



Una intervenció biopsicosocial con refugiados sirios

*(con Mindfulness Compasivo y
Comunicación No Violenta)*

*Trabajo Final de Grado de Psicología:
Proyecto de Intervención en
Psicología Clínica y de la Salud*

Eduardo Salvador Acevedo
Consultora: Diana Ribes Fortanet
Noviembre 2017



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Espanya de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/)

© *Eduardo Salvador Acevedo*

Reservados todos los derechos. Está prohibido la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la impresión, la reprografía, el microfilm, el tratamiento informático o cualquier otro sistema, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler y préstamo, sin la autorización escrita del autor o de los límites que autorice la Ley de Propiedad Intelectual.

Título del trabajo:	Intervención Biopsicosocial con Mindfulness Compasivo y Comunicación No Violenta con refugiados sirios
Nombre del autor:	Eduardo Salvador Acevedo
Nombre de la consultora:	Diana Ribes Fortanet
Fecha de entrega (mm/aaaa):	01/2018
Ámbito del Trabajo Final:	Psicología Clínica y de la Salud: Intervención Biopsicosocial integrada con tratamiento y evaluación.
Titulación:	<i>Grau en Psicologia</i>

Resumen del Trabajo:
<p>El objetivo del presente trabajo es formular y evaluar una intervención psicosocial con demandantes de asilo sirios, actualmente en una situación de emergencia migratoria con dos tipos de formaciones terapéuticas: El <i>Mindfulness Compasivo</i> MSC y la Comunicación No Violenta (CNV). Por un lado, la intervención en Plena Conciencia o <i>Mindfulness</i> ha llegado a ser uno de los temas estrella en las publicaciones científicas de la psicología actual. En concreto, el <i>Mindfulness Compasivo</i>, considerado el <i>Mindfulness</i> de cuarta generación según recientes estudios poseería reconocida incidencia terapéutica. Por otro lado, la Comunicación No Violenta propugnada por el psicólogo clínico Marshall Rosenberg es una metodología utilizada para la resolución de conflictos y comunicación interpersonal que puede acelerar la integración cultural y social a diversos niveles. El presente estudio contiene una propuesta de análisis estadístico y psicométrico de la incidencia de dichas intervenciones con un estudio pre post evaluando también la estabilidad de los resultados en el tiempo. Dicho estudio plantea una intervención y una evaluación de la relación entre los niveles de trastorno como el Estrés Post Traumático y secundariamente de ansiedad y depresión con los niveles de autocompasión y habilidades sociales de no violencia, los cuales según investigaciones previas estarían inversamente correlacionados. Por otro lado, también se monitorean variables como la inteligencia emocional y las competencias de CNV o grados de integración psicosocial y comunitaria.</p>
Palabras clave (entre 4 y 8):
TEPT, Refugiados, <i>Mindfulness</i> , CNV, Salud Mental Psicosocial, Siria, Compasión.

Abstract

The main aim of this study is to formulate and evaluate a psychosocial intervention with Syrian asylum seekers, currently in a migratory emergency situation, with two types of therapeutic types of training: The Mindfulness MSC and the CNV. On the one hand, intervention in Mindfulness has become one of the star themes in the scientific publications of current psychology. In particular, Compassionate Mindfulness or MSC, belonging to the fourth generation Mindfulness is the one considered with the highest therapeutic incidence. On the other hand, Non-violent Communication (NVC) advocated by the clinical psychologist Marshall Rosenberg is a very interesting methodology for conflict resolution, which facilitates cultural and social integration at various levels. The present study contains a proposal of statistical and psychometric analysis of the incidence of these interventions with a pre-post study, also evaluating the stability of the results over time. This study also evaluates the relationship between the levels of disorder such as Post Traumatic Stress Disorder in addition to anxiety or depression with the levels of self-compassion and nonviolence social skills, which according to previous research would be inversely correlated. On the other hand, variables such as emotional intelligence and CNV competences or degrees of psychosocial and community integration are also monitored.

Key words

PTSD, Refugees, Mindfulness , Nonviolent Communication, Psychosocial Mental Health , Syria, Compassion.

Lista de Tablas

Tabla 1: Paradigma biomédico vs humanista experiencial	13
Tabla 2: Individualismo vs Colectivismo	16
Tabla 3: Protocolos sobre trabajo terapéutico y compasión.	21
Tabla 4: Esquema de administración psicométrica.....	34
Tabla 5: Matriz de datos psicométricos	36
Tabla 6: Ejemplo de resultados (en medias – Protect).....	39

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Resultados para subgrupos – Datos en medias	37
Gráfico 2: Resultados subgrupo MSC y Protect – Datos en medias	40

0. Introducción

La guerra en Siria ha ocasionado gran número de refugiados en los alrededores de Siria y en Europa. Personas huyendo de la guerra con vivencias personales, oídas, vistas, sentidas por los vecinos, con pérdidas de familia, de amigos, de rotura de vínculos psicosociales, de pérdida de la casa, de persecuciones perdiendo condiciones de vida, etc. Todo ello ha ocasionado un riesgo de empeoramiento masivo de condiciones de salud mental en general. La mayoría de informes de organismos internacionales sobre la salud mental de los refugiados de Siria ratifican niveles de Depresión, de TEPT y de ansiedad por separado y combinados (Silove, Ventevogel, y Rees, 2017; Hassan et al., 2015; MSF, 2017). Asimismo, las condiciones de vida durante el tránsito a otro país o en el país de destino, aun siendo extremadamente variables, a menudo pueden ser más traumatizantes. A menudo las posibilidades de trabajo y educación suelen ser complicadas generándose a la larga un espíritu de desesperanza que puede alargar los trastornos y darse contradicciones con las sociedades de acogida.

Datos del reciente informe de Salud Mental publicado en Noviembre de 2017 de Médicos sin Fronteras en Grecia (MSF, 2017) hablan ya de emergencia de salud mental. Entre otros datos destacan niveles de violencia (física, sexual o tortura) superando el 50% del total de los refugiados actualmente en la isla griega de Samos. La violencia proviene no sólo de sus países de origen, sino del tránsito y también del país de recepción.

“They told us we would be safe in Europe but I don't feel safe. I am scared that if I receive a second rejection [on my asylum claim], the police will arrest me. [...] Sometimes people come back from the police station with a broken arm or leg, and with their face swollen. My friend was pushed on the floor and they stepped on his head.”

31-year-old man victim of torture from Syria, Samos,
September 2017 (MSF, 2017, p. 6)

En el Estado Español, el proceso de acogida se suele gestionar con determinadas organizaciones que están instaurando unidades de psicología para monitorear y mejorar la salud mental de los usuarios de sus servicios. Una vez admitido a trámite, el proceso de acogida de demandantes de asilo, se incluye también apoyo lingüístico, residencial, legal y de animación sociocultural además del propio de salud mental. Las unidades de salud mental facilitan seguimiento personalizado de promoción de salud a todo el que lo desee y se proporcionan formaciones de libre asistencia en salud mental y habilidades sociales dirigidas a una mejor socialización en el nuevo entorno social y económico al tiempo que dinamizan actividades de cohesión de grupo y fortalecimiento psicosocial en sintonía y armonía intercultural con la cultura de origen y de acogida.

Por todo este contexto cultural comunitarista y religioso pero también por las condiciones de dificultad económica y de racismo e islamofobia a que se enfrentan muchos refugiados, tanto organismos internacionales como expertos recomiendan enfoques ecológicos que contengan elementos psicosociales además de las intervenciones individuales clásicas para atender la salud mental (Silove, Ventevogel, y Rees, 2017; Hassan et al., 2015). En este sentido, se considera deseable aportar una visión Biopsicosocial e integradora amplia a dichos servicios en la medida que se monitorea, evalúa y trata a personas que puedan tener trastornos psicopatológicos al tiempo que se da una plena cobertura al tratamiento así como a la prevención y a la promoción de salud mental y psicosocial.

1. Contexto y justificación

A) ¿Por qué es un tema relevante?

El año 2016 encontró la peor crisis de refugiados después de la segunda guerra mundial (Silove, Ventevogel, & Rees, 2017; CEAR, 2017). La guerra en Siria ha sido uno de los factores que han hecho llegar a estas cifras y las consecuencias en la salud mental son preocupantes, tanto para los desplazados internos dentro del país, como en los refugiados en países vecinos como en Europa. Comparando antes y después del conflicto según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) en su informe sobre la evolución de la salud mental de los sirios (Hassan et al., 2015) el porcentaje de personas con trastornos psicopatológicos considerados como severos (psicosis, Depresión severa así como trastornos de ansiedad diversos) se ha duplicado. O sea, el nivel habría pasado del 1% o 2% al 3% o 4% del total de la población desplazada y la refugiada. Por otro lado, las personas que padecen trastornos mentales leves o moderados en el sentido de formas moderadas de Depresión y trastornos de ansiedad, incluyendo el estrés postraumático leve y moderado trastorno, habrán pasado de un 10% del total de la población al 15% o 20% con el conflicto comenzado, según el ACNUR en 2015. En tercer lugar, el padecimiento de niveles de estrés, angustia o desamparo considerado no patológico habrían pasado a alcanzar niveles muy altos entre la población (Hassan et al., 2015).

Nuevos estudios realizados en 2016 con refugiados sirios en países circundantes de Siria arrojan datos de incidencia más grave de trastornos. Por un lado encontramos una prevalencia de Depresión del 43,9% (Naja et al., 2016 citado en Kazour et al., 2017) en estos países donde los sirios están supuestamente a salvo. Por otro lado, en lo que respecta al estrés post traumático (en inglés post traumatic stress disorder o PTSD) en caso de refugiados sirios viviendo en tiendas de ciudades de Turquía encontramos datos algo más elevados que llegarían al nivel de 33,5% (Alpak et al., 2015 citado en Kazour et al.), 2017). En proporción similar, Kazour et al. (2017) encontró un 27,2% de prevalencia de TEPT en refugiados viviendo en campos de refugiados en el Líbano.

En lo que respecta a estudios de investigación psicológica sobre salud mental de refugiados realizados en Suecia, tenemos a Tinghög (2017) que encontró una prevalencia de TEPT de 29,9% mientras que la Depresión estaba en el 40,9% de los participantes. Un 31,8 % tenía ansiedad. Resultó también relevante ver en su estudio, que la mitad de los entrevistados mostraban tristeza por la sensación de rechazo que sentían respecto a la población sueca autóctona. Por lo que respecta a estudios realizados en el Estado Español no existen datos publicados sobre el estado de salud mental de refugiados sirios. Aun así, en el año 2013 destaca el estudio realizado por León y Jiménez (2013) en población refugiada y demandante de asilo mayoritariamente de África subsahariana a través de diversas organizaciones, entre ellas la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). En dicho estudio, se pudo comprobar que la mayoría de los estudiados tenían más sentimientos positivos que negativos y un nivel de equilibrio elevado en la mayoría que llegaba al 82.7%. Este dato nos puede indicar que los niveles de trastorno o distrés pueden tanto aumentar o disminuir durante el proceso migratorio en función también del lugar de origen de donde se viene y la percepción de los servicios que reciben.

Sabido es que las condiciones de vida pueden ser muy diferentes según al campo de refugiados y al país a donde se llegue. Eso puede incidir de manera importante también en la reducción, manutención o exacerbamiento de los síntomas, tanto de TEPT como de Depresión. Kazour et al., (2017) apuntan en su estudio que en Líbano los refugiados sirios se encuentran en condiciones sanitarias, de seguridad, legales extremadamente frágiles y con pocas perspectivas económicas. Para este caso, todo ello contribuye a prolongar la experiencia traumática. Mientras que en otros casos, como el apuntado anteriormente de refugiados en Europa, puede ser completamente diferente dependiendo de si su estatuto ha sido admitido a trámite, en el país de recepción Europeo.

En el caso de los campos de refugiados en las islas griegas, las condiciones de vida de los refugiados procedentes mayoritariamente de Siria e Irak se sitúan a nivel de emergencia humanitaria de salud mental (MSF, 2017). En Lesbos los trastornos se están disparando a finales del 2017 llegando el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) a un 75% de los que quedan y en Samos hasta un 97%. Sólo el 2016, en España se han recibido 15.755 solicitudes de asilo, un 1,25% del total de la UE de 1.259.955 el triple más que hace dos años de personas que huyen de la guerra (CEAR, 2017). Un colectivo con una situación de vulnerabilidad en salud mental que viene ya con las situaciones y vulnerabilidad a trastornos exacerbados por las experiencias vividas, todo ello sumado a la rotura de vínculos comunitarios familiares y psicosociales. Dentro de los dispositivos de acogida oficial en Catalunya durante los primeros seis meses los solicitantes de asilo y refugiados conviven en residencias en comunidad y obtienen apoyo en términos psicosociales, salud mental además de apoyo lingüístico. En este contexto, donde se combina una complejidad cultural más unas circunstancias de violencia política y vivencias catastróficas y rotura de vínculos psicosociales la intervención Biopsicosocial deviene especialmente interesante para la reducción de trastornos, prevenir y promocionar la salud.

Silove, Ventevogel & Rees (2017), han realizado una sistematización de datos de estudios epidemiológicos de salud mental ante la actual crisis de refugiados sobre TEPT, Depresión y ansiedad. Las terapias cognitivo conductuales más utilizadas serían la gestión de estrés, el *Mindfulness* aunque, según el autor, la modalidad más testada sería la terapia narrativa. No obstante, igual que otros autores, reconocen que el riesgo de retraumatización o la incapacidad o evitación de recuerdo de situaciones estresoras indican que un enfoque más gradual y lento de rehabilitación resultaría más deseable. El estudio de Kalmanowitz & Ho (2016) con refugiados víctimas de violencia política demuestra los beneficios de las acciones combinadas de *Mindfulness* con arte terapia resultó contribuir eficazmente a la construcción de resiliencia. Así, la idea del presente trabajo será diseñar implementar y evaluar un programa BPS para ver de qué manera afecta al bienestar emocional esta dinámica y si contribuye a reducir la severidad en los trastornos más habituales de depresión mayor, de estrés post traumático y de ansiedad generalizada.

