Depression Symptoms During Childhood and Adulthood](#)» («Asociaciones prospectivas entre la inseguridad en la vivienda durante la infancia y los síntomas de ansiedad y depresión durante la infancia y la edad adulta», disponible en inglés), *JAMA Pediatrics*, vol. 177, n.º 8, 2023, pp. 818-826.
- ▶ Kesari, G., «[AI Can Now Detect Depression From Your Voice, And It's Twice As Accurate As Human Practitioners](#)» («Ahora la IA puede identificar la depresión a partir de la voz, y es dos veces más precisa que los especialistas humanos», disponible en inglés), *Forbes*, 2021.
- ▶ Kim, E. S., y Kawachi, I., «[Perceived neighborhood social cohesion and preventive healthcare use](#)» («Cohesión social percibida en el barrio y uso de la atención sanitaria preventiva», disponible en inglés), *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 53, n.º 2, 2017, pp. 35-40.
- ▶ Kiss, L., Quinlan-Davidson, M., Pasquero, L., Ollé Tejero, P., Hogg, C., et al., «[Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low-and middle-income countries](#)» («Supervivientes masculinos y LGBT de la violencia sexual en situaciones de conflicto: una revisión realista de las intervenciones sanitarias en los países de renta baja y media», disponible en inglés), *Conflict and Health*, vol. 14, art. 11, 26 de febrero de 2020.
- ▶ Koch, S. C., Riege, R. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., et al., «[Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes. A meta-analysis update](#)» («Efectos de la terapia de movimiento a través de la danza y la danza en los resultados psicológicos relacionados con la salud. Actualización de un metaanálisis», disponible en inglés), *Frontiers in Psychology*, vol. 10, 2019, p. 1806.
- ▶ Kryszka, K., Batterham, P. J., Tye, M., Shand, F., Cleave, A. L., et al., «[Best strategies for reducing the suicide rate in Australia](#)» («Las mejores estrategias para reducir la tasa de suicidios en Australia», disponible en inglés), *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 50, n.º 2, 2015, pp. 115-118.
- ▶ McMillan, D. W., y Chavis, D., «[Sense of community: a definition and theory](#)» («Sentido de comunidad: definición y teoría», disponible en inglés), *Journal of Community Psychology*, vol. 14, n.º 1, 1986, pp. 6-23.
- ▶ Miller, K. K., Brown, C. R., Shramko, M., y Svetaz, M. V., «[Applying trauma-informed practices to the care of refugee and immigrant youth: 10 clinical pearls](#)» («Aplicación de prácticas basadas en el trauma al cuidado de jóvenes refugiados e inmigrantes: diez perlas clínicas», disponible en inglés), *Children* (Basilea), vol. 6, n.º 8, 2019, p. 94.
- ▶ Miller, W. R., y Rollnick, S., *Motivational Interviewing* («La entrevista motivacional», disponible en inglés), cuarta edición, 2023.
- ▶ Molnar, P., y Gill, L., *Bots at the Gate: A Human Rights Analysis of Automated Decision Making in Canada's Immigration and Refugee System* («La automatización en la puerta de entrada: un análisis desde la perspectiva de los derechos humanos de la toma de decisiones automatizada en el sistema de inmigración y refugiados de Canadá», disponible en inglés), Programa Internacional de Derechos Humanos, 2021.
- ▶ Papadopoulos, R. K., *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience, and Adversity-Activated Development* («Desarticulación involuntaria: hogar, trauma, resiliencia y desarrollo activado por la adversidad», disponible en inglés), primera edición, Routledge, 2021.
- ▶ Bolger, L., «[Music therapy and international development in action and reflection: a case study of a women's music group in rural Bangladesh](#)» («La musicoterapia y el desarrollo internacional: entre la acción y la reflexión: un estudio de caso sobre un grupo musical de mujeres en una zona rural de Bangladés», disponible en inglés), *Australian Journal of Music Therapy*, vol. 23, 2012, pp. 22-41.
- ▶ Punt de Referència, «[Projecto Re-Generations](#)», consultado por última vez el 5.9.2025.
- ▶ Robinson, J., «[Early intervention and suicide prevention](#)» («Intervención temprana y prevención del suicidio», disponible en inglés), *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 2, n.º 3, 2008, pp. 119-211.
- ▶ Ruvolo Grasser, L., Al-Saghir, H., Wana, C., Spinei, J., y Javanbakht, A., «[Moving through the trauma: dance/movement therapy as a somatic-based intervention for addressing trauma and stress among Syrian refugee children](#)» («Superar el trauma: la terapia de danza y movimiento como intervención somática para abordar el trauma y el estrés entre los niños y niñas refugiados sirios», disponible en inglés), *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 58, n.º 11, 2019, pp. 1124-1126.
- ▶ Sampaio, F., Gonçalves, P., y Sequeira, C., «[Mental health literacy: it is now time to put knowledge into practice](#)» («Alfabetización en salud mental: es hora de poner en práctica los conocimientos», disponible en

inglés), *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n.º 12, 2022, p. 7030.

