

SAHARA

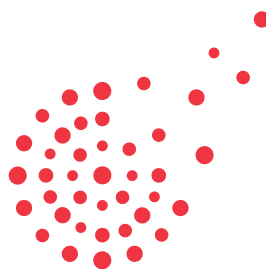
EN MENTE



SALUD MENTAL Y REFUGIO PROLONGADO

UN ACERCAMIENTO A LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL
EN LOS CAMPAMENTOS SAHARAUIS





mundo en
movimiento

Este estudio fue impulsado por la organización **Mundo en Movimiento**.

Fecha: Noviembre 2019

web: <https://www.mundoenmovimiento.org>

contacto: info@mundoenmovimiento.org

Diseño y maquetación: ARTS&PRESS

Autoría del documento: Alba Ajo Asensio y Miguel M. Serrano

Investigación desarrollada por: Alba Ajo Asensio, Miguel M. Serrano,
Dumaha Alyene, Ana Palmar Santos

Trabajadores biculturales: Jadiya Ali, Zaim Sueyeh

Fotografía: Miguel M. Serrano

AVISO: El análisis, los errores y las conclusiones o recomendaciones de este documento de trabajo son de responsabilidad exclusiva de las autoras. No reflejan necesariamente la opinión de las diferentes personas que han hecho posible esta investigación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. CONTEXTO E HISTORIA	10
Refugio	11
El refugio prolongado	12
Concepto de salud mental. Refugio y salud mental	14
Historia reciente del pueblo saharaui: del Sahara Occidental a los campamentos de personas refugiadas de Tindouf	16
La salud mental en los Campamentos de refugiados y refugiadas saharauis	19
Organización sanitaria	19
Descripción de los servicios de salud mental en los campamentos saharauis	20

2. SAHARA EN MENTE. UN ACERCAMIENTO
A LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

22

Sahara en Mente	23
“El loco siempre es el loco”	25
Reflexiones: La estigmatización de la salud mental dentro y fuera del pueblo saharaui	27
Mito y rito	29
La locura desde la mirada científico-psicológica	29
La locura desde la mirada tradicional	31
Reflexiones: Consonancias y disonancias entre el mito y el rito. Convivencia de un prisma occidental y un prisma tradicional	33
Comunidad y valores	37
Reflexiones: La familia, la religión, la identidad social y la importancia de un trabajo bicultural	39
Refugio prolongado, “la espera que desespera”	43
Ser psicóloga y refugiada	45
Reflexiones: Una realidad transversal que afecta tanto a la persona que acompaña como a quien recibe los cuidados	46

3. CONCLUSIONES

49

Leyenda fotográfica	52
Bibliografía	53



INTRO DUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

El informe que se presenta parte de un trabajo de investigación de tipo etnográfico realizado en los Campamentos de refugiados y refugiadas saharauis de Tindouf (Argelia) en noviembre de 2018.

Para realizar este estudio contamos con la aprobación del Ministerio de Salud Pública Saharaui y se realizó en conjunto y colaboración con la directora del Departamento de Salud Mental en los campamentos saharauis, Dumaha Alyene.

Este estudio parte de la base de incorporar un marco transcultural y un abordaje antropológico en el que se escuchen las voces de los implicados permitiendo atender y entender las particularidades culturales de la población saharauí.

Si hablamos de salud mental, rechazamos la teoría biologicista imperante como causa de trastornos psiquiátricos, la occidentalización de los problemas de salud mental y su manejo a nivel personal y comunitario y partimos del entendimiento del sufrimiento psíquico¹ como una experiencia multicausal donde las variantes sociodemográficas, políticas y culturales tienen una influencia clara en el desarrollo, resolución y/o mantenimiento de este.

¹ En el presente estudio se utilizarán indistintamente los términos “sufrimiento psíquico” y “problemas de salud mental” por entender que son los que se conectan con el paradigma y enfoque teórico que presentamos, evitando utilizar los términos como “enfermedad mental” o “trastorno”.







1

CONTEXTO E HISTORIA



REFUGIO

La convención del 28 de julio de 1951 relativa al estatuto de los refugiados define como persona refugiada, en el artículo 1A de dicho estatuto, a la persona que “debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él”.

En este más de medio siglo de historia, el término refugio ha variado sustancialmente en lo que a regiones (y por ende, sociedades) se refiere. De los desplazamientos masivos internos en Europa que motivaron el surgimiento de organismos como ACNUR (Agencia de la ONU para los refugiados) o el nacimiento de la Declaración Universal de Derechos Humanos, a los grandes éxodos actuales, con orígenes predominantes en África, Oriente Medio, algunos países del sur de Asia y Latinoamérica. Así, en estas últimas décadas se ha terminado de asentar esa barrera “Norte-Sur” mundial, con importantes avances en el hemisferio norte del planeta que han afectado de manera determinante a gran parte de la zona sur.

En los últimos diez años la población desplazada de forma forzosa ha aumentado sustancialmente, siendo en 2009 de 43,3 millones de personas. Según ACNUR, a final de 2018 había 70,8 millones de personas desplazadas a la fuerza fuera de sus países en todo el mundo. De estos 70,8 millones, 25,9 millones son personas refugiadas.

El 50% de las personas refugiadas a nivel mundial son menores de 18 años.

EL REFUGIO PROLONGADO

Cuando hablamos de refugio hacemos referencia a un gran paraguas que, como hemos visto, acoge una amplísima diversidad de situaciones. La dificultad para el individuo o el grupo social que conlleva encontrarse en este estatus, en lo que respecta a identidad, capacidad de autodesarrollo o posibilidad de independencia, ha forzado que se definan diferentes categorías, una de ellas en relación al tiempo durante el cual se prolonga la situación de refugio. Bajo este prisma surge la acotación de las “Personas en Situación de Refugio Prolongado”. ACNUR toma dos características como imprescindibles para definir que una población está en Situación de Refugio Prolongado:

- que la población refugiada sea de unas 25.000 personas o más de la misma nacionalidad,
- y que lleven al menos cinco años en el exilio en un determinado país de asilo.

Se entiende que esta definición tiene claras limitaciones, puesto que los contextos de refugio son dinámicos y el número de personas o tiempo de exilio puede variar en función del flujo migratorio de las personas y que los grupos poblacionales que han tenido que desplazarse de forma forzosa menores de 25.000 personas quedan excluidas de la definición.

Las poblaciones en situación de refugio prolongado ya han salido de la fase de emergencia, en la que la prioridad se basa en la atención hacia necesidades básicas y cuestiones de emergencia, pero no han alcanzado soluciones duraderas y se espera que no lo consigan en un futuro próximo.

Una situación prolongada será el resultado de las condiciones en el país de origen de los refugiados, las respuestas y las condiciones en los países de acogida, la disponibilidad de soluciones duraderas y el grado de compromiso de la comunidad internacional, evidenciándose que algunas situaciones reciben mucha más atención que otras.



50%

de las personas
refugiadas a nivel
mundial son menores
de 18 años

Según la definición propuesta por ACNUR, a final de 2018 se contabilizaba que el 78% de las personas refugiadas (15,9 millones de personas) están en situación de refugio prolongado. De entre ellos, 5,8 millones llevan en esta situación más de veinte años. Ninguna situación de refugio prolongado se resolvió en 2018:

- 2,4 millones de refugiados afganos en la República Islámica de Irán y Pakistán, desde 1979.
- 6,9 millones de refugiados en situaciones prolongadas de menor duración (entre seis y diez años): 5,4 millones eran refugiados sirios en Egipto, Irak, Jordania, Líbano y Turquía.
- 3,5 millones de personas estaban en situaciones prolongadas de refugio de entre diez y treinta y siete años.
- En 2018, nueve nuevas situaciones se convirtieron en situaciones prolongadas: personas refugiadas sursudanesas en Kenia, Sudán y Uganda; nigerianas en Camerún y Níger, personas refugiadas de la RDC y Somalia en Sudáfrica; personas refugiadas pakistaníes en Afganistán y ucranianas en la Federación Rusa.
- Desde los años 60, más de diez y nueve países o regiones han sido zonas de origen para población en situación de refugio prolongado: Afganistán, Burundi, República Centroafricana, China, Colombia, República Democrática del Congo, Eritrea, Irak, Malí, Myanmar, Nigeria, Palestina, Pakistán, Ruanda, Somalia, Sudán del Sur, Sri Lanka, Sudán, República Árabe Siria, Ucrania, Vietnam y Sahara Occidental...
- En el caso de Palestina, la situación de refugio prolongado se produce desde el 1948, manteniendo setenta años de exilio. Se calcula que una cuarta parte de las personas refugiadas son palestinas, unos cinco millones.



