LAS CICATRICES DE LA VIOLENCIA POLÍTICA EN EL PUEBLO SAHARAUI. EL DERECHO A LA SALUD MENTAL

LAS CICATRICES DE LA VIOLENCIA POLÍTICA EN EL PUEBLO SAHARAUI. EL DERECHO A LA SALUD MENTAL

Este informe fue elaborado en Zaragoza e impreso por Arpirelieve Industrias Gráficas a lo largo de 2021.

Se permite su copia y distribución, siempre con reconocimiento de autoría y sin derivaciones ni adaptaciones, respetando su esencia y literalidad.

La presente publicación ha sido impulsada por el Observatorio Aragones para el Sahara Occidental financiada por las ayudas de Cooperación del Ayuntamiento de Zaragoza

Colabora:

AGRADECIMIENTOS

Especial agradecimiento al compromiso de:

- Marta Guarch-Rubio.

Profesora del Grado en Psicología. Universidad San Jorge de Zaragoza (España) (*mguarch@usj.es*).

Miembro del Grupo de Investigación de Psicología del Testimonio, Universidad Complutense de Madrid (España). http://memoriastraumaticas.blogspot.com/

Miembro del Migration and Diversity Research Lab, University of Limerick (Irlanda).

- Carlos Villán Durán.

Profesor de Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Presidente de la Asociación Española para el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (AEDIDH).

Antiguo miembro de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Ginebra) (1982-2005) *cvillan@aedidh.org* [www.aedidh.org].

- Carmelo Faleh Pérez.

Profesor de Derecho Internacional Público y Derechos Humanos en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (*carmelo.faleh@ulpgc.es*).

Asesor jurídico de la AEDIDH (*cfaleh@aedidh.org*).

-Equipe Media y Laura Sipán.

AUTORÍA GRÁFICA

Fotografía:

- Diego Ibarra Sánchez

Web: https://www.diegoibarra.com/
Contacto: diego.ibarra.sanchez@gmail.com

Ilustración y Diseño Gráfico:

- Eva Cortés Jiménez (@evacortesilustra)

Web: https://www.evacortesilustra.com/
Contacto: evacortesdi@gmail.com

COLABORACIONES

- Doumaha Alyene.

Psicóloga.

Directora Nacional del Departamento de Salud Mental de los campos de refugio de Tinduf (Argelia).

Responsable del Comité de Género en el Ministerio de Salud de los campamentos de refugio saharauis de Tinduf (Argelia). (*dumaha2018@gmail.com*)

- Antonio L. Manzanero Puebla.

Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (España)(*antonio.manzanero@psi.ucm.es*).

Director del Grupo de Investigación de Psicología del Testimonio, Universidad Complutense de Madrid (España). http://memoriadetestigos.blogspot.com/

- Helena Lolumo Peiro.

Trabajadora Social.

AGRADECIMIENTOS:

aeDIDH
Asociación Española para el Derecho Internacional de los Derechos Humanos

ÍNDICE

PRÓLOGO 12

INFORME: Aproximación a la salud mental del pueblo saharaui y valoración del efecto de la esperanza en el futuro y de la violencia perpetrada contra el pueblo saharaui en los territorios ocupados. 16

INTRODUCCIÓN 18

SALUD MENTAL EN CONTEXTOS DE REFUGIO Y DE VIOLENCIA 19

EL ESTUDIO DE LA SALUD MENTAL EN EL PUEBLO SAHARAUI 21

MUJERES, SUPERVIVIENTES DE "SEGUNDA CATEGORÍA" 22

LA MUJER SAHARAUI 23

ESTUDIO I: Elementos resilientes en población saharaui refugiada en los campamentos de refugio de Tinduf (Argelia) previo a la situación pandémica y a la reactivación de la guerra. 24

ESTUDIO II: Experimentación de tortura y presencia de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en población saharaui residente en los Territorios Ocupados del Sáhara Occidental. 31

ESTUDIO III: Elementos resilientes en población saharaui refugiada en los campamentos de refugio de Tinduf (Argelia) durante la situación pandémica y posterior a la reactivación de la guerra. 42

CONCLUSIONES 48

REFERENCIAS 49

INFORME: El derecho a la salud mental de la población saharaui 56

INTRODUCCIÓN 59

ANTECEDENTES 60

EFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA SOBRE EL DERECHO DE LA POBLACIÓN SAHARAUI DE LOS TERRITORIOS OCUPADOS A NO SUFRIR TORTURA NI PENAS O TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES 63

EFECTOS DE LA VIOLENCIA SOBRE EL DERECHO A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN SAHARAUI REFUGIADA EN TINDUF 72

CONCLUSIONES 78

Quién dijo
que se terminó la guerra.
Quizá para los muertos.

Sobrevivir a la guerra
es llevar a cuestas el cuerpo ausente.

Y el corazón emboscado en una batalla
llena de gritos que nos congelan el alma.

Mohamed Salem Abdelfatah, Ebnu

PRÓLOGO

El regreso a la guerra en el Sáhara Occidental en noviembre de 2020 tendrá unas consecuencias difíciles de dimensionar. Máxime en un continente como el africano en el que el neocolonialismo, las injerencias extranjeras y el terrorismo yihadista están generando un escenario de violencia y desestabilización dando lugar a golpes de estado, conflictos internos y amenazas de nuevas guerras entre potencias rivales. Después de un año de guerra, algunos de los efectos de la reanudación de las hostilidades ya se pueden constatar: a las víctimas de los enfrentamientos directos entre el Ejército de Liberación Popular Saharaui y las Fuerzas Armadas de Marruecos se añaden las de la población civil.

Entre estas víctimas civiles del conflicto se encuentran los saharauis que residen en los territorios ocupados, que han visto cómo el Reino de Marruecos renueva con especial intensidad la represión en su contra como si se tratara de una quinta columna cuando lo único que se persigue es la reivindicación pacífica del derecho a la autodeterminación. El caso de Sultana Khaya es paradigmático: ella y su familia en Bojador se han convertido en la diana de ataques de fuerzas policiales y paramilitares marroquíes. Otro ejemplo, el de los aficionados al fútbol saharauis que han visto atacadas sus muestras de júbilo ante las celebraciones de las victorias de Argelia frente a Marruecos en las competiciones deportivas internacionales. En el otro lado del muro, los ataques a civiles saharauis que, alejados de la línea de frente, fueron bombardeados por drones marroquíes.

Este informe aborda desde la perspectiva de la salud mental los efectos de las violaciones de los derechos humanos antes y después de la reanudación de la guerra y a ambos lados del muro que separa la población saharaui de los Territorios Ocupados y los campamentos de refugiados saharauis en Argelia.

Y lo hace en un momento especial y único en la historia reciente: en el marco de la pandemia por coronavirus. Una pandemia que ha tenido consecuencias inmediatas en el orden de las prioridades de las naciones. La pandemia nos ha situado en una situación que difícilmente podríamos haber vislumbrado apenas hace dos años fuera de una obra de ficción o terror.

Las medidas de confinamiento han trastocado nuestras formas de vida habituales con graves consecuencias de tipo económico, social y psicológico. El cierre de empresas y centros de trabajo han producido una crisis económica con despidos y, en ocasiones, con falta de suministros. Los diferentes ciclos de la pandemia han dado muestras de egoísmo y de solidaridad en nuestras sociedades desarrolladas que no atraviesan conflictos internos o internacionales. Y, aun así, la desazón y hartazgo por la falta de una salida próxima en el tiempo ha generado para muchos problemas mentales.

En otros países, sometidos a la guerra y otras situaciones de bloqueo y sanciones, llevan tiempo afrontando estos mismos o incluso peores problemas. En el caso del Sáhara Occidental son más de 46 años desde que en 1975 se truncó el proceso de descolonización inconcluso que empezó España y continuó con la invasión de Marruecos y Mauritania de territorio y el abandono de España de sus obligaciones. Desde entonces, la población saharaui ha sido sometida a todo tipo de violaciones de derechos humanos: bombardeos, asesinatos, detenciones arbitrarias, desaparición forzada, torturas y un largo etcétera, con los consecuentes traumas y efectos psicológicos de todo tipo que ello conlleva.

Los recientes y no terminados efectos de la pandemia en nuestras relativamente cómodas vidas pareciera que deberían habernos vueltos más comprensivos y empáticos con las vidas de los pueblos que durante décadas han sido sometidos a un confinamiento perpetuo, en el caso del pueblo saharaui, dividido por un muro que separa los que permanecieron en el Sahara Occidental a los que tuvieron que exiliarse en los campamentos de Argelia, son varias las generaciones que permanecen aisladas, bien como refugiadas o en una cárcel a cielo abierto, como son las ciudades de los Territorios Ocupados por Marruecos. Las consecuencias psicológicas son evidentes y a pesar de la capacidad de superación y resiliencia que demuestran los saharauis, que puede tener relación con su origen nómada y dureza de la vida en el desierto lo cierto es que, como en este estudio se constata, esta capacidad tiene unos límites.

Este informe continúa con el trabajo empezado por otros, entre los que destaca "El oasis de la Memoria. Memoria Histórica y Violaciones de Derechos en el Sáhara Occidental", del Dr. Carlos M. Beristain y Eloisa González Hidalgo (Hegoa, 2012). Un trabajo que destacaba cómo "En el caso del Sáhara Occidental no se trata de hechos que quedaron atrás, sino de hechos y consecuencias que se siguen enfrentando hoy en día".

De la mano del trabajo de investigación de la doctora en psicología Dª Marta Guarch, con las aportaciones del Dr. Antonio Manzanero Puebla, D. Mohamed Doumaha y Dª Helena Lolumo Peiró bajo el título "Aproximación a la salud mental del pueblo saharaui y valoración del efecto de la esperanza en el futuro y de la violencia perpetrada contra el pueblo saharaui en los territorios ocupados", analizamos cómo el estado de salud mental de las personas saharauis está condicionado por la situación de violencia que se vive en los Territorios Ocupados del Sáhara Occidental, así como la estancia cronificada en los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf. Se constata que los episodios de violencia política perpetrados contra el pueblo saharaui en el

Sáhara Occidental tienen un impacto en la salud mental de las personas saharauis en los campamentos de refugio.

En la segunda parte "El derecho a la salud mental de la población saharaui", los profesores de Derecho Internacional, D. Carlos Villán Durán y D. Carmelo Faleh Pérez, miembros de la Asociación española para el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (AEDIH), analizan desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos el derecho a la salud mental de la población saharaui. Un pueblo que continúa sufriendo las consecuencias del statu quo derivado de más de 46 años de ocupación militar marroquí ininterrumpida de su territorio nacional.

Durante ese tiempo, Marruecos ha aplicado políticas de violencia y discriminación sistemática contra los saharauis defensores de la libre determinación, lo que ha producido múltiples violaciones de sus derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud y a la integridad física y mental de la población saharaui, que se encuentra dividida entre los Territorios Ocupados y los campamentos de refugiados en Tinduf (Argelia), sufriendo condiciones de vida y de desarrollo muy precarias.

Ambos estudios ofrecen conclusiones importantes: desde la constatación de que la resiliencia del pueblo saharaui está profundamente afectada después de 46 años de ocupación militar marroquí ininterrumpida de la mayor parte del territorio del Sáhara Occidental y la separación forzosa entre los que sobreviven en los Territorios Ocupados y los que partieron al exilio, en particular los concentrados en los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia) hasta la necesidad de continuar con estudios de investigación que incluyan a un conjunto mayor de personas y que pongan el foco en la población socioculturalmente más vulnerable, como los menores y las mujeres.

Por último, queremos transmitir el agradecimiento de cuantos han hecho posible este trabajo, especialmente las encuestas y entrevistas que han permitido obtener la información forense. En los campamentos de refugiados saharauis a la Asociación de Familiares de Presos y Desaparecidos Saharauis (AFAPREDESA) y en los Territorios Ocupados a la Asociación Saharaui de Víctimas de Violaciones Graves de los Derechos Humanos cometidas por el Estado Marroquí (ASVDH) y Equipo Mediático.

Observatorio Aragonés
para el Sáhara Occidental

Zaragoza, 2021

APROXIMACIÓN A LA SALUD MENTAL DEL PUEBLO SAHARAUI Y VALORACIÓN DEL EFECTO DE LA ESPERANZA EN EL FUTURO Y DE LA VIOLENCIA PERPETRADA CONTRA EL PUEBLO SAHARAUI EN LOS TERRITORIOS OCUPADOS.

DRA. MARTA GUARCH-RUBIO

Palabras clave: *Pueblo saharaui, reactivación del conflicto, violencia, resiliencia, esperanza en el futuro, mujeres.*

INFORME: Investigación sobre los factores psicosociales y la existencia de trauma y experiencias de tortura que determinan la salud mental de las personas saharauis.

A través del presente informe se explora el estado de salud mental de 103 personas saharauis a consecuencia del conflicto político de autodeterminación en el Sáhara Occidental. Este estudio determina que el estado de salud mental de las personas saharauis entrevistadas está condicionado por la situación de violencia que se vive en los Territorios Ocupados del Sáhara Occidental y por la estancia cronificada en los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf (Argelia).

Por medio de la presente investigación, se constata que los episodios de violencia política perpetrados contra el pueblo saharaui en el Sáhara Occidental tienen un impacto en la salud mental de las personas saharauis en los campamentos de refugio. De esta forma, pese a ser un pueblo físicamente divido, la actual situación política del conflicto saharaui tiene un impacto directo sobre la salud mental de todos los saharauis participantes en este informe, sean residentes en los Territorios Ocupados o en los campos de refugio de Tinduf (Argelia).

La redacción y la elaboración de este informe se ha realizado gracias a la colaboración de personal activista y solidario en los Territorios Ocupados del Sáhara Occidental y en los campamentos de refugio de Tinduf (Argelia). Inicialmente, la elaboración de este informe se planteó considerando exclusivamente la participación de mujeres saharauis y así otorgar mayor

visibilidad a este colectivo. Con frecuencia, en los entornos de conflicto y de refugio, las mujeres sufren una doble condición de vulnerabilidad: uno por la exposición a la que se ven forzadas (violencia y refugio) y, dos, por su condición de mujeres, que les restringe más derechos que a los hombres simplemente por una cuestión de género. Es decir, simplemente por ser mujeres y por pertenecer a esa categoría social. Sin embargo, con objeto de ampliar el número de participantes se incluyó también en el estudio a hombres.