El *Mindfulness* compasivo junto con la psicoeducación en habilidades sociales de comunicación no violenta han sido dos intervenciones psicoeducativas y de terapia cognitivo conductual (TCC) con creciente interés y resultados positivos en el bienestar emocional y la resolución de conflictos (Suárez et al., 2014). En concreto, tanto el llamado *mindfulness based stress reduction* (MBSR) y sobre todo el *mindfulness compasivo* o MSC y sus variantes han dado excelentes resultados para reducir el estrés, la Depresión, y la ansiedad (García Campayo y Demarzo, 2015). Por otro lado, la comunicación no violenta como práctica y filosofía ha tenido mucha aceptación en entornos de conflicto para mejorar las habilidades también de compasión, inteligencia emocional y resolución de conflictos (Mercy Corps Lebanon, 2017). El uso combinado de las dos prácticas puede ser una buena intervención para alcanzar más regulación emocional pero también empatía al tiempo que se reducen los niveles de severidad de trastornos tanto de estrés o ansiedad como de depresión (Suárez et al., 2014). Paralelamente, una psicología clínica y de la salud culturalmente sensible con un colectivo como el de refugiados sirios aprenderá de cómo entrar en el *setting* de manera no intrusiva pero también de forma aceptable para el cliente y comunidad. La intervención clínica en determinados contextos será de naturaleza culturalmente sensible cuando dé cuenta de los referentes, conceptos y comprensiones culturales, rituales, valores y mecanismos de afrontamiento propios de la cultura y la comunidad.

B) Necesidad o vacío de conocimiento.

No existen publicaciones sobre el uso clínico y psicosocial de intervención combinada entre el *Mindfulness* compasivo con Comunicación no violenta en intervención con solicitantes de asilo y refugiados en Europa. Si que se han encontrado dos estudios con contenido paralelo para diferentes colectivos diana o de uso parcial de las metodologías. El primero es un estudio combinado aplicado en cárceles en Filipinas, llamado Freedom project donde se evalúa el uso combinado en formación de estas dos metodologías de Comunicación No violenta y *Mindfulness* (Suárez et al., 2014). Por otro lado, la organización Mercy Corps ha utilizado la formación del CNV en entornos de campos de refugiados sirios en Líbano con la finalidad de disipar la tensión y contribuir a resolver los conflictos entre comunidades, aunque no en la forma de investigación o estudio (Mercy Corps Lebanon, 2017).

C) ¿Qué se desea aportar?

Se desea contribuir a la mejora de la salud mental y bienestar psicosocial del colectivo de demandantes de asilo de manera lo más coherente posible con una revisión actualizada del *estado del arte* y tratando de aportar la experiencia personal tanto de cooperante, como de realizar las prácticas en un centro de acogida de refugiados donde se hacen dinámicas y entrevistas en la unidad de psicología. Se desea aportar con perspectivas adecuadas según los informes actuales sobre la situación de salud mental de refugiados sirios pero también integrando paradigmas que pueden ser contributivos de mayor salud en el lapso de tiempo y horas de intervención que sea más eficaz y eficiente para conseguir cambios sostenibles que no sean cumplir el expediente ni quedarse en el espíritu conservador de replicar sólo los enfoques más *prácticos* centrados no en el cliente sino en la institución, el donante o el terapeuta.

De igual modo, este trabajo pretende aprovechar las técnicas de la psicología en la fundamentación teórica pero también en la práctica y en la medición para poder evaluar si el grado de éxito de esta integración de dinámicas y monitorear los aspectos que maximizan el bienestar desde un enfoque también de capacidades y no solo de dificultades. Siendo el tema un tema tan complejo e imbricado con lazos sociales y políticos, también incorporar una visión amplia que aproveche todo el conocimiento posible de todas las áreas de la psicología y afines: desde la clínica, a la psicología de la salud, la intervención en terapia así como la psicología social; con el fin de recoger todos los elementos aduciendo a lo que hayan parecido que eran los máximos exponentes y reconocidos en cada una de los temas que trato de introducir.

Tal vez la ilusión de fondo es que las personas que participen en los programas sientan que ha habido un antes y un después. Tal vez una ambición excesiva. Además de los estudios científicos que se nombran, la mayor parte de todo lo planteado en el presente estudio ha sido probado por el mismo autor lo cual ha ocasionado cambios centrales en su vida para llegar a ser él mismo. Personalmente, el autor ha trabajado en zonas de conflicto y puede haber percibido alguno de los elementos de estrés post traumático en sí mismo. Seguramente, al igual que muchos psicólogos en su trabajo habitual. Y, la insistencia de arreglárselas uno solo, no ha sido un factor protector sino más bien de riesgo. No obstante, la amplitud de los problemas de la salud mental del mundo no se reducen al mundo personal de una persona. Así, fruto de experiencias personales se ha podido ver que la parte interpersonal, social y, de alguna manera, comunitaria son fundamentales, algo que el último DSM-5 ha desafortunadamente eliminado. También se espera ser capaz de llegar al corazón de esas personas sin que dejen de ser ellas mismas, sin que tengan que renunciar a nada que sea parte de su identidad como personas y colectivo. Del mismo modo que muchas personas en el mundo y en Barcelona han contribuido a lo que él es ahora. Y, de modo humilde el autor espera poder devolver parte de lo recibido por culturas donde él ha podido experimentar lo que es una buena acogida.

D) Qué resultados se esperan obtener

En concreto se espera que tras las intervenciones con *Mindfulness* compasivo junto con las formaciones psicoeducativas, los niveles, signos y síntomas de trastornos de ansiedad y estrés disminuyan. Por otro lado, a nivel preventivo y de salud psicosocial se espera que los niveles de compasión, y resiliencia aumenten de forma significativa igual que las competencias de inteligencia emocional, resolución de conflictos y comunicación no violenta. La idea es que todas estas competencias redunden en la reducción de la conflictividad y el bienestar en las zonas de residencia, por lo que se espera que se generen hábitos y aportar técnicas que redunden multiplicativamente a nivel de la comunidad.

2. Revisión teórica

El modelo Biopsicosocial (MBPS) surgió en contraposición al modelo biomédico como fundamento epistemológico diferencial sobre el concepto de salud y enfermedad. Al concebir a la persona y a la enfermedad como resultado de la tríada combinada de factores sociales, biológicos y psicológicos, es un paso más allá de la visión biomédica más biologicista (Engel, 2004, 1977). En lugar de centrarse en marcadores estrictamente biológicos tanto para determinar la enfermedad como para curarla, el modelo MBPS considera importante incidir por igual en esos tres factores así como tener en cuenta los factores de riesgo; la prevención, la calidad de los servicios sociales y públicos así como factores de índole psicológico además del biológico. En este modelo no se estigmatiza o culpabiliza al individuo de su enfermedad, sino que tanto él como la sociedad tienen un rol activo (León Rubio, 2003) y, se reclama más empatía y *calidad relacional* también por parte del profesional (Borrell et al., 2004, citado en Tizón García, 2007).

Bajo este punto de vista, las organizaciones que gestionan servicios de atención a los refugiados sirios existentes actualmente en el Estado Español aplican este enfoque del MBPS. Los servicios de psicología clínica y de la salud, de igual modo, además de realizar una primera valoración sobre la salud mental de los usuarios de sus servicios, tienen una coordinación con otros servicios de formación en aras a una inserción laboral, de aprendizaje de idioma, de gestión legal así como de convivencia en sus dispositivos e interrelación con vecinos de la ciudad. Estos servicios psicológicos también inciden en la formación y prevención en salud mental comunitaria, pero también en el desarrollo de habilidades sociales y mecanismos de afrontamiento que les ayude a la empatía y a la autoempatía o como veremos más adelante de *compasión* o *autocompasión* según la terminología más actual del *Mindfulness* de cuarta generación. La inserción y participación en actividades y asociaciones afines por parte de los solicitantes de asilo es considerada también un comportamiento protector de salud mental (CEAR, 2017). Bajo esta orientación coherente con el MBPS, se ha propuesto un programa que considera aspectos biológicos, psicológicos y sociales como será la aplicación combinada de una formación en plena conciencia compasiva junto con la formación en habilidades de Comunicación No Violenta con elementos de *contextualización cultural* que puedan ser adaptativos para los solicitantes de asilo de Siria.

A continuación se desarrolla el componente biológico del modelo. Para ello, exponemos un breve resumen actualizado de aspectos más neurobiológicos del trauma, para luego entrar en aspectos más generales, culturales y opciones de intervención.

Neurociencia del trauma

La base científica del trauma postula que ante una hiperactivación emocional extrema que supera nuestra capacidad de procesamiento, el cerebro encapsula y almacena la experiencia emocional y sensorial para preservar el cerebro. La encapsulación significa congelación y disociación. Si el evento traumático continúa, los circuitos neuronales se expanden y toman más espacio. Durante el trauma la amígdala se sobre activa mientras que la Corteza Prefrontal se suprime y, por tanto, los estímulos de naturaleza emocional no pueden ser regulados cognitivamente de forma satisfactoria por los sistemas corticales superiores. También el hemisferio derecho (más emocional) está sobre activado mientras que el hemisferio izquierdo (más racional) está subactivado. La memoria explícita es la memoria consciente y cognitiva procesada por el hipocampo. El hipocampo durante el trauma se suprime y no se regula. La memoria implícita es sensoriomotora, emocional, inconsciente, automática y no verbal y en el trauma se hiperactiva (Shapiro y Brurit, 2014).

La experiencia traumática implica también cerebralmente una reducción del volumen del hipocampo , tanto del HD como el del HI (Maia y Oliveira, 2010). De hecho, se provoca una atrofia de las dendritas y un aumento del factor liberador de corticotropina (CRF), y para el caso del estrés agudo, un aumento también de cortisol. No obstante, en casos de trastorno de estrés post traumático lo específico será que disminuya el cortisol (Valdés y Flores, 1985). Si la duración del período de estrés no es larga, esa atrofia neuronal puede volver a su nivel inicial o basal y el daño será reversible. Pero con mayor duración existe el riesgo de muerte neuronal. Siguiendo a Van der Kolk (2015) en su estudio con resonancia magnética funcional del caso de las intrusiones o *flashbacks*, el estrés proveniente de un recuerdo o *flashback* también implica la sobreactivación de la amígdala, del cerebro límbico y parte de la corteza visual. De hecho, ante la situación de terror repetido por ese *flashback*, el área de Broca, responsable del lenguaje, se ha visto que resulta afectada, de igual modo que lo haría en un ictus. El secuestro amigdalario y de la zona límbica permite sólo las acciones de lucha, huida o congelación al tiempo que se desconecta el lenguaje. Por eso, resulta raro el poder captar la verdad interna de la experiencia cuando se está en estas circunstancias. Igualmente, la corteza visual que se activa sería el área cerebral 19 de Broadmann, funciona con imágenes que entran sólo por primera vez en el área cerebral. Ello nos indica que el cerebro está viviendo la situación supuestamente pasada como si fuera en el aquí y ahora de forma real. Ya no en el recuerdo (Van der Kolk, 2003).

Esas imágenes del escáner activan el Hemisferio Derecho y desactivan el Hemisferio Izquierdo. Cada uno de los hemisferios procesan los recuerdos de manera distinta. Mientras, que el HI recuerda hechos, palabras, y números; el HD graba recuerdos provenientes de los 5 sentidos, sonoros, táctiles, etc. así como los emocionales (Van der Kolk, 2015) . Los dos hemisferios suelen trabajar de forma conjunta en condiciones normales. La experiencia traumática implica la desactivación del HI, por lo que se limita la capacidad del individuo de traducir sentimientos en palabras y de organizar la experiencia en formas secuenciales lógicas y se pierde la forma de pensamiento ejecutiva. De hecho, no son conscientes que tienen esa parte desactivada y pueden considerar como un hecho real el secuestro amigdalario procedente de un recuerdo (Van der Kolk, 2003). Así, se vive como real y los mecanismos de alerta se activan, con aumento del ritmo cardíaco, presión arterial, y adrenalina, hormona responsable de las conductas de ataque o huida. Esas hormonas del estrés, en circunstancias normales se activan y se desactivan de modo natural y vuelven a los niveles anteriores de forma más o menos rápida. En casos de trauma, se ha detectado un lapso mucho mayor de vuelta al nivel basal, con lo que se desgastan los sistemas inmunológicos, al tiempo que se generan problemas de memoria, atención, sueño e irritabilidad (Van der Kolk, 2015).

Van der Kolk (2003) acaba recordando que el mecanismo de la negación puede resultar plenamente adaptativo también. El problema consiste en que la negación proviene de alguna manera del HI el cual estaría desactivado mientras que el HD seguiría activado por el trauma enviando impulsos de estrés a los músculos. Van der Kolk (2003) citando a Kardiner (1941) resume en 5 los signos básicos del TEPT. Desde signos de sorpresa e irritabilidad, proclive a explosión emocional, fijación en el trauma, reducción de niveles de funcionamiento de la personalidad y sueños atípicos. Con todo, solemos aducir la presencia de TEPT cuando vemos signos claros de problemas de sueño, intrusiones o *flashbacks* junto con señales de evitación de situaciones que recuerden al trauma, así como la reexperimentación de síntomas solo con el recuerdo y dificultades funcionales (APA, 2000). También nos recuerda el autor que una persona con TEPT severo puede llegar a aparentar un funcionamiento normal con niveles de energía bajos similares o con comorbilidad depresiva, que le resulta adaptativo para disipar explosiones emocionales externas como una forma aparentemente adaptativa de indefensión aprendida donde en apariencia regula emocionalmente (Van der Kolk 2003. Pérez-Sales (2004) cuestiona la validez del constructo del TEPT y, sobre todo, su estabilidad cuando se pregunta: ¿Cómo puede ser que haya de un 5 a 10% de prevalencia de Trastorno de estrés postraumático (TEPT) tras accidentes de tráfico con riesgo vital mientras que en la violación con violencia física ésta se eleva al 35 al 50% y hasta al 50% a 65% si la violación es por un familiar o amigo cercano? Según el autor todo hecho traumático puede llevar asociado un significado simbólico. El hecho de que la violencia sea ejercida por una persona cercana aumenta la sensación de indefensión, por aquellos que deberían defenderles y en consecuencia vemos que son mucho más graves. Es sabido que el TEPT fue introducido después de la guerra de Vietnam por presiones de las asociaciones de veteranos para que fuera reconocido su estatuto y pudieran tener beneficios sociales. Así que la APA por primera vez introduciría una categoría nosológica por el acontecimiento socio político (Van der Kolk, 2000).

TEPT: ¿una intervención individual o social?

“El apoyo social es una necesidad biológica. No es una opción. Debería ser la columna vertebral de toda prevención y tratamiento”

Van der Kolk, 2015, p. 189

“Un ambiente sin apoyo sería un factor de riesgo para el TEPT, además de la comorbilidad con otros trastornos, género o haber padecido otro trauma previo”.

Boillat, 2012, p. 44

Martín-Baró (1990) acuñó el término de **trauma psicosocial**, para enfatizar la dimensión dialéctica del trauma, que se sitúa en un momento y lugar sociohistórico. Según el mismo autor, la labor del psicólogo no podría ceñirse a paliar síntomas y replicar las causas que lo ocasionaron, sino que deberá atender a las causas profundas que lo causaron atendiendo a la dimensión más social del ser humano. De ahí, surge el psicólogo activista y la futura noción de *psicólogo de la liberación*. Según el mismo autor, más allá de técnicas de relajación o de comunicación, la labor del psicólogo debería ser atender a la verdad colectiva así como luchar por condiciones económicas y políticas más justas para la gente. Todo ello inextricablemente unido a la salud mental.