15,9 mill.
de personas están
en situación de
refugio prolongado

CONCEPTO DE SALUD MENTAL. REFUGIO Y SALUD MENTAL

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Esta definición es una prolongación de la idea de salud positiva que propone la OMS en la definición de salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Según esta definición se entiende, por tanto, que la salud mental varía en función de diferencias culturales, asunciones subjetivas y teorías profesionales.

La prevalencia de los problemas de salud se asocia actualmente en un alto porcentaje a trastornos de salud mental, alrededor de un 13%. Extensa literatura ha demostrado que la experiencia migratoria y el refugio están íntimamente ligados a estresores relacionados con la salud física y mental.

La asistencia y servicios a personas con problemas en salud mental no son iguales en todas las partes del mundo, sobre todo entre las víctimas de crisis humanitarias.

En contexto de desplazamiento forzoso, guerra o desastre natural, el trauma sufrido tiene potencial para repercutir a nivel psicológico, expresándose en los comportamientos, emociones y/o relaciones interpersonales. La bibliografía recogida por investigadores en terreno muestra que estas personas pueden experimentar miedo, inseguridad, angustia, ansiedad, estrés, alteraciones del sueño, dificultad de concentración, duelo por la pérdida de seres queridos, síntomas de depresión (alteraciones del humor, tristeza), desesperanza y pérdida de confianza en sí mismas y en los demás, imágenes recurrentes, *flashbacks* y pesadillas, o dolencias psicosomáticas.

La salud mental de las personas refugiadas o que han realizado un desplazamiento forzoso puede verse afectada tanto a nivel individual como comunitario, independientemente de la causa que lo ocasione, y puede estar influenciada por múltiples factores:

- Separación de su familia y contexto social.
- Experiencias traumáticas vividas en país de origen, durante el viaje o en el lugar de acogida.
- Pérdidas de sistemas de apoyo.
- Barreras lingüísticas y culturales.
- Condiciones legales y socioeconómicas adversas.

A nivel general, la probabilidad de sufrir problemas de salud mental es 3,7 veces mayor si se han sufrido experiencias traumáticas, incluyendo experiencias de sufrimiento como depresión, ansiedad y trastornos somatomorfos; trastorno mental grave como la psicosis, trastornos por abuso de sustancias y trastornos ligados específicamente al estrés.

A pesar de la relevancia que tienen estos problemas de salud mental en las personas afectadas por conflictos, el suceso mejor estudiado en cuanto a la salud mental de los refugiados sigue siendo el Síndrome de Estrés Postraumático, que tiene diez veces más probabilidad de darse en personas refugiadas y solicitantes de asilo que en las poblaciones de acogida.

Muchos de estos desplazamientos forzosos se realizan de forma irregular o en situación de crisis humanitaria, lo que aumenta los riesgos en salud, tanto física como psíquica, a corto, medio o largo plazo.

Entre los problemas de salud mental de naturaleza psicosocial, encontramos:

- Problemas sociales preexistentes (anteriores a la emergencia. Por ejemplo, extrema pobreza, pertenencia a un grupo que es objeto de discriminación o marginado, opresión política).
- Problemas sociales inducidos por la emergencia (separación de los miembros de la familia, desintegración de las redes sociales, destrucción de estructuras comunitarias, de la confianza recíproca y de los recursos, mayor violencia por motivos de género).
- Problemas sociales inducidos por la asistencia humanitaria (debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales).



El pueblo saharaui
inició su éxodo en

1976

HISTORIA RECIENTE DEL PUEBLO SAHARAUI: DEL SAHARA OCCIDENTAL A LOS CAMPAMENTOS DE PERSONAS REFUGIADAS DE TINDOUF

El contexto del pueblo saharaui en el que se encuadra esta investigación es protagonista de una de las situaciones de refugio más antiguas de la historia, tras cuarenta y tres años viviendo en una de

las zonas más áridas del planeta, los Campamentos de refugiados y refugiadas de Tindouf, en Argelia.

El pueblo saharauí, proveniente del territorio no autónomo del Sahara Occidental, inició su éxodo en 1976 debido a la ocupación marroquí del territorio.

El territorio en el que históricamente se asentaba el pueblo saharauí suscitaba un alto interés económico, principalmente por su posición geográfica y los grandes beneficios pesqueros que tiene a su alcance. Constituía, además, una posición geográfica estratégica de gran importancia.

En el año 1934 el territorio es ocupado por España, que lo incorpora como una provincia del Estado español. En 1967 la ONU recomienda la descolonización del territorio, desde el Comité Especial de Descolonización creado en 1961. A su vez, en 1967 tiene lugar, por parte de la población saharauí, el surgimiento del Movimiento para la Liberación del Sahara que reclama autonomía frente a la colonización española. En los años siguientes, España inicia un proceso de retirada del territorio del Sahara Occidental, hasta que en 1976 se da por finalizada su retirada. Antes de esto, el 14 de noviembre de 1975 tienen lugar los acuerdos tripartitos de Madrid, por los que España cedía la gestión administrativa del territorio a Mauritania y Marruecos.

Este acuerdo da lugar al inicio del conflicto entre Sahara y Marruecos: el 6 de noviembre de 1975 tiene lugar la Marcha Verde, en la que cientos de miles de civiles marroquíes, bajo la protección del ejército, ocupan el territorio del Sahara Occidental. Esto da lugar al inicio de la guerra entre el Reino de Marruecos, Frente Polisario (surgido del Movimiento de Liberación del Sahara) y Mauritania, que se retiró poco después del conflicto. Al mismo tiempo se produjo un éxodo por parte de la población saharauí hacia Argelia, donde termina asentándose en lo que actualmente son los campamentos de refugiados y refugiadas saharauís, cerca de la ciudad de Tindouf.

El conflicto armado se alarga hasta 1991, momento en el que se firma un alto el fuego basado en un acuerdo entre Frente Polisario y Marruecos de cara a realizar un referéndum sobre el territorio



170.000

personas viven en
los Campamentos de
Refugiados de Tindouf

del Sahara Occidental. Este mismo año surge la Misión de Naciones Unidas para el referéndum en el Sahara Occidental (MINURSO), como órgano de mediación y observación del alto el fuego entre las partes de cara a la realización del referéndum. Tras un incumplimiento por parte de Marruecos de las condiciones iniciales del referéndum, el conflicto en la actualidad no se ha resuelto, dando como resultado una perpetuación de la situación de refugio de más de ciento setenta mil personas en los campamentos de refugiados y refugiadas de Tindouf, cumpliéndose, en 2019, cuarenta y cuatro años de dicha situación.

Como consecuencia, tres generaciones han vivido la situación de refugio prolongado del pueblo saharauí. Esta situación de refugio implica la vivencia directa de una guerra no resuelta, de grandes dificultades de desarrollo y la imposibilidad de autodeterminación, y las duras condiciones de vida en el desierto. Algunos estudios, como el de Martín Beristain, reflejan también la normalización de la constante vulneración de derechos humanos sufrida por el pueblo saharauí no solo en derecho a la vivienda o asistencia, sino en referencia a muertes y desapariciones: “La violación de los derechos humanos por las fuerzas de orden marroquí ha sido ampliamente documentada. No se trata de una violencia que se dio hace treinta y cinco años, sino que se da ahora, y no se trata de una violencia pequeña. Históricamente alcanza una magnitud que nos escandalizaría en otros lugares. Las cifras de personas saharauíes asesinadas o desaparecidas por el régimen marroquí en términos porcentuales respecto al conjunto de la población, superan a países como Argentina o Chile, y son cercanas a las de la guerra de El Salvador o a las de países que han sufrido genocidio como Guatemala o Timor Oriental”.

En la actualidad, en los Campamentos de refugiados y refugiadas saharauíes se cuenta con ministerios, hospitales, centros educativos y organismos desarrollados a través de la autogestión de recursos, aunque con una evidente dependencia de la cooperación internacional como consecuencia de su situación. Los recursos materiales son exportados desde el exterior y en la actividad sanitaria, las comisiones médicas constituyen un apoyo fundamental requerido tanto en la atención directa como en acciones formativas.

LA SALUD MENTAL

EN LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS Y REFUGIADAS SAHARAUIS

Podemos afirmar que las personas o grupos que viven en situación de refugio prolongado tienen un riesgo alto de sufrir problemas de salud mental, vistas las situaciones traumáticas y las condiciones vitales a las que están expuestos, pero la mayoría de los datos de prevalencia o guías de intervención están encaminadas hacia la asistencia en emergencias.