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1975 comenzase la guerra entre Marruecos, Mauritania y el Frente Polisario por el control territorial del Sáhara Occidental la población saharaui se encuentra dividida. Los primeros desplazamientos se produjeron dentro del territorio, mayoritariamente a Um Draiga, Tifariti y Guelta Zemmur. Tras el bombardeo de éstos con bombas de napalm y fósforo blanco, parte de los saharauis fueron acogidos en los asentamientos de Tinduf (Argelia) donde permanecen hasta la fecha (Fiddian-Qasmiyeh, 2011). Con objeto de aliviar el conflicto, en 1991 se acordó un alto al fuego entre las autoridades marroquíes y el Frente Polisario, entidad que representa en términos político-militares a la población saharaui. Este acuerdo supuso un compromiso para la celebración de un referéndum de autodeterminación bajo supervisión de la MINURSO (Misión de las Naciones Unidas para el Referéndum del Sáhara Occidental) que nunca se produjo (Amnistía Internacional, 2021).

El caso saharaui refleja cómo la cronificación de los conflictos antecede a las situaciones de refugio prolongado y da lugar a generaciones nacidas en los campos de refugiados. De esta forma, cada vez hay más personas refugiadas que tienen menos posibilidades de volver a sus lugares de origen, en lo que el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR, 2020) entiende como la era de los nuevos y los prolongados desplazamientos. Estas dinámicas convierten a los campos de refugiados en síntoma y cura al mismo tiempo (Turner, 2016). A su vez, otro sector de la población saharaui reside en el Sáhara Occidental, en lo que se conoce como los territorios ocupados. Estas zonas del Sáhara Occidental están actualmente ocupadas militarmente por el reino de Marruecos y la población saharaui residente ahí se encuentra sometida a una frecuente vulneración de Derechos Humanos por parte del gobierno alauita. Recientemente, Human Right Watch (2020, 2021) ha acusado a las autoridades marroquíes de agresiones hacia activistas y periodistas saharauis, de obstrucción del trabajo humanitario y de ejecución de juicios penales sin garantías legales como los de Gdeim Izik. Así, la oposición de Marruecos ante la presencia de observadores y de abogados internacionales para garantizar el cumplimiento de juicios políticos legales contra las personas saharauis (Mahmud et al., 2019), reitera las prácticas antidemocráticas y totalitarias del gobierno marroquí. En definitiva, la población saharaui residente en el Sáhara Occidental es objeto de discriminación, violencia y otros tratos inhumanos y degradantes perpetrados por las autoridades marroquíes (Amnistía Internacional, 2021; Lourenço, 2017). Paralelamente, otro sector de la población saharaui reside en la diáspora en terceros países o en los territorios liberados de la RASD (República Árabe Saharaui Democrática) que son gestionados por el Frente Polisario.

Con referencia al año 2020, la actual situación pandémica a causa del coronavirus (COVID-19) y el retorno a las hostilidades bélicas tras la ruptura del alto el fuego en noviembre de 2020, se han constituido como dos elementos de impacto en la causa saharaui. Por un lado, las restricciones de movilidad entre países han minimizado las acciones de cooperación internacional para con el pueblo saharaui en los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia). Por otro lado, el cese del alto al fuego entre Marruecos y el Frente Polisario ha sido otro factor determinante en el actual devenir de la causa saharaui. En noviembre de 2020, a consecuencia del desmantelamiento marroquí de un campamento de saharauis asentados en el paso fronterizo de Al Guerguerat. El Frente Polisario, en representación de la RASD respondió contra el ataque marroquí reanudándose así el conflicto bélico. Yasmine Kacha, que escribe para Amnistía Internacional (2020), reporta fuego cruzado en ambas direcciones. Consecuentemente, en el pasado año 2020, ambos acontecimientos han limitado la movilidad tanto a los Territorios Ocupados del Sáhara Occidental como a los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia).

SALUD MENTAL EN CONTEXTOS DE REFUGIO Y DE VIOLENCIA

La salud mental se caracteriza por un estado psicológico de bienestar emocional que implica un adecuado estilo de comportamiento y una ajustada capacidad para construir las relaciones sociales y gestionar los estresores cotidianos con relativa distancia de la sintomatología ansiosa incapacitante. En contextos de refugio y conflicto armado la salud mental es una de las áreas que menor atención y recursos recibe, a pesar del impacto que tiene sobre el bienestar de los individuos (Guarch-Rubio, 2021). Muestra de ello fue la tardía implantación del Departamento de Salud Mental en los campamentos de refugiados saharauis de Tinduf (Argelia) en el año 2010, tras 35 años de asentamiento (Guarch-Rubio y Manzanero, 2017).

La revisión bibliográfica de los estudios sobre salud mental en refugiados y en víctimas de violencia/tortura por conflictos políticos destaca una alta vulnerabilidad al padecimiento de trauma, por la elevada exposición y acumulación de eventos traumáticos (Basoglu et al., 2001; Bogic et al., 2012; De Jong et al., 2003; Gootzeit y Markon, 2011; Guarch-Rubio et al., 2021; Priebe et al., 2013; Schick et al., 2018; Simancas-Fernández, et al., 2021; Steel et al., 2009). En esta línea, existe una mayor exposición al desarrollo de problemas psicológicos en población afectada por la guerra o por el desplazamiento en comparación con población que no sufre las consecuencias de la violencia política (Hollander et al.,2011; Priebe et al., 2013; Schmidt et al., 2008). Así, el desarrollo de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es 10 veces más probable en refugiados asentados en sociedades occidentales que en la población general de la misma edad de los países de acogida (Fazel, et al., 2005). La población refugiada, por su historial de persecución o de guerra, por el riesgo en que quedan las familias y amigos en el país de origen y por las condiciones migratorias, entre otros motivos, presentan una mayor vulnerabilidad a padecer dolencias psíquicas que la población migrante no refugiada (Achotegui, 2009). Arnetz et al. (2003) argumentan en esta dirección que, ante idénticas características culturales, existe una mayor prevalencia de TEPT en la población refugiada que en la población inmigrante.

El diagnóstico de TEPT, según la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013), requiere la experimentación de un hecho traumático y se caracteriza por la tendencia en las personas que lo sufren a la reexperimentación (recuerdos intrusivos del acontecimiento y sueños sobre el mismo o sensación de estar ocurriendo de nuevo), la evitación (esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos, recuerdos, lugares o personas relacionados con el

suceso), cambios negativos en el estado de ánimo y en la forma de pensar (no tener esperanza en el futuro, sentimiento de culpa, dificultad para sentir emociones positivas o sentirse distante de familiares y amistades) y conductas de hiperactividad (dificultad para dormir, irritabilidad o explosiones de rabia).

Pese a ello, la experimentación traumática no implica necesariamente el desarrollo de TEPT, aunque aumenta el riesgo de presentar problemas psicológicos en un amplio espectro (Berthold et al., 2019; Gómez-Varas et al., 2016; Ibrahim y Hassan, 2017; Mollica et al., 1992). El metaanálisis de Steel et al., (2009), constituido como un estudio de referencia, establece la prevalencia de TEPT en víctimas de violencia política y refugiados en torno a un 30.6%. La revisión de este dato sugiere que un amplio porcentaje de personas no desarrollarán TEPT y que cursarán con un afrontamiento resiliente y espontáneo del trauma, aproximadamente en un 70%. Así, es difícil anticipar con certeza el desarrollo de TEPT atendiendo solo a la naturaleza traumática del evento, ya que ante la misma experiencia unas personas pueden desarrollar el trastorno y otras no (Guarch-Rubio y Manzanero, 2020). Sin embargo, esta capacidad de recuperación y de superación de las dificultades psicológicas no debe constituir un argumento para el descuido de la salud mental en estos contextos de violencia política y refugio (Guarch-Rubio, 2021). Dado que, bajo estas condiciones, la incertidumbre y la inestabilidad acerca de la percepción de futuro se suman al padecimiento de otros problemas psicológicos (Buckley, 2013). Dicho de otro modo, es un error generalizar la conceptualización de la salud mental de las víctimas/supervivientes de violencia política atendiendo solo al diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático. Además, con frecuencia difiere el origen cultural de quien evalúa y es evaluado, por lo que se requiere la consideración de los elementos culturales que modulan la expresión y la interpretación interna del daño psicológico (Guarch-Rubio, 2021). Acorde a lo expuesto, Bradley y Tawfiq (2006) evaluaron a 97 solicitantes de asilo kurdos, víctimas de tortura, y encontraron una alta ocurrencia de sintomatología psicológica no presente en el DSM. Es decir, puede existir daño psicológico sin necesidad de que se recoja en una categoría diagnóstica. Del mismo modo, la presencia de un trato discriminatorio puede tener un impacto en la salud mental de las víctimas/supervivientes. Los estresores políticos pueden llegar a ser incluso más predictores de las alteraciones psicológicas que el propio trauma (Khamis, 2014).

Por fortuna, la resiliencia individual y comunitaria subyacen como factores de protección para hacer frente a los daños psicológicos ocasionados por la violencia política y por el refugio (Sousa et al., 2013). En esta línea, el modelo salutogénico se dirige hacia la promoción de la salud y focaliza la atención hacia aquellos elementos que minimizan el impacto del estrés y mejoran la salud física y psicológica (Antonovsky, 1996).

En suma y acorde al marco teórico expuesto, este informe busca una evaluación diferenciada de los objetivos específicos que dan cuenta del estado de la salud mental de la población saharaui. De esta manera, los criterios de evaluación atienden a las necesidades y a las vulnerabilidades de las personas saharauis en función de su lugar de residencia, que determinarían su exposición al conflicto y tendrían un efecto en su salud mental.

EL ESTUDIO DE LA SALUD MENTAL EN EL PUEBLO SAHARAUI

El estudio de la salud mental en la población saharaui requiere, por un lado, estrategias que posibiliten un reconocimiento del daño psicológico sufrido a consecuencia del motivo del exilio y de las condiciones de vida (saharauis en los campos de Tinduf, Argelia) y, por otro, evaluar el daño psicológico causado por la violencia política (saharauis en los Territorios Ocupados del Sáhara Occidental). De esta manera, aproximarse a la salud mental de las personas saharauis obliga a establecer dos focos de observación interrelacionados. De un lado, las consecuencias psicológicas de riesgo y de afrontamiento del exilio prolongado y, de otro, los efectos psicológicos que la represión tiene sobre los saharauis por motivos identitarios en los territorios ocupados.

Con objeto de esclarecer estas cuestiones, el estudio I y III evalúan el estado de salud mental de las personas saharauis residentes en los campamentos de Tinduf (Argelia), con un foco orientado al análisis de la resiliencia y al efecto que la situación de violencia en los Territorios Ocupados tiene sobre los refugiados de los campamentos. Así, el estudio I analiza estas cuestiones con datos recogidos en 2018, mientras que el estudio III lo hace con datos recogidos en 2021. De esta forma, existen dos estudios comparativos: uno anterior a la reactivación del conflicto armado y la pandemia y otro posterior. Por último, atendiendo a un diferente objeto de evaluación y motivado por las situaciones de violencia política en los Territorios Ocupados del Sáhara Occidental, el estudio II evalúa la presencia de episodios de tortura y la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en la población saharaui residente en los territorios ocupados, con fechas posteriores al retorno a las hostilidades bélicas tras la ruptura del alto el fuego en noviembre de 2020.

Por último, es destacable la ausencia de bibliografía académica que permita una rigurosa comparación estadística o cualitativa del estudio de la salud mental en las personas saharauis. A diferencia de lo que ocurre con otras comunidades de refugiados o supervivientes de la violencia política, como la población palestina o kurda, el caso saharaui no ha recibido apenas la atención académica que merece.

MUJERES, SUPERVIVIENTES DE "SEGUNDA CATEGORÍA"

"Ellas tienen más obligaciones y menos derechos" (Guarch-Rubio, 2021)

Las desigualdades de género atraviesan transversalmente el proceso migratorio tanto en el desplazamiento como en la estancia en campos de refugiados (Guarch-Rubio y Manzanero, 2017). Mientras las mujeres tienden a la huida comunitaria y al reasentamiento, cumpliendo las funciones de cuidado social y familiar, los hombres desempeñan actividades bélicas y una movilidad individual más que colectiva. En este sentido, no es de extrañar que más mujeres que hombres vivan en situación de desplazamiento prolongado (IDMC, 2020). Asociado a lo anterior, las crisis humanitarias presentan un rol femenino en la reconstrucción de las sociedades postconflicto (Sami et al., 2014). Sin embargo, a pesar de ser las primeras en reaccionar, continúan siendo un colectivo sujeto a la desprotección y a la discriminación. Ellas tienen más obligaciones y menos derechos (Guarch-Rubio, 2021). De ahí, el apelativo de segunda categoría.

Además, las mujeres y las niñas están expuestas a mayores situaciones de violencia fundamentadas en la desigualdad de poder y en los privilegios que otorga la superioridad de género, destacando la violencia intrafamiliar, la prostitución, el matrimonio forzado y otros abusos (Hynes, 2004). En esta línea, algunos estudios apuntan a un incremento de la violencia de género en los contextos de refugio asociado a los altos niveles de estrés y de trauma (IDMC, 2020a). De forma similar ocurre en los entornos violentos, donde ellas suelen ser el objeto agredido. CEAR (2019) denunció el uso de las mujeres como armas de guerra en contextos de inestabilidad política y violencia. Así, la tipología de violencia experimentada en estos contextos está vinculada al género, siendo las mujeres más vulnerables al abuso sexual (Ashford y Huet-Vaughn, 2000; Hynes, 2004; Niaz, 2014; Rodolico et al., 2019) y estando más expuestas a la muerte traumática de familiares en contextos de guerra (Tekin et al., 2016).

A su vez, factores como que los hombres migren en solitario, entren a prisión, desaparezcan o mueran por situaciones de conflicto, hace que muchas mujeres se conviertan en el único soporte familiar, constituyéndose como familias monomarentales. Se ha visto una mayor exposición a sufrir violencia, inseguridad, pobreza y discriminación en el acceso a recursos (sanitarios, educativos, de vivienda, trabajo…)(IDMC, 2020a) cuando ellas son las cabezas de familia. Esta tradicional conceptualización de las mujeres como sujetos pasivos las convierte en triunfos de guerra, vulnerables a la agresión y a la esclavitud, y en víctimas protagonistas del abuso y de la violencia sexual en contextos de conflicto y refugio (Ashford y Huet-Vaughn, 2000; Hynes, 2004; Niaz, 2014). Autoras como Begikhani, et al., (2018) reclaman un enfoque feminista que empodere y visibilice la participación femenina en ambientes de guerra y de postguerra. Bajo este prisma de empoderamiento y de autonomía femenina, este informe apoya un cambio de paradigma de mujeres víctimas a supervivientes. Así, experiencias previas sobre el trabajo colaborativo entre mujeres desplazadas en Colombia han mostrado cómo un rol activo facilita la superación de eventos violentos a través de prácticas solidarias y mediante la creación de redes de apoyo (Britto Ruiz, 2010). En esta dirección, el mero paso de tiempo no es un factor que indique una mejor calidad de vida finalizado el conflicto (Simancas-Fernández et al., 2021).

