

Menores refugiados: psicopatología y factores relacionados

Refugees minors: psychopathological symptoms and related factors

María Crespo L.

Steffany Castro C.

Mar Gómez-Gutiérrez

Dpto. Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica.
Universidad Complutense de Madrid, España

Autora para correspondencia: María Crespo L.

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas s/n, 28223. Madrid (Spain). Correo electrónico: mcrespo@psi.ucm.es

resumen

En los últimos años, la población refugiada ha aumentado considerablemente, siendo más de la mitad menores de edad. Los menores refugiados, debido a su condición de vulnerabilidad, se encuentran expuestos a más peligros, presentando un riesgo todavía mayor cuando el menor no viene acompañado de sus padres. La mayor exposición a eventos estresantes o traumáticos que viven estos menores conlleva un aumento en los niveles de problemas psicológicos, tanto emocionales como comportamentales, derivando en diversos trastornos de salud mental, teniendo una mayor prevalencia el Trastorno Por Estrés Postraumático (TEPT). El presente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión sistemática de estudios que valoren el estado psicológico en la población de menores refugiados y los diversos factores que influyen en éste. La revisión recoge un total de 14 estudios publicados entre 2009 y 2016. Los resultados confirman las altas tasas de trastornos y sintomatología psicopatológica, situando, por ejemplo, la prevalencia del TEPT entre un 17% y 52%. Entre los factores significativos que influyen en la variabilidad de la sintomatología psicopatológica, se encuentran: variables sociodemográficas, experiencias traumáticas pre-migración, factores de estrés post-migración y otros componentes psicológicos, como el crecimiento postraumático. Parece conveniente que en investigaciones futuras se mejoren algunos parámetros tanto teóricos como metodológicos (e.g., más estudios longitudinales), de tal forma que haya una mayor generalización de los resultados e implicaciones clínicas.

palabras clave

Refugiados, menores, trauma, estrés postraumático

abstract

In the recent years, the refugee population has increased, being more than half of them minors. Refugee minors, given their vulnerability, are more exposed to risk, presenting an even greater risk in unaccompanied minors.

The incidence of exposure to stressful or traumatic events that these children experience, leads to an increase in the levels of psychological problems, emotional and behavioral, leading to various mental health disorders, with a higher prevalence of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). The aim of this study is to conduct a systematic review of studies that assess the psychological state of the refugee minors and the different factors affecting it. The review includes a total of 14 studies published between 2009 and 2016.

The results confirm the highest mental health disorders rates and psychopathological symptoms, placing, for example, the total prevalence of PTSD between 17% y 52%. Several factors might influence the variability of the psychopathological symptoms: sociodemographic variables; pre-migration traumatic experiences; post-migration stress factors and other psychological factors, such as posttraumatic growth. Seems appropriate, in future research, to work on improving some parameters, both theoretical and methodological concepts (e.g., further longitudinal studies), to allow a greater generalisation of the results and clinical implications.

keywords

Refugee, minors, trauma, post traumatic stress

1. Introducción

Desde los años 90 hasta la fecha el crecimiento de la población desplazada ha ido aumentando de manera muy significativa, pasando de 37,3 millones en 1996 a 65,3 millones en la actualidad, siendo 21,3 millones refugiados (ACNUR, 2016). De la población de refugiados, un 3% son mayores de 60 años, el 46% son hombres y el 51% menores de edad. El porcentaje de menores en esta situación ha ido fluctuando a lo largo de los años pasando del 41% en 2009, al 51% en 2015. En cuanto al género, la proporción hombres y mujeres refugiados está muy equilibrada, dato no aplicable a la población menor, donde es ligeramente mayor la proporción de niños con respecto a las niñas (ACNUR, 2016).

La mitad de la población de refugiados (54%) proceden de tres países: República Árabe Siria (4,9 millones), Afganistán (2,7 millones) que vive una situación de desplazamiento prolongada y Somalia (1,1 millones). Entre otros países que viven la ola de desplazamientos, tenemos a Sudán del sur (778.700),

Sudán (628.800), República Democrática del Congo (541.000), Myanmar (451.800) y Eritrea (411.300).

La migración, que comprende el desplazamiento desde el país de origen, suele implicar la exposición a diferentes acontecimientos altamente estresantes e incluso traumáticos, en función del momento del proceso migratorio en el que se encuentran (Fazel y Stein, 2002; Guruge y Butt, 2015; Miller y Rasco, 2004). Así, encontramos, en primer lugar, las experiencias vividas en su país de origen denominadas factores pre-migratorios (frecuentemente se ven obligados a huir de sus hogares por situaciones de guerra, combates, tortura, persecución, violencia y pérdida del hogar, familiares y amigos); en segundo lugar, las experiencias durante el viaje de huida (en ocasiones se enfrentan a la separación de familiares si viajan con ellos, persecución, falta de alimentos y una gran incertidumbre con respecto a su situación) y en tercer lugar las experiencias en el país de refugio denominadas factores post-migratorios (entre las que destacan; la incertidumbre sobre sus solicitudes de asilo y la integración a la nueva sociedad).

También, las experiencias que viven los menores se encuadran en estas tres etapas, aunque pueden vivirse con mayor dificultad dada su condición de vulnerabilidad tanto física como psicológica, que aumenta aún más cuando los menores viajan solos (ACNUR, 2004). Así, la literatura disponible muestra sistemáticamente un aumento de la morbilidad psicológica entre los niños refugiados, que tienden a tener mayores niveles de problemas tanto emocionales como comportamentales que la población de menores que no están en situación de refugio, pudiendo presentar diferentes cuadros clínicos, especialmente Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), trastorno depresivo, trastornos de ansiedad y trastornos del sueño, entre otros, en algunos casos dándose comorbilidad entre ellos (Ehnholt y Yule, 2006; Hasanovic, 2011; Henley y Robinson, 2011; Jakobsen, Demott y Heir, 2014).

Aunque se han realizado multitud de estudios centrados en determinar la prevalencia de diferentes trastornos mentales en menores refugiados, así como en explorar los factores de riesgo y protección relacionados con la posible psicopatología en relación al proceso migratorio, son escasas las revisiones sistemáticas realizadas sobre estos estudios (Bronstein y Montgomery, 2011). Además, por el marco temporal contemplado (antes de 2008) dejan de lado la población de menores procedentes de Oriente Medio (e.g., sirios o afganos), que como ya hemos visto en las estadísticas, son los países que en los últimos años han tenido mayor impacto en la crisis migratoria mundial.

Por ello, en el presente trabajo se plantea, llevar a cabo una revisión sistemática que permita examinar y analizar los diferentes estudios realizados para evaluar el estado psicológico en la población de menores refugiados. De

forma específica se pretende: a) identificar la frecuencia con la que aparecen ciertos trastornos mentales o sintomatología psicopatológica (prevalencia); b) explicar la relación que tienen los factores sociodemográficos en la aparición o mantenimiento de ciertos trastornos, síntomas, eventos traumáticos u otras variables psicológicas existentes en esta población; c) establecer la prevalencia de los eventos traumáticos o estresantes más importantes y su relación con la sintomatología psicopatológica; y d) clarificar la aparición de otras variables psicológicas en relación con problemas de salud mental de los menores refugiados.