En los Campamentos de refugiados y refugiadas saharauis de Tindouf existen limitados servicios dedicados a la salud mental. Además, en la actualidad no se ha formado ningún psiquiatra saharauí y existen escasos datos oficiales publicados en cuanto a la prevalencia de los problemas de salud mental.

ORGANIZACIÓN SANITARIA

La RASD (República Árabe Saharaui Democrática) cuenta con el Ministerio de Salud Pública saharauí. Este gestiona los recursos que los organismos externos aportan, que son la mayor parte del total, y los suyos propios.

Las infraestructuras sanitarias están divididas en tres niveles:

- Dispensarios: uno en cada barrio, son el primer escalón de la asistencia sanitaria. Se llevan a cabo actividades de atención primaria y prevención, por parte de enfermeras y enfermeros.
- Hospital Regional: uno en cada wilaya² donde se ofrecen servicios de medicina interna, pediatría, ginecología, laboratorio y rayos X, aunque con una cartera de servicios que apenas abarca la medicina general y obstetricia y consultas de pediatría. Coordinan los casos con los dispensarios.

² El término *wilaya* se traduce literalmente como provincia. En el caso de los Campamentos, con wilaya se denomina a cada uno de los núcleos urbanos que los componen. Además, cada una de las wilayas tienen el nombre de las ciudades más relevantes del Sahara Occidental.

- Hospitales, con trescientas camas en total: Hospital Nacional de Rabouni, asistencia permanente especializada, cuenta con una comisión médica cubana permanente de profesionales sanitarios cooperantes. Cuenta dentro de sus instalaciones con una farmacia, una sala de fisioterapia, óptica, gastroenterología, servicios de medicina interna y pediatría, dos quirófanos, salas de hospitalización pre y post operatorio, un laboratorio y servicios de nutrición, entre otros. Es el centro de referencia de la sanidad saharauí. Es el centro de referencia nacional. El Hospital de Bol-la atendía víctimas de guerra desde 1978 y ahora lo hace a toda la población civil con servicios especializados.

Existen centros específicos dentro de la atención sanitaria: Hospital Psiquiátrico Mmembud Membarak, Hospital de Tuberculosis, un Centro de rehabilitación de Víctimas de guerra y dos centros residenciales, así como centros de atención a la discapacidad y necesidades especiales.

En el año 2012 se creó el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Saharaui en los campos de refugiados y refugiadas de Tindouf, por psicólogas saharauis. No trabaja ningún psiquiatra de forma permanente.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS CAMPAMENTOS SAHARAUIS

Desde el año 2012, los Campamentos de refugiados y refugiadas saharauis cuentan con un Departamento de Salud Mental. Este departamento se inserta dentro de los Programas de Prevención del Ministerio de Salud Pública de la RASD.

En el Hospital Nacional de Rabouni se encuentra el Departamento de Salud Mental, liderado por una psicóloga saharauí, que realiza trabajo asistencial y de coordinación del departamento. Este ofrece una red asistencial en los campamentos con una consulta de psicología ubicada en el Hospital Regional de cada wilaya y otra en el Hospital Nacional de Rabouni, seis en total. Cada consulta es atendida por una psicóloga saharauí. Estas consultas tienen disponibilidad en el hospital tres días a la semana, en los que se realizan consultas de nueva atención y de seguimiento a nivel comunitario.

En la actualidad, y desde el año 2015, el departamento cuenta con el Hospital Psiquiátrico Mmembud Membarak, situado en el terreno adyacente a la “Escuela 9 de Junio”, junto al Hospital de Tuberculosis, sustituyendo así al antiguo Hospital Psiquiátrico 12 de Octubre.

Este centro cuenta con una capacidad máxima para veinte pacientes. Está dividido en dos alas, una para mujeres y otra para hombres. En cada ala cuentan con baños y duchas compartidos, cinco habitaciones en el ala derecha y seis en la izquierda. Como espacios comunes cuentan con una sala de curas, un despacho médico, la cocina y el almacén. La red profesional está formada por el director del centro, dedicado a la gestión y administración, un psicólogo, dos enfermeros, dos “guardas” o “estabilizadores”, cocineros y chóferes. Tanto los enfermeros como los guardas trabajan por turnos de quince días. El personal es compartido para el Hospital Psiquiátrico y de Tuberculosis. A nivel administrativo, este hospital depende del Hospital Nacional de Rabouni.

Este centro está dedicado al ingreso de pacientes de salud mental en situación de crisis, por grave sufrimiento psíquico, por un período de tiempo breve. Atiende a unos setenta pacientes al mes, entre los ingresos y las consultas de seguimiento que realiza el psicólogo en su consulta, siempre a pacientes mayores de dieciocho años. La derivación al mismo puede ser realizada tanto por las psicólogas o por profesionales médicos en caso de necesidad. Para acceder al tratamiento en el centro serán valorados previamente por el psicólogo del mismo, que valorará si cumple criterios de ingreso.

Todos los trabajadores y trabajadoras del Departamento de Salud Mental son de origen saharauí, formados en otros países.

El Departamento de Salud Mental recibe y gestiona apoyo por parte de distintas organizaciones extranjeras, fundamentalmente la asociación ANARASD y el Instituto NEPP, que colaboran en la asistencia clínica, formación a profesionales saharauíes y provisión de productos y recursos sanitarios.



2

SAHARA EN MENTE.

**UN ACERCAMIENTO
A LA ATENCIÓN
EN SALUD MENTAL**

SAHARA EN MENTE

La información que se presenta a continuación ha sido recabada a través de dos técnicas: la Observación participante y Entrevistas en profundidad. Se realizaron entrevistas a dieciocho personas: quince de ellas eran profesionales sanitarios saharauis en contacto o vinculados a la salud mental; y las tres restantes agentes de la comunidad. Todas estas personas participaron de forma voluntaria y su anonimato fue guardado en el estudio. Todo ello se llevó a cabo gracias al esfuerzo de los trabajadores biculturales Jadiya Ali y Zaim Sueyeh.

El análisis de la información interpretativo-reflexivo se llevó a cabo en paralelo a todo el proceso de investigación.

Los resultados derivados de las entrevistas y el proceso de observación se dividirán en cuatro bloques, acompañados de una serie de reflexiones de cara a profundizar sobre el contenido de cada uno de ellos.



“EL LOCO SIEMPRE ES EL LOCO”

El pueblo saharauí, como la mayoría de sociedades, asume la idea de que exista la locura y que haya personas que sufran problemas de salud mental. Está presente el término “loco” o “loca”. “Ser loco” pasaría a formar parte de la identidad de las personas con sufrimiento psíquico.

A nivel social, se identifican ciertas conductas o comportamientos por los que se puede reconocer a una persona “loca” de la que no lo es. Los y las entrevistadas explicitan algunas de estas conductas que definen al “loco” como alguien que ha cambiado, tiene conductas que difieren de su estado habitual.

Estas ideas o creencias conviven en el imaginario colectivo con la idea de que los y las locas pueden tener conductas agresivas o peligrosas, lo cual repercute en una sensación de miedo hacia ellas y la necesidad de actuar frente a esto, teniendo la obligación de proporcionar protección para ellas mismas y a la comunidad: ofreciendo cuidados, tratamiento especializado, etc.

Esta visión social de la persona “loca” se traduce, para las personas que tienen problemática de salud mental, en un estado de posible marginación y rechazo social, pudiendo ser agredidas o insultadas en ocasiones. No es infrecuente que tengan miedo y vergüenza a ser reconocidas como personas “locas”, lo que hace que cuando acuden a los servicios sanitarios de salud mental, algunas de ellas intentan hacerlo en secreto, completamente cubiertas, o a escondidas, evitando, también, dar datos personales, esperando que no se les reconozca y poder mantener en el anonimato su problemática. Esto provoca retraso en la petición de ayuda para el alivio del sufrimiento, tanto en los servicios de salud mental como a nivel familiar. Previamente, han podido acudir a otros apoyos tradicionales, como acudir a consultar a un ruqí³. En consulta de psicología se sabe que es frecuente que acudan primero a estos recursos que a los sanitarios.

Dentro de los servicios sanitarios, la práctica más habitual es que se derive a las personas con problemas de salud mental a los servicios

*“El ladrón siempre es ladrón”, no se mejora.
“El borracho siempre es borracho”, “el loco siempre es el loco”, el psiquiátrico siempre será, no se mejora.”*



**Hombre,
profesional
sanitario.**

3 Líder religioso musulmán que practica la ruqiya, rito que consiste en la lectura del Corán para sanar el sufrimiento de las personas que puede deberse a razones que van desde un distanciamiento de la fe hasta posesiones de demonios.