Tabla N° 1

Paradigma biomédico	Paradigma humanista y psicosocial
Enfasis en síntomas (alarma, hiperalerta, insomnio, rememoraciones, ...)	Enfasis en dimensión ontológica del ser humano
Signos, vistos como signos de enfermedad	Respuesta homeostática y desbordamiento capacidad de adaptación
Dimensión individual	Dimensión grupal, comunitaria y situacional
Perspectiva étic	Perspectiva émic/en base a cultura propia
No se mira causa	Se trabaja con causa
Permite estudios expermentales y farmacología	Permite estudios cuasi expermentales y cualitativos

(Pau Pérez Sales, 2006, p.68)

La tabla 1 es un extracto modificado del cuadro original ofrecido por uno de los representantes más reconocidos de la orientación humanista y el trauma: Pau Pérez Sales (2006). Dicho cuadro nos revela las ventajas de ambos modelos lo cual no exige que pueda usarse los elementos de cada uno que sean más adecuados en cada situación y problemática. El mismo autor nos recuerda la importancia de considerar al paciente como un elemento activo al contrario que en el modelo clásico biomédico. Pérez Sales (2006) igualmente recuerda el llamado *crecimiento post traumático*. Según él, deberíamos reconocer que las experiencias traumáticas conllevan también, para mucha gente aprendizajes positivos, relación con los otros, cambios en la vida, percepción de sí mismo, creencias y sentido de la vida. El mismo autor da preferencia al testimonio como herramienta terapéutica al igual que incorpora también los procesos históricos que pueden haber dejado afectada a toda una población. Igualmente, las condiciones sociales dentro de los campos de refugiados como la falta de intimidad, nada que hacer; escasez a medida que pasaban los meses e iba bajando el interés de los donantes internacionales, no se pueden dejar como variables exógenas. De hecho, estudios muestran que dificultades para conseguir legalizar su situación, el aislamiento, el desempleo crónico y la dependencia en el país de acogida son factores que predicen mejor la aparición de síntomas post traumáticos que la propia experiencia de persecución y tortura vivida en su país de origen. Rose et al., (2002 citado en Eiroá, Fernández, y Nieto, 2016) critican la técnica del *debriefing* o terapia narrativa por los riesgos de retraumatización que pueden ocasionar dependiendo de diferencias individuales y psicosociales.

Eiroá, Fernández y Nieto (2016) considerarían más adecuadas las terapias de exposición como la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (en sus siglas en inglés: EMDR) o las de componente humanista psicosocial y existencial siempre teniendo una compatibilización cultural. No en vano se llega a hablar de la terapia culturalmente adecuada (TCA). Brivery y Smith (2006 citado en Eiroa, Fernández y Nieto, 2006) recomiendan para casos de trabajo con diferentes culturas todo aquello que acerque culturalmente al terapeuta con el cliente. Esto es, la lengua, mediación, incorporación de valores culturales o contenidos en las formaciones y terapia y la búsqueda de la mayor afinidad cliente y terapeuta posible sea cultural, racial o religiosa. En ese sentido, coincidiendo con Pérez-Sales (2006) las conmemoraciones, rituales, reconocimiento público del sufrimiento, lucha contra la impunidad, serían elementos constituyentes del proceso terapéutico. Por otro lado, a nivel menos reivindicatorio, la incorporación tematizada de actividades, películas, eventos o temáticas del propio país, pueden contribuir a dar más efectividad a los procesos terapéuticos.

Siguiendo a Boillat (2012) coordinador del proyecto europeo “Protect-able”, la vulnerabilidad de los demandantes de asilo es 10 veces mayor a TEPT que respecto de los ciudadanos del país de acogida. En muchos casos se desarrolla una combinación de TEPT y Depresión. De hecho, estos trastornos se desarrollan de manera gradual y depende tanto de las dificultades acaecidas, las cuales pueden variar en intensidad y número de manera importante, como de aspectos individuales de personalidad, mecanismos de afrontamiento, así como la posibilidad de beneficiarse de redes sociales de apoyo, familiares, amigos (Boillat, 2012). Uno de los factores causantes estudiados del TEPT sería la tortura mientras que la exposición acumulativa a experiencias traumáticas potenciales sería la causa relativa más asociable a Depresión en este contexto. La comorbilidad más común sería el trastorno depresivo mayor (TDM), pero también la crisis de angustia o ataque de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), fobia social, fobia específica, trastorno de somatización y otros relativos a toma de sustancias según el mismo autor del proyecto europeo (Boillat, 2012).

Aspectos culturales en Siria

En un trabajo realizado por Global Success en Aneas (2010) que estudiaba los valores predominantes estimó que las culturas árabes priorizan los valores de: antigüedad; espiritualidad; reputación, familia y autoridad. Se trata de valores de corte llamado colectivista, donde la individualidad, en el sentido occidental quedaría en segundo plano. Veamos ejemplos de aspectos diferenciales en siguiente tabla.

Tabla 2 Individualismo vs Colectivismo

Individualismo

- Independencia
- Objetivos independientes del propio grupo
- Énfasis sobre las actitudes contra el énfasis sobre las normas
- Énfasis en la racionalidad
- No-consideración del grupo como Grupo = extensión de uno mismo
- Un fuerte sentido de la identidad individual
- Se sienten perfectamente en soledad
- Subordinación de los objetivos grupales a los objetivos individuales

Colectivismo

- Dependencia
- Objetivos compatibles con los del propio grupo
- Énfasis sobre las normas
- Énfasis sobre la relacionalidad
- Subordinación de los objetivos individ a los objs grupales a los individ.
- Necesidad de soporte social
- Un fuerte sentido de la identidad grupal
- Grupo=extensión de uno mismo

(Aneas, 2009, p. 28)

Las sociedades comunitaristas de tipo árabe, en las cuales estaría Siria, suelen ser comunidades de mayor jerarquía en donde los privilegios son la forma distintiva de la diferencia social y se aceptan como deseables y normales. En el caso del Estado Español, se encontraron los valores del siguiente orden: familia, reputación, relaciones, libertad y franqueza (Aneas, 2010). De alguna manera, podríamos suponer que esos valores estarían en el ambiente de la sociedad de llegada, pero también en los centros de acogida e intervención.

Las culturas más colectivistas suelen ser algo más conservadoras y tener baja tolerancia a la incertidumbre. La incertidumbre genera estrés y sensación de ansiedad ante cambios, novedades. Por otro lado, en estas culturas, las emociones sobre todo en los hombres no se suelen mostrar. De igual modo, en las culturas y grupos conservadores lo diferente es considerado peligroso. También se puede decir que existe una especial motivación por la seguridad, así como la estima o pertenencia dando prioridad a la relación, por encima del logro de objetivos individuales y priorizando la adherencia a la norma sobre la crítica abierta. En las sociedades colectivistas es más importante el consenso y el bienestar relacional (también con la jerarquía) por encima de lograr los objetivos propios (Aneas, 2010).

En el caso de Siria y los países del entorno se permite la expresión de las emociones de forma intensa aunque el llorar no se les permite a ellos y sí a las mujeres. Los hombres son educados para suprimir la expresión abierta de las emociones que se la relaciona con debilidad, salvo en el caso de la pérdida de un hijo, en cuyo caso a los hombres les es permitido el llorar (Hassan et al., 2015). El miedo a ser considerado loco o recibir una etiquetación diagnóstica sería una fuente de culpa y escarnio, miedo y escándalo. Por eso, ACNUR recomienda a los clínicos que eviten el uso de los términos diagnósticos delante de los clientes con el fin de evitar generar más estigma o etiquetado diagnóstico. Los pacientes que sufren trauma suelen ser muy cautelosos de los profesionales. De hecho, suelen tener dificultades para diferenciar un psicólogo, de un médico, de un psiquiatra o de un neurólogo. A menudo cuando piden a un neurólogo o *tabib al asaab*, suelen querer decir un psiquiatra o *tabib nafsi* (Hassan et al., 2015).

Las personas víctimas de tortura padecen un estigma además del trauma. Sus familiares además pueden tener emociones escondidas por sentirse culpables de no haber evitado la violación de su familiar o hijo. Los sirios se identifican muy fuertemente con sus familias, tanto inmediatas como extendidas. Mientras que los lazos de parentesco se han debilitado un poco con la urbanización y la modernización, la mentalidad del clan sigue siendo una fuerte influencia en el sistema político del país (Hassan et al., 2015). No obstante, cabe decir, que a diferentes niveles las sociedades árabes también están influenciadas por el individualismo y las tendencias occidentales (Aneas, 2010). Todo ello serán factores a tener en cuenta dentro del proceso terapéutico y psicosocial, para entender las posibles fuentes del dolor asociadas a la desintegración y aspectos de identidad cultural que pueden entrar en diálogo en ese proceso.

Mecanismos de afrontamiento de refugiados (Sirios)

Siguiendo el estudio de salud mental psicosocial de ACNUR del año 2015 para diversos campos de refugiados alrededor de Siria, se encontró que los mecanismos de afrontamiento **activos** que realizaban los refugiados sirios por tal de no decaer o mantener su estado emocional a nivel individual eran: el rezo (islámico), dibujar, escuchar música; la introspección; ver la TV, pasear en la naturaleza (si no están dentro del campo de refugiados); realizar actividades sociales o comunitarias; socializar en la escuela; familia o amigos y hablar con personas con quien confíen. A nivel colectivo, a muchos sirios les gusta hablar entre ellos de los buenos tiempos de *antes* (Hassan et al., 2015). Aunque para la mayoría de sirios la familia les resulta la mejor fuente de apoyo ante situaciones de desamparo o crisis, como mecanismos de afrontamiento que llamaron **pasivos** destacaban: fumar, leer compulsivamente noticias de Siria, preocuparse obsesivamente de los otros, no hacer nada y aislamiento. Para el caso concreto de mujeres sirias, además de los mencionados, se han documentado cualidades colectivas de comunicación con la familia y amigos, así como uso de redes sociales como forma efectiva de mejorar su bienestar. También, como mecanismo de afrontamiento, a estas mujeres les funciona positivamente el comprometerse con causas sociales con organizaciones no gubernamentales (ONGs), ocuparse en casa o crear mercadillos, o grupos de apoyo mutuo (GAMs), muchos de ellos también fuera del entorno de su casa. Por otro lado, de forma pasiva, además de las mencionadas estrategias, tendrían el hecho de llorar (en exceso) así como también la negación de que les están ocurriendo esos estresores (Hassan et al., 2015).

El Mindfulness

El *Mindfulness* o atención plena fue introducido de manera inicial en el mundo científico por Jon Kabat-Zinn (2011) como *Mindful Based Stress Reduction* (MBSR). Esta reducción de estrés a través de la atención consta de una serie de ejercicios, discursos y hábitos originados en la práctica milenaria budista pero que se encuadran de manera creciente en una epistemología de salud mental vaciada de contenido espiritual o religioso de reconocidos beneficios en el bienestar emocional (Kabat-Zinn, 2011). La plena conciencia implica la capacidad de parar y atender solamente al aquí y ahora de lo que ocurre sin interpretar, sin juzgar y dejar de pasar los pensamientos sin juzgarlos como si fueran nubes a través de la respiración consciente y la respiración abdominal. Esta práctica que, como veremos, suele realizarse con todo un proceso de promoción de hábitos a menudo grupales, suele acompañarse de meditaciones guiadas, grupos de encuentro y, en los entornos más budistas, lecturas de maestros (Sangha Española de Thich Nhat Hahn, 2017). En el mundo actual, con una sobre oferta de estímulos visuales, auditivos, resulta complejo poder parar y «no hacer nada». De ahí, la rumiación, la obsesión, y otras disfunciones del pensamiento se desarrollan crecientemente al tiempo que modalidades terapéuticas tratan esos pensamientos de diferentes maneras. Desde la interpretación y búsqueda de la causa como buscaba originalmente el psicoanálisis a la confrontación y desarticulación de ideas o pensamientos irracionales y creencias limitantes que realiza la Terapia Cognitiva de Beck (Feixas y Parra, 2010).

Los investigadores médicos y psicólogos del hospital de Massachusetts: Segal, Williams y Teasdale (2013) avalan con estudios realizados durante el decenio de 2002 a 2013 la consistencia de un programa estandarizado de plena conciencia para reducir las recaídas en pacientes con Depresión en una comparación con la intervención farmacológica antidepresiva. Los resultados sostenidos de reducción de estrés corroboran que dicho programa pueda ser considerado como una modalidad terapéutica en sí: MBCT (Mindful Based Cognitive Therapy) o Terapia Cognitiva Basada en la Plena Conciencia. Kabat-Zinn (2011) también reconoce la existencia de prácticas meditativas en muchas tradiciones religiosas por lo que, si se realiza con sensibilidad cultural y religiosa, dicha práctica puede ser beneficiosa y aplicable plenamente a colectivos aparentemente culturalmente muy diversos.

Ahondando en ello, estudios actuales muestran la creciente introducción de la atención plena en contextos culturalmente o profesionalmente diversos, incluyendo hospitales pero también en entornos con colectivos de refugiados de diversas culturas. De ahí se ha acuñado el concepto de intervención culturalmente adaptada en los que se introducen elementos de la cultura de origen en el discurso de manera que las propuestas psicoeducativas resultan mejor aceptadas (Hinton, Pich, Hofmann, y Otto, 2013). Pearce et al., (2015) realizaron un interesante estudio con ejemplos de cómo aprovechar e integrar de manera concreta las religiones en la TCC. Para eso, aplicaron la llamada Terapia Cognitivo Conductual Basada en la Religión (TCCBR) en pacientes con Depresión, y en el aspecto concreto de las ideas irracionales, los autores proponen un elenco de prácticas que van desde el uso de *activity monitors* o activadores la lectura de escrituras religiosas como método terapéutico a la verbalización de determinados versículos con contenido de reformulación terapéutica para pacientes. Por otro lado, frases sanadoras o desculpabilizadoras para algunos casos, como *Allah no impone a ninguna alma más allá de su habilidad* por lo que confrontaría los pensamientos del debería como no funcionales cuando causan malestar emocional. A nivel más psicosocial, el autor recomienda apoyarse en personas de la comunidad religiosa propia como elemento terapéutico así como involucrarse en actividades altruistas.