- ▶ Saroléa, S., Raimondo, F., y Crine, Z., [*Through the Eyes of the “Vulnerable”: Exploring Vulnerabilities in the Belgian Asylum System*](#) («Con los ojos de los “vulnerables”: análisis de las vulnerabilidades en el sistema de asilo belga», disponible en inglés), Université catholique de Louvain, VULNER Research Report 2, 2022.
- ▶ Teo, A. R., Andrea, S. B., Sakakibara, R., Motohara, S., Matthieu, M. M., et al., [*Brief gatekeeper training for suicide prevention in an ethnic minority population: a controlled intervention*](#) («Breve formación para personal de atención primaria en la prevención del suicidio en una población de minorías étnicas: una intervención controlada», disponible en inglés), *BMC Psychiatry*, vol. 16, 2016, pp. 1-9.
- ▶ Terry, R., Townley, G., Brusilovskiy, E., y Salzer, M. S., [*The influence of sense of community on the relationship between community participation and mental health for individuals with serious mental illnesses*](#) («La influencia del sentido de comunidad en la relación entre la participación comunitaria y la salud mental de las personas con enfermedades mentales graves», disponible en inglés), *Journal of Community Psychology*, vol. 47, n.º 1, 2019, pp. 163-175.
- ▶ Tinnemans, K., Asmoredjo, J., Badr, J. y De Grijter, M., [*Successful elements in refugee support and learning through exchange: Lessons learned from access to employment and MHPSS approaches in the Netherlands, Ethiopia and Jordan*](#) («Elementos de éxito en el apoyo a las personas refugiadas y el aprendizaje a través del intercambio: lecciones aprendidas del acceso al empleo y los enfoques de SMAPS en los Países Bajos, Etiopía y Jordania», disponible en inglés), Verwey-Jonker Institute, Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos, 2021.
- ▶ Universidad de Linnaeus, [*Artificial intelligence should help asylum seekers find the right dialect*](#) («La inteligencia artificial debería ayudar a los solicitantes de asilo a encontrar el dialecto adecuado», disponible en inglés), 2017.
- ▶ Verreault, K., [*Dance/movement therapy and resilience building with female asylum seekers and refugees*](#) («Terapia de danza/movimiento y desarrollo de la resiliencia con mujeres solicitantes de asilo y refugiadas», disponible en inglés), *Intervention*, vol. 15, n.º 2, 2017, pp. 120-135.
- ▶ Weine, S. M., [*Developing preventive mental health interventions for refugee families in resettlement*](#) («Desarrollo de intervenciones preventivas en salud mental para familias refugiadas en reasentamiento», disponible en inglés), *Family Process*, vol. 50, n.º 3, 2011, pp. 410-430.

Organismos internacionales y revistas

- ▶ ACNUR, [*Política de edad, género y diversidad*](#), 8 de junio de 2011.
- ▶ ACNUR, [*Enfoque Comunitario en las operaciones de ACNUR*](#), marzo de 2008.
- ▶ ACNUR, [*Comprender la protección comunitaria: documento de orientación para la protección*](#) («Documento sobre políticas de protección: Comprender la protección basada en la comunidad, División de Protección Internacional», disponible en inglés), 2016.
- ▶ ACNUR, [*El trabajo con personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales y queer \(LGBTIQ+\) durante el desplazamiento forzado*](#), 2021.
- ▶ ACNUR y Luxembourg Aid & Development, [*Designing safe digital mental health and psycho-social support \(MHPSS\)*](#) («Diseño de servicios digitales seguros de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS)», disponible en inglés), 2023.
- ▶ Bello, C., [*Scientists are using fitness trackers and AI to detect depression with ‘80% accuracy’*](#) («Los científicos están utilizando dispositivos de seguimiento físico e IA para detectar la depresión con una “precisión del 80 %”», disponible en inglés), *Euronews*, consultado el 5 de septiembre de 2024.
- ▶ CICR y Cruz Roja Noruega, [*“That never happens here”: Sexual and gender based violence against men, boys and LGBTIQ+ people*](#) («“Eso nunca pasa aquí”: Violencia sexual y de género contra hombres, niños y personas LGBTIQ+», disponible en inglés), 3 de febrero de 2022.
- ▶ Cuerpo Médico Internacional y Comité Internacional de Rescate, [*Women and Girls Safe Spaces: a toolkit for advancing women’s and girls’ empowerment in humanitarian settings*](#) («Mujeres y niñas: espacios seguros, un conjunto de herramientas para promover el empoderamiento de las mujeres y las niñas en contextos humanitarios», disponible en inglés), 2020.
- ▶ FICR, Centro de Referencia para el Apoyo Psicosocial, [*A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent Societies*](#) («Guía de primeros auxilios psicológicos para las sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja», disponible en inglés), Copenhague, 2018.
- ▶ Gender-based Violence AoR, [*Gender-based violence and disability inclusion fact sheet*](#) («Hoja informativa



sobre la VG y la inclusión de la discapacidad», disponible en inglés), Global Protection Cluster, 29 de noviembre de 2023.