“Está loca cuando, por ejemplo, ven el estado de la paciente que ya no es como antes, ha cambiado de actitud, el vestuario... piensan que ella se ha vuelto loca. Y cuando la paciente escucha esta palabra se empeora más. Y dicen: «¿por qué yo estoy loca si yo soy como ellos, si soy una persona normal?»”.



Mujer, profesional sanitaria.

de psicología, por ser ellos los referentes en el trato con personas con sufrimiento psíquico.

Los profesionales que se dedican a la salud mental expresan haber sufrido estigma también por estar en contacto con personas con estos problemas, sintiéndose los profesionales también sospechosos de “locura”.

Más allá de esto, los discursos institucionales recogidos reconocen como positiva la presencia del Departamento de Salud Mental en el Ministerio de Salud Pública saharauí, aunque olviden citarlo en la lista de programas sanitarios o este no aparezca como programa específico en las webs oficiales del Ministerio de Salud Pública.

En este contexto, desde los profesionales sanitarios que trabajan en el Departamento de Salud Mental surgió la necesidad de realizar acciones que combatieran el estigma que sufren las personas con problemas de salud mental con los objetivos de fomentar la inclusión social, dar a conocer la psicología como una herramienta para mejorar el malestar psíquico y los servicios que ofrece el Departamento de Salud Mental para ello.

Estas acciones se basan en campañas de sensibilización a las personas que se asientan en cada una de las wilayas de los Campamentos de refugiados saharauí, en concreto dirigidas a las mujeres que son las que en su mayoría acuden a las reuniones en las dairas y wilayas. A nivel profesional, se imparte formación en materia de “Ética” y “Psicología” en la Escuela Nacional de Enfermería y en el Hospital regional de Dajla a estas enfermeras en formación.

Además de acciones colectivas, en el discurso de las psicólogas trasluce la importancia del trato dado en consulta para aumentar la confianza de los pacientes con los servicios de salud mental y, por lo tanto, acudir cuando reconocen problemas, tratándolos desde una perspectiva inclusiva y de derechos.

Todas estas acciones en conjunto han supuesto diferentes logros en la lucha frente al estigma demostrado en el aumento del reconocimiento de la figura de la psicóloga, y la forma de acudir a la consulta: algunas personas acuden “porque no tienen más remedio”; otras, aunque tapadas y con miedo, acuden a solicitar apoyo, y otras personas acuden preguntando por la psicóloga.

Con estas acciones, el Departamento de Salud Mental trabaja activamente por la desestigmatización de las personas con problemas de salud mental.



**REFLEXIONES:
LA ESTIGMATIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL
DENTRO Y FUERA DEL PUEBLO SAHARAUI.**

Podemos afirmar que el estigma acompaña a la salud mental en un gran parte de las sociedades del mundo. Por un lado, se conoce que percibir estigma ataca a los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la persona con problemas de salud mental y de su entorno cercano, además de que supone una barrera de cara al acceso a los servicios de salud o redes de apoyo. Pero además, también cabe señalar que desde los servicios e instituciones de salud, principalmente desde el prisma occidental, se plantean intervenciones enfocadas de manera única en el usuario, pero no en el entorno, refiriéndonos tanto a las redes cercanas de la persona como al espacio social en el que vive. Por lo tanto, si concebimos el estigma como un elemento altamente condicionante para la persona con sufrimiento psíquico, pero al mismo tiempo no invertimos esfuerzos de transformación que erradiquen o minimicen este estigma, resulta evidente que estamos dejando de lado aspectos totalmente determinantes para la persona. Se definen estos aspectos como retos de transformación, no de la persona con problemas de salud mental, sino del entorno.

En la sociedad saharauí esto también ocurre, pero visualizar la existencia del estigma en torno a la salud mental de manera generalizada en el mundo, nos permite no caer en el error de aislar la realidad observada, encontrando así un punto de observación más equilibrado y justo. Al respecto del estigma se plantea necesaria una reflexión: cuando hablamos de sociedad saharauí hablamos de una sociedad que sobrevive en una situación de absoluta austeridad y de total dependencia, hacia la cooperación internacional principalmente y otros agentes externos. Siendo esto así, cabría reflexionar si antes de facilitar a la sociedad saharauí conocimiento y herramientas, si estas no son ya en nuestro propio entorno estigmatizantes.



MITO Y RITO

La vivencia y el entendimiento de la salud mental en el pueblo saharauí (mito) y el tipo de atención (rito) que reciben las personas con sufrimiento psíquico aúnan dos fuentes de conocimiento diferentes, aunque interconectadas. Estas son:

- El ámbito psicológico-clínico, que accede a los campamentos a través del estudio en el extranjero de los profesionales saharauís y de los proyectos de cooperación internacional.
- El conocimiento tradicional propio, especialmente ligado a la religión islámica.

LA LOCURA DESDE LA MIRADA CIENTÍFICO-PSICOLÓGICA

Desde el ámbito psicológico, manejado por las y los profesionales de la salud mental, se diferencian con frecuencia los problemas psicológicos de los psiquiátricos en la práctica diaria. Encontramos dificultades para definir esta dualidad, la cual entendemos dentro de un eje de polaridad entre problemas que se entienden como leves o psicológicos y aquellas situaciones más graves o psiquiátricas.

Cuando los profesionales hablan de problemas psicológicos hacen referencia a sufrimientos más leves, derivados de las situaciones de la vida cotidiana (en los que se incluyen conflictos familiares y relacionales) y del contexto socio-político y económico, así como cuadros de ansiedad o depresión; aunque estas dos últimas pueden llegar a convertirse en trastornos psiquiátricos si tuvieran mucha sintomatología, o conllevaran pérdida de funcionalidad en la vida diaria o conductas no normativas. Lo psicológico puede ser también aquello que no es necesario tratar con medicación y que tiene un transcurso más corto. Además, cuidar y tratar los problemas psicológicos se considera un factor preventivo de cara a desarrollar “trastornos mentales”.

“En la sociedad se sigue teniendo la costumbre de acudir a otros remedios, por ejemplo, el curandero, ruquiya, es decir, otro ámbito «sustituto»”.



Mujer, profesional sanitaria especialista en salud mental.

En general, los profesionales de la salud mental sienten que han recibido formación y se han preparado para tratar los problemas psicológicos. El equipo de psicología refiere haberse visto en la obligación de aprender y adaptar su práctica clínica para tratar a personas que tenían problemas psiquiátricos. Esta obligación es vista como una responsabilidad profesional, ya que, si no, estas personas no recibirían atención clínica especializada: en los campamentos no trabaja ningún psiquiatra saharauí, lo cual se siente como una carencia importante.

A aquellos pacientes que sufren problemas psicológicos se les ofrece apoyo y sesiones de terapia psicológica en ocasiones y, de forma puntual, se puede ofrecer medicación que alivie síntomas ansiosos o depresivos. Por otro lado, se entiende que el tratamiento imprescindible para las personas con problemas psiquiátricos es el tratamiento farmacológico, aunque no siempre sea bien aceptado por los y las pacientes. En ocasiones, incluso, aparece la idea de que cuando no hay medicación, por falta de recursos, entonces “no podemos hacer nada”. Aun así, los y las profesionales reivindican el apoyo e intervención psicológica para todos y todas las pacientes puesto que consideran que influye de forma positiva en la recuperación.

Además de la asistencia comunitaria en las wilayas también se ofrece tratamiento e intervención en crisis a pacientes que se entiende que tienen un trastorno mental o psiquiátrico. Esta intervención se lleva a cabo en el Hospital Psiquiátrico Mmembud Membarak y tiene por objetivos la regulación y estabilización del paciente y la minimización de riesgos para este y su entorno. Las personas ingresadas en este hospital reciben los cuidados individualizados por los trabajadores del centro y de sus familiares.

Durante la intervención en crisis, los profesionales que trabajan en el Hospital Psiquiátrico refieren atender situaciones críticas y complicadas, que denominan como agresivas o imprevisibles. Estas pueden atenderse con medicación psiquiátrica, pero también utilizando contenciones mecánicas.

Dentro de las intervenciones que realizan los profesionales de la salud, cabe destacar que todas y todos los profesionales de enfermería entrevistados hablan de los cuidados y acompañamiento a

los y las pacientes como parte fundamental de su trabajo, dándole importancia al vínculo terapéutico, la cercanía, la confianza, intimidad, el tiempo, y una actitud empática y tranquila.