2. Metodología

Se realizó una revisión sistemática de artículos científicos publicados entre 2009 y 2016, con el fin de no duplicar revisiones anteriores y de reflejar contextos contemporáneos de la situación actual del menor refugiado. Esta revisión fue llevada a cabo en las bases de datos de *PsycInfo* y *PubMed*. Se tomaron como descriptores: “*refugee minors or refugee children*” en combinación con “*mental health*” y “*post traumatic stress*”.

Se encontraron 53 artículos de los cuales se seleccionaron 14 que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: 1) población de menores refugiados, principalmente menores de 18 años en el momento de inicio del estudio, aunque cabe la posibilidad de incluir alguno donde la población se extienda de niños a jóvenes adultos; 2) que fueran estudios cuantitativos, con medidas estandarizadas y aleatorizados; 3) en idiomas inglés o español; y 4) que fueran estudios de evaluación, que investiguen en alguna medida variables psicológicas y psicopatológicas, así como, factores estresantes o traumáticos en esta población.

El término *refugiado* que se incluye en los estudios de esta revisión, es operativizado como una persona que, en virtud de la legislación nacional, establecida por razones humanitarias, necesite protección internacional para residir en un país distinto al suyo (Bronstein y Montgomery, 2011). Si bien hay estudios que hablan de desplazados internos (i.e., personas afectadas por la guerra o la violencia, pero que no salen de sus países), entre otros términos, no se considerarían refugiados y por lo tanto quedan excluidos de la población diana de la presente revisión.

Los artículos seleccionados aparecen resumidos en la Tabla 1, en la que se presentan ordenados alfabéticamente por el nombre del autor incluyéndose la siguiente información: a) autores y año de publicación; b) número de participantes, edad, género y tiempo en el país de acogida o transcurrido tras el reasentamiento; c) diseño del estudio; d) variables medidas e instrumentos utilizados; y e) resultados.

Tabla 1. Estudios de sintomatología psicopatológica y factores relacionados en los menores refugiados.

AUTOR	PARTICIPANTES	MÉTODO	VARIABLES E INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Betancourt et al. (2012)	N=60 Edad: 3-18 años Género: 51,7% varones y 48,3% mujeres Residiendo en el país de acogida	Estudio Transversal	-Problemas académicos -Problemas de comportamiento en la escuela o el hogar -Uso de sustancias -Problemas de apego -Otros problemas médicos o discapacidades. -Historia de trauma. -Síntomas de TEPT -Medidas: entrevista clínica ¹ , THP ² , UCLA y PTSD-RI ³	- Experiencias traumáticas: exposición a la guerra y violencia política, desplazamiento forzado, violencia doméstica y comunitaria, además de duelo o separación de la familia. - Presencia en un 30,26% de TEPT, 26,79% de ansiedad generalizada, 26,79% de somatización, 21,43% de dolor traumático y 21,43% de problemas de comportamiento. Otros trastornos clasificados por los clínicos como probables: 39,29% de depresión, 37,5% de disociación 23,21% de trastorno por separación y 19,6% de trastornos de sueño.
Elkhit et al. (2012)	N=119 Edad: 15-27 años Género: 66% varones y 34% mujeres De 5 a 24 meses de haber llegado al país de acogida	Estudio Transversal	-Variables sociodemográficas -Eventos traumáticos -Síntomas de TEPT -Estrategias de afrontamiento -Apoyo social percibido -Medidas: cuestionario sociodemográfico, HTQ ⁴ , CSQ ⁵ y CSS ⁶	- Experiencias traumáticas: los participantes habían estado expuestos al menos a un evento traumático, siendo 9 la media de experiencias vividas directa o indirectamente. - 43% cumplieron criterios para TEPT. - Estrategias de afrontamiento centradas en el problema y de evitación, además de ser chica, eran predictores de tasas más altas de TEPT. - Los participantes con TEPT percibieron menor apoyo social que los que no presentaban síntomas.

¹ Evaluación clínica por parte del personal médico, en la que se evaluó el grado en que el menor mostró signos de trastornos clínicos y síntomas.

² THP= *Trauma History Profile* derivada de UCLA PTSD-RI

³ UCLA PTSD-RI= *University of California at Los Angeles Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index*.

⁴ HTQ= *Harvard Trauma Questionnaire*

⁵ CSQ= *Coping Style Questionnaire*

⁶ CSS= *Crisis Support Scale*

<p>Huemer et al. (2011)</p>	<p>N=41 Edad: 15-18 años Género: 85,4% varones y 14,6% mujeres Residiendo en el país de acogida</p>	<p>Estudio Transversal</p>	<p>- Variables sociodemográficas - Síntomas de diferentes trastornos - Síntomas específicos para el TEPT - Medidas: M.I.N.I. Kid⁷ (Sheehan et al., 1998), YSR,⁸ UCLA PTSD RI³ y FAY⁹</p>	<p>- 15% de los menores cumplieron criterios para más de un trastorno. - Más sintomatología internalizante que externalizante. - Los trastornos más frecuentes fueron: Trastorno por ajuste (22%), TEPT (19,5%) y distimia (14,6%). - Niveles más bajos de satisfacción con la vida.</p>
<p>Huemer et al. (2013)</p>	<p>N=41 Edad: 15-18 años Género: 85,3% varones y 14,7% mujeres Residiendo en el país de acogida</p>	<p>Estudio Transversal</p>	<p>- Dimensiones intra-individuales como la represión, negación de angustia y retraimiento - Satisfacción con la vida. - Medidas: WAI y YSR⁸</p>	<p>- Altos niveles de depresión como mecanismo de defensa (percentil 90), negación de angustia (75) y retraimiento (75). Aunque, también hubo altos niveles en las subescalas de angustia (80) y depresión (80). - Bajos niveles de felicidad, afectos positivos y confianza en la evaluación de satisfacción con la vida.</p>
<p>Jakobsen et al. (2014)</p>	<p>N=160 Edad: 15-18 años Género: 100% varones A las 3 semanas de haber llegado al país de acogida</p>	<p>Estudio Transversal</p>	<p>- Morbilidad Psiquiátrica en una etapa temprana después de la llegada al país de acogida - Eventos estresantes de la vida - Medidas: HSCL-25¹⁰, HTQ⁴, SLE y CIDJ¹¹</p>	<p>- Eventos traumáticos: el 82% sufrió una amenaza a su vida, 78% abuso físico y 78% pérdida de un pariente cercano en su país de origen. - Mayor prevalencia de TEPT (30,6%), seguido por el Trastorno Depresivo Mayor (9,4%), Agorafobia (4,4%) y Trastorno de Ansiedad Generalizada (3,8%).</p>