Acorde a los elementos de vulnerabilidad señalados para las mujeres, este informe priorizó la evaluación e inclusión de mujeres en los estudios con una perspectiva de género.

LA MUJER SAHARAUI

La mujer saharui simboliza fortaleza, resistencia y capacidad de superación en la idiosincrasia de su pueblo (Vasquez, 2014). Así, se acepta que la representación de la identidad colectiva saharaui esté protagonizada por mujeres (Grazia, 2017).

La estancia a largo plazo en Tinduf (Argelia) ha llevado a que los saharauis hayan asimilado la vida en el exilio y las mujeres hayan liderado la construcción de los campamentos y la organización de la sociedad civil (Sobero, 2010), como ha ocurrido en otros contextos de refugio (Sami et al., 2014). Desde su establecimiento en el territorio de Tinduf (Argelia), las mujeres desempeñaron figuras de poder y de toma de decisiones. En 1997 la plantilla de las guarderías era un 100% femenina, la de la administración un 85% y la de educación un 70% (Dukic y Thierry, 1998). Sin embargo, la perpetuación del exilio y el desempeño exclusivo por mujeres de las tareas no remuneradas, como el cuidado familiar, está retornando a los patrones tradicionales de la organización patriarcal y genera desigualdad (AECID, 2020). Aunque, en el área de la salud y en el de la educación, muchas mujeres saharauis trabajan como profesionales cualificadas.

De otra parte, las mujeres saharauis residentes en los Territorios Ocupados participan de forma activa en la vida pública y privada, lo que les expone a detenciones, abusos policiales, violencia, control y tortura por parte de las autoridades marroquíes (Lourenço, 2017; Vasquez, 2014). Además, por una cuestión de género, se apunta a que, en mayor medida que sus compatriotas hombres, las mujeres sufren la discriminación institucionalizada y sistemática en el acceso a puestos de trabajo, a la universidad, a la obtención de visados y al acceso a elementos básicos. No obstante, estos elementos no son un impedimento en el cese de la lucha por la autodeterminación para las mujeres saharauis en el Sáhara Occidental. De hecho, ocurre todo lo contrario, ya que se ha visto cómo los factores políticos son elementos resilientes en la reelaboración e integración de las experiencias de violencia política y tortura (Guarch-Rubio, 2021).

ESTUDIO I:

Elementos resilientes en población saharaui refugiada en los campamentos de refugio de Tinduf (Argelia) previo a la situación pandémica y a la reactivación de la guerra.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue explorar la salud mental de las personas saharauis refugiadas en Tinduf (Argelia) a través de la evaluación de su resiliencia y de los elementos de protección y de riesgo para su salud mental.

Pese a que el concepto de resiliencia está sujeto a múltiples interpretaciones, se asume que se trata de un continuo presente en diferentes grados, que atraviesa diferentes dominios y que incluye determinantes biológicos, psicológicos, sociales y culturales que interactúan para responder a las experiencias estresantes (Southwick, et al., 2014).

MÉTODO

Participantes

En este estudio se evaluó a 42 refugiados saharauis residentes en el campo de refugiados de Tinduf (Argelia), 29 fueron mujeres y 13 hombres, con una media de edad de 34.50 años (DT = 12.26). En el momento de la evaluación, los refugiados llevaban una media de 30.71 años (DT = 9.96) viviendo bajo condición de refugio. La captación de los participantes se produjo gracias a la colaboración del Departamento de Salud Mental de los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia). Así, los participantes accedieron a este estudio por derivación de los centros de salud de las wilayas y por muestreo aleatorio simple entre las personas refugiadas en los campamentos de Tinduf (Argelia).

Instrumentos y procedimiento

Los refugiados saharauis cumplimentaron de forma individual, confidencial y heteroaplicada una historia clínica y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993).

En primer lugar, se recogió la historia clínica diseñada específicamente para esta población y adaptada a sus características y los objetivos del estudio. La información recogida incluyó datos sociodemográficos referentes al sexo, a la edad, al lugar de nacimiento de los participantes, al tiempo en situación de refugio, al estado civil y algunos otros aspectos relacionados con el núcleo de convivencia, con la educación, con el empleo, con el estado de salud general y con los recursos económicos. Además, la historia clínica recogió elementos relacionados con el afrontamiento y con la vulnerabilidad. Así, se reflejaron los principales apoyos de los refugiados, la percepción de integración en Tinduf (Argelia), la falta de esperanza en el futuro y la presencia de las principales preocupaciones, miedos e inseguridades.

Posteriormente, se aplicó la Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993) que valora 25 ítems con una modalidad de respuesta tipo Likert y una consistencia interna buena y excelente (.76 y .91). En su

aplicación se pidió a los entrevistados que valorasen el grado de acuerdo que tenían con cada ítem desde el 1 que era "en desacuerdo" hasta el 7 que era "en máximo acuerdo". El propósito de la escala es evaluar el grado de resiliencia individual acorde a dos factores: a) la competencia personal, que incluyó valores tales como la capacidad personal, la independencia, las habilidades, los dominios, y la perseverancia, y b) la aceptación de sí mismo y de la vida, entendida como capacidad de adaptación, y de ser flexible (Rodríguez et al., 2009). Además, estableció una puntuación global que determinó el grado de resiliencia cuyos valores teóricos van de 25 a 175. Así, los valores superiores a 147 denotaron una alta capacidad resiliente, entre 121-146 moderada y menor a 121 una baja resiliencia.

Las evaluaciones fueron desarrolladas por una psicóloga especializada y colaboradora con la Asociación Observatorio Aragonés para el Sáhara Occidental y miembro del Grupo de Investigación de Psicología del Testimonio de la Universidad Complutense de Madrid (España). Paralelamente, se capacitó a una psicóloga local del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud de los campamentos de refugiados quien participó en la recogida de datos.

Las traducciones de los cuestionarios se revisaron por pares y se comprobó su validez, facilitándose su aplicación al estar simultáneamente en árabe y en castellano. La recogida de datos tuvo lugar en los domicilios (jaimas) de algunos participantes y en los dispensarios de los centros de salud de los campamentos. Las evaluaciones tuvieron lugar entre diciembre de 2017 y enero de 2018.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Como muestran los datos sociodemográficos de la Tabla 1, el 66% de los saharauis participantes en este estudio nacieron en los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia) y el 33% en el Sáhara Occidental. La inmensa mayoría de los refugiados estaban casados/as (45.2%) y solteros/as (45.2%) frente a un 9.5 % que eran viudos/as, separados/as o divorciados/as.

Además, a excepción de una persona, el resto (97.6%) convivían con otros familiares y de entre ellos, el 45.23% residían con su pareja. Respecto a la escolaridad, predominaron los estudios secundarios ya fueran completos (35.71%) o incompletos (26.19%) y el desempleo destacó para el conjunto de la muestra (69.2%). Por último, el 35.71% tenían algún tipo de patología física sin representar una gravedad extrema.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
LUGAR DE NACIMIENTO		
Sáhara Occidental	14	33.33
Campamentos de refugiados	28	66.66
ESTADO CIVIL		
Soltero/a	19	45.25
Casado/a	19	45.25
Viudo/a, separado/a o divorciado/a	4	9.52
ESTUDIOS		
Primarios incompletos	9	21.42
Primarios completos	2	4.76
Secundarios incompletos	11	26.19
Secundarios completos	15	35.71
Universitarios	5	11.90
FUENTE DE INGRESOS		
Desempleado/a	27	69.2
Empleado/a	12	30.8
CONVIVENCIA		
En familia	41	97.6
Con la pareja	19	45.23
ENFERMEDADES FÍSICAS	15	35.71

TABLA 1.

Características sociodemográficas de la muestra (N=42). Estudio: Elementos resilientes en población saharaui refugiada en los campamentos de refugio de Tinduf (Argelia) previo a la situación pandémica y a la reactivación de la guerra. Los datos de este estudio fueron recogidos a lo largo de diciembre de 2017 y enero de 2018.

Elementos de afrontamiento y de vulnerabilidad

La tabla 2 muestra los elementos de afrontamiento y de vulnerabilidad asociados a la condición de refugio. La familia fue para el 81% de los participantes el apoyo principal, frente a otro tipo de apoyos (amigos/vecinos, la propia persona, el pueblo saharaui u otros). Además, el 63.41 % expresó sentirse integrado/a en Tinduf (Argelia), entendiendo por integración el proceso de formar parte de un grupo de gente y de su territorio. Por otra parte, la preocupación por la familia en el Sáhara Occidental y un posible cese de la cooperación fueron los principales miedos e inseguridades para el 50% de los entrevistados.

Un 54.8% reconoció que estos miedos le ocupaban mucha parte de su pensamiento, un 23.80% reconoció que no les prestaban atención y un 21.42% no contestó la pregunta. Por último, un 42.9% de los refugiados expresó tener falta de esperanza en el futuro, mostrándose la mayoría optimistas con relación a un futuro esperanzador (54.8%). El contenido del ítem sobre la esperanza en el futuro fue regresar como ciudadanos libres y con un reconocimiento internacional a su tierra, al Sáhara Occidental.

AFRONTAMIENTO Y VULNERABILIDAD	N	%
APOYO FAMILIAR		
Sí	34	81.0
No	8	19.1
¿SE SIENTE INTEGRADA EN TINDUF (ARGELIA) ?		
Sí	26	63.4
No	15	36.58
PREOCUPACIONES, MIEDOS E INSEGURIDADES		
Cese de la cooperación y situación de la familia en el Sáhara Occidental	21	50
Otros	13	31
¿ESTOS MIEDOS LE OCUPAN MUCHA PARTE DE SU PENSAMIENTO?		
Sí	23	54.8
No	10	23.80
No contesta	9	21.42
ESPERANZA EN EL FUTURO		
No	18	42.9
Sí	23	54.8

TABLA 2.

Factores de afrontamiento y de vulnerabilidad (N=42). Elementos resilientes en población saharaui refugiada en los campamentos de refugio de Tinduf (Argelia) previo a la situación pandémica y a la reactivación de la guerra. Los datos de este estudio fueron recogidos a lo largo de diciembre de 2017 y enero de 2018.

Escala de Resiliencia

Con relación a la evaluación de resiliencia, los resultados obtenidos en la Escala de Resiliencia de Wagnild and Young (1993) mostraron que el 38.09 % de los participantes obtuvieron un nivel bajo de resiliencia, el 33.33 % un nivel medio y el 28.57 % niveles altos de resiliencia.

Los únicos factores que correlacionaron con resiliencia fueron haber nacido en los campamentos de refugiados, $\chi2(2, N = 42) = 8.424$, $p < .05$ y tener una baja esperanza en el futuro, $\chi2(2, N = 41) = 7.782$, $p < .05$. En consecuencia, las personas saharauis nacidas en los campos de refugiados de Tinduf (Argelia) y las personas con una baja esperanza en el futuro tuvieron una menor resiliencia.

Discusión

Este estudio es relevante porque aporta por primera vez evidencia empírica acerca del grado de resiliencia y de los factores de protección y de vulnerabilidad presentes en las personas saharauis refugiadas en Tinduf (Argelia). Pese a ser un estudio con limitaciones por su carácter exploratorio y por el pequeño tamaño de la muestra, arrojó evidencia en torno al estado de salud mental de las personas evaluadas en los campamentos de refugiados.

Por lo que respecta a los participantes, las características sociodemográficas sugirieron que se trata de una muestra representativa aunque de pequeño tamaño. La mayoría de los evaluados nacieron en los campamentos de refugiados (66.66%) con una media de edad de 34.50 años (DT = 12.26). Esta cifra fue acorde a la estimación del ACNUR, (2016), que sugiere que el 60% de los refugiados en los campamentos de Tinduf (Argelia) son menores de 30 años, siendo casi dos generaciones las nacidas en estos campos de refugiados. Al mismo tiempo, predominó el desempleo en la muestra (69.2%) lo que es habitual y representativo en este campo de refugio.

A su vez, la familia apareció como un elemento relevante, tanto como fuente de apoyo (81%) como por aspectos organizativos y funcionales relativos a la convivencia (97.6%). Con frecuencia, el carácter saharaui apela a la unidad familiar como un elemento identitario, de fortaleza y de apoyo. Sin embargo, pese a que la familia fue referida como uno de los principales apoyos, no se encontró que la resiliencia evaluada tuviese relación con el apoyo familiar percibido. Asimismo, el sentimiento de integración fue referido por una amplia mayoría de los participantes (61.9%) sin que tampoco se encontrase una relación directa con los niveles de resiliencia obtenidos. No obstante, durante las evaluaciones, algunas de las personas que reflejaron sentirse integradas en los campamentos de refugiados expresaron que la base de su integración era el sentimiento colectivo de estar todas personas unidas por la misma causa. Expresaron que su principal deseo y esperanza era vivir como ciudadanos libres y con derechos en el Sáhara Occidental. Sin embargo, reflejaron que en Tinduf (Argelia) encontraban protección e integración comparado con una hipotética situación de vivir bajo la ocupación marroquí en los territorios ocupados.

La información que llega a los campamentos de refugiados sobre la violencia política perpetrada contra familiares o compatriotas saharauis en los Territorios Ocupados tuvo un impacto negativo en la salud mental de los refugiados en Tinduf. El 50% de las personas evaluadas reflejaron malestar psicológico y pensamientos negativos asociados a la violencia política sufrida por los saharauis en el Sáhara Occidental y a otros elementos como un posible cese de la cooperación. El 54% de los saharauis expresaron que estos pensamientos negativos les ocupaban mucha parte de su pensamiento, en el sentido de que tenían estos pensamientos de forma recurrente.