- ▶ IASC, [*Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria: Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación*](#), 2015.
- ▶ IASC, [*Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*](#), 2007.
- ▶ IASC, [*The Mental Health and Psychosocial Support Minimum Service Package*](#) («El paquete de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial», disponible en inglés), 2022.
- ▶ IASC, [*Enfoques comunitarios para los programas de SMAPS: Nota de orientación*](#), 2019.
- ▶ IASC, [*El Marco Común de Monitoreo y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*](#), 2021.
- ▶ IASC, Global Education Cluster, Inter-agency Network for Education in Emergencies, Global Protection Cluster, [*Guidelines for Child Friendly Spaces in Emergencies*](#) («Directrices para espacios adaptados a la infancia en situaciones de emergencia», disponible en inglés), 31 de enero de 2011.
- ▶ ICRH Belgium, [*«Inclusive Holistic Care for Migrant victims of sexual violence \(INHeRE\)»*](#) [«Atención integral e inclusiva para las personas migrantes víctimas de violencia sexual (INHeRE)», disponible en inglés], 1 de noviembre de 2019 - 31 de octubre de 2021.
- ▶ OIM, [*Voluntary Return and Reintegration: Community-based approaches*](#) («Retorno voluntario y reintegración: enfoques basados en la comunidad», disponible en inglés), 2018.
- ▶ OIM Irlanda, [*Preparing for Return*](#) («Preparación para el retorno», disponible en inglés), 2015.
- ▶ OIM y USAID, [*Manual sobre salud mental y apoyo psicosocial de base comunitaria en emergencias y desplazamiento, segunda edición*](#), 2022.
- ▶ OMS, [*Enfrentando problemas Plus \(EP+\): Ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad*](#), 2018.
- ▶ OMS, [*Health promotion – Track 1: Community empowerment*](#) («Promoción de la salud – Vía 1: Empoderamiento de la comunidad», disponible en inglés), Fuente: Adaptado del Informe final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2008.
- ▶ OMS, [*World Report on the Health of Refugees and Migrants*](#) («Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes», disponible en inglés), 2022.
- ▶ OMS, [*Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo*](#), 2011.
- ▶ OMS, [*Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*](#), 2021.
- ▶ OMS y ACNUDH, [*El derecho a la salud: Folleto informativo n.º 31*](#), 2008.
- ▶ OMS y ACNUR, [*Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for humanitarian settings*](#) («Evaluación de la salud mental y las necesidades y recursos psicosociales: caja de herramientas para entornos humanitarios», disponible en inglés), 2012.
- ▶ Red Humanitaria Digital, [*«Artificial Intelligence Principles for Vulnerable Populations in Humanitarian Contexts»*](#) («Principios de inteligencia artificial para poblaciones vulnerables en contextos humanitarios», disponible en inglés), 2020.
- ▶ Unicef, [*A Practical Guide for Developing Child Friendly Spaces*](#) («Guía práctica para crear espacios amigables para los niños y niñas», disponible en inglés), 2008.
- ▶ Unicef, [*Best Practices for Working with Unaccompanied Migrant Children in Humanitarian Contexts: A Guide for Staff and Volunteers in the United States*](#) («Buenas prácticas para trabajar con niños y niñas migrantes no acompañados en contextos humanitarios: Guía para el personal y las personas voluntarias en los Estados Unidos», disponible en inglés), 2023.
- ▶ Unicef, [*Operational guidelines – Community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families \(field test version\)*](#) [«Directrices operativas. Salud mental y apoyo psicosocial basados en la comunidad en situaciones humanitarias: apoyo en tres niveles para los niños y las niñas y sus familias (versión de prueba sobre el terreno)», disponible en inglés], 2020.
- ▶ UNODC, [*Evaluation Handbook: Guidance for designing, conducting and using independent evaluation at UNODC*](#) («Manual de evaluación: Orientaciones para diseñar, llevar a cabo y utilizar evaluaciones independientes en la UNODC», disponible en inglés), 2022.
- ▶ WIRED, [*The problem with Mental Health Bots*](#), 2022.



Oficina de Publicaciones
de la Unión Europea