⁷ M.I.N.I.Kid= Mini-International Neuropsychiatric Interview

⁸ YSR= Youth Self-Report

⁹ FAY= Facts About You

¹⁰ HSCL-25= Hopkins Symptom Checklist 25

¹¹ CIDJ= The Composite International Diagnostic Instrument

<p>Jensen et al. (2013)</p> <p>N=93 Edad: 10-16 años Género: 81% varones y 19% mujeres A los 6 meses de haber llegado al país de acogida</p> <p>Estudio Transversal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Variables sociodemográficas - Eventos traumáticos - Síntomas de TEPT - Otra sintomatología psicopatológica - Eventos estresantes de la vida - Medidas: cuestionario sociodemográfico, HSCl-37A¹², SLE¹³ y CPSS¹³ 	<ul style="list-style-type: none"> - Eventos traumáticos: el 68% experimento pérdida de un ser querido, un 63% fue testigo de violencia y el 54% experimento abusos físicos, el 62% estuvieron expuestos a un conflicto armado. - El 37% de los participantes cumplieron criterios para TEPT, aunque el 54% cumplían algunos síntomas. - 30% puntuaron por encima del límite para la escala de ansiedad y el 20% en la de depresión.
<p>Jensen et al. (2014)</p> <p>N=75 Edad: 13-20 años Género: 83% varones y 17% mujeres T1: a los 6 meses de su reasentamiento T2: a los 2 años de su reasentamiento</p> <p>Estudio Longitudinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas de TEPT - Número de eventos estresantes - Otra sintomatología psicopatológica - Medidas: HSCl-37A¹⁵, SLE¹³ y CPSS¹⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio no significativo en síntomas de TEPT y otra sintomatología psicopatológica entre T1 y T2, aunque sí hubo un aumento de la escala de ideación suicida del HSCl en T2. - Aumento significativo en el número de eventos de vida estresantes reportados de T1 a T2.
<p>Seglem et al. (2011)</p> <p>N=414 Edad: 11-27 años Género: 78.5% varones y 21.5% mujeres Media de 3.4 años después del reasentamiento</p> <p>Estudio Transversal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel y factores predictores de síntomas de depresivos tanto individuales (síntomas de TEPT, edad, sexo, etc.) como contextuales - Medidas: CES-D¹⁴, Los síntomas de PTS relacionados con las experiencias de la guerra se midieron por dos ítems: (1) ¿Todavía tiene recuerdos angustiosos relacionados con las experiencias bélicas? Y (2) ¿Todavía tienes pesadillas sobre esto? Estos dos ítems corresponden a síntomas de intrusión del TEPT 	<ul style="list-style-type: none"> - Una media del 20,28% presentaba sintomatología depresiva, siendo esta más alta en mujeres (24%) y menor en varones (19,5%). - Menos edad y vivir con familias de acogida se correlacionaba con bajos niveles de síntomas depresivos. - El 76,7% de los participantes había estado expuesto a la guerra y había una relación significativa entre los síntomas de depresión y los de estrés posttraumático.

¹² HSCl-37A= Hopkins Symptom Checklist 37A

¹³ CPSS= Child PTSD Symptom Scale

¹⁴ CED-D= Center for Epidemiologic Studies Depression

<p>Sleijpen et al. (2016)</p> <p>N=111 Edad: 12-17 años Género: 49% varones y 51% mujeres Media de 3,4 residiendo en el país de acogida</p> <p>Estudio transversal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Variables sociodemográficas - Percepción de crecimiento postraumático (CPT) - Eventos traumáticos - Síntomas de TEPT - Satisfacción con la vida - Medidas: CRIES¹⁵, PTGI-C-R¹⁶, HTQ¹, UCLA PTSD RI⁹, MSPSS¹⁷, LOT¹⁸ y SWLS¹⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> - Eventos traumáticos: 100% experimentó un vuelo forzoso, un 65% estuvo en una zona de guerra, un 55% en combates, el 55% perdió un ser querido. - 50% de los participantes estuvieron por encima de la puntuación de corte de la CRIES, indicando un probable TEPT. - Los síntomas de TEPT y el CPT no estaban relacionados. - A mayor número de eventos traumáticos experimentado, aumenta la gravedad del TEPT, pero no afecta al CPT. - El optimismo disposicional y el apoyo social se relacionaron con mayor CPT y este a su vez con mayor satisfacción con la vida.
<p>Smid et al. (2011)</p> <p>N=554 Edad: 12-18 años Género: 75% varones y 25% mujeres T1: 1 año después del reasentamiento T2: 2 años después del reasentamiento</p> <p>Estudio Longitudinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Variables sociodemográficas - Relación de exposición al trauma y síntomas psicopatológicos - Síntomas de ansiedad - Síntomas de depresión - Síntomas de TEPT - TEPT tardío - Medidas: cuestionario sociodemográfico, HSCL-37A¹⁵, SLE¹³ y RATS²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> - En T1, el 40% de los menores cumplía criterios para un probable TEPT y en T2, el 41%. - El 28% cumplían criterios para un TEPT tardío. - Los menores de mayor edad tenían más probabilidades de tener un TEPT tardío. - La gravedad en T2 de TEPT tardío fue mediada por los síntomas de ansiedad y depresión en T1 y por la gravedad de TEPT en T1.

¹⁵ CRIES= Children's Impact of Event Scale

¹⁶ PTGI-C-R= Posttraumatic Growth Inventory for Children

¹⁷ MSPSS= The multidimensional scale of perceived social support

¹⁸ LOT= The Life Orientation Test

¹⁹ SWLS= Satisfaction with Life Scale

²⁰ RATS= Reactions of Adolescents to Traumatic Stress

<p>Vervliet et al. (2014a)</p> <p>N=204(Noruega) y 103(Bélgica) Edad: 14-18 años Género: 84,5% varones y 15,5% mujeres en Bélgica y 100% varones en Noruega Poco tiempo después de llegar al país de acogida</p>	<p>Estudio transversal</p> <p>Variables sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Experiencias traumáticas - Síntomas de ansiedad - Síntomas de depresión - Síntomas de TEPT - Medidas: cuestionario sociodemográfico, HSCL-37A¹⁵, SLE¹⁶, RATS²³ y HTQ¹ 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencias traumáticas: 82% amenaza a su vida, 79% pérdida de un ser querido y 72,5% maltrato físico. - 38,3% de los participantes tuvieron puntuaciones por encima de las de corte para Ansiedad, 44,1% para Depresión y 52,7% para TEPT.
<p>Vervliet et al. (2014b)</p> <p>N=103 Edad: 14-17 años Género: 84,5% varones y 15,5 mujeres T1: 1 y 2ª semana de llegada al país de acogida T2: 6 meses de reasentamiento T3: 18 meses de reasentamiento</p>	<p>Estudio Longitudinal</p> <p>Variabes sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Experiencias traumáticas - Síntomas de ansiedad - Síntomas de depresión - Síntomas de TEPT - Medidas: cuestionario sociodemográfico, HSCL-37A¹⁵, SLE¹⁶, RATS²³ y DSSYR²¹ 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencias traumáticas: el 85,5% reportaron estar en peligro y 82,3% pérdida de un ser querido, aumentando estas en T3. - A mayor número de experiencias traumáticas y factores de estrés diarios, nivel significativo de síntomas de ansiedad, depresión y TEPT. - 45,29% de TEPT en T1, 47,21% T2 y 46,71% T3. - Las chicas tenían más síntomas de intrusión que los chicos.
<p>Völk-Kernstock et al. (2014)</p> <p>N=41 Edad: 15-18 años Género: 85% varones y 15% mujeres Residiendo en el país de acogida</p>	<p>Estudio Transversal</p> <p>Variabes sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición al trauma - Síntomas de ansiedad - Síntomas de depresión - Síntomas de TEPT - Pérdida de familiares - Estrategias de afrontamiento - Medidas: UCLA PTSD-RI¹⁹ y SCWP²² 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencias traumáticas: un 78% estuvo expuesto a violencia comunitaria, un 73% a violencia interpersonal y un 71% a conflictos armados. - 17,1% cumple criterios TEPT y 29,3% cumple parcialmente criterios. - Escalas medias de ansiedad y somatización fueron menores que las puntuaciones de corte, aunque la ansiedad correlacionó positivamente con TEPT. - La media de puntuaciones para depresión sí estuvo por encima del punto de corte. - Como estrategias de afrontamiento, la oración fue la más utilizada, mientras que, el uso de la violencia, resultó ser la menos eficiente y menos utilizada.