Durante los años de refugio, los campamentos saharauis han recibido distintas comisiones médicas cooperantes en distintos ámbitos. Desde 1994 se reciben comisiones españolas dedicadas a la psiquiatría, que realizaba asistencia sanitaria. Desde el año 2000, estas comisiones cooperantes españolas imparten talleres de formación en psicopatología y psicofarmacología (diagnóstico y tratamiento) como respuesta a la necesidad de atención de los pacientes psiquiátricos y la obligación de formarse para ello, de la cual habla el equipo de psicología saharauí.

Los profesionales especialistas en salud mental demandan formación y la renovación de experiencias puesto que el acceso a la formación en los campamentos es limitado, sin embargo, estos mismos profesionales reflexionan acerca de la necesidad de adaptar estos conocimientos a su propio medio, la importancia de entender la cultura y pertenecer al propio entorno para entender al paciente.

LA LOCURA DESDE LA MIRADA TRADICIONAL

Tal y como explicábamos al inicio de este apartado, la atención clínica psicológica convive fuertemente con las creencias tradicionales y religiosas que pavimentan la idea de locura, las creencias por las que esta ocurre y la forma de trato y tratamiento que se ha de dar a las personas que lo sufren. Volveremos a hablar de nuevo de mito y rito en el sistema tradicional saharauí.

En lo que respecta a esa convivencia entre la mirada clínica y la mirada tradicional, un claro ejemplo es lo que en la comunidad tradicional saharauí es conocido el *iguindi*. Esta enfermedad puede ser contraída de numerosas y variadas maneras, provocando lo que se podría entender en Occidente como una intoxicación, causando variados síntomas físicos y psicológicos. Será el prisma que se plantee (tradicional o clínico), el que dará lugar a diferencias, tanto en la contemplación del mito, como en el planteamiento del rito. Cabe destacar que estos dos prismas conviven en espacios muy cercanos, pueden ser complementarios y existe relación y penetración.

La religión islámica es un pilar fundamental en la sociedad saharaui. En base a las creencias islámicas y las enseñanzas del Corán se acompaña a las personas con sufrimiento psíquico y se explica este sufrimiento de forma distinta a la que lo hace la creencia científico-psicológica. La vivencia del sufrimiento psíquico desde lo espiritual es abordada por referentes comunitarios religiosos que reciben el nombre de ruquis. La forma en la que los distintos ruquis entienden estos padecimientos y cómo lo tratan varía en gran medida por la creencia y modo de hacer del propio ruqui. Lo que se entiende como común a una ruquiya (proceso basado en la lectura de versos del Corán) es que esta encuentra el origen del sufrimiento en la relación de la persona con su espiritualidad. Esto fundamenta y explica las causas por las que puedes ser poseído por un demonio, tener un mal de ojo, estar enfermo o loco. Las enseñanzas del Corán muestran cómo ofrecer apoyo y ayuda a todas las personas, sean o no locas.

En el abordaje tradicional se le da importancia a la creencia de la propia persona, puesto que, si confía en que su problema está ligado a su fe religiosa, este abordaje le recoge y guía en la forma de revertir estos problemas. Este recurso aporta apoyo religioso, pero también filosófico y emocional.

La forma legítima según el Corán de abordar y aliviar este sufrimiento es a través de la lectura de los versos del Corán ya que este se considera una cura para el cuerpo y el corazón, a esto se le llama ruquiya. Durante la ruquiya se realizan distintos rituales para asegurar la limpieza del espacio en el que se está, se leen los versos del Corán indicados y el ruqui sirve de apoyo espiritual y emocional para la persona que está tratando. Se entiende que este ritual de lectura del Corán acerca de nuevo a la persona a su espiritualidad y a Allah, por lo que, si existe un problema en esta relación, la ruquiya será capaz de revertirlo.

Por otro lado, en los últimos años y debido a la sensibilización realizada por el Departamento de Salud Mental, los profesionales sanitarios notan un aumento en las consultas psicológicas, después de que los pacientes ya hayan consultado con agentes religiosos o tradicionales. Las psicólogas consideran esto como algo beneficioso y positivo para ellos.



**REFLEXIONES:
CONSONANCIAS Y DISONANCIAS ENTRE EL
MITO Y EL RITO. CONVIVENCIA DE UN PRISMA
OCCIDENTAL Y UN PRISMA TRADICIONAL**

El acompañamiento en el sufrimiento psíquico y la efectividad de las intervenciones realizadas dentro del sistema clínico y el tradicional se pueden explicar en base a la idea del “mito y rito”, propuesta por Jerome Frank, en la que expone la idea de que el apoyo y psicoterapia es efectiva en tanto y cuanto que profesional y usuario comparten tanto el mito como el rito. Además, entre ellos existe una relación cargada emocionalmente en la que se presupone un encuadre de apoyo y ayuda. Se entiende como *mito* la explicación de los síntomas y la propuesta de estrategias de resolución y el *rito* sería el proceso por el cual se resuelven los problemas.

A lo largo de la investigación se detecta la confluencia de dos vertientes de interpretación del concepto “mito-rito”: la científico-clínica y la tradicional.

Una característica que se plantea como especialmente relevante es que desde la atención a la salud mental en el ámbito clínico parece plantearse una extrapolación del paradigma psiquiátrico occidental, vinculado a la dependencia externa de la cooperación internacional.

Cabría plantearse si el mito científico-clínico occidental que opera en la psicología de los campamentos es un mito compartido por la sociedad saharauí y qué parte de ella lo comparte. Sabiendo que los profesionales sanitarios saharauíes han recibido formación en otros países y que la formación sobre psicopatología y psicofarmacología recibida es transmitida por profesionales extranjeros sería lógico pensar que los profesionales saharauíes especialistas en salud mental compartan ese mito o, al menos, estén familiarizados con él. Se puede apreciar que los profesionales saharauíes han incorporado a su práctica clínica una visión occidentalizada de los problemas de salud mental, utilizando categorías nosológicas descritas en manuales como el DSM o la CIE que trabajan desde una perspectiva *etic* (una perspectiva que no incluye la visión de las personas y los agentes que configuran la realidad observada) en el acercamiento a los sufrimientos psíquicos de otras

culturas. Resulta paradójico que los propios profesionales saharauis incorporen una perspectiva *etic* en la asistencia a su propia comunidad.

Dentro del mito científico, uno de los ritos propuestos es el uso de medicación. Siguiendo este paradigma, se ha hecho evidente a lo largo de la investigación que en el Sahara también se utiliza la medicación como vía principal (en muchos casos única) de tratamiento de muchas problemáticas que suelen ubicarse en el espectro “psiquiátrico”. Pero en este caso, existe una particularidad de especial relevancia: la escasez de recursos. El traslado del uso de la medicación como vía de atención principal, en un entorno que no puede contar de manera plena con los recursos necesarios para ponerla en práctica de manera idónea, evidencia a lo largo de las entrevistas realizadas una creencia de falta de alternativas para apoyar a las personas cuya situación dependería de la disposición o no de fármacos.

Las campañas de sensibilización acerca de la psicología y los problemas sobre salud mental han permitido que el mito científico-clínico se integre cada vez más en el imaginario saharauí. Sin embargo, y aunque cada vez menos, se pone de manifiesto que la sociedad saharauí mantiene la confianza en sistemas tradicionales para el acompañamiento en el sufrimiento.

Con sistema tradicional se hace referencia a aquellas metodologías y figuras que pertenecen a los saberes propios, que suelen estar, además, estrechamente ligadas a la creencia religiosa, la utilización de recursos naturales y/o a una definición propia ligada a la realidad social conservadora y tradicional.

Enmarcados en el ámbito del pueblo saharauí, se evidencia que la creencia religiosa es mayoritaria y los conocimientos de carácter tradicional, si bien no son necesariamente seguidos por toda la sociedad, sí son ampliamente conocidos por todas las generaciones que conviven en los Campamentos de personas refugiadas de Tindouf. Siendo así, el prisma tradicional se desarrolla bajo unos conocimientos generalmente interiorizados y compartidos tanto por la persona que guía el proceso de rito como por la persona a la que se le ofrece.

Teniendo en cuenta el planteamiento de inicio de la presente discusión, por el que Jerome Frank expone la idea de que el apoyo y psicoterapia es efectiva en tanto y cuanto se compartan el mito como el rito, resulta inevitable suponer que un sistema de acompa-

ñamiento basado en el conocimiento tradicional sugiere una interconexión entre los elementos mito y rito.