Pese a ello, la esperanza en el futuro se mantuvo presente en más de la mitad de las personas evaluadas (54.8%), encontrándose una cifra similar a la aportada en un estudio previo de Guarch-Rubio y Manzanero (2017) Resultó relevante este indicador de esperanza en el futuro porque tuvo un efecto en los refugiados con baja resiliencia. Por tanto, confiar en que la situación de refugio prolongado tenía un carácter transitorio se constituyó como un elemento de protección de la salud mental en los saharauis evaluados. Acorde a ello, se hipotetizó que la esperanza en el futuro pudiera ser una estrategia resiliente a nivel comunitario, dentro de la sociedad saharaui en tanto y cuanto minimizaría el desarrollo de problemas psicológicos. Sin embargo, la falta de estudios con esta población y la dificultad que estriba en comparar estos resultados con trabajos previos hace que sea difícil establecer generalizaciones.

A su vez, estos resultados apoyaron las investigaciones previas que sugieren que la condición de refugio conlleva un deterioro en la salud mental de los refugiados (Basoglu et al., 2001; Bogic et al., 2012; De Jong et al., 2003; Gootzeit y Markon, 2011; Guarch-Rubio, 2021; Guarch-Rubio y Manzanero, 2017; Guarch-Rubio et al., 2021; Priebe et al., 2013; Schick et al, 2018; Steel et al., 2009) y especialmente si se ha nacido en un entorno de desplazamiento forzado. Para la muestra evaluada, se observó que haber nacido en los campamentos de refugio fue un elemento que limitó el desarrollo de estrategias resilientes. La revisión de estos resultados concluyó con que la vulnerabilidad emocional de los refugiados saharauis estuvo muy mediatizada por el conflicto político, dado que los principales miedos y pensamientos negativos giraron en torno a él, aunque pese a ello, mantuvieron la esperanza en el futuro.

En último término, el análisis de los resultados sobre el grado de resiliencia encontrado mostró que predominaron los niveles bajos de resiliencia (38.09%) frente a los niveles altos (28.57%) o medios (33.3%). Contrario a lo que otros estudios sostienen acerca de una mayor capacidad resiliente en mujeres que en hombres, este estudio no observó ningún efecto asociado al género.

ESTUDIO II:

Experimentación de tortura y presencia de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en población saharaui residente en los Territorios Ocupados del Sáhara Occidental.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue determinar la presencia de episodios de tortura en la población saharaui residente en el Sáhara Occidental en el periodo posterior a la reactivación del conflicto armado con Marruecos. Se exploró el estado de salud mental de las personas saharauis a través de la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Los resultados obtenidos en el estudio I mostraron que la violencia política perpetrada contra los saharauis en los Territorios Ocupados fue un elemento de riesgo para la salud mental de los refugiados en Tinduf (Argelia). Por este motivo, este estudio analizó posibles casos de tortura y exploró el estado de salud mental en los saharauis residentes en el Sáhara Occidental ocupado tras la reactivación del conflicto armado.

Este estudio entiende como tortura la conceptualización recogida por las Naciones Unidas (1984) en su artículo 1, en la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Acorde por el cual, se entiende "tortura" como todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, así como por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.

MÉTODO

Participantes

En este estudio se evaluó a 30 personas saharauis residentes en los Territorios Ocupados del Sáhara Occidental, 23 fueron mujeres y 7 fueron hombres. El rango de edad osciló entre los 18 y los 65 años con una media de edad de 42,77 años (DT=13,21). Para este estudio, el criterio de inclusión fue haber sido detenido por motivos identitarios tales como autoidentificarse como saharaui en los Territorios Ocupados y haber sufrido violencia durante el periodo de detención. Otro criterio de inclusión fue haber sufrido violencia o situaciones de tortura asociadas a la autoidentificación como saharauis a partir de noviembre de 2020, fecha en la que se produjo la reactivación del conflicto armado.

La evaluación psicológica y de tortura de los saharauis se produjo mediante la coordinación entre activistas defensores de los Derechos Humanos en los territorios del Sáhara Occidental y colaboradores profesionalizados en el sector sanitario y legal del Observatorio Aragonés para el Sáhara Occidental.

Instrumentos y procedimiento

Las personas participantes saharauis cumplimentaron de forma individual, confidencial y heteroaplicada la parte V de sintomatología postraumática y el anexo de historia de tortura del Harvard Trauma Questionnaire en su versión adaptada al DSM-5 (Berthold et al., 2019). En su versión original, el Harvard Trauma Questionnaire de Mollica et al., (1992) ha sido ampliamente utilizado para la evaluación del daño psicológico en refugiados y víctimas de violencia política.

La recogida de los datos psicológicos seleccionados se encuadró en la aplicación del Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, del protocolo de Estambul.

Se registraron los datos relativos a la fecha de evaluación, a la fecha de nacimiento de los participantes y a la fecha de la última detención con episodios de violencia o tortura. Además, como aspectos sociodemográficos se registró el estado civil de los participantes, la profesión y el sexo.

Las evaluaciones fueron desarrolladas in situ por activistas en defensa de los Derechos Humanos en el Sáhara Occidental y su anonimato se mantuvo en este estudio por razones de preservar su seguridad. Previo al desarrollo de las evaluaciones, los activistas recibieron indicaciones con las directrices a aplicar para la recogida de datos. De esta manera, se les indicó la necesidad de leer a los participantes las condiciones del consentimiento informado y tras la aprobación de este, se procedió a la recogida de datos. Por motivos de seguridad y de protección de las víctimas/supervivientes, el consentimiento informado se obtuvo de forma verbal. A su vez, para garantizar la fiabilidad en la recogida de datos, se proporcionó a los participantes un código y un número personal y de esta forma, se evitó un posible efecto de duplicación de datos para una misma persona. En todas las entrevistas, el periodo de tiempo entre la fecha de evaluación y de detención fue superior a un mes.

Los cuestionarios se tradujeron al árabe y al inglés y se revisaron las traducciones por pares.

En este estudio, se aplicó la parte V del HTQ que estuvo compuesta por 25 ítems que reflejaron los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y cuya evaluación psicométrica dio lugar a la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático en la población evaluada. Las respuestas correspondieron a una escala Likert del 1 a 4, donde 1 fue nada, 2 fue un poco, 3 fue bastante y 4 fue extremadamente. Respecto al diagnóstico de TEPT, se obtuvo a través del promedio de los síntomas postraumáticos del HTQ, utilizando 2.5 como punto de corte clínico. Así, las puntuaciones mayores de 2.5 indicaron una mayor probabilidad de padecer TEPT (Ibrahim y Hassan, 2017; Rasmussen et al., 2015). Por último, este cuestionario incluyó un apéndice donde se detallaron las experiencias de tortura sufridas por las personas evaluadas. Este anexo de tortura incluyó 27 respuestas dicotómicas "Sí/No" acordes a si había habido o no experimentación previa de tortura e incluyó una respuesta abierta al final de la prueba.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Acorde a los datos sociodemográficos, la mayoría de los/as saharauis participantes en este estudio estaban casados/as (63.3%), frente a un 30% que estaban solteros/as y a dos casos de una persona viuda y otra separada. Respecto a la situación laboral de las personas saharauis entrevistadas predominó el desempleo (60%). Un 13.3% reflejaron estar trabajando y un 16.7% se reconocieron como estudiantes. A su vez, un 10% de las personas encuestadas expresaron haber sido despedidas laboralmente por cuestiones identitarias asociadas a su origen saharaui.

El periodo de tiempo en el que tuvieron lugar las detenciones fue principalmente de abril a junio de 2021 (90%), frente a otras detenciones registradas entre los meses de noviembre de 2020 y febrero de 2021.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
ESTADO CIVIL		
Soltero/a	9	30
Casado/a	19	63.3
Viudo/a, separado/a o divorciado/a	2	6.7
SITUACIÓN LABORAL		
Sin trabajo	18	60
Empleado/a	4	13.3
Estudiante	5	16.7
Despido por motivos identitarios (ser saharaui)	3	10
PERIODO DE DETENCIÓN		
De noviembre 2020 a febrero 2021	3	10
Abril 2021 a junio 2021	27	90

TABLA 1.

Características sociodemográficas de la muestra evaluada. Los datos de este estudio fueron recogidos en junio, julio y agosto de 2021.

Prevalencias en la sintomatología postraumática y en el desarrollo de TEPT

El análisis psicológico del estado de salud mental en las personas saharauis a consecuencia de la exposición a situaciones violentas, mostró una prevalencia en TEPT de 36,7% acorde a los criterios del DMS-5. Referente a la sintomatología postraumática destacaron de forma extrema los pensamientos o recuerdos recurrentes de los eventos dañinos o traumáticos vividos por las personas saharauis en un 76.7%. Igualmente, un volumen considerable de población (73.3%) refirió de forma extrema sentir como si el evento dañino estuviese ocurriendo de nuevo y de forma más residual, reconocieron pesadillas sobre los hechos traumáticos como una sintomatología muy recurrente en un 36.7% de los participantes. De esta forma, la memoria de los hechos traumáticos y la reviviscencia o flashbacks de estas imágenes traumáticas destacaron sobre el resto de la sintomatología que se caracterizó de forma extrema por respuestas elevadas de activación. Por ejemplo, estar a la defensiva (40%), presentar estallidos de rabia o sentirse irritable (40%) y reacciones físicas o emocionales cuando se recordaban los eventos traumáticos o dañinos (33%).

A su vez, se encontraron respuestas cognitivas negativas orientadas hacia sentimientos de haber sentido que habían sido dañados como personas por el evento traumático sufrido y dificultades de concentración en un 33.3% de los casos. Pese a ello, los síntomas relacionados con un plano emocional-cognitivo negativo se refirieron de forma residual. Por ejemplo, reacciones traumáticas como sentirse distanciado de la gente, la incapacidad para sentir emociones, el sentimiento de que no existe futuro y las fuertes respuestas de miedo, horror, rabia, vergüenza o culpabilidad sobre los eventos traumáticos fueron referidos por un 13.3% de los encuestados. El mismo porcentaje de participantes (13.3%) refirió evitar actividades que le recordasen los hechos dañinos y se reconocieron incapaces de no recordar los eventos traumáticos. Por último, tan solo el 10% de los saharauis expresó sentimientos de irrealidad con el entorno y con las personas y no existió autoculpabilización por los eventos traumáticos vividos. Por último, nadie sintió ser una mala persona.

SÍNTOMAS POSTRAUMÁTICOS	NADA		UN POCO		BASTANTE		EXTREMA-DAMENTE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pensamientos o recuerdos recurrentes de los eventos dañinos o traumáticos que hayas vivido	1	3.3	2	6.7	4	13.3	23	76.7
Sentir como si el evento dañino ocurriese de nuevo	2	6.7	1	3.3	5	16.7	22	73.3
Estar a la defensiva, en guardia	2	6.7	9	30	7	23.3	12	40
Estallidos de rabia o sentirse irritable	8	26.7	2	6.7	8	26.7	12	40
Pesadillas recurrentes	7	23.3	6	20	6	20	11	36.7
Sentimiento de que ha sido dañado como persona por el evento traumático	8	26.7	3	10	8	26.7	11	36.7
Dificultades de concentración	11	36.7	4	13.3	5	16.7	10	33.3
Reacciones físicas o emocionales cuando se recuerdan eventos traumáticos o dañinos	8	26.7	4	13.3	8	26.7	10	33.3
Sobresaltos con facilidad, se pone nervioso con facilidad	13	43.3	4	13.3	6	20	7	23.3
Evitar pensamientos o sentimientos asociados a los eventos traumáticos o dañinos	10	33.3	5	16.7	8	26.7	7	23.3
Sentimiento de que aquello que te recuerda al trauma se siente como un sueño, como si no estuviera ocurriéndote a ti o como si no fuera real	12	40	5	16.7	6	20	7	23.3

SÍNTOMAS POSTRAUMÁTICOS	NADA		UN POCO		BASTANTE		EXTREMA-DAMENTE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos interés en las actividades diarias	16	53,5	2	6,7	6	20	6	20
Sentimiento de que el mundo es un lugar peligroso	11	36.7	8	26.7	5	16.7	6	20
Problemas para dormir	8	26.7	8	26.7	8	26.7	6	20
Dificultad para sentir amor o felicidad	11	36.7	5	16.7	9	30	5	16.7
Tener actitudes de riesgo que pueden dañar a uno mismo o a otros	18	60	5	16.7	2	6.7	5	16.7
Sentirse distanciado de la gente	11	36.7	7	23.3	8	26.7	4	13.3
Incapacidad para sentir emociones	14	46.7	6	20	6	20	4	13.3
Evitar actividades que recuerden los hechos traumáticos o dañinos	13	43.4	6	20	7	23.3	4	13.3
Incapacidad para recordar los eventos traumáticos o dañinos	13	43.3	7	23.3	6	20	4	13.3
Sentir que no existe futuro	18	60	4	13.3	4	13.3	4	13.3
Fuertes sentimientos de miedo, horror, rabia, vergüenza o culpabilidad sobre los eventos traumáticos	13	43.4	7	23.3	6	20	4	13.3
Culpabilizarse a sí mismo por los eventos traumáticos	22	73.3	2	6.7	3	10	3	10
Sentimiento de que la gente o los objetos alrededor de ti no son reales o son extraños	23	76.7	3	10	1	3.3	3	10
Sentir que se es una mala persona	28	93.3	1	3.3	1	3.3	0	0

TABLA 2.

Síntomas postraumáticos en saharauis residentes en los Territorios Ocupados del Sáhara Occidental (N=30). Ordenados de mayor a menor frecuencia. Los datos de este estudio fueron recogidos en junio, julio y agosto de 2021.

Experimentación de tortura

Por lo que respecta a la experimentación de tortura, se destaca que la razón de estos episodios fue motivada por su condición identitaria-política como saharauis y que en todos los casos fue perpetrada por cuerpos de seguridad del Estado marroquí. A su vez, estos episodios de tortura hicieron referencia a la última detención de los entrevistados, registrada entre noviembre de 2020 y junio de 2021. De esta forma, pese a que muchas personas contaban con otros episodios de tortura en su historia vital, para este estudio solo se evaluaron aquellos que acontecieron a partir de noviembre de 2020.

Los resultados recogidos en la Tabla 3, muestran que todos los participantes excepto uno (96.7%) habían recibido golpes, patadas y habían sido golpeados con objetos. Además, la inmensa mayoría de las personas saharauis (90%) refirieron amenazas y humillación. Por lo que respecta al resto de episodios de tortura, se hallaron resultados más residuales y no tan generalizados. Así, un 23.3% de los saharauis expresaron haber sido expuestos a condiciones antihigiénicas que les condujeron a enfermedades e infecciones y el 20% reconoció haber sufrido hambre, haber sido privado de sueño intencionadamente, haber sido encadenado o atado a otras personas y haber sido forzado a escribir falsas confesiones durante el periodo de detención.