²¹ DSSSYR = Daily Stressors Scale for Young Refugees
²² SCWID = Scale for Cultural Adaptation in New and Diverse...

<p>Ziaian et al. (2013)</p>	<p>N=530 Edad: 4-17 años Género: 47.1% Varones y 52.9% mujeres Entre 1-5 años residiendo en el país de acogida</p>	<p>Estudio transversal</p>	<ul style="list-style-type: none">- Variables sociodemográficas- Eventos traumáticos- Problemas emocionales y conductuales- Medidas: SQD²³ y cuestionario para el niño y adolescente del servicio nacional de salud mental y bienestar	<ul style="list-style-type: none">- Reportes de padres: el 4,9% de los niños y el 9,7% de los adolescentes presentaban problemas emocionales y de comportamiento..- Según informes de los profesores este porcentaje aumento, siendo un 18,5% de los niños y un 22,7% de los adolescentes los que presentaban puntuaciones elevadas en relación a dificultades emocionales-conductuales.- Sin embargo, en el autoinforme, los adolescentes reportaron un 4,4% de puntuaciones anormales.- No diferencia de género en los niños, pero si en los adolescentes.- Mayores puntuaciones en dificultades emocionales-conductuales para los que estaban más expuestos a situaciones traumáticas y habían vivido menos de 5 años en el país de acogida.
---	--	----------------------------	--	---

²³ SQD= Strengths and Difficulties Questionnaire

3. Resultados

Caracterización de los estudios

En la mayoría de los estudios la muestra de participantes fue recogida en unidades de cuidado dirigidas por los servicios estatales de protección infantil, instituciones residenciales y familias de acogida. En el estudio de Betancourt *et al.* (2012) los datos de los participantes fueron extraídos de la Red Nacional de Atención Contra el Trauma Infantil y en uno de los estudios realizados en los países Bajos (Smid *et al.*, 2011), la muestra fue seleccionada aleatoriamente del Registro Central de Protección a la Infancia “Agencia Nidos”, de niños que tenían un tutor legal. Gran parte de los participantes de los estudios eran solicitantes de asilo y en ningún caso podían estar en condiciones de deportación inmediata.

En la mayoría de los estudios (11/14), los menores eran evaluados tiempo después de la llegada al país de acogida (entre los 6–24 meses). Solo en 3 de los estudios se realizó una entrevista sociodemográfica, pruebas de *screening*, y se les dieron pautas a los participantes sobre el estudio y su consentimiento para participar en él, cuando estaban recién llegados al país anfitrión (entre la primera y tercera semana de su llegada) (Jakobsen *et al.*, 2014, Vervliet *et al.*, 2014a, 2014b). Cabe resaltar también que la muestra de 10 de los 14 estudios seleccionados hace referencia a menores refugiados no acompañados por sus padres o tutor(es) legal(es).

El total de participantes en todos los estudios es de 2.649. En la mayoría de los estudios el número se considera elevado, ya que en solo 3 de ellos la muestra fue de 41 y en el resto fue igual o mayor de 60 participantes. Entre los países de origen (ver Figura 1) de los participantes tenemos una mayoría que vienen de Oriente Medio (Afganistán, Irán, Irak, Siria, Pakistán, etc.), al igual que de África (Eritrea, Somalia, Guinea, Nigeria, Gambia, Kenia, Ghana, Ruan-da, Etiopia, Angola, Níger, Congo, Sierra Leona, entre otros). Otro porcentaje menor lo tenemos en países de Europa del Este (Armenia, Bosnia y Herzegovina, la antigua Yugoslavia y Rusia), en Asia (principalmente Sri Lanka) y Centro y Sudamérica.

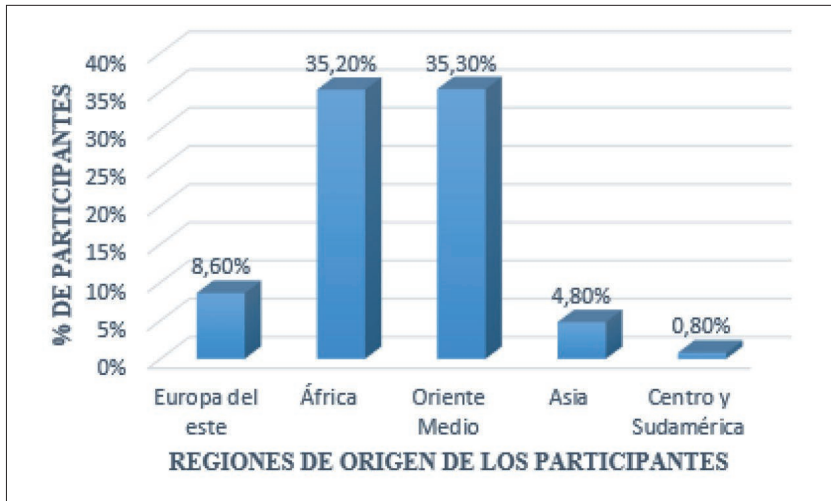


Figura 1. Prevalencia en las regiones de origen de los participantes.

Los estudios seleccionados utilizan muestras seleccionadas según los criterios de inclusión y sin un grupo control. Cuatro de los estudios usaban un método longitudinal, evaluando la muestra en dos o tres momentos temporales distintos.

Psicopatología en los menores refugiados

En la mayoría de los estudios (10/14), los participantes cumplen criterios para el TEPT, aunque hay cierta variabilidad, desde un 17,1% (Vökl-Kernstock *et al.*, 2014) hasta un 52,7% (Vervliet *et al.*, 2014a). En 7 de los 14 estudios se evaluaron otros trastornos o si había alguna sintomatología relacionada con ellos, como, por ejemplo, Trastornos de Ansiedad, Trastorno Depresivo Mayor, Distímico, Trastorno de Somatización o Trastornos del sueño (Betancourt *et al.*, 2012; Huemer *et al.*, 2011; Jakobson *et al.*, 2014; Jensen *et al.*, 2013, 2014; Seglem *et al.*, 2011; Vervliet *et al.*, 2014a,b). Respecto al Trastorno Depresivo Mayor o sintomatología relacionada con este, por ejemplo, en el estudio de Vervliet *et al.* (2014a) se encontraron altas puntuaciones para la escala de depresión del HSCL (Hopkins Symptom Checklist): hasta un 44% de los participantes estaban por encima de la puntuación de corte, siendo la sintomatología depresiva, la más frecuente después de la del TEPT. Además, se observó la presencia de comorbilidad psiquiátrica, habiendo un porcentaje de participantes que cumplían criterios para más de un trastorno (Betancourt *et al.*, 2012; Huemer *et al.*, 2011).