Hay estudios que observan que la creencia en una religión no es necesariamente un factor protector de salud mental y puede generar ansiedad cuando se considera a Dios como castigador (Behere et a., 2012). No obstante, para el caso de los refugiados de fe musulmana un estudio de la facultad de psicología en Pakistán de Ijaz, Khalily y Ahmad (2017) muestra que la práctica del salat también llamado en árabe, Salah, u oración islámica según Al-Andalusí (2011) que se entendería como contacto, conexión y relación resultaría ser un ejercicio de plena conciencia que correlaciona con mejores índices de salud mental.

«Let go of your worries (...) and be completely clear-hearted.- (...) When it is empty of forms, all forms are contained in it »

Rumi (Mirdal, 2012, p.1212).

Por otro lado, cabe recordar que la manera tradicional y religiosa de mirarse a sí mismo para el caso de los creyentes de Muhammad suele ser en el entorno de la mezquita. El diálogo y la atención al interior se da en el islam entre *Dios* y el creyente directamente, sin la mediación del Imam. No obstante, el imam puede jugar un rol de mediador que puede ser interesante desde el punto de vista psicosocial y de salud mental comunitaria (Hassan et al., 2015). Siguiendo a Mirdal (2012) el Mindfulness como traspolación de una filosofía oriental llegó a posteriores religiones con expresiones muy diferentes. Y, actualmente, su introducción en la psicología muestra su utilidad para las necesidades del hombre actual. Por esa razón, la reintroducción de vuelta a esas religiones de modo occidentalizado puede ser criticado desde un punto religioso o teológico. Igualmente, la sensibilidad cultural y religiosa con que se quiere contribuir al proceso psicoterapéutico en crecientes estudios no debería implicar en ningún caso el devenir en un «consejero en temas religiosos, ni asumir responsabilidades de las que no se estaría cualificado. Sino de adoptar una actitud de escucha con la mente abierta y el corazón abierto» (Mirdal, 2012, p.1213).

De igual modo resulta relevante recordar los aspectos comunes entre el sufismo de Rumi y la MBCT.

«One of the goals of Mindfulness -based cognitive therapy as well as of Rumi's teachings is to identify and change (...) "distorted" or "unrealistic" ways of thinking, and thereby to influence emotion and behavior (...). (...) Shifting attention is similar to "disidentification" where one ceases to identify with one's own thoughts, feelings and images.»

(Mirdal, 2012, p. 1208)

El autor nos recuerda la importancia dada a la conexión con el sentimiento y el corazón, al igual que el cultivo de la compasión como un salir del centramiento excesivo con uno mismo, idea en la que Piaget así como subsiguientes psicólogos cognitivos y transpersonales han insistido (Mirdal, 2012). Sorprende también que estos precisos conceptos de compasión y centramiento en el corazón y descentramiento en la atención individualista serían coincidentes con la epistemología de la práctica que luego hablaremos de la Comunicación No violenta. Estudios de neurociencia con monjes budistas y franciscanos en meditación han mostrado cómo los sistemas simpático y parasimpático se equilibran y se descargan. De igual modo, las zonas de asociación cerebrales encargadas de procesar las fronteras, los objetos y el *self* tienen menos sangre cuando éstos están cerca del éxtasis meditativo (Atran, 2002; Newberg et al., 2003, 2010, citados en Mirdal, 2012).

El *Mindfulness* de 4ª generación y la compasión

El MSC, el CCT y el CMT o Compassionate Mind Training y la CFT, serían lo que se empieza a llamar las Terapias de Cuarta Generación relacionadas con el *Mindfulness* compasivo que han llegado a tener un alto efecto terapéutico (Neff, 2012, citado en Alonso y Germer, 2016). Estudios de metaanálisis demuestran que mayor autocompasión conlleva menos depresión, ansiedad y estrés (García Campayo et al., 2014). MacBeth y Gumley, (2012, citado en Alonso y Germer, 2016) muestran el vínculo entre autocompasión y psicopatología. En concreto la autocompasión conllevaría menos estados negativos de Depresión, ansiedad, estrés, vergüenza e imagen corporal negativa. Igualmente, mayor autocompasión correlaciona, inversamente, con estados positivos, tales como felicidad, satisfacción vital, optimismo y salud física, siguiendo a Alonso y Germer (2016). En concreto, la reactivación de los sistemas de afiliación, calma y satisfacción en el cerebro humano están asociados al apego seguro. De hecho, la compasión se entendería como un sentimiento profundo hacia el individuo que sufre, que da lugar a un deseo y un esfuerzo de alivio y consuelo. Por otro lado, la autocompasión es compasión dirigida hacia uno mismo; significa tratarnos a nosotros mismos con la misma amabilidad y comprensión en un sentido de autocuidado (Alonso y Germer, 2016). La alianza terapéutica y la aceptación total del cliente pasa por un genuino sentido de preocupación por el sufrimiento propio y por las necesidades básicas. Esa compasión hacia el otro no implica perderse en las emociones del otro tampoco. De hecho, el término compasión lleva a muchos malos entendidos en la cultura judeocristiana de occidente. Se suele confundir compasión con resignación, con paternalismo, lástima y con caridad desde un lugar superior y el otro inferior. Fromm (1956) clarifica la mala comprensión judeocristiana del amar, donde se prioriza amar al otro, y se olvida la parte del «como a sí mismo». En ese sentido la compasión nos avala, legitima y recuerda la importancia de cuidarse y tratarse de la manera más delicada posible. Alonso y Germer (2016) destacan tres componentes fundamentales en la autocompasión:

- La bondad hacia uno mismo versus la tendencia a criticarse.
- La humanidad compartida versus la tendencia a aislarse
- *Mindfulness* frente a la sobreidentificación cuando se tienen que confrontar emociones y pensamientos dolorosos.

El MSC al incluir la mencionada variable de la compasión puede tener un efecto más poderoso sobre los resultados relacionados con el bienestar personal y el estrés emocional que en los enfoques anteriores del MBSR y MBCT, siendo éste aplicable a poblaciones clínicas. Resultados de estudios controlados aleatorizados del programa MSC indicaron que la compasión por los demás y la satisfacción vital lograba disminuir significativamente la Depresión, la ansiedad, el estrés y la evitación emocional.

Tabla 3. Protocolos de compasión existentes.

PROTOCOLO	CBCT	CCT	CFT	MSC
NOMBRE	Entrenamiento en compasión de base cognitiva <i>(Cognitive-based Compassion Therapy)</i>	Entrenamiento en el cultivo de la compasión <i>(Compassion Cultivation Training)</i>	Terapia focalizada en la compasión <i>(Compassion Focused Therapy)</i>	Mindfulness y autocompasión <i>(Mindful Self-Compassion)</i>
ORIGEN	Lama Tenzin Negi, Universidad de Emory (EEUU)	Lama Tupten Jinpa, Universidad de Stanford (EEUU)	Paul Gilbert Universidad de Derby, (Gran Bretaña)	Kristin Neff y Christopher Germer (Universidad de Texas, EEUU)
BASE	Tradición budista (práctica de Lo-jong)	Tradición budista (práctica de Lo-jong)	Psicología occidental (desarrollo del yo compasivo)	Mezcla de psicología occidental y tradición budista (base en el MBSR y en la práctica de <i>loving-kindness</i>)
DIRIGIDO A	Pacientes y población sana	Pacientes y población sana	Pacientes	Pacientes y población sana
REFERENCIA	Pace, Negi y cols (2009)	Jazaieri y cols (2015)	Gilbert (2015)	Neff (2012)

(García Campayo, y Demarzo, 2015, p. 112)

Aspectos comunitarios del *Mindfulness*

Cabe destacar la importancia de aspectos grupales y comunitarios que comporta la formación y la práctica en atención plena en *Mindfulness* según la práctica del budismo *comprometido* de Thich Nhat Hahn (Sangha Española de Thich Nhat Hanh, 2017). Esta tradición proviene de lo que se dio en llamar: *budismo comprometido*. Esto es, una tradición donde se incorpora toda una psicología budista en sintonía con los derechos humanos, la paz interior, la paz con el mundo y con la naturaleza como valores esenciales de sus practicantes y su fundador.

En lo que respecta a la mencionada práctica, cabe destacar en primer lugar, que se suele realizar en grupo y con un dinamizador. El aspecto grupal o de Sangha confiere un nivel más allá de lo individual y permite beneficiarse de la meditación de la atención plena y la interacción con otros miembros de la comunidad de practicantes, sean budistas o no (Sangha Española de Thich Nhat Hanh, 2017). En segundo lugar, se suelen realizar como parte del proceso espacios de compartir desde el corazón y resolver conflictos internos e interpersonales desde la no violencia. Se cultivan aspectos de comunicación que son muy importantes para cultivar relaciones sostenibles y superar conflictos como (Sangha Española de Thich Nhat Hanh, 2017):

- La escucha profunda y comunicar desde el corazón. Se trata de una práctica grupal que se realiza después de una sesión completa de *Mindfulness* y consiste en establecer un círculo para hablar desde el sentimiento sobre cualquier aspecto que preocupe o interese a la persona. Lo importante es no hablar de teorías ni entrar en discusiones ni dar consejos. Permite dar salida a la expresión de emociones desde el corazón y beneficiarse de la presencia y escucha compasiva del grupo.

- Volver a empezar: Se trata de la práctica creada por esta tradición para resolver conflictos interpersonales. Consta de una serie de pasos entre los cuales se incluye el reconocer lo que nos aporta el otro, ser autocrítico y establecer una petición sin juicio y desde el corazón. Se trata de un modelo similar y complementario al que practicaremos con la Comunicación No Violenta.

Por último, la agrupación de practicantes de *Mindfulness* suele reunirse determinados días para salidas de un día opcionales. Son una ocasión para conocerse desde un lugar de silencio y de práctica activa de la compasión con personas diestras en ello.

Habilidades sociales de comunicación No violenta

La Comunicación No Violenta o CNV es una formación en habilidades sociales e inteligencia emocional empática creada por Marshall Rosenberg que a través de los años ha ido obteniendo mucho éxito sobre todo en entornos de conflictos de violencia política y crecientemente en entornos también profesionales y que se requieran habilidades de comunicación bajo presión (Rosenberg, 2006). Las habilidades de comunicación no violenta aplicadas a este colectivo de refugiados y solicitantes de asilo que vienen de un entorno de guerra y violencia resultan importantes como herramienta de prevención pero también de gestión de conflictos. Su aprendizaje, además, da sentido y habilidades tangibles para gestionar situaciones de crisis cosa que permite afrontar el futuro desde una actitud más compasiva un horizonte de salud mental, empatía y autoempatía que implica un verdadero cambio de cómo situarse o posicionarse ante ante sí mismo, ante el otro y, subsiguientemente, ante el mundo.

Una revisión teórica del *state of the art* de la literatura científica con respecto al tema, encontramos en primer lugar un estudio de un programa combinado conjunto de *Mindfulness* y Comunicación no violenta en prisiones. En ese estudio, con una escala creada sobre habilidades de CNV se podía ver como un mayor número de horas correlacionaba con mayores competencias propias de la comunicación no violenta (Suárez et al 2014). Esas competencias de CNV compartían elementos de la inteligencia emocional como la identificación y expresión de emociones y empatía, así como toma de responsabilidad y realización de peticiones sin imponer sus demandas. Por otro lado, en lo relativo a la intervención específica en atención plena no se demostró una relación lineal entre horas de práctica formativa y reducción de síntomas. Aunque en todo caso si se reducen los niveles de ira y mejoran los índices de compasión propia, según el cuestionario *self compassion scale* (García-Campayo et al., 2014). Estos resultados son coherentes con el estudio de Nosek, Gifford, y Kober (2014) con estudiantes de enfermería sobre el impacto de una formación de CNV relativamente corta de dos sesiones teórico-experienciales realizadas por formadores de 105 minutos cada una. También se ofreció un servicio de seguimiento en línea para aquellos y aquellas que lo desearan. Las conclusiones arrojan datos prometedores con resultados de mejor capacidad de empatía, mayor calma y regulación emocional en la interacción y gestión de conflictos con pacientes, amigos o profesores.

CNV, grupo y teatro comunitario

Se pueden desarrollar aspectos grupales y comunitarios durante y después de la formación en comunicación no violenta. Por un lado, se trata de una formación grupal, en donde se realizarán dinámicas, juegos y ejercicios de desmecanización y de cohesión de grupo que permitirán desarrollar relaciones y vivencias entre participantes donde se podrán mirar entre ellos y ellas desde un lugar diferente. El juego es fundamental para conectar con el *otro* desde otro lugar sin lucha de poder ni dominio. Por otro lado, el role play, el teatro social podrán ser utilizados para poner en práctica el dominio de las habilidades de asertividad de los actores. Todo ello puede ser aprovechado por el doble beneficio del público como caja de resonancia, catarsis y amplificación de lo que ocurre en escena (Salvador, 2012). Por otro lado, se puede aprovechar la inteligencia social que implica poder incorporar en escena propuestas y visiones desde fuera. Asimismo, el Teatro Foro y el Arco Iris del Deseo, variante del psicodrama de Moreno (Pubill, 2010) como parte del teatro del oprimido de Augusto Boal (Boal, 2014) permite dar espacio a inquietudes de participación en temas de interés comunitario y aumentar la interacción social y comunitaria con compromiso social emancipatorio. El más completo de los métodos de Boal, resulta el teatro legislativo siendo éste un ejercicio global artístico de creatividad y alto contenido simbólico pero también de democracia participativa y de preparación para la acción política donde se tratan temas más amplios para la resolución de conflictos y *opresiones* sociales de mayor calado. Su práctica suele exigir un compromiso mínimo que asegura que se generen vínculos con actividades que irán más allá del día a día y aprovechar los recursos, la simbología y la creatividad del teatro para contribuir a fines socio comunitarios comunes al tiempo que se generan habilidades y vínculos (Salvador, 2014). De igual modo, siguiendo a Martín-Baró (1999), la reconstrucción y puesta en escena de historias personales y colectivas de injusticia puede constituir una forma de dar espacio público a la verdad colectiva y dignificarla contribuyendo así a formas simbólicas de reconciliación (Galtung, 1998).

3. Problema

Todo lo explicado anteriormente muestra el riesgo en salud mental que corren la mayoría de los que escapan de la guerra en Siria. Hemos visto como el índice de trastornos relacionados por vivencia directa o vicaria de situaciones traumáticas ha lógicamente aumentado no solo por Siria, sino en el proceso de tránsito. Los índices de Depresión se sitúan sobre el 40% de los refugiados en media mientras que de TEPT alcanzaría el 30% (Hassan et al., 2015; MSF, 2017). Los niveles de ansiedad y prevalencia de emociones no patológicas sería a niveles mayoritarios en la población refugiada.

En general, las condiciones de los campos de refugiados suelen ser precarias, sobre todo en los países del sur de Siria de Líbano o Jordania y, por supuesto, Irak.