A su vez, otros episodios de tortura como el haber sido forzado a estar de pie durante largos periodos de tiempo, el llevar una venda en los ojos o el haber sufrido episodios de asfixia fueron referidos por el 16.7% de los encuestados, representando experiencias en cinco de cada treinta participantes. Además, un 13.3% de los saharauis expresaron una exposición forzada al calor, a la luz intensa, al sol o a la tortura de terceras personas. De forma más residual, se recogieron otras experiencias de tortura durante el periodo de detención, por ejemplo un 10% reconoció el haber recibido golpes en las plantas de los pies con instrumentos alargados tipo varas . A su vez, dos de las personas evaluadas (6.7%) expresaron que durante las detenciones habían sido forzadas a estar en un espacio reducido, habían sido víctimas de simulacro de ejecuciones y habían sido forzadas a consumir pastillas sin prescripción médica. Por último, tan solo una persona expresó haber sido torturada con métodos de agua tales como simular ser ahogada o sumergir la cabeza en agua (3.3%). En la misma dirección, la violación sexual y el haber recibido descargas (shocks) eléctricas fue referido tan solo por un 3.3% de los participantes.

TABLA 3.

Experimentación de tortura en saharauis residentes en los Territorios Ocupados del Sáhara Occidental (N=30). Ordenados de mayor a menor frecuencia. Los datos de este estudio fueron recogidos en junio, julio y agosto de 2021.

EXPERIENCIAS DE TORTURA	N	%
Golpes, patadas, ser golpeado con objetos	29	96.7
Amenazas, humillación	27	90
Expuesto a condiciones antihigiénicas que conducen a infecciones/ enfermedades	7	23.3
Pasar hambre	6	20
Deprivación de dormir	6	20
Ser encadenado o atado a otras personas	6	20
Forzado a escribir confesiones	6	20
Forzado a estar de pie	5	16.7
Venda en los ojos	5	16.7
Forzado a ser asfixiado	5	16.7
Exposición al calor, al sol o a una luz intensa	4	13.3
Forzado a ser testigo de la tortura de otras personas	4	13,3
Golpes en las plantas de los pies con varas	4	13.3
Aislamiento, confinamiento solitario.	3	10
Soplos en los oídos	3	10
Forzado a estar en un saco, caja o un espacio pequeño	2	6.7
Sobresfuerzo, trabajo duro	2	6.7
Simulacro de ejecución	2	6.7
Experiencia de una simulación de ejecución	2	6.7
Administración médica (no terapéutica). Forzado a consumir pastillas	2	6.7
Forzado a ser ahogado o a sumergir la cabeza en agua	1	3.3
Violación sexual o mutilación de genitales	1	3.3
Haber recibido descargas (shocks) eléctricas	1	3.3

Discusión

Este estudio mostró el nivel de violencia política sufrida por los saharauis en los territorios ocupados, que en algunos casos implicó torturas. Acorde a los testimonios recogidos, el denominador común motivador de las detenciones fue el "ser saharaui" y en ocasiones, estar manifestando o haber manifestado públicamente un sentimiento identitario. El hecho de que un 96.7% de los participantes recibió golpes y patadas durante sus detenciones y que el 90% sufrió amenazas y humillaciones, muestra el carácter sistemático y generalizado de estos procedimientos. No obstante, para una mayor generalización de los resultados se requiere una muestra de participantes más amplia.

Las dificultades para acceder a una muestra más numerosa se debieron de un lado, a las restricciones de movilidad internacional por la actual pandemia. De otro lado, a la obstaculización del gobierno marroquí que impide el acceso de observadores y observadoras independientes para hacer evaluaciones de tortura en la población saharaui residente en los Territorios Ocupados y, con especial énfasis estos impedimentos se agudizaron a causa de la pandemia. En suma, debido a los cierres de las fronteras por la pandemia mundial de la COVID-19 y a la reanudación de la guerra, fue imposible que para la realización de este informe se viajase a los Territorios Ocupados del Sáhara Occidental, tal y como inicialmente estaba previsto. Sin embargo, pese a que el número de participantes fue reducido, los periodos de evaluación fueron muy acotados. De esta manera, los datos recogidos pudieron inferir una descripción representativa de las prácticas violentas de detención marroquíes contra los saharauis en el Sáhara Occidental durante este periodo de tiempo. A su vez, la existencia de este tipo de prácticas corroboró los miedos, las inseguridades y las inquietudes anticipadas por los refugiados saharauis de Tinduf (Argelia), acerca del estado de sus familiares y compatriotas en el Sáhara Occidental.

Con relación al daño psicológico, un 36.7% cumplió criterios para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), similar a los porcentajes encontrados en víctimas de experiencias traumáticas (Galatzer-Levy, Huang y Bonanno, 2018). Pese a ello, los participantes pudieron haber experimentado otro tipo de problemas psíquicos no recogidos en esta categoría clínica. Además, la prevalencia recogida en el mencionado dato ha de interpretarse como resultado de un posible efecto acumulativo de otras situaciones traumáticas o de tortura. En este sentido, algunas de las personas evaluadas habían sufrido violencia política y tortura en más de una ocasión anteriores a noviembre de 2020. Como suele ser habitual en este tipo de traumas, los resultados indican una recuperación resiliente para el desarrollo de TEPT en la mayoría de los casos. Además, de las personas evaluadas, el 60% expresaron que para nada sintieron que no existía el futuro para ellos. De nuevo, la esperanza en el futuro surgió en este estudio como un elemento de fortaleza saharaui, común a los resultados obtenidos en sus compatriotas de los campos de refugiados de Tinduf (Argelia) del estudio anterior.

Referente a la sintomatología, la persistencia de pensamientos o sentimientos asociados a los eventos traumáticos destacó sobre el resto de los síntomas asociados al trauma. Así, las persistencias traumáticas se materializaron en pensamientos o recuerdos recurrentes de los eventos dañinos o traumáticos (76.7%) y en sentimientos de que el evento ocurriese de nuevo (73.3%). La discusión de estos resultados anticipó dos lecturas. Por un lado, sugirió un sentimiento político de reafirmación en cuanto a la categorización dentro de un grupo (el de los saharauis) y del recuerdo del daño sufrido por la mera pertenencia a ese grupo como un mecanismo resiliente. Por otro lado, la persistencia de estos pensamientos y recuerdos pudo cumplir una función de protección como elementos activadores de respuestas y de reacciones ante futuras amenazas e inseguridades. Sea como fuere, se requiere mayor investigación para poder brindar apoyo a estas víctimas/supervivientes y para minimizar los efectos nocivos que estos episodios tienen en la salud mental de la totalidad de la población saharaui.

ESTUDIO III:

Elementos resilientes en población saharaui refugiada en los campamentos de refugio de Tinduf (Argelia) durante la situación pandémica y posterior a la reactivación de la guerra.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue conocer el efecto que la reactivación de la guerra y la situación actual de violencia en el Sáhara Occidental tuvo sobre la salud mental de la población refugiada en los campamentos Tinduf (Argelia).

Este estudio tomó como base los datos obtenidos en el estudio I donde se reflejaron temores en la población saharaui residente en Tinduf (Argelia) por la situación de peligro y de violencia de otros compatriotas y familiares residentes en los Territorios Ocupados. A su vez, se tuvieron en consideración los resultados de violencia política contemporánea contra el pueblo saharaui encontrados en el estudio II.

MÉTODO

Participantes

En este estudio se evaluó a 31 personas saharauis residentes en el campo de refugiados de Tinduf (Argelia), 23 fueron mujeres y 8 hombres con una media de edad de 42.94 años (DT = 13.38). En el momento de la evaluación, los refugiados llevaban una media de 37.97 años (DT = 7.71) viviendo bajo condición de refugio. La inclusión de los participantes en el estudio se produjo en colaboración con la Dirección del Departamento de Salud Mental de los campamentos de refugiados.

Instrumentos y procedimiento

Los refugiados saharauis cumplimentaron de forma individual, confidencial y hetero aplicada la misma historia clínica que se diseñó para el estudio I, adaptada a las características de la población saharaui. En esta ocasión, se incluyeron el factor COVID-19 y el retorno a las hostilidades bélicas como dos posibles elementos de riesgo para la salud mental de los saharauis.

Las evaluaciones fueron desarrolladas por personal especializado en salud mental de los campamentos de refugiode Tinduf (Argelia). Se contó con la colaboración del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud de los campamentos de refugiados.

Las traducciones se revisaron por pares y se comprobó su validez, viéndose facilitada su aplicación al estar los cuestionarios simultáneamente en árabe y en castellano. La recogida de datos se realizó en los domicilios (jaimas) de algunos participantes y en los dispensarios de los centros de salud de los campamentos. Las evaluaciones tuvieron lugar en octubre de 2021.

De la historia clínica aplicada, este estudio incluyó los datos sociodemográficos referentes al sexo, a la edad, al lugar de nacimiento de los participantes, al tiempo en situación de refugio, al estado civil y a otros aspectos relacionados con el núcleo de convivencia, con la educación, con el empleo, con el estado de salud general y con los recursos económicos. En segundo lugar, la historia clínica recogió elementos relacionados con el afrontamiento y con la vulnerabilidad. Así, se reflejaron los principales apoyos de los refugiados, la percepción de integración en Tinduf (Argelia), la falta de esperanza en el futuro y la presencia de las principales preocupaciones, miedos e inseguridades.

De nuevo se utilizó la Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993), detallada en el estudio I de este informe.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Acorde a los datos sociodemográficos reflejados en la Tabla 1, los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia) fueron el lugar de nacimiento predominante entre los participantes evaluados (58.1%), en comparación con un 41.9% de los saharauis que nacieron en los territorios del Sáhara Occidental. Con relación al estado civil, la inmensa mayoría de las personas encuestadas estaban casadas (74.2%) y de forma más residual, un 16.1% expresaron no haberse casado nunca y un 9.7% eran viudos/as. Por lo que respecta a la formación académica, destacaron los estudios universitarios para el conjunto de la muestra (41.9%), los secundarios completos

(29%) y los estudios primarios incompletos (19.4%). La mayoría de las personas se encontraban en una situación laboralmente activa y la fuente de ingresos principal fue el empleo (51.6%). No obstante, de las personas empleadas un 9,6 % reconoció necesitar ayuda de la cooperación o de otros familiares. La familia fue el principal agente de convivencia, y o bien se convivía con la pareja y con otros familiares (hermanos/as, hijos/as, padre, madre…) en un 67.7% o con la familia sin la presencia de la pareja (32.2%). Por último, reflejar que la inmensa mayoría de las personas refugiadas encuestadas reflejaron problemas de salud físicos (67.7%), con una mayor o menor intensidad en la sintomatología.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
LUGAR DE NACIMIENTO		
Sáhara Occidental	13	41.9
Campamentos de refugiados	18	58.1
ESTADO CIVIL		
Soltero/a	5	16.1
Casado/a	23	74.2
Viudo/a, separado/a o divorciado/a	3	9.7
ESTUDIOS		
Primarios incompletos	6	19.4
Primarios completos	1	3.2
Secundarios incompletos	2	6.5
Secundarios completos	9	29
Universitarios	13	41.9
FUENTE DE INGRESOS		
Desempleado/a	15	48.4
Empleado/a	16	51.6
CONVIVENCIA		
En familia sin pareja	10	32.2
Con la pareja	21	67.7
ENFERMEDADES FÍSICAS	21	67.7

TABLA 1.

Características sociodemográficas de la muestra (N=31). Los datos de este estudio fueron recogidos en octubre de 2021.

Elementos de afrontamiento y de vulnerabilidad

Los factores de afrontamiento y de vulnerabilidad quedaron recogidos en la Tabla 2 de este estudio. La red familiar supuso el principal recurso de apoyo emocional (74.1%). A su vez, algunas personas reconocieron otros elementos de sostén en confluencia con el familiar (28.9%). Por ejemplo, el propio apoyo en uno mismo, en el entorno social o en la causa saharaui. Destacó la ausencia de un sentimiento de integración en Tinduf (Argelia) (83.9%), las personas manifestaron estar cansadas de la situación de espera en la que se encontraban e hicieron referencia a la imposibilidad de adaptarse a una tierra que no era la suya. Los principales miedos y preocupaciones estuvieron estrechamente relacionados con el conflicto político y con la situación de retorno a las hostilidades bélicas en el Sáhara Occidental. Así, destacaron pensamientos de preocupación orientados a la reactivación de la guerra en el Sáhara Occidental (58.1%), seguidos de la situación de inquietud acerca del estado de sus familias en los Territorios Ocupados principalmente por la violencia del gobierno marroquí hacia los saharauis (25.8%). La situación pandémica junto con la reactivación de la guera supuso miedo e inseguridad para el 12.9% de los participantes. A su vez, un 64.5% de las personas saharauis encuestadas reflejaron que estas preocupaciones, miedos e inseguridades les ocupaban buena parte de su pensamiento. Pese a ello, la esperanza en el futuro estuvo presente en el 83.9% de los saharauis evaluados en Tinduf (Argelia).

ELEMENTOS DE AFRONTAMIENTO Y VULNERABILIDAD	N	%
APOYO FAMILIAR		
Sí	23	74.1
No	8	25.8
¿SE SIENTE INTEGRADA EN TINDUF (ARGELIA)?		
Sí	4	12.9
No	26	83.8
No contesta	1	3.2
PREOCUPACIONES, MIEDOS E INSEGURIDADES		
Situación de la familia en el Sáhara Occidental	8	25.8
Reactivación de la guerra en el Sáhara Occidental	18	58.1
Reactivación de la guerra y situación de pandemia Covid-19	4	12.9
Ausencia de miedos	1	3.2
¿ESTOS MIEDOS LE OCUPAN MUCHA PARTE DE SU PENSAMIENTO?		
Sí	20	64.5
No	11	35.5
ESPERANZA EN EL FUTURO		
No	5	16.1
Sí	26	83.9

Tabla 2.

Elementos de afrontamiento y vulnerabilidad (N=31). Los datos de este estudio fueron recogidos en octubre de 2021.