Por otro lado, se hace útil hablar del término de la eficacia simbólica, utilizado por Levi-Strauss, a través del cual se determina que la correlación entre la interpretación de la persona que pone en práctica el rito y cualquier definición de realidad objetiva carece de importancia. La persona que padece cree en esa realidad, no extrapolable a un paradigma científico, y es miembro de una sociedad que también cree en ella, forman parte de la configuración del universo de dicha sociedad. Lo que no concibe dentro de esa concepción son dolores o padecimientos extraños al sistema, y entiende que la persona que pone en práctica el rito recolocará todos los elementos en un conjunto que sí tiene sustentación.

Estos resultados abren un espacio a la duda sobre si el traslado de un conocimiento externo convive adecuadamente con un desarrollo de capacidades propias, efectivas y basadas en un entendimiento global del mito formulados desde las propias etnomedicinas. Según Pau Pérez estos últimos generarían modelos *emic* (basados en la perspectiva interna y subyacente de las personas que lo viven) que son los que posteriormente podrían dar lugar a modelos transculturales reales. Podría suponer una democratización del saber científico en el que las categorías nosológicas no serían la base fundamental de los modelos, sino más bien estilos de razonamiento o formulaciones propias.

Por lo tanto, la pregunta siguiente que nos hacemos tiene que ver con cómo las sociedades occidentales entendemos el sufrimiento psíquico en contextos lejanos al nuestro.

Cabe destacar que los profesionales de la salud mental en el Sahara reconocen la relevancia de lo tradicional, la religión y la espiritualidad en su sociedad así como lo hacen otros autores siendo capaces de complementarlo con la teoría clínica en la que se han formado.

Aunque no se haya desarrollado un modelo propio oficialmente, el acompañamiento a los problemas de salud mental en los campamentos saharauis trata de aunar ambos saberes en la práctica como se propone en los citados estudios.

Creemos importante realizar como investigadoras y cooperantes un proceso de descolonización de pensamiento y actitudes que nos ayude a no invalidar formas de acompañamiento propias en salud mental que se escapan de nuestro imaginario.



COMUNIDAD Y VALORES

El pueblo saharauí destaca por las costumbres y valores social-comunitarios que se han mantenido a lo largo de su historia. Lo cultural atraviesa la forma de expresión de los problemas de salud mental. En relación con la salud mental y su acompañamiento, hay valores destacados como el cuidado colectivo, herramienta para evitar la soledad y la marginación, así como una tendencia generalizada a la hospitalidad y solidaridad entre personas.

Sin embargo, esto no significa que no sufran estigma ciertos sectores de la población, como las personas con sufrimiento psíquico. Además, guardar la intimidad en una sociedad pequeña puede ser una tarea difícil, por lo que, en ocasiones, el acompañamiento comunitario puede convertirse en un *hándicap* si ha aparecido el estigma.

Dentro de la sociedad saharauí hay dos pilares fundamentales: la familia y la religión.

La religión es considerada por la mayoría como una fortaleza y una herramienta para la unión social del pueblo saharauí.

La sociedad saharauí tiene como núcleo social la familia, que puede ser muy extensa. Se habla de la familia como una red incondicional que soporta, apoya, da sentido de pertenencia, no abandona en los momentos de dificultad o vulnerabilidad, que acompaña... y esto, se vive con orgullo. La idea de familia como base del cuidado se extiende al resto de la sociedad (no solo vinculada a los lazos de sangre), por lo que es frecuente la solidaridad y acompañamiento entre familias, vecinas y vecinos, creando una red de cuidado colectivo.

Dentro de los núcleos familiares, aquellos integrantes más mayores, enfermos o vulnerables suelen ser objeto de cuidados, las personas mayores, son siempre atendidas en el núcleo familiar.

“Tenemos una cultura que no tiene ningún país del mundo, para mí. Aquí te vas a cualquier casa y te reciben con los brazos abiertos. Te vas a Dajla, que está a ciento y pico kilómetros, y no conoces a nadie y puedes entrar a cualquier casa como si fuera tu casa. Aunque no los conozcas, te reciben”.



**Hombre,
profesional
sanitario.**

Así mismo, las personas con problemas de salud mental también pueden ser beneficiarios de ese cuidado. Aunque al estar presente el estigma social a las personas con sufrimiento psíquico, puede darse la situación en que la familia asuma el estigma de la misma manera y minimice u oculte la situación del miembro que lo sufre. Siendo la familia la red más cercana a la persona y un pilar imprescindible, se hace necesario el trabajo psicoterapéutico con las familias con el fin de subsanar ciertas dificultades en el acompañamiento.

Es destacable la implicación en el cuidado de las familias en el Hospital Psiquiátrico. Durante los ingresos, los y las pacientes deben estar acompañados de forma obligatoria por, al menos, un familiar que garantice los cuidados básicos de alimentación, higiene, vestido, apoyo, compañía, seguridad y minimización de riesgos para la vida del paciente; los familiares comparten con los profesionales la responsabilidad de esto. Se entiende que estos cuidados familiares favorecen la recuperación.

Conservar la cultura y mantener la tradición saharauí se entiende como una estrategia social para el mantenimiento de la población que forma parte de una minoría étnica. Aunque, actualmente y desde los años de la ocupación española, el pueblo saharauí tiene un amplio contacto con sociedades occidentales a través de los y las propias saharauí que viajan a otros países y vuelven a los campamentos, de organizaciones internacionales que permanecen en los campamentos y, por supuesto, a las nuevas tecnologías y el acceso a internet. Este contacto con el mundo globalizado a través de las nuevas tecnologías, realizado en su mayor parte por los y las jóvenes saharauí ofrece posibilidades alternativas o de cambio social que se pueden entender como amenaza o como ventana al mundo dentro de una realidad muy concreta.



REFLEXIONES:
LA FAMILIA, LA RELIGIÓN, LA IDENTIDAD
SOCIAL Y LA IMPORTANCIA DE UN TRABAJO
BICULTURAL

Entender las realidades y características culturales de los problemas de salud mental en los Campamentos de refugiados y refugiadas saharauis desde la perspectiva comunitaria se hace imprescindible para sostener el acompañamiento psicosocial.

Las herramientas más utilizadas para aliviar el sufrimiento psíquico en comunidad pueden ser, efectivamente, el cuidado colectivo (llevado a cabo en un primer momento por la familia) y el cuidado espiritual dado que son las herramientas que utilizan en el día a día para sostenerse. A la vista está que no son suficientes para erradicar el sufrimiento psíquico, pero, sin embargo, son una base imprescindible desde la que construir herramientas propias para el acompañamiento en el pueblo saharauí.

Teniendo en cuenta la importancia del conocimiento y acercamiento a las costumbres, cultura, historia, valores, espiritualidad, relación interpersonal, con la tierra, formas de expresión y un largo etcétera... en estos procesos de investigación es imprescindible trabajar en conjunto con trabajadores y trabajadoras biculturales. La figura del trabajador bicultural, como se le denomina en la intervención psicosocial, se encarga de conectar los saberes externos con los propios de la población: situar el conocimiento en la realidad a trabajar, guiar a los investigadores externos en la forma de adentrarse en las vidas y realidades de las otras y facilitar el acceso y la conexión con las personas y que participan en el estudio, en este caso.

Además de esto, y permitiéndonos escribir desde nuestra experiencia, las personas que trabajaron en el estudio como trabajadoras biculturales realizaron una función imprescindible de situarnos en el contexto, pero también de analizar en conjunto algunas de las reflexiones que se presentan en el informe, puesto que las “gafas occidentales” nos dificultaban analizar desde el marco correcto algunas de las ideas expuestas. Por ello creemos y corro-





boramos con la bibliografía que las experiencias investigadoras o cooperantes, en la medida de lo posible, deben contar con una contraparte local con la que trabajar, asumiendo a dicha contraparte como ente con igual, si no más, poder de decisión.

Desde la postura investigadora nos resulta imposible explicar, en profundidad y sin cometer errores, las creencias religiosas y cómo estas se incorporan a las creencias sobre salud mental, locura y/o posesiones y sus orígenes en base a la cuestión islámica. Para ello se hace necesario un conocimiento exhaustivo de la sociedad saharaui y el Corán, algo que no hemos realizado ni creemos tener legitimidad para ello como investigadoras occidentales, blancas y criadas en el catolicismo, tratando de evitar así posturas y acciones colonizadoras. Teniendo esto en cuenta, a lo largo de la exposición de información, hemos expuesto pinceladas sobre cómo estas creencias y vivencias fundamentan el mito y el rito de la salud mental en los campamentos, la atención a la misma y el entendimiento y la importancia de los valores religiosos en la sociedad saharaui.