No obstante, a medida que se acercan a Europa, esas condiciones se piensa, a veces erróneamente, que pueden mejorar, incluyendo las de Turquía. A nivel de expectativas la llegada a Europa es vista como un objetivo deseable. Dependiendo del dispositivo gubernamental donde se pueda acoger y cada país, las condiciones y expectativas pueden variar mucho. No obstante, el caso europeo de Grecia evidencia que incluso en la UE la salud mental puede empeorar y mucho. Tal y como se ha presentado en el reciente informe de Médicos Sin Fronteras de 2017 en el caso de Grecia, donde los trastornos de Ansiedad son mayoritarios en la población y los trastornos psiquiátricos derivados por Salud mental han aumentado un 30% en la isla de Samos. Por otro lado, otro factor de salud mental estaría en función de donde se encuentren los familiares de la persona, en caso de separación familiar. Aun así, la sensación de racismo, exclusión e islamofobia puede también elevarse en países europeos. Igualmente, las condiciones de convivencia *multicultural* con la que conviven los refugiados puede ser más un factor de riesgo en un contexto de rotura de los vínculos psicosociales.

Podemos resumir en cuatro grupos los problemas principales de salud mental de refugiados sirios:

- a) Tendencia general a la rumiación y exceso de pensamiento de recuerdos, problemas de sueño, baja energía, ansiedad, miedo al futuro, duelos por pérdidas, incertidumbre, dificultad de adaptación e ira.
- b) Número elevado de trastornos diagnosticados en refugiados sirios: TEPT, Depresión y otros trastornos de Ansiedad. Este porcentaje puede aumentar según las condiciones de origen y procedencia.
- c) Bajo bienestar emocional por aislamiento, exclusión, rotura de vínculos familiares y psicosociales y dificultad de relacionarse con la nueva sociedad y con refugiados de otros países y culturas. Riesgo de aumento de tensión y severidad de ansiedad por desesperanza en países de acogida.
- d) Tendencia de los modelos biomédicos a considerar a los usuarios de proyectos sociales de financiación pública como sujetos sin agencia y receptores de ayuda. Dificultad de dar salida a inquietudes personales, sociales y comunitarias de educación, emancipación y de defensa de derechos y justicia. Ocultamiento, evitación y distorsión de la verdad de lo ocurrido; sea individual o sociopolíticamente como estrategia de negación.

4. Objetivos y/o hipótesis

P1: ¿Una intervención psicoeducativa Biopsicosocial en *Mindfulness* y Comunicación No violenta mejora del bienestar emocional de los refugiados y demandantes de asilo sirios de Barcelona?

Objetivo 1.1: Conocer la incidencia de los programas en reducción de severidad de los trastornos de ansiedad, depresión y TEPT.

Objetivo 1.2: Conocer la incidencia de los programas en el bienestar psicosocial de los refugiados. Desde las habilidades de compasión, inteligencia emocional, capacidad de resolver conflictos como su generación de vínculos de pertenencia de amistad, asociativos, religiosos o culturales y de acción política.

5. Propósito de la intervención

El objetivo del presente estudio es realizar una intervención dirigida a hombres y mujeres demandantes de asilo y refugiados que vienen de sirios ubicados en dispositivos oficiales en Barcelona, sean de Cruz Roja, Asociación Comisión Católica Española de Migración (ACCEM) o la Comisión Catalana de Ayuda al Refugiado (CEAR) desde hace máximo de un año. La intervención sería primeramente en plena conciencia mediante la respiración y la atención plena y desactivación y reducción de estrés, de sobreactivaciones más o menos visibles con la concentración en el aquí y ahora de la sensación al tiempo que el programa desarrolla también la compasión hacia uno mismo o autocompasión y la compasión. La idea es que este proceso permita también reducir pensamientos o rumiaciones y en algunos casos reconstruirlos y extinguir ideas irracionales. En segundo lugar, la formación en habilidades sociales de comunicación no violenta, permite la toma de conciencia emocional propia, la empatización compasiva ante situaciones de interacción socio emocional y de facilitación de una mejor regulación emocional y comportamiento asertivo ante demandas que se puedan realizar o recibir. En el proceso también se contribuirá a la desarticulación de determinadas creencias o automatismos comunicativos no adaptativos que surgen con la sobreactivación emocional de momentos de estrés o conflicto al tiempo que se aprenderá una metodología de asertividad compasiva, plenamente coherente con la metodología y epistemología del *Mindfulness* compasivo antes detallado. La implementación de dicha formación se realizará de tal modo que se pueda monitorear cada uno de los elementos clave con el fin de establecer los puntos críticos para la mejora continuada que pueda en todo caso maximizar el bienestar del participante. Esto es, de maximizar las competencias sociales y minimizar los síntomas de posibles trastornos. De igual modo, siendo el grupo objetivo un colectivo de mayoría musulmana, se estudiará a fondo de qué manera se puede velar para una adaptación de elementos culturales y eventualmente religiosos, según cada caso en el proceso formativo y terapéutico.

Cabe destacar que estos dos subobjetivos están relacionados. Ya que en participantes psiquiátricos, la mejora en habilidades sociales puede traer una doble contribución. Por un lado, contribuir a reducir el malestar subjetivo en sí, sea en casos de trastornos de ansiedad, estrés post traumático o depresión. Por otro lado, la puesta en práctica de dichas habilidades deberá contribuir a reducir alguno de los factores de riesgo que provocarían o facilitarían el aislamiento, desbloqueando competencias sociales, y por tanto, la capacidad de relacionamiento social adaptativa. Según el enfoque sistémico, la puesta en práctica de esos cambios inicialmente individuales y también grupales, podrá incidir en patrones de interacción preexistentes y ulteriormente contribuir a cambios en subsistemas dentro del entorno familiar y eventualmente también a otros niveles o subsistemas (Feixas, 2015). El éxito en ese nivel ratificaría que el enfoque Biopsicosocial puede retroalimentarse bilateralmente entre los niveles individual y social, permitiendo una mejor vida psicológica proveniente de los subsiguientes modos de interacción y relación.

6. Método

6.1 Diseño de la intervención

Se trata de un diseño cuasi experimental pre post de un tratamiento con dos grupos de poblaciones diferentes y cuatro subgrupos según tipo de intervención incluyendo un grupo de control. Se complementa un análisis cualitativo para de cuestionario semi estructurado de vinculación psicosocial. El programa de intervención está dirigido a desarrollar las variables de compasión y competencias básicas de la Comunicación No Violenta incluyendo el dar observaciones, expresar sentimientos y necesidades y emitir peticiones con asertividad no violenta desde el *corazón*. Estas competencias, además correlacionan directamente con la reducción de trastornos de ansiedad y de depresión y mejoran el bienestar subjetivo y la funcionalidad general. En ese sentido, se van a medir las variables con cuestionarios psicométricos que medirán tanto el estado de salud mental y física general, el grado de severidad de trastornos de ansiedad y depresión, en caso que los hubiere al tiempo que se valorarán los niveles de inteligencia emocional, de compasión así como de CNV. La idea será medir el impacto de la intervención, pero al mismo tiempo estudiar si existe algún tipo de correlación entre las variables y evaluar qué aspectos de la formación serían más relevantes a la hora de obtener mejoras en el bienestar emocional o reducir el malestar causado por trastornos.

El equipo técnico consta de 5 psicólogos: 1 jefe de investigación, 2 psicólogos especializados en formación en *Mindfulness* (uno senior y uno ayudante) y 2 especializados en formación en técnicas de Comunicación No violenta (uno senior y uno ayudante). El psicólogo investigador realizará las tareas de dirección de la dinámica y de la evaluación psicométrica y extracción de resultados con el fin de realizar un artículo científico al final del trabajo. Los psicólogos ayudantes realizarán las tareas de apoyo en cofacilitación, logística y en la administración de test. De igual modo, la formación tendrá un componente de formación de formadores, en la medida que, en las sesiones formativas, entre los usuarios se identificarán participantes que quieran en un futuro ser ayudantes y puedan a medio plazo responsabilizarse de alguno de los grupos de trabajo.

El proceso comenzará con una llamada para participar. A todo aceptado en primer momento se le pasará un test filtro SCI I. Los que lo superen entrarán en la dinámica después de aceptar las condiciones y firmar los protocolos de consentimiento. Antes de iniciar la formación los psicólogos ayudantes pasarán la batería de tests para establecer la línea de base. En los tres meses siguientes se realizará el proceso de tratamiento a través de la formación en *mindfulness* y en CNV. Acabada la formación los psicólogos ayudantes realizarán la segunda batería de tests para evaluar si ha habido cambio significativo en los indicadores. Por último, al cabo de 3 meses se volverá a realizar la batería, con la finalidad de evaluar tanto la estabilidad del cambio así como, de alguna manera, tener evidencias de validez ecológica. El psicólogo investigador elaborará la matriz de correlaciones entre variables y analizar posibles relaciones favorables y desfavorables para el proceso terapéutico, tanto a medio como a largo plazo y obtener validez psicométrica para la idoneidad de futuras intervenciones con población y problemática similar.

Programa de *Mindfulness*

Programa de 12 sesiones de 2 horas cada una. De estas 12 sesiones se destinarán 4 sesiones a presentación formativa y 8 sesiones de seguimiento semanal de práctica. Las sesiones formativas servirán para dar una justificación teórica pero también de práctica experiencial introductoria sobre el *Mindfulness* y de aspectos de universalidad cultural del mismo. Las sesiones de seguimiento y práctica serán experienciales y están dirigidas a sentar hábitos y buenas prácticas de *Mindfulness* con la idea de poder motivar la consolidación de un grupo autónomo y autogestionado. Las sesiones experienciales de práctica seguirán un protocolo de; a) introducción y presentación emocional de participantes (10 m), b) primera dinámica de *Mindfulness* (15 m), c) dinámica de meditación guiada sentados (20 m), d) meditación guiada caminando en espacio cerrado o libre (45 m) y e) práctica de escucha consciente. A partir del segundo mes se propondrán actividades alternativas de domingo como días de plena conciencia con otros miembros de otras asociaciones. En estas actividades se dedica tiempo al silencio y a espacios de meditación y paseos por la montaña dinamizados por un grupo especializado en *Mindfulness*.

Programa en Comunicación No Violenta

Constará de 6 sesiones quincenales de dos horas. Las tres primeras sesiones serán teórico-prácticas donde se irán introduciendo de forma gradual los conceptos clave mencionados abajo de la Comunicación No Violenta en las cuales se irá crecientemente aplicando los conceptos de CNV en grupos. En la sesión 4 y 5 se aplicarán modelos de psicodramatización de teatro social del oprimido para poner en práctica grupalmente situaciones de conflicto y aplicar de manera colectiva el modelo. En la última sesión (6) se realizará una devolución y recogida de todo el aprendizaje de la formación.

El programa implica un itinerario psicoeducativo de autoconocimiento en donde se trabaja de forma teórico-práctica las observaciones, las emociones, las necesidades y las peticiones. Estos cuatro elementos resultan clave como habilidades sociales que contribuyen al bienestar pero también a la reducción de potencial tensión en la relación.

Observaciones: Durante el conflicto interpersonal las creencias limitantes y juicios juegan un papel importante en permitir la escalada externa e interna del conflicto. La capacidad de realizar observaciones sin juicio sobre hechos observables y evitar realizar juicios moralistas o comparaciones será importante.

Emociones: Se requiere niveles de conciencia emocional interna de las emociones y sentimientos para saber lo que está ocurriendo internamente pero también leer emocionalmente o poder empatizar con las emociones de los demás (Bisquerra Alzina y Pérez Escoda, 2007).

Necesidades: Marshall Rosenberg (2006) habla de la importancia de conectar y poder expresar las necesidades propias y ajenas, considerando a éstas como elemento raíz de las emociones con carácter universal. Su expresión es el primer paso para su posible satisfacción.

Peticiones: Después de los pasos anteriores, se pueden realizar las peticiones de manera plenamente asertiva de manera no individualista ni egoísta. Pedir para enriquecer nuestra vida y la de los demás desde la conciencia de compasión, necesidades y sentimientos.

6.2 Participantes

Los participantes serán usuarios de diferentes servicios y dispositivos en diferentes fases de abierto a diversas instituciones de acogida de refugiados y solicitantes de asilo. Se realizará una primera llamada a usuarios sirios y no sirios de instituciones de acogida mayores de 18 años, hombres y mujeres de nacionalidad no española para participar en el programa. En concreto, las características clínicas y sociodemográficas de la muestra serían las siguientes:

Sexo: 40 féminas (20 grupo sirios) y 40 varones (20 grupo Sirios)

Edad: Entre 18 y 70 años

Estudios: Cualquier nivel de escolarización.

Nacionalidad: Siria. Habiendo residido en Siria durante al menos un año durante la guerra o para grupo no sirios ser aceptado a trámite en Cruz Roja, ACCEM o CEAR.

Temporalidad: Estancia máxima en Estado Español de 1 año.

Clínica: Ausencia de síntomas psicóticos.

Los participantes elegidos firmarán una hoja de consentimiento informado y de aceptación pero también de compromiso para participación en proceso. Para facilitar el compromiso los participantes recibirán una subvención para reforzar la participación con las condiciones de participación, puntualidad, pero también penalización si hay faltas o retrasos por razones injustificadas.

6.3 Instrumentos

Como filtro previo para participar en el programa está previsto pasar una primera entrevista SCID-I; First et al., 1999 de evaluación general de salud del eje I en concreto por si existe algún indicio de trastornos psicóticos (Fernández Ballesteros, 2007). Los participantes con ausencia de historial de síntomas psicóticos firman un documento de disclaimer sobre ello y de consentimiento informado respecto al programa. Posterior a esa fase, y a nivel de línea de base se realizarán toda una batería de test. Los primeros para identificar el grado de trastorno presente y los segundos, más relacionados con habilidades como la inteligencia emocional, la compasión y las habilidades de comunicación no violenta. En concreto, los dos primeros cuestionarios iniciales de estado general que se administrarán serán: el PROTECT ABLE; Boillat, 2012) y el CORE-OM; Evans et al. 1998 en la lengua original y con un mediador cultural.

En caso de que se den indicadores de trastorno (TEPT, TAG o depresión) se pasarán test de depresión BDI; Beck et al., 1988, el CAPS; González, Bascarán, y Calcedo, 2001) y el BAI; Beck et al., 1988. Estos cuestionarios serán heteroadministrados con mediador intérprete con una versión en idiomas castellano, árabe, pashtun, iraquí, ruso o francés.