Con respecto a la duración de estos trastornos, diferentes estudios longitudinales dan cuenta de ello. Así, por ejemplo, Jensen *et al.* (2014) estudió el

cambio en la media de puntuaciones de las escalas de síntomas de ansiedad y depresión entre la primera (17,3% y 27% en ansiedad y depresión respectivamente) y la segunda medida (18% y 28,5%), encontrando un aumento en la sintomatología con el paso del tiempo (de 6 a 24 meses). En el estudio de Vervliet *et al.* (2014b) también se observó un ligero aumento en los síntomas de TEPT pasando de un 45,29% en la primera medida (los participantes estaban recién llegados al país) a un 47,21% a los 6 meses de estar allí y disminuyendo ligeramente a los 18 meses (46,71%), pero quedando aun por encima del porcentaje obtenido en la primera medición. No obstante, estos estudios longitudinales no han llegado a demostrar que este cambio sea significativo en relación a los síntomas de estrés postraumático y otros problemas de salud mental, ya que, los porcentajes se mantienen relativamente estables en los diferentes momentos que se evalúan. Además, en general, siguen siendo altos, correspondiendo al aumento de los eventos estresantes de la vida diaria, probablemente debido a las diferentes situaciones a las que se ven enfrentados relacionadas con el país de acogida. Por el contrario, en el estudio de Ziaian, de Anstiss, Antoniou, Baghurst y Sawyer (2013) sí encontraron diferencias significativas con respecto a la sintomatología psicopatológica, siendo menor en los participantes que habían estado residiendo en el país de acogida durante 5 años, en comparación con los que habían vivido menos de 2 años, aunque estos resultados estaban mediados por la edad y el número de eventos traumáticos a los que se veían expuestos.

Según el estudio de Smid *et al.* (2011), que tuvo como objetivo investigar los síntomas del TEPT tras la llegada al país de acogida, se encontró que la gravedad de los síntomas de TEPT de inicio tardío esta mediada por síntomas de ansiedad y depresión en etapas más tempranas, así como por una mayor severidad de los síntomas de TEPT en la primera medición.

Relación entre variables sociodemográficas y psicopatología

Dentro de las diferencias sociodemográficas, algo a resaltar en varios de los estudios fue la variable *edad*, que juega un papel importante, ya que los más pequeños tendían a no comprender plenamente las experiencias relacionadas con la guerra (una de las experiencias más traumáticas), en contraposición con los más mayores, que pueden tomar roles de más responsabilidad, toma de decisiones y por ello vivir más factores estresantes (Vervliet, *et al.*, 2014a). Además, según Smid *et al.* (2011), el aumento de la edad surge como un marcador de riesgo para el TEPT de inicio tardío; específicamente, los menores que tenían 16 años o más eran más propensos a cumplir criterios para un TEPT de inicio demorado que para un TEPT común o no tener sintomatología alguna.

Con respecto al *género*, hay discordancia de resultados, desde la ausencia de diferencias significativas entre chicos y chicas (Betancourt *et al.*, 2012;

Sleijpen *et al.*, 2016), hasta una variabilidad en la sintomatología según el género, teniendo las chicas más síntomas internalizantes y de intrusión que los varones (Vervliet *et al.*, 2014b) y estando el género femenino relacionado con altas tasas de TEPT, obteniendo mayores puntuaciones en la escala de evitación (Elklit *et al.*, 2012; Jensen *et al.*, 2013) y también con la sintomatología depresiva (Seglem *et al.*, 2011). Además, cabe añadir, que las chicas también se relacionan con más comportamientos positivos, por ejemplo, la conducta prosocial, encontrándose diferencias significativas con respecto a los varones (Ziaian *et al.*, 2013).

Como se ha mencionado anteriormente, en general los estudios hacen referencia a la población de *menores refugiados que no vienen acompañados de sus padres o tutores legales* al país de recepción (10/14), observando entre ellos un incremento en los factores estresantes a los que son expuestos, debido principalmente a la falta de apoyo del cuidador principal, lo que actúa en sí mismo como un estresante más, además de una alta vulnerabilidad al estar expuestos a un mayor riesgo de negligencia y abusos. Siguiendo esta línea, en investigaciones donde la evaluación se realizó poco después de la llegada de los menores al país de acogida, se encontraron altas puntuaciones en ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático en este periodo de tiempo puntual y no hubo diferencias significativas en cuanto a si el menor había perdido a uno o a los dos progenitores o tenían a sus padres vivos, pero no estaban con ellos (Vervliet *et al.*, 2014a), aunque si las hubo en momentos posteriores, cuando en el proceso de construcción de un nuevo futuro, la pérdida permanente de los padres cobra una mayor relevancia. También se encontraron dificultades en la confianza y un mayor aislamiento social en los menores que estaban separados de sus padres (Betancourt *et al.*, 2012), así como puntuaciones elevadas en problemas emocionales y comportamentales cuando el menor se encontraba en esta situación de separación (Ziaian *et al.*, 2013). Seglem *et al.* (2011) también encontraron que los menores no acompañados que vivían en familias de acogida y no en centros, mostraban menos niveles de sintomatología depresiva.

Otra variable que parece estar relacionada con la variabilidad de la sintomatología psicopatológica y el historial de trauma al que se enfrentan los menores refugiados, es el *país de origen*. En el estudio de Jensen *et al.* (2013) no se encontraron diferencias significativas en relación a la sintomatología de TEPT, depresión o ansiedad entre los participantes de origen asiático (entre los que incluían Oriente Medio) y africano, aunque esta diferencia sí fue relevante cuando se trataba de la exposición a eventos traumáticos, experimentando los refugiados asiáticos más eventos que los africanos. También, en el estudio de Ziaian *et al.* (2013) se hallaron diferencias en las puntuaciones totales de los problemas emocionales y conductuales de los participantes, obteniendo mayores puntuaciones los participantes pertenecientes a la región de Oriente Medio,

seguido por los de origen africano y, por último, los que pertenecían a la antigua República de Yugoslavia. Aunque, esta diferencia fue significativa cuando estaba mediada por la edad, encontrándose solo en el grupo más joven (4-12 años). Seglem *et al.* (2011) también encontraron estas diferencias étnicas, obteniendo, los niños somalíes (africanos) menos problemas de internalización y síntomas depresivos que otros grupos de niños y jóvenes refugiados.

Influencia de los eventos traumáticos y estresantes en los menores refugiados

La historia de trauma es una de las variables más analizadas investigadas en estos estudios. En 8 de los 14 estudios, con un total de 953 participantes, se expuso la prevalencia con la que aparecían estos eventos en los participantes, aunque estos solo se referían a eventos sucedidos en el país de origen. En la Figura 2, se representan las experiencias o eventos más comunes mencionados en estos estudios.