Desde la cooperación internacional, principalmente en lo que se refiere a la intervención directa, creemos necesario un profundo conocimiento y estudio de cómo estas realidades afectan a la subjetividad de las personas, a sus valores y a sus relaciones como comunidad para poder servir como un medio de calidad para el alivio del sufrimiento psíquico. En el caso particular de la sociedad saharaui, con una fuerte identidad colectivista, existe el riesgo de invalidar las herramientas colectivas propias por la imposición de herramientas occidentales individualistas.

Más allá de esto, creemos que trabajar en base a la idiosincrasia del pueblo no es solo una cuestión de eficacia, sino además una forma de aprender de las estrategias propias de cada colectivo, de enriquecer las formas de acompañamiento en otros lugares y de respeto hacia los saberes propios formales o informales que resultan de la convivencia entre personas en un espacio determinado.



REFUGIO PROLONGADO, “LA ESPERA QUE DESESPERA”

El contexto socioeconómico y político es un factor determinante para el bienestar del pueblo saharaui, influyendo, sin lugar a dudas, en la salud mental de sus integrantes.

La situación de refugio prolongado es una situación anómala, aunque cronificada, y las características propias del conflicto saharaui influyen de manera importante en el bienestar psíquico de los y las saharauis. Las características estructurales de esta situación que influyen en la salud son: la situación de exilio del pueblo, la incertidumbre política frente al futuro, la amenaza permanente y la separación entre los territorios ocupados y los campamentos de refugiados y refugiadas que viven parte de las familias.

Además de esto, la zona geográfica en la que se asientan los campamentos es un área hostil, alcanzando temperaturas extremas con facilidad y con escasos recursos naturales, por lo que las necesidades básicas se ven cubiertas con dificultad; el acceso a las mismas se subsana casi en su totalidad por el comercio y la cooperación internacional.

Debido a la situación de refugio prolongado, existe una fuerte dependencia de la cooperación internacional tanto a nivel sanitario como económico, lo cual genera una situación de vulnerabilidad tanto a nivel individual como colectiva. Unido al sistema salarial que se hace incierto, no siempre estable, se entiende como un recurso posible migrar a Europa en búsqueda de trabajo y así, también, hacer de soporte económico familiar.

Sin embargo, la privación de autodeterminación política no ha coartado la autogestión y autogobierno del pueblo saharaui que coordina la intervención de las agencias cooperantes, inclusive el Ministerio de Salud Pública y el Departamento de Salud Mental.

Dentro de la comunidad saharaui son expresadas las diferencias sociales que surgen tanto a nivel interno con la diferenciación de clases sociales, a nivel externo, con el resto de los países del mundo.

“Aquí no hay tierra verde, ni comodidad, vives rodeado de vallas y sobrevives con las ayudas humanitarias que proporcionan algunas organizaciones [...] La gente con ambiciones se mueve mucho, por ejemplo, emigran a España, aunque esto les lleve, a veces, a acabar en medio del mar o de la nada...”.



Hombre, líder religioso.

Se cita habitualmente el sufrimiento que presenta la generación joven que tiene acceso a la información proveniente de otras sociedades, a través de las nuevas tecnologías, evidenciando la condición de pobreza que vive el pueblo saharauí en un mundo globalizado.

Las consecuencias en salud mental que esto puede provocar se expresan como “depresión”, “malestar”, “enfermedad”, que para nuestros y nuestras informantes están modulados por la situación de refugio prolongado y las desigualdades en salud que vive el pueblo saharauí.

Entre las desigualdades sociales que son susceptibles de estudio, se encuentra la desigualdad en salud determinada por el género. Esta está determinada en su mayor parte por la diferenciación de roles asignados a la mujer y al hombre, lo cual supone un perfil diferenciado de atención en salud mental.

Las mujeres saharauíes tienen un papel muy activo a nivel familiar y laboral, siendo ellas referentes en la organización social de los campamentos, desde el origen de los mismos hasta la actualidad. Se habla del “riesgo a explotar”, ya que se entiende que debido a la cantidad de trabajo privado como público que lleva a cabo la mujer, tiene grave riesgo de sobrecarga. Esto se suele expresar y atender en la consulta como procesos ansioso-depresivos.

La mujer saharauí es la referente de cuidados a nivel familiar y social. En la actualidad, el rol social que ocupa la mujer tiene que ver con el entorno social y laboral, pero, sobre todo, con la responsabilidad de reproducción. Esta idea general del rol asignado para la mujer puede llegar a generar presión en aquellas mujeres que no lo cumplen. A nivel social, tener hijas e hijos también se considera una garantía de cuidado durante la vejez. Tener hijas, además, es una garantía mayor puesto que las mujeres suelen estar a cargo de las tareas de cuidado. Así como las madres están consideradas la piedra angular de la familia.

El rol generalmente ejercido por el hombre se basa en ser el responsable del sustento económico familiar, lo cual es una fuente de tensión, entendiendo un contexto de escasas oportunidades laborales y de desarrollo económico. La demanda psicológica para los hombres se puede hacer más difícil, ya que esto puede relacionarse con un signo de debilidad.

SER PSICÓLOGA Y REFUGIADA

El Departamento de Salud Mental tiene unos recursos personales limitados en una población con demanda creciente. Esto hace que el equipo de psicología esté contratado para trabajar durante tres días a la semana en la consulta de psicología de los hospitales regionales de las wilayas, pero debido a los requerimientos de la población atiendan habitualmente a los y las pacientes en sus jaimas o acudan a la de la psicóloga. Estas proponen la contratación de más personal especializado para reducir la sobrecarga laboral.

Existe un eje transversal en los discursos de las psicólogas en concreto, en los que se unen tres condiciones de desigualdad: ser mujer, ser psicóloga y ser refugiada.

La identidad y la condición de ser personas refugiadas atraviesa la experiencia profesional y reconocen su trabajo como una responsabilidad social y no solo profesional, aunque vaya unido a la sobrecarga laboral y a las dificultades para realizar el ejercicio profesional, por el contexto en sí y la falta de recursos.

El equipo completo de psicología que trabaja en las wilayas son mujeres que, además de estar disponibles para atender a las personas fuera de su horario establecido de trabajo, tienen unas innegables responsabilidades familiares a las que atender a diario, así como sociales y organizativas en los campamentos. Expresan sensación de “olvidarse de una misma”, mucha dificultad para descansar y que esta sobrecarga supusiera un mayor riesgo para padecer problemas de salud mental ellas mismas. A pesar de esto, mantienen su actividad laboral en pro y beneficio de la sociedad de la que son parte y reclaman la mejora de estas condiciones.

“¿Cómo le puedo apoyar en lo que él está sintiendo si yo estoy sintiendo lo mismo?”.



Mujer, profesional sanitaria de salud mental.



**REFLEXIONES:
UNA REALIDAD TRANSVERSAL QUE AFECTA
TANTO A LA PERSONA QUE ACOMPAÑA
COMO A QUIEN RECIBE LOS CUIDADOS**

Los discursos de los informantes en el estudio exponen, rotunda e innegablemente, cómo la situación de refugio y los determinantes político-sociales son un factor clave en el desarrollo y agravamiento del sufrimiento psíquico. Entendemos que esto, por lo tanto, es una de las razones que apoyan la necesidad de la resolución del conflicto saharauí. En el mismo, no solo se ve afectado lo económico-político, sino, sin lugar a dudas, también la salud, tanto por las consecuencias de este como por la atención ofrecida a los mismos.

El modelo de determinantes de desigualdades en salud es un paradigma interesante y ampliamente conocido. Desde este se contemplan todos los ejes que vertebran la salud de las comunidades. En concreto, para las personas que residen en los Campamentos de refugiados y refugiadas saharauís, existen ejes de desigualdad que condicionan la atención a la salud mental. Estos se componen por elementos como: situación de refugio prolongado, dependencia de la ayuda internacional, escaso mercado de trabajo, cultura tradicional, desigualdad de clases, las diferencias de género, unos recursos materiales escasos y servicios de salud limitados. Estos ejes configuran una realidad con amplias desigualdades en salud, también en comparación con poblaciones externas. Estas desigualdades se dan en todas las sociedades, pero es necesario que se conozcan las propias de esta comunidad para desarrollar políticas sanitarias apropiadas para el contexto.