Características principales de los cuestionarios a aplicar:

Structured Clinical Interview desarrollada **SCID-I**; First et al., 1999 se trata de una entrevista semi estructurada que diagnostica los trastornos del eje I del DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000, donde se incluyen los trastornos psicóticos al tiempo que también realiza una exploración general de la historia de vida del paciente (Fernández Ballesteros, 2007).

El **PROTECT ABLE** se trata de un cuestionario coordinado por Boillat. (2012) y validado bajo un proyecto europeo y multilingüe (incluyendo árabe, ruso, serbo croata, somalí o inglés, entre otros) de 10 ítems que pueden ser administrado por personal socio sanitario y voluntariado social formadas destinadas a detección precoz de trastornos relacionados con violencia, salud física, estado emocional general y capacidad de dormir. Los resultados proporcionan grado de riesgo (bajo, medio y alto) pero que no se consideraría un diagnóstico en sí aunque se reconocen predictores del estrés post traumático. El cuestionario va dirigido a adultos mayores de 18 años.

Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, Versión española (**CORE-OM**; Evans et al. 1998), traducido por Feixas et al., (2012) es un cuestionario de 5 a 34 ítems validado en 53 lenguas disponible en castellano red y de uso habitual por el sistema de salud británico NHS en donde se evalúan cuatro dimensiones de salud y bienestar psicológico y físico (Universitat de Barcelona, s.f) . El cuestionario da una idea del bienestar general de la persona desde con una serie de puntos de corte que señalarían severidad: a) Bienestar subjetivo > 1.37, b) Problemas/ Síntomas > 1.44, d) Funcionamiento general >1.29 y d) Riesgo >0.43. (Feixas et al., 2012). A efectos comparativos los datos se pueden homogeneizar de 0 a 10.

Clinically Administered PTSD Scale (CAPS) traducido al árabe por González, Bascarán, y Calcedo, (2001); Fernández Ballesteros, 2007) es un cuestionario de 30 ítems diseñado para medir el estrés post traumático. En concreto se evalúa la severidad de criterios propios del TEPT/PTSD de reexperimentación de síntomas provenientes de un evento traumático, evitación, alteraciones negativas en cogniciones y estado afectivo. Alteraciones en activación y reactividad así como perturbaciones que causan trastorno con duración de al menos un mes.

Beck's Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1979) se trata de uno de los cuestionarios más utilizados para medir la depresión. Consta de 21 ítems con 4 categorías de respuesta de 0 a 3 que evalúa de leve a moderado y a severo el estado depresivo. Evalúa la intensidad depresiva en pacientes psiquiátricos y detecta depresión en no psiquiátricos desde los 13 años de edad.

Beck's Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1988, citado en COP, 2013).. Con 21 categorías, el Inventario de ansiedad de Beck permite delimitar casos de trastorno de ansiedad generalizada, separar entre ansiedad y depresión e identificar grados de severidad de la ansiedad. De 0–9: normal a mínima ansiedad, de 10 a18: moderada, de 19 a 29: de moderada a severa y de 30 a 63: ansiedad severa. Se mide la última semana. Autoadministrado y duración 5 a 10 minutos. Es aplicable en castellano a poblaciones de mayores de 17 años.

Elements of Nonviolent Communication Inventory. (TNVC o ENVC) Se trata de un test no validado desarrollado por Young (2000) sobre Comunicación no violenta en su tesis doctoral de psicología clínica donde se verifican con preguntas las competencias a adquirir durante la formación de NVC y su correlación con la salud. Se trata de contestar una media de 8 preguntas en 9 escenarios propuestos

Mayer, Salovey and Caruso Emotional Intelligence Test (MISCEIT; Mayer et al., 2003). Dirigido poblaciones de hombres y mujeres psiquiátricas y no psiquiátricas entre 17 y 76 años con el fin de evaluar las habilidades emocionales en base a cuatro dimensiones principales: a) identificar con precisión emociones en personas y objetos, b) utilizar emociones siendo capaz de generar una emoción y resolver problemas con esa emoción, c) entender las causas de las emociones y cómo cambian y d) gestionarlas estando abierto a las emociones y mezclarlas con el pensamiento. Consta de preguntas en las cuales se debe aplicar competencia emocional para responder correctamente. El resultado con media y punto de corte de 100 arroja niveles desde 150 máximo experto a 50 como nivel mínimo que necesitaría mejorar las habilidades o competencias emocionales.

Self-Compassion Scale (SCS) desarrollado por Suárez et al., (2014) y traducido al castellano por García-Campayo et al., (2014) está disponible con 26 ítems y recientemente también con 12 ítems. El SCS es un cuestionario validado para edades entre 18 y 65 años para medir los niveles de autocompasión derivada de la formación y actitud de plena conciencia. El cuestionario mide tres dimensiones principales de humanidad común (common humanity) que iría de 1 a 5 (3 de media), autocompasión de 6 a 30 (18 de media) y la auto amabilidad o Self Kindness de 1 a 5 (3 de media), autojuicio de 1 a 5 (3 de media) a través de preguntas sobre todo sobre cómo se relaciona el individuo consigo mismo y lo capaz que se ve para afrontar retos emocionales de la vida diaria. Los puntos de corte serían las medias, y debajo de la media interesaría desarrollar. Niveles elevados correlacionarían con menor sintomatología de ansiedad y depresión al incorporar una mejor regulación emocional, reducción de juicio y habilidades propias del Mindfulness. La batería se compone de: Protect, ENVCI, MISCEIT y SCS. Para el caso que se haya dado riesgo medio en el cuestionario Protect se realizará la administración del CAPS, BDS y BAI. Por último, a todos los sujetos se pasará la ECPPDAR.

Cuestionario de vinculación psicosocial y participación de demandantes de asilo y refugiados (**CVPPDAR**) (Ver anexo 11.2) realizado por el autor de este estudio se trata de una entrevista semi estructurada Sin validar para medir el grado de integración, participación y disfrute así como sensación de seguridad y de sensación de capacidad de incidencia o expresión por parte de demandantes de asilo y refugiados. Evalúa de 0 a 100 puntos el grado de apertura, de cantidad y de intensidad positiva de interacciones del participante. Interacciones entendidas desde la pareja, familia amistades o a nivel de participación ciudadana y comunitaria social, cultural o política. Contiene espacios de evaluación cualitativa. De 0 a 30 puntos se considera baja implicación psicosocial. de 31 a 60 media implicación y de 61 a 100 alta implicación psicosocial.

1 6.4 Procedimiento

Tal y como explicado anteriormente, de los que envían solicitud se escogerán los que cumplan con criterios de edad, nacionalidad, y estatuto de demandante de asilo o refugiado después de una primera entrevista clínica SCID con filtro donde se dejarán de lado las personas que hayan atravesado por uno o más episodios psicóticos. De los restantes se escogerán los primeros 80 que estén en la lista. De ahí, se dividirán en dos grupos de 40 sujetos cada uno: un primer grupo de sujetos de nacionalidad siria y un segundo grupo mixto de nacionalidades.

Cada grupo de 40 personas se dividirá aleatoriamente en 4 grupos de 10 sujetos por subgrupo, existiendo en el estudio los siguientes grupos y subgrupos:

Grupo Siria

- G1: Subgrupo Mindfulness - MSC
- G2: Subgrupo CNV
- G3: Subgrupo Mindfulness - MSC + CNV
- G4: Subgrupo Control

Grupo Mixto

- G1: Subgrupo Mindfulness - MSC
- G2: Subgrupo CNV
- G3: Subgrupo Mindfulness - MSC + CNV
- G4: Subgrupo Control

El subgrupo G1 realizará la formación en *Mindfulness*, mientras que el G2 seguirá el programa de CNV. El subgrupo G3 seguirá los dos programas mientras que el G4 no seguirá ninguno de los programas ya que servirá de subgrupo control a efectos de valoración psicométrica comparativa. Se aprovecha esta división y control de variables para evaluar los efectos separados de cada una de las formaciones así como su efecto conjunto y la ausencia de formación. Tanto el subgrupo de Siria como el subgrupo mixto seguirán los siguientes pasos de filtro inicial, así como batería inicial de cuestionarios una semana antes del inicio para conocer la línea de base. Al cabo de una semana posterior al final de los programas y formaciones se pasará una segunda batería repitiendo los mismos cuestionarios. Por último, para evaluar la sostenibilidad a medio plazo del tratamiento se pasará una tercera vez la batería de cuestionarios al cabo de tres meses. Siendo el filtro inicial el SCID I y la batería serán todo el resto de pruebas psicométricas, el orden de administración de pruebas será el siguiente:

Tabl. 4. Esquema de administración psicométrica.

	2 semanas antes de inicio	1 semana antes de inicio	1 semana después de fin	3 meses después de fin
Filtro inicial (psicosis)				
Batería inicial				
Batería final				
Batería post				

7. Resultados

Respecto a la propuesta de análisis de datos en el caso que el programa se implementara, se rellenaría la siguiente matriz de datos que contiene la evolución pre-post durante el período de duración del programa. Los datos que se incluirán serán

las medias de cada uno. También se podrá realizar una regresión simple entre los datos de la variable dependiente y los tres momentos del tiempo. A priori no se realizará un estudio social demográfico, aunque se tiene consciencia que para los niños, los niveles de trastorno son más preocupantes. (MSF, 2017).

Tabla 5. Matriz de datos psicométricos.

PROTECT CORE OM CAPS BDS BAI TCNV MISCEIT SCS

		SIRIOS							
		MSC	CNV	MSC- CNV	Control	MSC	CNV	MSC- CNV	Control
SIRIOS	MSC	L Base							
		6º mes							
		9º mes							
	CNV	L Base							
		6º mes							
		9º mes							
	MSC- CNV	L Base							
		6º mes							
		9º mes							
	Control	L Base							
		6º mes							
		9º mes							

Para cada una de las pruebas se desea valorar la evolución de los indicadores desde el inicio del programa hasta el final del mismo. También se desea evaluar si existe una estabilidad en el tiempo de dichos resultados. Esta tabla permite también tener ya una idea de si la formación ha tenido impacto en los indicadores de habilidades que se supone que generaría la formación. Igualmente, podemos ver si existe una correlación con indicadores, como por ejemplo de inteligencia emocional al tiempo que podemos valorar la evolución de los trastornos. Ciertamente, existirán muchas variables exógenas a dicho estudio como puede ser medicación, terapia psicológica y otros procesos que pueden no ser detectados en dicho estudio, las cuales pueden afectar a los resultados de manera determinante. Respecto a las técnicas de datos cualitativos y cuantitativos a utilizar, para el supuesto caso que obtuviéramos los siguientes resultados para la escala del Protect, que mide de 0 a 10 los niveles de severidad de TEPT, tendríamos los siguientes datos en medias de los 10 participantes en cada uno de los subgrupos MSC, CNV, MSC+CMV y subgrupo control:

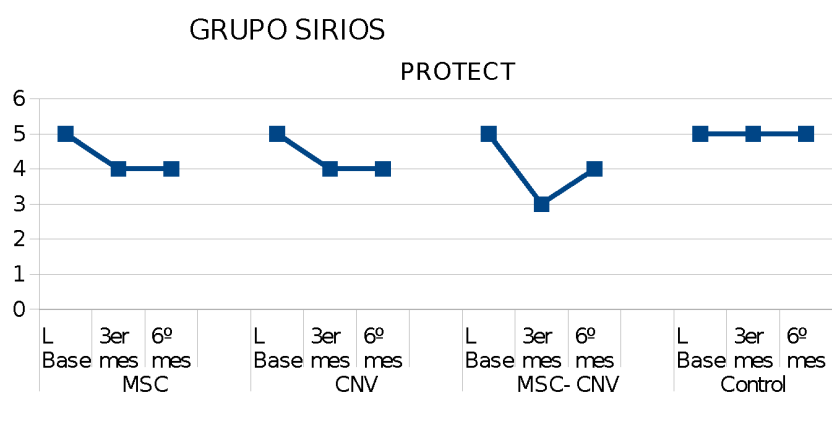
Tabla 6. Ejemplo de resultados (en medias - Protect)

PROTECT

(Datos redondeados)

SIRIOS	MSC	L Base	5
		3er mes	4
		6º mes	4
	CNV	L Base	5
		3er mes	4
		6º mes	4
	MSC- CNV	L Base	5
		3er mes	3
		6º mes	4
	Control	L Base	5
		3er mes	5
		6º mes	5

Gráfico 1: Resultados para subgrupos – Datos en medias



En este caso mostramos la evolución de los indicadores del cuestionario protect. Para ver los otros cuestionarios se puede ver anexo 11.3. Este análisis permite conocer la incidencia del programa, para cada uno de los programas; MSC, CNV y MSC+CNV comparado con grupo control tal y como se expresa en:

Objetivo 1.1: Conocer la incidencia de los programas en reducción de severidad de los trastornos de ansiedad, depresión y TEPT.

De igual modo, con estos datos podremos evaluar el impacto a corto plazo y a medio plazo de las formaciones en relación a quien no realiza las formaciones o el tratamiento. Se puede observar en este ejemplo teórico que un efecto combinado que a corto plazo superaría a los efectos parciales al final de la formación pero no parece que sean estables. Eso habrá que comprobarlo en los otros subgrupos. A nivel cualitativo se prevé realizar dentro del grupo de baterías psicométricas una entrevista semi estructurada sobre el grado de vinculación social y comunitaria del participante. La idea será también tratar de estudiar si ha existido alguna vinculación entre la formación en habilidades sociales y la vinculación de los usuarios ante las posibilidades que la sociedad de acogida permite.

¿Por qué se escogerían unas técnicas y no otras?

Después de una búsqueda detallada por la literatura e internet, se ha concluido en escoger medidas psicométricas reconocidas y que su uso de tiempo sea controlado. El formulario Protect surgió en un proyecto europeo transnacional y es el más utilizado a nivel de unidades de psicología para la detección precoz de trastornos relacionados con el TEPT. Dicho formulario está en varios idiomas y es de libre acceso en internet. De igual modo, el CORE OM, de libre acceso en internet y de uso y cálculo sencillo que permite una evaluación psicosocial rápida y detección también de síntomas físicos. Por otro lado, la escala CAPS es una de las más utilizadas para detectar la severidad de síntomas de TEPT, mientras que el BDS y el BAI son inventarios de validación reconocida y que se realizan en breve espacio de tiempo.

- Qué relación tienen las técnicas utilizadas con los objetivos y/o hipótesis planteadas.