Escala de Resiliencia

Los resultados en la evaluación de resiliencia obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia de Wagnild and Young (1993), mostraron que la mayoría de los participantes obtuvieron un nivel de resiliencia bajo (48.38%), frente a un nivel medio (32.25%) o alto (19.35%). No se encontraron elementos explicativos de los diferentes niveles de resiliencia en base a los datos sociodemográficos o a los elementos de protección y de riesgo evaluados. Sin embargo, sí se observó que más mujeres que hombres obtuvieron niveles medios o altos de resiliencia.

A su vez, al estudiar la relación entre los niveles de resiliencia y la edad de los participantes se encontró una correlación inversa y estadísticamente significativa (rho = -.415; p = .020). Es decir, a mayor edad, menores niveles de resiliencia. Esta misma correlación se encontró en los niveles de resiliencia y en los años de refugio (rho = -.369; p = .041). De esta manera, a mayores años de refugio, menor resiliencia y menor capacidad de afrontamiento.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio mostraron una menor capacidad resiliente en las personas evaluadas, en comparación con el estudio I, previo a la situación pandémica y a la reactivación de la guerra. Respecto a los datos sociodemográficos, destacó que una amplia mayoría de los evaluados poseía formación universitaria, lo que en otros trabajos se ha sido considerado como un elemento de protección para la salud mental. Sin embargo, en este estudio no se observó que el nivel académico fuese un factor resiliente. A su vez, más de la mitad de los participantes estaban empleados, lo cual resultó atípico en una situación de refugio como la de Tinduf (Argelia). Otro dato característico de la muestra fue que, en un amplio porcentaje, cercano al 70%, se manifestaron dolencias físicas. Sin embargo, este estudio no registró las características de la sintomatología física expresada por los participantes. Este registro hubiera sido adecuado para estudiar la presencia de una posible psico-somatización generalizada, como otros estudios previos han encontrado en esta población (Guarch-Rubio y Manzanero, 2017). Al mismo tiempo, la limitación de la cooperación médica internacional en Tinduf (Argelia) a causa de la pandemia de COVID-19, pudo haber explicado este empeoramiento en la autopercepción física de la salud en los participantes.

El apoyo familiar se mantuvo como uno de los pilares de referencia de la sociedad saharaui, pese a que la inmensa mayoría de los participantes no se sintieron integrados en los campamentos de refugiados (83.8%). El análisis de los testimonios aportados desprendió cansancio por la situación de espera en la que se encontraba el pueblo saharaui. De esta manera, los datos denotaron una fatiga generalizada en los participantes para formar parte de una sociedad que se consume en la espera. Con relación a los elementos de riesgo para la salud mental de los refugiados saharauis en Tinduf (Argelia), destacaron el retorno a las hostilidades bélicas y la situación de violencia política en los territorios ocupados. La discusión de estos resultados anticipó una interpretación sujeta a contradicciones. Acorde a las narrativas recogidas, el retorno a las hostilidades bélicas y la reactivación del conflicto pareció ser la única herramienta para visibilizar la situación de estancamiento en la que el conflicto saharaui permanece desde 1975. En este sentido, este factor fue un elemento de mantenimiento de la esperan

Los resultados obtenidos en este estudio mostraron una menor capacidad resiliente en las personas evaluadas, en comparación con el estudio I, previo a la situación pandémica y a la reactivación de la guerra. Respecto a los datos sociodemográficos, destacó que una amplia mayoría de los evaluados poseía formación universitaria, lo que en otros trabajos se ha sido considerado como un elemento de protección para la salud mental. Sin embargo, en este estudio no se observó que el nivel académico fuese un factor resiliente. A su vez, más de la mitad de los participantes estaban empleados, lo cual resultó atípico en una situación de refugio como la de Tinduf (Argelia). Otro dato característico de la muestra fue que, en un amplio porcentaje, cercano al 70%, se manifestaron dolencias físicas. Sin embargo, este estudio no registró las características de la sintomatología física expresada por los participantes. Este registro hubiera sido adecuado para estudiar la presencia de una posible psico-somatización generalizada, como otros estudios previos han encontrado en esta población (Guarch-Rubio y Manzanero, 2017). Al mismo tiempo, la limitación de la cooperación médica internacional en Tinduf (Argelia) a causa de la pandemia de COVID-19, pudo haber explicado este empeoramiento en la autopercepción física de la salud en los participantes.

El apoyo familiar se mantuvo como uno de los pilares de referencia de la sociedad saharaui, pese a que la inmensa mayoría de los participantes no se sintieron integrados en los campamentos de refugiados (83.8%). El análisis de los testimonios aportados desprendió cansancio por la situación de espera en la que se encontraba el pueblo saharaui. De esta manera, los datos denotaron una fatiga generalizada en los participantes para formar parte de una sociedad que se consume en la espera. Con relación a los elementos de riesgo para la salud mental de los refugiados saharauis en Tinduf (Argelia), destacaron el retorno a las hostilidades bélicas y la situación de violencia política en los territorios ocupados. La discusión de estos resultados anticipó una interpretación sujeta a contradicciones. Acorde a las narrativas recogidas, el retorno a las hostilidades bélicas y la reactivación del conflicto pareció ser la única herramienta para visibilizar la situación de estancamiento en la que el conflicto saharaui permanece desde 1975. En este sentido, este factor fue un elemento de mantenimiento de la esperanza en el futuro, que se mantuvo muy presente entre los evaluados (83.9%). Sin embargo, constituyó a su vez un elemento de riesgo que ocupó mucho pensamiento sobre miedos e inseguridades en las personas saharauis refugiadas en Tinduf (Argelia). De esta manera, los resultados podrían sugerir que la reactivación de la guerra fue una vía de recuperación de esperanza en el futuro, pese a que su esencia misma, constituyó un factor de riesgo para la salud mental de los refugiados en Tinduf (Argelia). En suma, este estudio arrojó evidencia científica acerca de un empeoramiento generalizado en los niveles de resiliencia de la población saharaui refugiada en Tinduf, pese a que los niveles de esperanza en el futuro aumentaron considerablemente.

CONCLUSIONES

Este informe constituye una aproximación a la salud mental de las personas saharauis. La falta de estudios sobre la vulnerabilidad a la que se ve expuesta el pueblo saharaui, implica que las necesidades psicológicas y psicosociales raramente encuentran la atención que merecen.

Los tres estudios incluidos en este informe mostraron que, pese a que el pueblo saharaui es un pueblo con fortaleza y con esperanza en el futuro, la actual situación de enquistamiento político y de violencia política tuvo efectos sobre su salud mental. Sumado a lo anterior, el año 2020 trajo restricciones en la movilidad internacional por la situación pandémica. Este hecho limitó la ayuda a la cooperación en Tinduf y en el Sáhara Occidental. Igualmente, se impidió la presencia de observadores externos para denunciar la vulneración de derechos humanos en los territorios ocupados.

Consecuentemente, en los campamentos de refugiados se observó una disminución en el grado de resiliencia de la población comparado con años previos. Sin embargo, la esperanza en el futuro de los saharauis refugiados a largo plazo en Tinduf (Argelia) se ubicó en los niveles más altos registrados. Asimismo, los saharauis residentes en los Territorios Ocupados del Sáhara Occidental también presentaron esperanza en el futuro, pese a la experimentación de violencia política y de tortura asociadas a su condición identitaria de saharauis.

A su vez, este informe mostró cómo la violencia política y de tortura perpetradas contra el pueblo saharaui en los territorios ocupados, tuvieron un efecto en la salud mental de las personas saharauis refugiadas en Tinduf (Argelia). Este hallazgo motivó la necesidad de establecer futuras vías de investigación para determinar si, de forma inversa, la situación de refugio prolongado pudiese añadir preocupación y limitase el bienestar de los saharauis en el Sáhara Occidental.

Además, se puso en evidencia la falta de estudios similares que aborden la salud mental del pueblo saharaui y que sirvan como base para el desarrollo de estrategias de resiliencia colectiva y de crecimiento individual. Por último, se vio necesario el desarrollo de nuevos estudios de investigación que incluyan a un conjunto mayor de personas y que pongan el foco en la población socioculturalmente más vulnerable, como los menores y las mujeres.

REFERENCIAS

ACHOTEGUI, J. (2009). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Gaceta Médica de Bilbao*, 106(4), 122-133.

ACNUR (2016): *'Refugee' or 'migrant'* – Which is right? https://www.unhcr.org/news/latest/2016/7/55df0e556/unhcr-viewpoint-refugee-migrant-right.html

ACNUR (2020). *Asylum and Migration*. https://www.unhcr.org/asylum-and-migration.htm

AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL AL DESARROLLO (AECID).(2020). *Estrategia Humanitaria, 2020-2021. Población Refugiada Saharaui.* https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Acci%C3%B3n%20Humanitaria/AECID-Estrategia-Humanitaria-2020-2021-Poblacion-Refugiada-Saharaui%202020-07-03.pdf

AMNISTÍA INTERNACIONAL (30 NOVIEMBRE DE 2020). *Human rights monitoring needed more than ever in Western Sahara.* https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/11/human-rights-monitoring-needed-more-than-ever-in-western-sahara/

AMNISTÍA INTERNACIONAL (10 JUNIO DE 2021). Sáhara Occidental. *Un conflicto vivo en una zona olvidada*. https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/sahara-occidental-un-conflicto-vivo-en-una-zona-olvidada/

ANTONOVSKY, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11

ARNETZ, J., ROFA, Y., ARNETZ, B., VENTIMIGLIA, M., Y JAMIL, H. (2013). Resilience as a protective factor against the development of psychopathology among refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 167-172. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848afe

ASHFORD, M. W., Y HUET-VAUGHN, Y. (2000). *The impact of war on women.* In B. S. Levy y V. W. Sidel (Eds.), War and public health (pp. 186-196). Washington: American Public Health Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).Washington, DC: APA.

BASOGLU, M., JARANSON, J. M., MOLLICA, R., KASTRUP, M. (2001). *Torture and Mental Health.* In E. Gerrity, F. Tuma y T.M. Keane (Eds.), The Mental Health Consequences of Torture. The Plenum Series on Stress and Coping. Springer, Boston, MA https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1295-0_3

BEGIKHANI, N., HAMELINK, W. Y WEISS, N. . (2018). Theorising women and war in Kurdistan: A feminist and critical perspective. Kurdish Studies, 6(1), 5-30. https://doi.org/10.33182/ks.v6i1.432

BERTHOLD, S. M., MOLLICA, R. F., SILOVE, D., TAY, A. K., LAVELLE, J. Y LINDERT, J. (2019). The HTQ-5: revision of the Harvard Trauma Questionnaire for measuring torture, trauma and DSM-5 PTSD symptoms in refugee populations. *European Journal of Public Health*. https://doi.org/10.1093/eurpub/cky256

BOGIC, M., AJDUKOVIC, D., BREMNER,S., FRANCISKOVIC, T., GALEAZZI, G.M., KUCUKALIC,A.,… PRIEBE, S. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: Refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry,* 200(3), 216-223. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084764

BRADLEY, L. Y TAWFIQ, N. (2006). The physical and psychological effects of torture in Kurds seeking asylum in the United Kingdom. *Torture*, 16(1), 41-47

BRITTO RUIZ, D. (2010). El desplazamiento forzado tiene rostro de mujer. Revista *La Manzana de la Discordia*, 5(1), 65-78

BUCKLEY, V. (2013). Psychiatric treatment with people displaced in or from fragile states. *Forced Migration Review*, 43, 60-63.

CEAR (2019). *Caso Suecia. Retos y oportunidades del sistema de asilo en Suecia.* https://www.cear.es/wp-content/uploads/2019/04/INFORME-FINAL-SUECIA.pdf

DE JONG, J. T., KOMPROE, I. H. Y VAN OMMEREN, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *The Lancet*, 361(9375), 2128-2130. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13692-6

DUKIC, N. Y THIERRY, A. (1998). Saharawi refugees: life after the camps. *Forced Migration*, 2, 18-21.

FAZEL, M., WHEELER, J. Y DANESH, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6

FIDDIAN-QASMIYEH, E. (2011). *Protracted Sahrawi displacement. Challenges and opportunities beyond encampment.* Oxford: Refugee Studies Centre, Oxford University. https://www.rsc.ox.ac.uk/files/publications/policy-briefing-series/pb7-protracted-sahrawi-displacement-2011.pdf

GALATZER-LEVY, I. R., HUANG, S. H., & BONANNO, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63, 41-55.

GÓMEZ-VARAS, A. G., VALDÉS, J. Y MANZANERO, A. L. (2016). Evaluación demorada de trauma psicológico en víctimas de tortura durante la dictadura militar en Chile. *Revista de Victimología/Journal of Victimology,* 4, 105-123. Gootzeit, J. y Markon, K. (2011). Factors of PTSD: Differential specificity and external correlates. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 993-1003. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.005

GRAZIA, M. (2017). *The Western Sahara's Diaspora: Homeland, Exile and Resistance among Saharawi Women*. Observatori: Centre d'Estudis Australians / Australian Studies Centre, Universitat de Barcelona. file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Observatorio%20DDHH%20Sahara/Bibliograf%C3%ADa/8.%20Maria%20Grazia%20Cantalupo.pdf

GUARCH-RUBIO, M. Y MANZANERO, A. L. (2017). Psychological disorders in women in long-term forced displacement in the Sahrawi refugee camps. *Revista de Victimología/Journal of Victimology*, 5, 151-170.

GUARCH-RUBIO, M. Y MANZANERO, A. L. (2020). Credibility and Testimony in Asylum Procedures with Unaccompanied Refugee Minors, *European Journal of Migration and Law*, 22(2), 257-271. https://doi.org/10.1163/15718166-12340076

GUARCH RUBIO, M. (2021). *Memoria, Trauma y Resiliencia en Refugiados y Solicitantes de Asilo*. [Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Limerick (Irlanda)]. Repositorio Institucional UCM – E-Prints Complutense.