Ahondar en este paradigma y en las problemáticas estructurales que afectan a la salud mental creemos que es necesario, ya que se pone de manifiesto el riesgo de tratar ciertos problemas exclusivamente desde un prisma patologizador del sufrimiento psíquico, que convierta al sujeto en un ente victimizado, no activo, ante una problemática que tiene un origen socio-político evidente.



Las y los profesionales de la salud mental saharauis que trabajan en los Campamentos de forma permanente están atravesadas por las mismas situaciones sociales que aquellas personas a las que acompañan. Así como en las sociedades occidentales se habla de “burn out”, en este estudio se determina el término “sobrecarga” por ser el utilizado por los propios informantes. Ello conlleva un gran riesgo para los usuarios de los servicios y los propios profesionales. La influencia que este estado de permanente sobrecarga o desgaste queda patente, más cuando se trata de profesionales mujeres.

3

**CONCLU
SIONES**





CONCLUSIONES

En este trabajo de investigación se ha realizado un acercamiento a la vivencia de los problemas de salud mental en el pueblo saharaui y se ha descrito la atención ofrecida a las personas con problemas de salud mental en los Campamentos de refugiados y refugiadas saharauis.

Las condiciones de refugio prolongado afectan determinantemente a la identidad y el bienestar de las personas, pudiendo influir también en los procesos de sufrimiento psíquico. Estos condicionantes, cuya necesaria resolución es de carácter político, no ha evitado que el pueblo saharaui genere y mantenga habilidades y herramientas que sirven de apoyo en el afrontamiento como: el sostén familiar y el sentimiento de comunidad, el valor de la tradición y las creencias religiosas. Esta comunidad complementa la asistencia psicológica con el acompañamiento ofrecido por líderes religiosos que tienen herramientas para aliviar el sufrimiento psíquico.



Este informe podría servir como documentación previa para proyectos posteriores que apoyen el trabajo del Departamento de Salud Mental. Se espera que se produzca un impacto en la demostración y sensibilización acerca de las posibles consecuencias del refugio prolongado en la salud mental de las personas que lo soportan. Para trabajar en la intervención en este campo se cree necesario un profundo conocimiento y estudio de cómo estas realidades afectan a la subjetividad de las personas y a sus relaciones como comunidad.

En el campo de la investigación se espera contribuir a la crítica de investigaciones que se han realizado a lo largo de los años en sociedades no occidentales o minorías étnicas por parte de investigadores occidentales, poniendo de manifiesto el requisito fundamental de trabajar en base a demandas coherentes a la población investigada, y no a los intereses de los investigadores externos, ha-



ciéndonos pensar cómo afecta este trabajo al pueblo saharaui y al conocimiento académico.

Se ha realizado un acercamiento a través del discurso de los profesionales a las diferencias entre géneros y generaciones y sus demandas de salud, no llegando a conocer la vivencia de las personas afectadas por problemas de salud mental.

Planteamos nuevas líneas de investigación que esperamos se lleven a cabo próximamente en las que acercarnos a las vivencias de las personas con problemas de salud mental y realizar una propuesta de Investigación Acción Participativa en la que trabajar en conjunto con profesionales de salud mental y personas con experiencia de sufrimiento psíquico, familiares y agentes de la comunidad para la generación de conocimiento y apoyo en la creación de herramientas propias.

LEYENDA FOTOGRÁFICA

Todas las fotografías que se han incluido en este informe pretenden retratar diferentes aspectos de la realidad del pueblo saharaui.

Ninguna de las personas que aparecen en estas fotografías requieren o han requerido atención por parte del Departamento de Salud Mental.

- Portada:** Mujer saharaui en su jaima, en la wilaya de Bujador.
- Página 6:** Wilaya de Bujador.
- Páginas 8-9:** Toufa y Duya, dos mujeres que vivieron tanto el conflicto como la creación y organización de los campamentos. Actualmente siguen siendo amigas.
- Página 10:** Imagen de una jaima. La jaima constituye un elemento esencial para el pueblo saharaui. Especialmente necesaria para sobrellevar el calor extremo del desierto, y como vivienda si las casas, construidas con adobe, sufren algún daño debido a lluvias.
- Página 22:** Carretera del desierto.
- Página 24:** Contenciones utilizadas para la sujeción mecánica en momentos de crisis en el Hospital Psiquiátrico Mmembud Membarak.
- Página 28:** Una mujer saharaui pasa frente a la entrada de una jaima; en el interior, una mujer reza.
- Página 36:** Una madre y su hijo, acompañados por una familiar, en el interior de su jaima.
- Página 40:** Fachada de urgencias del Hospital de Bujador.
- Página 42:** Bashir. Combatiente saharaui en el conflicto contra Marruecos.
- Página 47:** Entrada del antiguo Centro de víctimas de guerra.
- Página 48:** Carretera a Dajla.
- Páginas 50-51:** Wilaya de Bujador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naciones Unidas. Convención sobre el estatuto de refugiados. 1951; 429(V): 1-18.
2. UNHCR. Agencia de la ONU para los Refugiados. 2019. <https://www.acnur.org/es-es/>
3. UNHCR. Tendencias globales. Desplazamiento forzado en 2018. 2019.
4. WHO. Salud mental: un estado de bienestar. World Health Organization; 2014. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
5. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. BMC Int Health Hum Rights. 2015;15(1).
6. Inter Agency Standing Committee. Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias. 2007. 110 p. <http://www.who.int/hac/techguidance/iascguidelinesspanish.pdf?ua=1>
7. Bárbulo T. La historia prohibida del Sahara Español. 2002. 368 p.
8. Soto-Trillo E. Viaje al abandono. Aguilar, editor. Madrid; 2011. 382 p.
9. Martín Beristain C, González Hidalgo E. El oasis de la memoria. Memoria histórica y violaciones de Derechos Humanos en el Sahara Occidental.
10. Sahara Medical. Por los Derechos Humanos y Salud para el Pueblo Saharaui. صحراء ميديكال. <http://saharamedicalasociacion.blogspot.com/>
11. Lantéri-Laura G. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. 2000.
12. Martínez Hernáez A. Eficacia simbólica, eficacia biológica: hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria. Rev ROL Enfermería. 1992;172:61-7.

13. Goldstein E, Van Esveld B. Human Rights in Western Sahara in the Tindouf Refugee Camps. 2008. 216p.
14. ANARASD [Internet]. Available from: <http://www.anarasd.org/inicio-hasiera/proyectos/>
15. Institut NEPP [Internet]. Available from: <http://neppbcn.org/>
16. Pedraz Marcos A, Arco Colón J, Ramasco Gutierrez M y Palmar Santos A. Investigación Cualitativa. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 121.
17. RASD. Ministerio de Salud Pública. <https://msprasd.org/modues.php?name=Ministerio>.
18. Frank JD, Frank JB. Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy. 3rd ed. Press. BJHU, 1991.
19. Fernández-Liria A. Los Factores Comunes a Todas Las Psicoterapias Y La Cuestión De La eficacia de la psicoterapia en el siglo XXI. E-Atopos. 2017;1(3): 1-47.
20. Sartorius N. Stigma and mental health. Lancet. 2007; 370(9590): 810-1.
21. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. Rev Colomb Psiquiatr. 2014;43(3):162-7.
22. Ministerio de Salud Pública RASD. Plan Estratégico de Salud.
23. González Requena J. La eficacia simbólica. Trama y fondo Lect y Teoría del texto. 2009;26:135-85.
24. Pérez P. Antropología psiquiátrica y psiquiatria transcultural. 2004; 102.
25. Hodge DR. Social work and the House of Islam: Orienting practitioners to the beliefs and values in Muslims in the United States. Soc Work. 2005;50(2):162-73.
26. Recognising the Importance of Spirituality in a Whole Person Approach To Mental Health. Practica 10.

27. Mizuno Y, Hofer A, Frajo-Apor B, Wartelsteiner F, Kemmler G, Pardeller S, et al. Religiosity and psychological resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: an international cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(4): 316–27.
28. Knight T. Más allá de las creencias. Quero. LBSH, editor. 2019. p. 111.
29. Pérez Sales P, Fernández-Liria A. Trauma: del apoyo psicosocial a la psicoterapia. Libros I. 2015.
30. Irwin A, Solar O. A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). World Health Organization; 2010.
31. Navarro V. The political and social contexts of health. Amityville: Baywood Publishing. 2004.
32. Augsburger AC. La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicol Soc*. 2004;16(2): 71–80. <http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v16n2/a09v16n2.pdf>



mundo en
movimiento

www.mundoenmovimiento.org