Las técnicas utilizadas han sido fundamentalmente el cuestionario y secundariamente la entrevista. La entrevista semi estructurada será realizada tanto para el filtro inicial para pasar a ser parte de la muestra como para la valoración de la vinculación social y comunitaria así como el análisis también de desviaciones y causas alternativas que ocasionen resultados inesperados. Los cuestionarios Protect y CAPS, son dos cuestionarios que miden el grado de severidad o riesgo de Estrés Post Traumático, que es el trastorno más común y presente en los desplazados en busca de asilo. De igual modo la Depresión y la Ansiedad Generalizada son dos trastornos muy habituales. Para medirlo se han identificado los cuestionarios más habituales en psicología: El BDS y el BAI. En lo que respecta a la medición de las

competencias de Comunicación No Violenta, no existen indicadores disponibles para medir las competencias, más allá de formas de medir el impacto o satisfacción de un taller.

El ENCVI es un cuestionario que en sí da cuenta de situaciones en donde se debe aplicar las habilidades de CNV fruto de una tesis doctoral. De igual modo, para poner en práctica las competencias de CNV hace falta también desarrollar las competencias emocionales de percibir emociones propias y del entorno y gestionarlas correctamente, realizando una buena lectura o interpretación de ellas. Como se ha detallado en el apartado de observaciones y de sentimientos de CNV, se debe tener una buena escucha interior y lectura de las emociones pero también necesidades propias y ajenas. En ese sentido, las habilidades de Inteligencia Emocional resultarán necesarias y será importante desarrollarlas dentro de la formación en CNV. Por esta razón se han deseado también evaluar. En lo que respecta a las habilidades de compasión, el equipo de García-Campayo ha realizado la traducción del cuestionario del científico Neff, y como hemos visto, la compasión y autocompasión van a resultar unas variables tanto o más importantes que la capacidad de relajarse o de estar en el aquí y ahora propios del *Mindfulness*.

Igualmente, en este estudio prepost se procederá a evaluar los niveles de correlación entre los cuestionarios a través del coeficiente de pearson, con el cual se valorará la correlación estadística entre niveles de compasión, habilidades de no violencia o de inteligencia emocional y vinculación psicosocial más altas junto con reducción de niveles de trastorno sea TEPT , depresión y ansiedad. De ahí se podrá inferir, qué tipo de intervención será más adecuada a medio y a largo plazo para maximizar el bienestar psicosocial.

$$\rho_{X,Y} = \frac{\sigma_{XY}}{\sigma_X \sigma_Y} = \frac{E[(X - \mu_X)(Y - \mu_Y)]}{\sigma_X \sigma_Y},$$

Siendo X aplicable a cada una de las habilidades mencionadas: Compasión (SCS), Inteligencia Emocional (IE) y habilidades de no violencia (TNV). Por otro lado, Y, serán los resultados de trastorno de depresión (BDS), Ansiedad (BAI) o TEPT (CAPS). Se podrá incluir también a los genéricos también de Protect o Core OM.

	CAPS	BDS	BAI	PROTECT	COREOM	SCS	TCNV	MSCEIT	CVPPDAR
CAPS	1								
BDS		1							
BAI			1						
PROTECT				1					
COREOM					1				
SCS						1			
TCNV							1		
MSCEIT								1	
CVPPDAR									1

En esta matriz de correlaciones estadísticas podemos obtener inferencias, y descartar cuestionarios redundantes al tiempo de ver para correlaciones altas entre trastornos y habilidades, evaluar tratamientos más efectivos cuantitativamente. Respecto al cuestionario CVPPDR, se realizará análisis igualmente pre post así como un estudio categorial cualitativo de los comentarios a través de programa ATmLAS TI, con lo que se establecerán familias y subfamilias de preferencias y categorías principales y se evaluará si ha habido una evolución durante el período de tratamiento para cada uno de los subgrupos. Dicha matriz de correlaciones permite también conocer la relación de las habilidades de compasión, de inteligencia emocional, de comunicación no violenta y vinculación psicosocial en la mejora de índices de bienestar general y de reducción de trastornos siguiendo las orientaciones del segundo objetivo:

Objetivo 1.2: Conocer la incidencia de los programas en el bienestar psicosocial de los refugiados. Desde las habilidades de compasión, inteligencia emocional, capacidad de resolver conflictos como su generación de vínculos de pertenencia de amistad, asociativos, religiosos o culturales y de acción política.

8. Conclusiones

Se concluye que durante el proceso de duración del programa se espera que haya variables exógenas que puedan influir de manera determinante en los indicadores de bienestar de los solicitantes de asilo. No obstante, cabe indicar que las habilidades de compasión e inteligencia emocional o CNV que promueve el programa si se adquieren pueden generar unos resultados estables y proporcionar otra manera de ver la vida y afrontar los conflictos dando herramientas útiles para su gestión también individual.

Aspectos culturales pueden ser importantes que se aporten de manera explícita durante la intervención de manera que los participantes se sientan que se van integrando a la cultura local al tiempo que se les reconoce sus valores culturales. De igual modo, un componente de liderazgo y decisión por parte del participante durante el proceso de intervención sería interesante de manera que sientan que controlan el proceso, que se les tiene en cuenta como un sujeto activo con agencia, tal y como propugna el modelo Biopsicosocial. Ciertamente, que el desconocimiento de las lenguas del país dificulta de manera importante la integración y sobre todo la posibilidad de encontrar un trabajo y obtener la autonomía económica.

A nivel de prospectiva resultaría interesante desarrollar el aspecto de relaciones interpersonales, sociales y culturales con investigación cualitativa y análisis de contenido triangulando con los resultados cuantitativos. De igual modo, aspectos simbólicos y colectivos pueden ser interesantes en el proceso terapéutico. Entre ellos, tenemos los rituales y aspectos de la relación así como acciones de cabildeo o presión política más o menos explícita.

Por último, las intervenciones con solicitantes de asilo pueden en ocasiones permitir que sean abiertas a público y ciudadanía en general sobre todo cuando el dominio de la lengua sea mayor por parte del refugiado. De esta manera, se podría trabajar también aspectos de integración e interacción con la sociedad de acogida de manera directa y contribuir a la desestigmatización o segregación en aspectos formativos. Ahí, grupos de teatro de naturaleza lúdica pueden contribuir a naturalizar relaciones desde una vertiente diferente. De igual modo, las dinámicas de *Mindfulness* – MSC o CNV también generan en sí un lenguaje común que contribuye a un sentido de pertenencia y crecimiento personal colectivo.

En caso que los resultados no dieran los que se espera de mejora de salud general y de trastornos, habría que revisar si han habido variables intermedias o enmascaradas. Para ello, se realizarían entrevistas con una muestra de los participantes. También se revisaría el modelo de formación y de programa, para ver si los participantes han podido asumir ecológicamente los conocimientos y habilidades o hasta qué punto habría que complementar o reforzar la formación. De alguna manera la matriz de correlaciones puede dar pistas para evaluar si a habido correlación con la evolución o han sido sucesos independientes o eventualmente, contraproducentes.

Contrariamente, en caso que los resultados fueran muy favorables, sería deseable realizar un artículo explicativo y promocionar en dispositivos de apoyo a refugiados sobre esta combinación de técnicas, de manera que beneficie pa la mayor parte de usuarios. Resulta también interesante incorporar elementos de cada tradición religiosa dentro de cada práctica meditativa de manera que se integre de manera más armónica y culturalmente sensible.

9. Discusión

En el presente trabajo he aprendido por un lado sobre las dificultades y la severidad real del estado de salud mental de los refugiados y de los elementos críticos en origen, tránsito pero también retraumatizantes en destino. También sobre los trastornos más habituales, medidas de evaluación, però también lo importante de los aspectos psicosociales, simbólicos sin olvidar la resiliencia y el crecimiento post traumático o la compasión y la autocompasión como nuevos elementos de salud mental. La planificación ha sido seguida más adhoc y los comentarios y correcciones de la tutora han contribuido a dar otra visión y corrección de calidad al trabajo en sus varias entregas parciales y final. La comunicación telefónica bidireccional no asincrónica beneficiaría la velocidad y del feedback lo cual evitaría malos entendidos.

Como reto para el futuros estudios se destaca el establecer los protocolos más concretos a la hora de la planificación e implementación de la formación en competencias de CNV y Mindfulness de manera que sea replicable y le otorgue mayor validez ecológica también. También será deseable establecer las competencias y experiencia de los formadores y establecer programas experienciales en CNV donde se refuerzan con técnicas de teatro las competencias básicas. Considero que estas técnicas que están en auge pueden contribuir más allá del ámbito de los refugiados, y sería interesante ver qué resultados arrojan en otros colectivos objetivo. La mencionada matriz de correlaciones puede, por su lado. dar luces también para futuros trabajos sobre qué cuestionarios serían más idóneos de implementar y contribuir a reducir la fatiga por excesivo número de cuestionarios a realizar.

Se trata de temas que el autor está implementando personalmente en su práctica diaria y en las prácticas universitarias. En ese sentido, de manera experiencial, se ha podido ir tomando ciertas notas de los beneficios de dichas formaciones però también de los retos que se abren por temas idiomáticos, culturales y de disponibilidad e interés real de participantes. La realización del presente trabajo ha implicado también una mayor involucración personal en los talleres, lo cual, ha sido especialmente clarificador y enriquecedor a la hora de realizar investigación documental y digital.

Los resultados de una investigación de este estilo pueden también estar sesgados por la reactividad que otorga el estatuto pasivo de receptor de ayuda. En ese sentido se puede valorar la introducción de salvaguardas con mediadores y procesos que maximicen la certeza de la información recibida.

Por último, respecto a la calidad psicométrica se había planteado un estudio de matriz de correlaciones de Pearson, con el cuando se querían comparar los datos de los resultados en media de la batería de cuestionarios administrados separadamente en un momento T1 y en un momento T2. La idea era ver si había algún cuestionario que fuera redundante y tener evidencia empírica para no utilizarlo en futuras ocasiones.

Por otra parte, se había propuesto hacer una gráfica lineal en el momento T1 el momento T2 y el momento T3 a través de un modelo de regresión simple para establecer si hay una bondad de el ajuste. Si se da un coeficiente de determinación que sea aceptable se podrá predecir el comportamiento de la variable en el futuro. Este análisis daría también medidas de dispersión. De hecho, la raíz cuadrada del índice de determinación nos aportaría el índice de correlación de Pearson de las diferencias de las puntuaciones pre post siguiendo el esquema de un nuevo artículo científico estudiado de Cebolla y Miró (2006).

Ahora bien, para aumentar más el grado de evidencia del estudio de quasi experimento a experimento, y por lo tanto aumentar el potencial coeficiente de impacto del artículo se puede propuso en primer lugar mejorar el procedimiento con asignación de forma aleatoria a los diferentes grupos. G1: Subgrupo Mindfulness; G2: Subgrupo CNV; G3: Subgrupo Mindfulness + CNV y G4: Subgrupo Control.

En segundo lugar, se puede aplicar un análisis psicométrica del análisis de la varianza o ANOVA. Es decir, a través del análisis de las varianzas comparar las medias grupales estadísticamente los 4 subgrupos para estudiar y analizar si son significativamente iguales o si hay diferencias significativas en el momento T1, T2 y / o T3 para un cuestionario, por ejemplo, el cuestionario PROTECT. Por lo tanto, tendríamos cuatro variables cualitativas con una cuantitativa que sería los resultados del PROTECT por cada uno de los 10 sujetos de esta condición experimental. Con ello, en el caso T1 podríamos descubrir primero si el grupo basal es estadísticamente igual, o si parte de situaciones diferentes, lo que daría idea de potencial sesgo en momento T1 basal. Para realizar este estudio, se propone utilizar el estadístico de análisis de la varianza llamado ANOVA, el cual permite minimizar el error de hacer una comparación sólo uno a uno si se hiciera un estudio t en par. También podríamos evaluar la eficacia haciendo un estudio ANOVA 4x2 donde veríamos 4 grupos tratamiento en dos tiempos diferentes (T1 y T2) siguiendo el esquema del artículo de Cebolla y Miró (2006) para un cuestionario PROTECT o para varios cuestionarios aplicando el análisis múltiple de la varianza o MANOVA. Hay que tener en cuenta que del T2 a T3 no hay tratamiento. En el caso de querer tener la información detallada de

exactamente cuál de los grupos o casos serían estadísticamente significativos y cuáles no, existe el ANOVA post hoc. Se podría también establecer puntos de corte para trastornos como la depresión y analizar también según esta condición experimental.

En un segundo estudio, en el momento T1 se puede hacer el estudio ANOVA con los 80 sujetos en global. Es decir, con el grupo de sirios (40) y no sirios (40), para ver si a escala basal hay diferencias significativas o si los dos grupos en agregado son significativamente iguales. En tercer lugar, también se podría plantear la comparación entre los dos momentos T1 y T2 para un mismo grupo y analizar si el nuevo dato para cada cuestionario en T2, es significativamente diferente de la primera T1 lo que daría un indicador de eficacia sobre si el tratamiento ha tenido incidencia para este grupo analizado. Si ha habido un cambio significativo. En este caso, dentro de las opciones analizadas, una de las medidas que se pueden evaluar para las dos muestras de variables, las cuales si podemos asumir que siguen una distribución normal, podría ser con el estadístico «d» de Cohen que calcula la magnitud del efecto comparando un primer momento con un segundo momento un mismo grupo y establecer si ha habido un cambio significativo. En su fórmula inicial tenemos: $D = T2 - T1 / S$ 'el que sigue una distribución t-student. (Justo, Mañas y Martínez, 2010; Coe, Soto, 2003). También podríamos hacer el mismo estudio para T2 y T3 para evaluar si los resultados alcanzados el T2 se mantienen significativamente en tel tiempo.

10. Referencias bibliográficas

- Al-Andalusí, S. A. (2011). El Salat (Adoración). Recuperado a partir de https://www.webislam.com/articulos/62430-el_salat_adoracion.html
- Alonso, M., y Germer, C. K. (2016). Autocompasión en Psicoterapia y el Programa Mindful Self Compassion: ¿hacia las terapias de cuarta generación? *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 169-185.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*: Masson. Documento extraído el 1 de noviembre de 2017 de: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv.html>
- Aneas Álvarez, M. A. (2009). Gestión de recursos humanos multiculturales: proyecto capital humano en organizaciones multiculturales. Formación intercultural.
- Aneas Álvarez, M. A. (2010). *Formación intercultural en las organizaciones Bases para diseños formativos orientados al tratamiento de la interculturalidad en las organizaciones*. Barcelona: UB.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington. VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Balash., y Montenegro, M. (2012). Coneixements psicosocials: perspectives i fonaments dels problemes socials. En J. Herreo Olaizola, C. Jacques Aviñó, G. Musitu Ochoa, M. Balash Domínguez Domínguez, y M. Montenegro Martínez, *Psicología comunitaria o problemes socials* (págs. 57-71). Barcelona: Eureka Media SL.
- Behere, P. B., Das, A., Yadav, R., & Behere, A. P. (2013). Religion and mental health. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(Suppl 2), S187–S194. <http://doi.org/10.4103/0019-5545.105526>
- Bisquerra Alzina, R., y Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-62. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70601005>
- Boal, A. (2004). *El Arco Iris del Deseo: Del teatro experimental a la terapia*. Barcelona: Editorial

Alba.