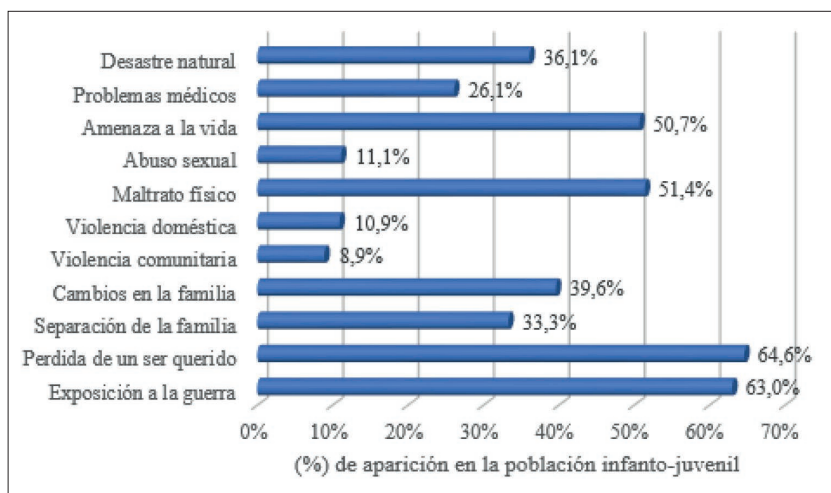


Figura 2. Prevalencia de experiencias traumáticas en la población infanto-juvenil.

Como se puede observar en la figura 2, el evento traumático más frecuente en la población de menores refugiados es la pérdida de un ser querido, seguido por la exposición a la guerra o conflictos armados, maltrato o abusos físicos y amenaza a la vida (sensación de encontrarse en peligro); mientras que, la violencia doméstica, comunitaria y el abuso sexual, fueron los eventos menos frecuentes. Como ya se ha indicado anteriormente, la pérdida de los padres es el factor que genera más estrés, en relación con la separación de la familia, ya que, por su condición, los menores se ven más expuestos a sufrir otro tipo de experiencias traumáticas, y se puede incrementar la incertidumbre por su futuro

(Vervliet, *et al.*, 2014b). Además, según el estudio de Vervliet *et al.* (2014b), la prevalencia de algunos tipos de eventos traumáticos aumentaba con el tiempo (pérdida de un ser querido, separación de la familia y la sensación de amenaza o estar en peligro), mientras que otros decrecían (exposición a la guerra, abusos sexuales, exposición a desastres o experimentar cambios importantes en la vida de su familia).

Algunos autores coinciden en que el número de eventos traumáticos a los que ha estado expuesto el menor es un predictor de la presencia o gravedad de los problemas psicológicos (Jakobsen *et al.*, 2014; Ziaian *et al.*, 2013). Por ejemplo, a mayor número de eventos traumáticos vividos, se incrementa los niveles de gravedad de los síntomas de TEPT (Jensen *et al.*, 2013; Sleijpen *et al.*, 2016; Vervliet *et al.*, 2014a; Vökl-Kernstock *et al.*, 2014). Sin embargo, en el estudio de Elklit *et al.* (2012) esta relación no era relevante, ya que estaba mediada por las estrategias de afrontamiento. Además, en el estudio de Jensen *et al.* (2013), se encontró que la exposición a eventos traumáticos correlacionaba con la escala de problemas internalizantes del HSCL, incluidas las subescalas de depresión y ansiedad, pero no correlacionaba con problemas externalizantes. Vervliet *et al.* (2014a) también encontraron relación entre la exposición a eventos traumáticos y síntomas de ansiedad y depresión.

Por otra parte, los estudios hacen menos o ningún énfasis en la investigación de factores estresantes o traumáticos relacionados con el país de acogida. El único artículo que da cuenta del estudio de estos factores es el de Vervliet *et al.* (2014b), que recoge cuatro tipos de áreas: 1) Social: dificultades en la relación con adultos, dificultades en la relación con los jóvenes y dificultades para hacer amigos; 2) Material: atención médica insuficiente, falta de vivienda, alimentos/ropa y falta de dinero; 3) Discriminación: oír a la gente decir cosas malas sobre mí, sensación de ser amenazado en comparación con otros y sentir que otros tienen prejuicios sobre mí o sobre personas pertenecientes a mi país/cultura; y 4) Otras: sentimientos de inseguridad, ninguna satisfacción con el tiempo de ocio, sentirse inseguro acerca del futuro, otras dificultades con la familia (no relacional), dificultades para obtener los documentos de residencia legal y otras dificultades.

En general, el número de factores estresantes diarios informados pareció incrementarse con el tiempo, en particular, las experiencias relacionadas con la discriminación, además de otras, como, estar insatisfecho con la situación de educación y tiempo libre, no tener hogar, tener sentimientos de inseguridad sobre el futuro y ser desplazado de manera forzada y repetida. El número de factores de estrés diario tuvo un impacto significativo en todas las subescalas de salud mental evaluadas: cuantos más estresores diarios experimentados, mayor era la puntuación del problema de salud mental.

Otras variables psicológicas de interés

Sleijpen *et al.* (2016), han llevado a cabo un estudio sobre crecimiento postraumático. Esta variable se asoció positivamente con el optimismo disposicional y el nivel de apoyo social percibido que tenía el menor refugiado. Así, altas puntuaciones en optimismo disposicional y apoyo social explicaban el 22% de la varianza de crecimiento postraumático, estando por encima de las variables demográficas y los eventos traumáticos. A su vez, estas tres variables se relacionaban positivamente con la satisfacción con la vida. También observaron que a medida que aumentaban los eventos potencialmente traumáticos y el tiempo de estancia en el país de acogida, se cumplían criterios para el TEPT y disminuía la percepción de crecimiento postraumático, aumentando también la probabilidad de informar índices más bajos de satisfacción con la vida. Otro dato interesante, fue la relación entre el crecimiento postraumático y la sintomatología de TEPT, ya que parecen ser constructos independientes, que coexisten en los menores y jóvenes refugiados.

Los estudios de Huemer (2013), Jensen (2014) y Sleijpen (2016), sugieren que algunos menores presentaban cualidades de resiliencia y perseverancia a pesar de haber experimentado dificultades extraordinarias. Esto les había hecho más fuertes e independientes, pero era algo que ellos no percibían como positivo, ya que, habían perdido su infancia, por lo que parecían haberse convertido en jóvenes más capaces, pero más tristes. También se podría achacar estas cualidades a la tendencia a autocontrolarse y a la evitación cognitiva y emocional que aparece en estos menores (Huemer *et al.*, 2013). Por otro lado, cabe destacar que los niños y jóvenes mostraban signos de recuperación a pesar de un trauma grave y numerosas pérdidas, hecho que podría deberse a que se encontraban en un entorno seguro lejos de la guerra y estaban siendo cubiertas sus necesidades básicas, por lo que podría haber ayudado en su proceso de recuperación (Jensen *et al.*, 2014).