GUARCH-RUBIO, M., BYRNE, S. Y MANZANERO, A. L. (2021). Violence and torture against migrants and refugees attempting to reach the European Union through Western Balkans. *Torture Journal*, 30(3), 67–83. https://doi.org/10.7146/torture.v30i3.120232

HOLLANDER, A. C., BRUCE, D., BURSTRÖM, B. Y EKBLAD, S. (2011). Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants-a cross-sectional register-based study. *BMC Public Health*, 11(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-180

HUMAN RIGHTS WATCH (2020). *World report 2020*. https://www.hrw.org/world-report/2020

HUMAN RIGHTS WATCH (2021). *World report 2021*. https://www.hrw.org/world-report/2021

HYNES, H. P. (2004). On the battlefield of women's bodies: An overview of the harm of war to women. *Women's Studies International Forum*, 27(5-6), 431-445. https://doi.org/10.1016/j.wsif.2004.09.001

IBRAHIM, H. Y HASSAN, C. Q. (2017). Post-traumatic stress disorder symptoms resulting from torture and other traumatic events among Syrian Kurdish refugees in Kurdistan Region, Iraq. *Frontiers in Psychology*, 8, 241-249. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00241

INTERNAL DISPLACEMENT MONITORING CENTRE (IDMC) (2020). *Displacement Data.* https://www.internal-displacement.org/

INTERNAL DISPLACEMENT MONITORING CENTRE (IDMC) (2020A). *Women and girls in internal displacement.* https://www.internal-displacement.

org/publications/women-and-girls-in-internal-displacement

KHAMIS, V. (2014). Gender responses to psychological distress among palestinians: Risk and protective factors. British Journal of Psychology, 105(3), 338-351. http://dx.doi.org/10.1111/bjop.12036

LOURENÇO, I. (2017). *Sáhara Occidental: Mujeres bajo ocupación.* Porunsaharalibre.org. https://porunsaharalibre.org/2017/08/07/sahara-occidental-mujeres-ocupacion/

MAHMUD AWAH, B., CAMACHO, A., FALEH, C., GONZÁLEZ VEGA, J.A., JIMÉNEZ, P., REVERT, P., SEBASTIÁN, A., URRUTIA SEGURA, L., Y VILLÁN DURÁN, C. (2019). *Sáhara Occidental. Del abandono colonial a la construcción de un estado.* Pregunta. file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Observatorio%20DDHH%20Sahara/Bibliograf%C3%ADa/Sahara_Occidental_Del_abandono_colonial_a_la_construccio%CC%81n_de_un_estado.pdf

MOLLICA, R. F., CASPI-YAVIN, Y., BOLLINI, P., TRUONG, T., TOR, S. Y LAVELLE, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111–116. http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199202000-00008

NACIONES UNIDAS. (1984).*Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.* Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984. Disponible en: https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cat.aspx

NIAZ, U. (2014). Psychiatric Impact of Wars and Terrorism on Muslim Women. *The Arab Journal of Psychiatry*, 25 (1), 1-17. doi: 10.12816/0004110

PRIEBE, S., GAVRILOVIC, J. J., BREMNER, S., AJDUKOVIC, D., FRANCISKOVIC, T., GALEAZZI, G. M. Y SCHÜTZWOHL, M. (2013). Psychological symptoms as long-term consequences of war experiences. *Psychopathology*, 46(1), 45-54. https://doi.org/10.1159/000338640

RASMUSSEN, A., VERKUILEN, J., HO, E. Y FAN, Y. (2015). Posttraumatic stress disorder among refugees: Measurement invariance of Harvard Trauma Questionnaire scores across global regions and response patterns. *Psychological Assessment*, 27(4), 1160-1170. https://doi.org/10.1037/pas0000115

RODOLICO, A., VACCINO, N., RISO, M. C., CONCERTO, C., AGUGLIA, E. Y SIGNORELLI, M. S. (2019). Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder Among Asylum Seekers in Italy: A Population-Based Survey in Sicily. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-5.

RODRÍGUEZ, M., PEREYRA, M. G., GIL, E., JOFRÉ, M., DE BORTOLI, M. Y LABIANO, L. M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Revista Evaluar*, 9(1). https://doi.org/10.35670/1667-4545.v9.n1.465

SAMI, S., WILLIAMS, H. A., KRAUSE, S., ONYANGO, M. A., BURTON, A. Y TOMCZYK, B. (2014). Responding to the Syrian crisis: the needs of women and girls. *The Lancet*, 383(9923), 1179-1181.https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62034-6

SCHICK, M., MORINA, N., MISTRIDIS, P., SCHNYDER, U., BRYANT, R. A. Y NICKERSON, A. (2018). Changes in post-migration living difficulties predict treatment outcome in traumatized refugees. *Frontiers in Psychiatry*, 9: 476. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00476

SCHMIDT, M., KRAVIC, N. Y EHLERT, U. (2008). Adjustment to trauma exposure in refugee, displaced, and non-displaced Bosnian women. *Archives of Women´s Mental Health*. 11(4), 269-276. https://doi.org/10.1007/s00737-008-0018-5

SIMANCAS-FERNÁNDEZ, M. R., CELEDÓN-RIVERO, J. C., SALAS-PICÓN, W. M., SALGADO-RUIZ, D. E., ECHEVERRY-LONDOÑO, M. C., VÁSQUEZ-CAMPOS, J. H., GUARCH-RUBIO, M. Y MANZANERO, A. L. (2021). Trauma, Reparation, and Quality of Life in Victims of Armed Conflict after Peace Agreements. *Anuario de Psicología Jurídica*. https://doi.org/10.5093/apj2021a21

SOBERO, Y. (2010). *Sáhara memoria y olvido*. Barcelona: Ariel

SOUSA, C. A. (2013). Political violence, health, and coping among Palestinian women in the West Bank. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(4), 505-519. https://doi.org/10.1111/ajop.12048

SOUTHWICK, S. M., BONANNO, G. A., MASTEN, A. S., PANTER-BRICK, C. Y YEHUDA, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1): 25338. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338

STEEL, Z., CHEY, T., SILOVE, D., MARNANE, C., BRYANT, R. A. Y VAN OMMEREN, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations 258 exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 537- 549. https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132

TEKIN, A., KARADAĞ, H., SÜLEYMANOĞLU, M., TEKIN, M., KAYRAN, Y., ALPAK, G. Y ŞAR, V. (2016). Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidis displaced into Turkey. *European Journal of Psychotraumatology,* 7(1): 28556. https://doi.org/10.3402/EJPT.V7.28556

TURNER, S. (2016). What is a refugee camp? Explorations of the limits and effects of the camp. *Journal of Refugee Studies*, 29(2), 139-148. https://doi.org/10.1093/jrs/fev024

VASQUEZ, E. (2014). *Living Under Occupation in the Western Sahara: Women, Resistance, and Self-Determination.* Georgetown Institute for Women, Peace & Security. file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Observatorio%20DDHH%20Sahara/Bibliograf%C3%ADa/Vasquez-Western-Sahara.pdf

WAGNILD, G. Y YOUNG, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

VAMOS A DESPERTARNOS

Vamos a despertarnos del letargo de este sueño
que corroe nuestra memoria.
Disparad vuestras carabinas de olivo
contra las tempestades del olvido,
que pretenden vaciar nuestros cofres,
del dolor de las guerras,
del suicidio del tiempo,
de la esterilidad del alma.
Mirad hacia el espejo de ayer para contemplar
nuestro peor rostro;
el de los escombros del amor en la ciudad ausente,
el de los espejismos donde vaga nuestra infancia,
el de la tempestad de lágrimas que ensució el rostro del cielo.
Y recordad la ignominia de los pechos que amamantan
la voraz apetencia de la guerra.
NO OLVIDAD, NO OLVIDAD

Luali Lehsan

EL DERECHO A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN SAHARAUI

Carlos Villán Durán
Carmelo Faleh Pérez

SUMARIO

1. Introducción

2. Antecedentes

3. Efectos de la violencia política sobre el derecho de la población saharahui de los territorios ocupados a no sufrir tortura ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

3.1. Situación anterior a 2020.

3.2. Situación posterior a la declaración de la pandemia y a la vuelta a las armas.

4. Efectos de la violenciasobre el derecho a la salud mental de la población saharaui refugiada en Tinduf

4.1. Derecho a la salud mental de la población saharaui refugiada en los campamentos de Tinduf (Argelia) antes de la situación pandémica y la vuelta a las armas.

4.2. Derecho a la salud mental de la población saharaui refugiada en los campamentos de Tinduf (Argelia) tras la situación pandémica y la vuelta a las armas.

5. Conclusiones

EL DERECHO A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN SAHARAUI

Carlos Villán Durán
Carmelo Faleh Pérez

1. INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el derecho a la salud mental de la población saharaui continúa sufriendo las consecuencias del statu quo derivado de más de 46 años de ocupación militar marroquí ininterrumpida de su territorio nacional. Durante ese tiempo, Marruecos ha aplicado políticas de violencia y discriminación sistemática contra los saharauis defensores de la libre determinación, lo que ha producido múltiples violaciones de sus derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud y a la integridad física y mental de la población saharaui, que se encuentra dividida entre los territorios ocupados y los campamentos de refugiados en Tinduf (Argelia), sufriendo condiciones de vida y de desarrollo muy precarias.

La frustración del Pueblo Saharaui por no ejercer su legítimo derecho de libre determinación, corre pareja con la incapacidad del Consejo de Seguridad y la MINURSO en crear las condiciones necesarias para la celebración de un referéndum de libre determinación en el Sáhara Occidental.

Como consecuencia de todo ello, no es sorprendente que se haya regresado en noviembre de 2020 a las hostilidades armadas entre Marruecos y el Frente Polisario, lo que ha creado una situación muy delicada, agravada por los efectos de la pandemia mundial de COVID-19.

Nuestro estudio tiene en cuenta el informe de campo realizado en 2021 por la Doctora Marta Guarch Rubio, en el que evaluó el estado de salud mental de 103 personas saharauis, tanto en los territorios ocupados como en el exilio argelino.

Con carácter previo analizaremos los elementos de contexto que facilitan una mejor comprensión de la situación límite que sufre el pueblo saharaui. Así, examinaremos el contenido y naturaleza del principio de libre determinación de los pueblos, el estatuto del territorio saharaui, algunos elementos de responsabilidad internacional vinculados a ese principio y la reanudación de las hostilidades.

2. ANTECEDENTES

Para abordar el derecho a la salud mental de la población saharaui, se requiere contextualizar con carácter previo la situación que padecen las mujeres y hombres saharauis fruto de la continuada ocupación militar del territorio saharaui que Marruecos mantiene de facto, desde el 6 de noviembre de 1975 cuando se inició la Marcha Verde, lo que provocó que España abandonase irresponsablemente la colonia el 26 de febrero de 1976, pretendiendo con ello eludir toda responsabilidad internacional como administradora de iure del territorio en cuestión.

En primer lugar, el Pueblo Saharaui es titular de un derecho colectivo, el de libre determinación de los pueblos, que forma parte del derecho internacional contemporáneo y está adscrito a la categoría de normas consuetudinarias de ius cogens, reconocidas por la comunidad internacional de Estados en su conjunto como aquellas que no admiten acuerdo en contrario y que solo podrían ser modificadas o derogadas por una norma ulterior de igual rango o carácter (art. 53 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 1969). En el Texto del proyecto de conclusiones y del proyecto de anexo aprobados provisionalmente por el comité de redacción (primera lectura) de la Comisión de Derecho Internacional (CDI), se incluye precisamente la libre determinación en la lista (no exhaustiva) de normas que la CDI calificaría como tales[1].

La libre determinación se incorporó a la Carta de las Naciones Unidas como principio (arts. 1.2 y 55) de naturaleza constitucional o estructural en el derecho internacional contemporáneo, cuyo contenido se desarrolló fundamentalmente a través de tres resoluciones de la Asamblea General [2].

El derecho a la libre determinación del Pueblo Saharaui se aplica en un ámbito territorial específico: los 266.000 km2 de la ex colonia española, incluida desde 1963 entre los territorios a los que se refiere el capítulo XI de la Carta de Naciones Unidas como no autónomos[3]. En su aplicación al Sáhara Occidental, las referidas resoluciones de la Asamblea General conducen a las siguientes conclusiones prácticas:

01.

Véase NACIONES UNIDAS, ASAMBLEA GENERAL, COMISIÓN DE DERECHO INTERNACIONAL, *Normas imperativas de derecho internacional general (ius cogens).* Texto del proyecto de conclusiones y del proyecto de anexo aprobados provisionalmente por el Comité de Redacción en primera lectura, doc. A/CN.4/L.936, 24 de mayo de 2019, anexo.

02.

A saber: resolución 1514 (XV), titulada *Declaración sobre la concesión de la independencia a los países y pueblos coloniales,* adoptada el 14 de diciembre de 1960; resolución 1541 (XV) que contiene *los Principios que deben servir de guía a los Estados Miembros para determinar si existe o no la obligación de transmitir la información que se pide en el inciso e del Articulo 73 de la Carta*, aprobada el 15 de diciembre de 1960; y resolución 2625 (XXV), de 24 de octubre de 1970, que contiene la *Declaración sobre los principios de derecho internacional referentes a las relaciones de amistad y a la cooperación entre los Estados de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas*

03.

Vid. NACIONES UNIDAS, ASAMBLEA GENERAL, *Informe de la Comisión para la Información sobre territorios no autónomos,* Documentos Oficiales, decimoctavo periodo de sesiones, suplemento No. 14 (A/5514), Naciones Unidas, Nueva York, 1963, anexo III, pp. 37-38. Igualmente, NACIONES UNIDAS, ASAMBLEA GENERAL, *Informe del Comité Especial encargado de examinar la situación con respecto a la aplicación de la Declaración sobre la concesión de la independencia a los países y pueblos coloniales,* Documentos Oficiales, decimoctavo periodo de sesiones, A/5446/Rev.1, Naciones Unidas, Nueva York, 1963, anexo I [Lista preliminar de los territorios a que se aplica la Declaración sobre la concesión de la independencia a los países y pueblos coloniales (resolución 1514 (XV) de la Asamblea General], p. 308.

Primero.

Someter al pueblo saharaui, titular del derecho a la libre determinación, a subyugación, dominación y explotación extranjeras, constituye una denegación de sus derechos fundamentales, es incompatible con la Carta NU y compromete la paz y la seguridad internacionales. Por tanto, debe cesar toda acción armada y toda medida represiva de cualquier índole dirigida contra el Pueblo Saharaui; debe respetarse la integridad de su territorio nacional; y deberán tomarse inmediatamente medidas para traspasar todos los poderes al Pueblo Saharaui, sin condiciones ni reservas, de conformidad con su voluntad y sus deseos libremente expresados.

Segundo.

El Pueblo Saharaui, cuyo representante es el Frente POLISARIO, es titular del derecho a determinar libremente y sin injerencias externas su condición política y procurar su desarrollo económico, social y cultural. Marruecos, como cualquier otro Estado, tiene el deber de respetar este derecho. Al ejercer su derecho, el Pueblo Saharaui puede libremente decidir entre establecerse como Estado soberano e independiente, asociarse o integrarse a otro Estado independiente, o adquirir cualquier otra condición política.