- Boillat, J. (Coord). (2012). *Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to Facilitate Care and Treatment - P r o t e c t*. European Union. Recuperado a partir de <http://protect-able.eu>
- CEAR. (2017). *INFORME 2017: Las personas refugiadas en España y Europa*. Madrid: Comisión Española de Ayuda al Refugiado.
- COP (2013). *Evaluación del Inventario BAI*. Documento extraído del 3/12/2017 en <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
- Eiroá, F. ., Fernandez, M. L., y Nieto, R. (2016). *Formulacion y tratamiento psicológico en el siglo XXI*. Barcelona: Editorial UOC.
- Engel, G. L. (2004). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *The social psychology of health*, 40(3), 51-63.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Mellor-Clark, J., Margison, F., McGrath, G. y Audin, K. (1998). *The CORE outcome measure: user's manual* (version 2.1). Leeds: Core System Group
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Ángel Saúl, L., Botella, L., Corbella, S., López, E. (2012). La Versión Española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation -Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(2389), 109-135. Recuperado a partir de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32884/5/637380.pdf>
- Feixas, G. (2010). *Intervencions Sistèmiques Barcelona*: FUOC. Aguilera, A., Feixas., G., Jarque, L., Miró, J., Pacheco, M., Parra, R., Pubill, M.j., Talam, A., Tuset, A. (2010). *Técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Barcelona: FUOC
- Feixas, G. i Parra, R. (2010). *Intervencions cognitives*. Barcelona: FUOC a Feixas, G., Aguilera, A, Jarque, L, Miró, J., Pacheco, M., Parra, R., Pubill, M.J., Talam, A., i Tuset, A, (2010). *Tècniques d'intervenció i tractament psicològic*. Barcelona: FUOC
- Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Evaluación psicológica*. Madrid: Ediciones Pirámide
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de eje I del DSM-IV (versión clínica) SCID-I*.

Fromm, E. (1956). *El arte de amar*. Barcelona: Paidós

Galtung, J. (1998). Tras la violencia, 3R. *Reconstrucción, Reconciliación, y Resolución: Afrontando los Efectos Visibles e Invisibles de la Guerra y la Violencia*. Bilbao: Bakeaz y Gernika Gogoratuz
García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., y Demarzo, M. M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>

García Campayo, J., y Demarzo, M. (2015). *Minfulness y compasion*. Barcelona: Editorial Siglantana.

Hassan, G; Kirmayer, LJ; Mekki-Berrada, A; Quosh, C; el Chammay, R. D.-S., & JB; Youssef, A; Jefee-Bahloul, H; Barkeel-Oteo, A; Coutts, A; Song, S; Ventevogel, P. (2015). *Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support Staff Working with Syrians Affected by Armed Conflict*. UNHCR. Recuperado a partir de <http://www.unhcr.org/55f6b90f9.pdf>

Hinton, D. E., Pich, V., Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2013). Acceptance and Mindfulness Techniques as Applied to Refugee and Ethnic Minority Populations With PTSD: Examples From «Culturally Adapted CBT». *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.09.001>

Ijaz, S., Khalily, M. T., & Ahmad, I. (2017). Mindfulness in Salah Prayer and its Association with Mental Health. *Journal of Religion and Health*, 56(6), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0413-1>

Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281-306.

Kazour, F., Zahreddine, N. R., Maragel, M. G., Almustafa, M. A., Soufia, M., Haddad, R., & Richa, S. (2017). Post-traumatic stress disorder in a sample of Syrian refugees in Lebanon. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.09.007>

León Rubio, J. M. (2003). *Fonaments de la psicologia de la salut*. *Psicologia de la salut i la qualitat de vida*, 7-22.

- León, R., y Jiménez, A. (2013). El bienestar subjetivo en colectivos vulnerables: El caso de los refugiados en España. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 1(1), 67-84.
- Maia, L. A. C. R., y Oliveira, J. M. C. (2010). Bases neurobiológicas del estrés post-traumático. *Anales de Psicología*, 26(1), 1-10.
- Martín-Baró, I. (1990). *Psicología social de la guerra*. San Salvador, El Salvador: UCA Editores
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3, 97-105.
- MERCY CORPS LEBANON (2017). *Understanding and Preventing Violence between Refugees and Host Communities in Lebanon*. MC. Beirut
- Mirdal, G. M. (2012). Mevlana Jalal- ad-Din Rumi and Mindfulness . *Journal of Religion and Health*, 51(4), 1202-1215. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9430-z>
- Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., Xie, H., Lu, W., Yanos, P. T., Rosenberg, S. D., ... McHugo, G. J. (2015). Evaluation of cognitive restructuring for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 501–508. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147926>
- Nosek, M., Gifford, E., & Kober, B. (2014). Nonviolent Communication (NVC) training increases empathy in baccalaureate nursing students: A mixed method study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(10), 1-15. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n10p1>
- MSF. (2017). *Confronting the mental health emergency on Samos and Lesbos. Why the containment of asylum seekers on the Greek islands must end*. MSF: Athens
- Pearce, M. J., Koenig, H. G., Robins, C. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Cohen, H. J., & King, M. B. (2015). Religiously integrated cognitive behavioral therapy: A new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. *Psychotherapy*, 52(1), 56-66. <https://doi.org/10.1037/a0036448>
- Pérez-Sales, P. (2004). El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma en psicoterapia. *Norte De Salud Mental*, 20, 29-36. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830193>

- Pérez-sales, P. (2006). Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora: *programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas*. Desclée de Brouwer. Salgado, A. (2005). Métodos e Instrumentos para medir la Resiliencia: Una Alternativa Peruana. *Liberabit*, 11, 41-48. Recuperado a partir de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/liberabit/v11n11/v11n11a06.pdf>
- Piggott, J. (2017). Center for Nonviolent Communicatio, [Documento extraído el 4/01/2018 de <https://www.cnvc.org/Training/NVC-Concepts>]
- Pubill, M.A. (2010). *Intervencions experiencials*. Barcelona: FUOC a Feixas, G., Aguilera, A,m Jarque, L, Miró, J., Pachecho, M., Parra, R., Pubill M.J., Talarn, A., i Tuset, A, (2010). *Tècniques d'intervenció i tractament psicològic*. Barcelona: FUOC
- Rosenberg, M. B. (2006). *Comunicación no violenta. Un lenguaje de Vida*. Buenos Aires: GRAN ALDEA EDITORES.
- Salvador. E. (2012). Variedades del teatro como formación emocional del adulto. *Diálogos: Educación y formación de personas adultas*. Vol 2. No. 70, 25-3.
- Salvador, E. (2014). Legislative Theatre: Art for Community Conflict Resolution. From Desires to Laws. *Journal of Conflictology*, 5(1).
- Sangha Española de Thich Nhat Hanh (2017). [Blog en línea]. *Escuelas despiertas*. Recuperado a partir de <https://tnhspain.org/>
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2013). *Mindfulness -based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, E. & Brurit, L (2014). *The EMDR Recent Traumatic Episode Protocol (EMDR R-TEP) for Early EMDR Intervention (EEI)* [on-line _Hand out] [Documento recuperado el 20 de Marzo de 2017 de: <http://emdrresearchfoundation.org/toolkit/rtep-manual.pdf>.]
- Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139. <http://doi.org/10.1002/wps.20438>
- Suarez, A., Lee, D. Y., Rowe, C., Gomez, A. A., Murowchick, E. and, & Linn, P. L. (2014). Freedom Project: Nonviolent Communication and Mindfulness Training in Prison. *SAGE*, 1-10.

<https://doi.org/DOI: 10.1177/2158244013516154>

Tinghög, P. (2017). Mental ill-health, trauma and adverse post-migratory experiences among refugees from Syria in Sweden. *European Journal of Public Health, 27*, 49-50.

Tizón García, J. L. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención primaria, 39*(2), 93-97.
<https://doi.org/10.1157/13098677>

Universitat de Barcelona (S/f). Core OM: Sitio Web Oficial Español. [En línea] [Documento extraído en línea el 5/01/2018 en <http://www.ub.edu/terdep/core/#enlaces>]

Valdés, M., y De Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

Van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 2*(1), 7-22.

Van der Kolk, B. (2003). *Psychological trauma*. American Psychiatric Pub. Arlington. VA

Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona.: Ed. Eleftheria.

Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. Interview available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.

Young, L. B. (2011). *The expression of nonviolence in communication. A measure and clinical issues*. [PhD Thesis on line] Boston: University of Massachusetts

11. Annexos

11.1 Calendario de trabajo

Calendari de treball que cal ajustar dates reals. Aquest calendari serà revisar i validat pel consultor per tal d'acordar amb l'estudiant el procés d'aprenentatge

Etapas i Tasques/ Activitats de seguiment (PACs)	Octubre				Novembre				Desembre				Gener				Observacions/ Comentaris estudiant				
	S	S	S	S	S	S	S	S	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4					
	1	2	3	4	1	2	3	4	4												
Setmanes																					
0. Acordar conjuntament amb el consultor quin tema s'abordarà i la organització del procés de desenvolupament del TFG	X																				Fins al 8 d'Octubre centrar la llista de temes factibles. Cercar inicialment bibliografia dels diversos temes per conèixer l'estat científic de la qüestió.
1. Elecció del tema	X	X																			Estudi, reflexió i primera valoració de les diferents opcions. Elecció del tema més adient.
....1.1. Identificar un tema		X																			Ratificar tema definitiu i fer una proposta inicial dels primers punts de PAC 1
....1.2. Portar a terme una cerca documental sobre el tema escollit		X																			Sistematitzar la recerca documental
....1.3. Establir objectius i plantejar hipòtesis de treball		X																			Redactar objectius i feina a fer a cadascun dels objectius
2. Planificació del treball		X	X	X																	Es pot revisar durant el semestre
2.1. Identificar elements fonamentals de TFG			X																		Els elements base seran identificats
....2.2. Organitzar elements fonamentals del treball			X	X			X														
....2.3. Temporalitzar les diferents fases del treball		X	X	X			X														
3. Desenvolupament del treball		X	X	X		X	X	X				X									
....3.1. Seleccionar les fonts fonamentals per a la construcció del marc teòric de referència del TFG			X	X				X													Entenc que la recerca d'articles i part de la feina feta ja dona base per el marc teòric.
....3.2. Integrar el coneixement per construir el marc teòric							X	X				X									El marc teòric es creua amb la intervenció
....3.3. Interpretar els resultats esperats ¹								X				X									Nova informació en funció de resultats. Conclusions.
....3.4. Expressar-se correctament amb domini del llenguatge del camp científic en català, castellà o en una tercera llengua.							X	X				X									Reilegir diverses vegades el TFG per tal de millorar i completar-lo.
4. Lliurament de la memòria													X	X	X	X					
....4.1. Comunicar de forma correcta la informació													X	X	X	X					

11.2 Cuestionario sobre vinculación y participación psicosocial de demandantes de asilo y refugiados (No validado). (CVPPDAR)

RELACIÓN CON FAMILIA

En caso de tener familia tienes familia en tu País de origen, en Europa o en Barcelona?

Intensidad de relación con ella	Nada, Poco, Medio. Mucho
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena

Observaciones:

RELACION CON AMISTADES

Número :

1	
Intensidad de interacción	Nada, Poco, Medio. Mucho
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena

2	
Intensidad de interacción	Nada, Poco, Medio. Mucho
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena

3	
Intensidad de interacción	Nada, Poco, Medio. Mucho
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena

¿Has realizado nuevas amistades en los últimos meses, con demandantes de asilo con quien tengas algún tipo de encuentro espontáneo? Si / No

¿Has realizado nuevas amistades en los últimos meses, con nacionales quien tengas algún tipo de encuentro espontáneo? Si / No

¿Ves de manera diferente a la gente con quien realizas la formación?

Observaciones:

RELACIONES DE PAREJA

En caso de tener pareja

Relación con ella	Nada, Poco, Medio. Mucho
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena

Observaciones:

PERTENENCIA A ASOCIACIONES DE RECREO, CULTURA Y DEPORTE

1	
Intensidad de interacción	Nada, Poco, Medio. Mucho
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena

2	
Intensidad de interacción	Nada, Poco, Medio. Mucho
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena

3	
Intensidad de interacción	Nada, Poco, Medio. Mucho
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena

Participas en alguna asociación o actividad cultural del país, o de tu propia cultura o de gastronomía, cine, cinefórum, charlas, intercambio de idiomas, clases de idiomas, deporte de grupo, paseos en grupo, actividades de autoconocimiento, cursos de teatro, teatro social, teatro del oprimido, redacción de diario personal, lectura de poesías, lectura de libros, cantar canciones en grupo.

Observaciones:

PERTENENCIA A ASOCIACIONES DE BARRIO

1		
Intensidad de interacción	Nada, Poco, Medio. Mucho	
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena	
2		
Intensidad de interacción	Nada, Poco, Medio. Mucho	
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena	
3		
Intensidad de interacción	Nada, Poco, Medio. Mucho	
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena	

Observaciones:

PERTENENCIA A GRUPOS RELIGIOSOS

1		
Intensidad de interacción	Nada, Poco, Medio. Mucho	
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena	
2		
Intensidad de interacción	Nada, Poco, Medio. Mucho	
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena	

Participas en actividades o servicios de tu propia religión, en caso que la tengas?
Qué elementos de comunidad religiosa te han ayudado en el pasado, lectura de libros espirituales, acompañamiento de imam o persona religiosa, visita regular o puntual de mezquita, cursos de temáticas afines, reuniones comunitarias.

(Parecería útil establecer relaciones preferenciales con algún Imam de referencia con sensibilidad específica de temas de DDHH, de derechos de la mujer, de meditación que pueda servir de derivación mutua bilateral con él para temas psicológicos o temas religiosos).

Observaciones:

PERTENENCIA E INTERACCION CON GRUPOS Y ASOCIACIONES DE PAIS DE ORIGEN

1		
Intensidad de interacción	Nada, Poco, Medio. Mucho	
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena	
2		
Intensidad de interacción	Nada, Poco, Medio. Mucho	
Calidad de la relación	negativa, regular, buena, muy buena	

Participas en alguna actividad o eres miembro de alguna asociación de amigos o originarios de tu país de origen? Si/No

Te interesaría? Si/No

¿Existe alguna asociación del país o de la oposición del gobierno que puedas visitar?

Barómetro general de sentimiento de pertenencia negativa, regular, buena, muy buena

Observaciones:

11.3. Niveles de evolución prepost por tipos de tratamiento y variables independientes