Völkl-Kernstock *et al.* (2014) también encontraron puntuaciones más bajas respecto al cumplimiento de criterios totales o parciales de TEPT de las que esperaban encontrar en relación con las hipótesis planteadas, resultado que podría deberse a un grado relativamente alto de resiliencia en esta población.

En relación con otras variables psicológicas, el estudio de Huemer *et al.* (2013) mostró que los menores refugiados no acompañados mostraban percentiles altos en represión como mecanismo de defensa y negación de la angustia, aunque cuando se medía la angustia, puntuaban alto, aun cuando intentasen negarla. En cuanto a la evaluación de la satisfacción autodeclarada con la vida, se encontraron bajas puntuaciones en felicidad, afectos positivos y confianza.

4. Discusión y conclusiones

El presente trabajo hace una revisión sistemática de la literatura reciente sobre el estado psicológico y las variables relacionadas con el mismo en menores refugiados. Como se ha tratado a lo largo de esta revisión, las necesidades de salud mental en esta población van en aumento, debido a la gran demanda de personas que de manera creciente abandonan forzosamente sus hogares. Además, el trabajo clínico con los refugiados plantea un reto especial por las dificultades que nos encontramos para hacer un diagnóstico y para establecer una relación terapéutica con cualquier persona de diferente origen cultural.

De acuerdo con los resultados de los estudios seleccionados en esta revisión, se puede observar la importancia de los problemas de salud mental en esta población; en conjunto estos resultados muestran que los niños y jóvenes refugiados experimentan altos niveles de sintomatología psicopatológica. Todos los estudios revisados llegaron a la conclusión que en esta población hay mayores tasas de problemas de salud mental que en la población normal, siendo el TEPT el trastorno con mayor prevalencia, seguido por el Trastorno Depresivo Mayor. El TEPT adquiere una mayor importancia en esta población, por su naturaleza estrechamente relacionada con los hechos traumáticos a los que habitualmente se encuentran enfrentados los menores refugiados. Aunque, los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 tras el evento traumático, también puede haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro psicopatológico se ponga de manifiesto (TEPT de inicio demorado), lo que pone de relieve la importancia de la evaluación de las transiciones en los diferentes momentos durante el reasentamiento de los menores refugiados (Smid *et al.*, 2011). Por otro lado, respecto al Trastorno Depresivo o sintomatología depresiva y los trastornos de ansiedad, los estudios reflejan su relación con diferentes factores; así sus síntomas podrían relacionarse con etapas más tempranas del TEPT o pueden aparecer como un trastorno comorbido a éste, dependiendo de la gravedad de la sintomatología del TEPT (Jakobsen *et al.*, 2014; Smid *et al.*, 2011;).

Las variables significativas que influyen en la aparición o mantenimiento de los problemas psicológicos antes mencionados, parecen estar relacionadas con factores demográficos como la edad, el género, el país de origen del menor y el tiempo de residencia en el país de acogida, así como experiencias traumáticas pre-migración, principalmente la pérdida de los padres.

En cuanto a la *edad*, los resultados sugieren que el TEPT se relaciona principalmente con edades mayores, ya que tienen una mayor conciencia de los eventos traumáticos que viven; por el contrario, los más pequeños experimentan más tristeza y síntomas depresivos, aunque si bien es cierto que, si se trata de menores no acompañados, cabría esperar una mayor vulnerabilidad viviendo así

más eventos traumáticos y pudiendo desarrollar un TEPT más grave en etapas posteriores. Este hecho aún queda por contrastar, ya que no se han realizado evaluaciones comparando grupos de edad y en diferentes momentos del reasentamiento en el país de acogida.

El *género* es otro factor bastante estudiado, observándose que las chicas padecen más sintomatología evitativa en el TEPT y síntomas internalizantes que los chicos, mientras que éstos presentan más síntomas externatizantes y menos comportamientos prosociales. No obstante, estos datos pueden no llegar a ser del todo precisos, ya que los estudios de esta revisión cuentan con una población compuesta en su mayoría por varones, lo que podría sesgar los resultados.

Como hemos mencionado anteriormente, la condición de *menor no acompañado* es un factor de vulnerabilidad adicional, encontrándose altas tasas de morbilidad psiquiátrica en esta población concreta, ya que está expuesta a un mayor número de dificultades tanto en su país de origen como en todo el proceso migratorio.

Finalmente, en cuanto al *país de origen*, las diferencias culturales se ponen de manifiesto sobretudo en los países de regiones de Oriente Medio, el resto de Asia y África, ya que en esta revisión contamos con menores poblaciones de otras regiones, como pueden ser Centro y Sudamérica. Los datos muestran que la población africana informó menos sintomatología internatizante y haber vivido menos eventos traumáticos que poblaciones de otras regiones. Estas diferencias pueden deberse a los significados colectivos que se le puedan dar a las separaciones y el establecimiento de la continuidad a través del linaje (Rousseau, Said, Gagné y Bibeau, 1998), aunque también podrían explicarse por las diferentes vivencias y el devenir histórico en las diversas regiones del mundo (e.g., situación continuada de conflicto y guerra en Oriente Medio).

En cuanto a las *experiencias traumáticas*, queda de manifiesto la fuerte relación entre la exposición a éstas y las altas tasas de problemas de salud mental en esta población, habiendo una correlación positiva entre el número de eventos experimentados y la prevalencia de estos problemas. Aun así, queda por delante dar cuenta de la relación de los eventos traumáticos con otras variables mencionadas a lo largo de este trabajo, realizando estudios de múltiples grupos y en diferentes momentos del proceso migratorio de los menores, así como dar mayor importancia a los factores estresantes post-migratorios, que parecen ser relevantes en el aumento de la psicopatología (e.g., la discriminación, la situación de asilo o el acceso a los recursos médicos, educativos o de ocio). También sería interesante investigar cómo afectan los eventos traumáticos de manera indirecta (i.e., eventos traumáticos vividos por sus padres, otros familiares o amigos), ya que estaría afectando a la prevalencia de ciertos trastornos, ya sea aumentando o enmascarando la psicopatología.

Las revisiones sistemáticas sobre la población de refugiados encontradas anteriormente ponen de relieve tres limitaciones sobre la salud mental infantil en contextos humanitarios: falta de datos longitudinales, muestras poco representativas, y un enfoque restringido que se basa en el individuo en vez de conjugar todos los datos familiares o comunitarios (Bronstein y Montgomery, 2011; Reed, Fazel, Jones, Panter-Brick y Stein, 2012).

En este trabajo se han encontrado solo tres estudios con medidas longitudinales, aunque no sobrepasan los dos años de tiempo. Además, sólo en 8 de las investigaciones que conforman esta revisión las muestras sobrepasan el centenar de participantes, que siguen siendo muestras pequeñas y en su mayoría abarcan una muestra de refugiados que ya están más establecidos en el país de acogida, dejando más de lado a los recién llegados, que están en una situación de mayor incertidumbre; además las muestras utilizadas no recogen la variabilidad étnica de la población de menores refugiados. Y, por último, el tercer punto resalta la escasa información que tenemos sobre la interacción del menor con los padres o tutores que los acogen si no vienen acompañados. Sobre todo, este dato es importante en los menores de edades más tempranas, ya que a estas edades la fiabilidad de un único diagnóstico realizado en base a sus respuestas es escasa, teniendo que recurrir a otros informadores como tutores o profesores (Almqvist y Brandell-Forsberg, 1997). Con respecto a este último punto, sería importante abrir más líneas de investigación que estudien el papel de las figuras parentales (si existen) como predictores negativos o positivos de la sintomatología psicopatológica del menor.

También, es importante resaltar las implicaciones de la vulnerabilidad sufrida por los menores refugiados no acompañados, que exigen más recursos de salud mental en las primeras etapas del proceso de asilo, ya que, una mayor conciencia de sintomatología psicopatológica puede mejorar el pronóstico, dar un cuidado más apropiado y facilitar el proceso de integración en todos los niveles de la sociedad.

Por último, señalar, que la resiliencia o crecimiento postraumático es uno de los temas más discutidos en las poblaciones expuestas a una historia de trauma, pero que, hasta la fecha, ha sido poco estudiado en la investigación con niños refugiados (Bronstein y Montgomery, 2011). Uno de los aspectos que más conocemos en este campo, se basa en la evaluación de factores de protección y estrategias de afrontamiento como explicación a la ausencia de problemas psicológicos que a veces se encuentra en los menores refugiados. Así, por ejemplo, el apoyo social recibido y contar con una buena red comunitaria en el país de acogida, correlacionan negativamente con la aparición de síntomas psicopatológicos. Además, las estrategias de afrontamiento basadas en el problema (afrontamiento racional) son más efectivas que el afrontamiento

to emocional en el manejo de estrés postraumático (Elklit *et al.*, 2012), viendo los estresores como una oportunidad de crecimiento y poniendo en marcha más estrategias de reevaluación positiva y resolución de problemas (Mohino, Kirchner y Forns, 2004).

Por esta razón, sería importante el estudio de estos factores protectores en las distintas fases del proceso migratorio, para favorecer una mejor planificación de la intervención terapéutica y desarrollar programas con una visión más holística de esta problemática y no solo basados en los factores de vulnerabilidad y psicopatología como se viene haciendo con más frecuencia.

5. Referencias bibliográficas

- ACNUR. (2004). *Directrices generales Inter-Agenciales sobre niñas y niños no acompañados y separados*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3534.pdf>
- ACNUR. (2016). *Tendencias globales 2015, desplazamiento forzado en 2015. Forzados a huir*. Recuperado de: <http://acnur.es/PDF/TendenciasGlobales2015.pdf>
- Almqvist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse & Neglect*, 21, 351-366.
- Betancourt, T. S., Newnham, E. A., Layne, C. M., Kim, S., Steinberg, A. M., Ellis, H., & Birman, D. (2012). Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 682-690. doi:10.1002/jts.21749
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 44-56. doi:10.1007/s10567-010-0081-0
- Ehnholt, K. A., & Yule, W. (2006). Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1197-1210. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01638.x
- Elklit, A., Pedersen, S. S., & Jind, L. (2001). The crisis support scale: Psychometric qualities and further validation. *Personality and Individual Differences*, 31, 1291-1302. doi:10.1016/S0191-8869(00)00220-8

- Elklit, A., Østergård, K. K., Lasgaard, M., & Palic, S. (2012). Social support, coping and posttraumatic stress symptoms in young refugees. *Torture*, 22, 11-23.
- Fazel, M., & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood*, 87, 366-370. doi:10.1136/adc.87.5.366
- Guruge, S., & Butt, H. (2015). A scoping review of mental health issues and concerns among immigrant and refugee youth in Canada: Looking back, moving forward. *Canadian Journal of Public Health*, 106, 72-76. doi:10.17269/CJPH.106.4588
- Hasanovic, M. (2011). Posttraumatic Stress Disorder in Bosnian Internally Displaced and Refugee Adolescents From Three Different Regions After the 1992-1995 War in Bosnia and Herzegovina. *Paediatrics Today*, 8, 22-31. doi:10.5457/p2005-114.34
- Henley, J., & Robinson, J. (2011). Mental health issues among refugee children and adolescents. *Clinical Psychologist*, 15, 51-62. doi:10.1111/j.1742-9552.2011.00024.x
- Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M., & Steiner, H. (2011). Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 307-319. doi:10.1007/s10578-011-0219-4
- Huemer, J., Völkl-Kernstock, S., Karnik, N., Denny, K. G., Granditsch, E., Mitterer, M., ... & Steiner, H. (2013). Personality and psychopathology in African unaccompanied refugee minors: Repression, resilience and vulnerability. *Child Psychiatry & Human Development*, 44, 39-50. doi:10.1007/s10578-012-0308-z
- Jakobsen, M., Demott, M. A., & Heir, T. (2014). Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, 53-58. doi:10.2174/1745017901410010053
- Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L., & Wilhelmsen, N. H. (2013). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20, 106-116. doi:10.1177/1359104513499356
- Jensen, T. K., Skårdalsmo, E. M. B., & Fjermestad, K. W. (2014). Development of mental health problems—a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 29. doi:10.1186/1753-2000-8-29

- Miller, K. E., & Rasco, L. M. (Eds.). (2004). *The mental health of refugees: Ecological approaches to healing and adaptation*. Nueva Jersey: Taylor & Francis.
- Mohino, S., Kirchner, T., & Forns, M. (2004). Coping strategies in young male prisoners. *Journal of Youth and Adolescence*, *33*, 41-49. doi:10.1023/A:1027382229951
- Reed, R. V., Fazel, M., Jones, L., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, *379*, 250-265. doi:10.1016/S0140-6736(11)60050-0
- Rousseau, C., Said, T. M., Gagné, M. J., & Bibeau, G. (1998). Resilience in unaccompanied minors from the north of Somalia. *Psychoanalytic Review*, *85*, 615-637.
- Seglem, K. B., Oppedal, B., & Raeder, S. (2011). Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors. *Scandinavian Journal of Psychology*, *52*, 457-464. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00883.x
- Sleijpen, M., Haagen, J., Mooren, T., & Kleber, R. J. (2016). Growing from experience: An exploratory study of posttraumatic growth in adolescent refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, *7*. 28698. doi:10.3402/ejpt.v7.28698
- Smid, G. E., Lensvelt-Mulders, G. J., Knipscheer, J. W., Gersons, B. P., & Kleber, R. J. (2011). Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *40*, 742-755. doi:10.1080/15374416.2011.597083
- Vervliet, M., Meyer Demott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., & Derluyn, I. (2014a). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*, *55*, 33-37. doi:10.1111/sjop.12094
- Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014b). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *23*, 337-346. doi:10.1007/s00787-013-0463-1
- Völkl-Kernstock, S., Karnik, N., Mitterer-Asadi, M., Granditsch, E., Steiner, H., Friedrich, M. H., & Huemer, J. (2014). Responses to conflict, family loss and flight: posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa. *Neuropsychiatrie*, *28*, 6-11. doi:10.1007/s40211-013-0094-2

Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Baghurst, P., & Sawyer, M. (2013). Emotional and behavioural problems among refugee children and adolescents living in South Australia. *Australian Psychologist*, 48, 139-148. doi:10.1111/j.1742-9544.2011.00050.x