Tercero.

Hasta que el Pueblo Saharaui haya ejercido su derecho de libre determinación, el territorio saharaui ocupado tiene una condición jurídica distinta y separada de la del territorio bajo soberanía de Marruecos.

Cuarto.

Marruecos debe abstener de recurrir a cualquier medida de fuerza que prive al Pueblo Saharaui de su derecho a la libre determinación. Por su parte, el Pueblo Saharaui tiene el derecho a resistir y realizar actos contra esas medidas de fuerza en caso de producirse, y puede además pedir y recibir apoyo de conformidad con los propósitos y principios de la Carta NU.

Quinto.

Todos los Estados tienen el deber de promover, mediante acción conjunta o individual, la aplicación del principio de libre determinación del Pueblo Saharaui y prestar asistencia a las Naciones Unidas para poner fin rápidamente a la situación colonial saharaui, teniendo debidamente en cuenta la voluntad libremente expresada por el Pueblo Saharaui.

Siendo reconocido el derecho de libre determinación en una norma imperativa de derecho internacional general, es menester señalar que la grave violación de obligaciones que emanan de las normas de ius cogens acarrea consecuencias específicas asociadas a la realización de hechos ilícitos contrarios a ese tipo de normas y que la CDI ha concretado en las siguientes:

a) los Estados deben cooperar para poner fin, por medios lícitos, a toda violación grave del derecho de libre determinación de los pueblos; y

b) ningún Estado reconocerá como lícita una situación creada por una violación grave de ese derecho, ni prestará ayuda o asistencia para mantener esa situación[4].

Atendiendo a la última de esas consecuencias, cabe considerar como una vulneración de esa obligación negativa (de no reconocimiento) el acto unilateral del Gobierno del Presidente Trump, de 10 de diciembre de 2020 -todavía no revocado por el Gobierno del Presidente Biden-, que supuso el reconocimiento por los Estados Unidos de la soberanía de Marruecos sobre la totalidad del territorio del Sáhara Occidental, así como el apoyo a la propuesta marroquí de autonomía como base para una solución justa y duradera del conflicto, afirmando que un Estado saharaui independiente no es una opción realista. Tal declaración fue enérgicamente rechazada por la República Árabe Saharaui Democrática (RASD) y el Frente Polisario[5].

Por otro lado, al contextualizar la situación no podemos obviar el regreso a las armas que se ha producido en el terreno desde que en octubre de 2020 grupos de hasta 80 civiles saharauis (incluyendo a mujeres y niños) se manifestaran cerca de la berma -en la zona situada entre la frontera mauritana y el paso de Guerguerat abierto por Marruecos en el muro de separación-, protestando pacíficamente contra el tráfico ilegal de productos entre los Territorios Saharauis Ocupados y la frontera de Mauritania. Los manifestantes reivindicaron también la celebración de un referéndum de libre determinación, una solución al estatuto del territorio saharaui, el cierre permanente de la carretera situada en la zona de separación de Guerguerat y la liberación de los presos políticos saharauis de las cárceles marroquíes.

Poco después, desde el 26 de octubre de 2020, Marruecos movilizó vehículos militares y maquinaria pesada para el movimiento de tierras; el 6 de noviembre movilizó una fuerza militar de 250 vehículos; y el 13 de noviembre de 2020, tras el intercambio de disparos, Marruecos reaccionó militarmente y desalojó por la fuerza a los manifestantes, procediendo a construir con sus excavadoras un nuevo muro de arena de 20 kms. de longitud en la zona de separación. Todo ello supuso un quebrantamiento del Acuerdo Militar nº 1 (1997) celebrado entre las Fuerzas Armadas Reales de Marruecos y la MINURSO, por un lado, y las Fuerzas Militares del Frente POLISARIO y la MINURSO, por el otro.

Un día después, vista la inacción de las Naciones Unidas ante lo que en la práctica supuso una ampliación unilateral de los Territorios Saharauis Ocupados por Marruecos, el Frente Polisario decidió dar por concluido el alto el fuego y la vuelta a la lucha armada en defensa de los derechos legítimos del Pueblo Saharaui. Desde entonces, se han producido múltiples incidentes armados entre las fuerzas militares marroquíes y las fuerzas militares del Frente POLISARIO a lo largo de la berma, incluyendo bombardeos, fuego de artillería y disparos a distancia, desplazamientos y movilización de contingentes armados, utilización por Marruecos de vehículos aéreos no tripulados (drones), etc. El 24 de agosto de 2021, Argelia anunció la ruptura de relaciones diplomáticas con Marruecos, por considerar que este país había abandonado su compromiso de apoyar una solución justa y definitiva del conflicto mediante un referéndum libre y justo que permita al Pueblo Saharaui decidir su futuro con plena credibilidad y sin ningún tipo de limitaciones[6].

04.

Arts. 40-41 del *Proyecto de Artículos sobre Responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos*, que figura en el anexo a la resolución 56/83 de la Asamblea General, de 12 de diciembre de 2001.

05.

Sobre esta cuestión, véase particularmente GONZÁLEZ VEGA, J., "El reconocimiento por EE.UU. de la anexión marroquí del Sáhara Occidental: aspectos jurídicos y políticos", en *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, nº 41, junio de 2021, pp. 22-32. El texto de la declaración presidencial y del rechazo saharaui están disponibles en la página web del Centro de Estudios sobre el Sáhara Occidental de la Universidad de Santiago de Compostela: https://www.usc.es/es/institutos/ceso/index.html

06.

CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE EL SÁHARA OCCIDENTAL, *Memorándum sobre la vuelta a la guerra en el Sahara Occidental.* Análisis redactado por el Centro de Estudios sobre el Sahara Occidental de la Universidad de Santiago de Compostela (CESO-USC), 2 p., disponible en https://www.usc.es/es/institutos/ceso/index.html. *Vid.* asimismo, NACIONES UNIDAS, CONSEJO DE SEGURIDAD, *La situación relativa al Sáhara Occidental.* Informe del secretario general, doc. S/2021/843, 1 de octubre de 2021.

3. EFECTOS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA SOBRE EL DERECHO DE LA POBLACIÓN SAHARAUI DE LOS TERRITORIOS OCUPADOS A NO SUFRIR TORTURA NI PENAS O TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES

3.1. Situación anterior a 2020

En 2016 realizamos un amplio estudio de la situación de los derechos humanos en el Sáhara Occidental ocupado por Marruecos desde 1975, fundamentado en los informes de visita a Marruecos del Grupo de trabajo sobre las desapariciones forzadas e involuntarias (2010), del Relator especial sobre la cuestión de la tortura (2013) y del Grupo de trabajo sobre la detención arbitraria (2014). Además, nos referimos a las observaciones finales sobre Marruecos del Comité de Derechos Humanos al término del examen del quinto informe periódico (2004) y del Comité contra la Tortura al término del examen del cuarto informe periódico (2011; seguimiento de 2014).

En el citado estudio concluimos que "la continua violación del derecho a la libre determinación durante cuarenta años de ocupación militar marroquí, tiene trágicas consecuencias en el disfrute de los derechos humanos internacionalmente reconocidos al pueblo saharaui", En efecto, Marruecos es "responsable de violaciones sistemáticas de los derechos humanos y libertades fundamentales en el Sáhara Occidental ocupado". Tales violaciones son "flagrantes, graves, masivas y sistemáticas"[7].

Posteriormente, el Comité de Derechos Humanos (Comité DH) adoptó el 2 de noviembre de 2016 sus observaciones finales relativas al sexto informe periódico de Marruecos sobre la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Sobre el derecho a la libre determinación, reiteró que el pueblo del Sáhara Occidental debe "ejercer el derecho a la libre determinación"; ser consultado "para obtener su consentimiento previo, libre e informado para la realización de proyectos de desarrollo y operaciones extractivas"; y poder "circular libremente y en condiciones de seguridad a ambos lados de la berma, y continuar el programa de desminado a lo largo de esta e indemnizar a las víctimas"[8].

Sobre la violencia contra la mujer, Marruecos debe "garantizar una protección adecuada de las mujeres contra la violencia y el acoso sexual"; "facilitar la presentación de denuncias por violencia, asegurándose de que los casos de violencia contra la mujer sean investigados a fondo, de que los autores sean enjuiciados y condenados y de que las víctimas tengan acceso a recursos útiles y no sean enjuiciadas por mantener relaciones sexuales extramatrimoniales"; y "garantizar la atención jurídica, médica y psicológica a las víctimas de violencia doméstica y sexual, y mejorar los servicios de las estructuras de acogida y los mecanismos de atención a las víctimas"[9].

Sobre el terrorismo, Marruecos debe revisar el Código Penal con el objeto de "definir las infracciones vinculadas al terrorismo en función de su objetivo, y definir también la naturaleza de estos actos con precisión suficiente, procurando que ese instrumento legislativo no imponga restricciones injustificadas al ejercicio de los derechos consagrados en el Pacto". La detención policial se debe reducir "a un máximo de 48 horas" y se debe "permitir el acceso a un abogado desde el comienzo de la detención"[10].

El Comité DH también expresó preocupación por "la persistencia de denuncias de tortura y de tratos crueles, inhumanos o degradantes", infligidos por funcionarios públicos en el Sáhara Occidental, en particular "contra personas sospechosas de terrorismo o de amenaza contra la seguridad o la integridad territorial del Estado". Por lo que Marruecos debe "erradicar la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes"; "investigar eficazmente, enjuiciar y castigar esos actos"; llevar a cabo "exámenes médicos" respecto de todas "las denuncias de torturas y malos tratos"; aplicar de manera efectiva "la prohibición de las confesiones obtenidas por la fuerza y la inadmisibilidad de los elementos probatorios conseguidos bajo tortura"; ofrecer "recursos útiles y garantizar una reparación a las víctimas; y establecer "el mecanismo nacional de prevención de la tortura"[11].

Sobre las desapariciones forzadas en el Sáhara Occidental, el Comité DH reiteró a Marruecos que debe esclarecer todos los casos y "realizar sin demora investigaciones para identificar, juzgar y sancionar a los responsables de esas desapariciones"[12].

Sobre las condiciones de reclusión en los establecimientos penitenciarios de Marruecos y del Sáhara Occidental, el Comité DH consideró que son inadecuadas, debido principalmente al hacinamiento. También observó que casi la mitad de los reclusos se encuentren en prisión preventiva. Para remediarlo, Marruecos debe establecer "una política de utilización de penas sustitutivas de la privación de libertad"[13].

Sobre el derecho a un juicio imparcial e independencia de la justicia, el Comité DH constató "irregularidades en los procedimientos judiciales, como la utilización de confesiones obtenidas bajo coacción", por lo que recomendó a Marruecos "garantizar y proteger la plena independencia e imparcialidad de los jueces" y respetar las "garantías procesales previstas en el artículo 14 del Pacto"[14].

Sobre la libertad de asociación y las actividades de los defensores de los derechos humanos, el Comité DH observó que están sometidas a "restricciones desproporcionadas e injustificadas" y persisten los "obstáculos a la libertad de circulación" de los defensores de los derechos humanos, "en particular en el Sáhara Occidental". Por lo que Marruecos debe asegurarse de que "los defensores de los derechos humanos puedan actuar sin ninguna influencia indebida" del Estado y "sin temor a represalias o a restricciones injustificadas de sus actividades"[15].

En cuanto a la libertad de opinión y de expresión, el Código Penal marroquí prevé "penas de encarcelamiento por actos percibidos como ofensas contra el islam o la monarquía o como actos que ponen en tela de juicio la integridad territorial". Por lo que "las restricciones al ejercicio de la libertad de expresión y de asociación" deben ser "acordes con las prescripciones estrictas del párrafo 3 del artículo 19" del Pacto[16], al igual que "la ley relativa a las manifestaciones pacíficas"[17].

Por su parte, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité DPD) adoptó el 28 de agosto de 2017 sus observaciones finales al término del examen del informe inicial de Marruecos sobre

07.
FALEH PÉREZ (C.) y VILLÁN DURÁN (C.), "La situación de los derechos humanos en el Sáhara Occidental ocupado", en BARRAL BLANCO (R.) *et al*, *Sáhara Occidental. Cuarenta años construyendo resistencia*, Pregunta Ediciones, Zaragoza, 2016, pp. 147-234, at 233.

08.
Doc. CCPR/C/MAR/CO/6, de 1 de diciembre de 2016, párr, 10.

09.
Ibidem, párr. 16

10.
Ibidem, id., párr. 18

11.
CCPR/C/MAR/CO/6, cit., párrs, 23-24. El Consejo Nacional de Derechos Humanos fue designado MNP por ley no 76-15, Diario Oficial no 6652 de 1º de marzo de 2018..

12.
Ibidem, párr. 28.

13.
Ibidem id., párr. 30.

14.
Ibidem id., párrs. 33-34.

15.
Ibidem id., párrs. 41-42

16.
Ibidem id., párrs. 43-44.

17.
Ibidem id., párr. 46.

la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recomendó revisar la Ley Marco núm. 97-13 de Protección y Promoción de los Derechos de las Personas con Discapacidad "para proteger a todas las personas con discapacidad, incluidas las personas con discapacidad psicosocial y/o intelectual, y las personas con discapacidad pertenecientes a minorías nacionales, étnicas, religiosas y/o lingüísticas, como los amazigh, la población negra, los migrantes, los refugiados y los solicitantes de asilo"[18].

También recomendó establecer "mecanismos para asegurar la participación y la consulta eficaces y significativas de las personas con discapacidad" y promover "la participación de organizaciones de mujeres, niños y jóvenes con discapacidad, y de personas con discapacidad psicosocial y/o intelectual"[19]. La legislación nacional también debe ofrecer "una protección explícita contra las formas múltiples e interseccionales de discriminación por razón de sexo, género, edad, discapacidad, origen nacional, origen étnico o situación migratoria"[20].

Marruecos también debe eliminar "todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas con discapacidad en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual o de otro tipo"[21]. En particular, debe revisar "el proyecto de ley núm. 103-13 sobre la lucha contra la violencia contra la mujer, a fin de incluir la perspectiva de la discapacidad y abordar los riesgos específicos de violencia por razón de género y las barreras a la protección que afrontan las mujeres y niñas con discapacidad, en particular las mujeres con discapacidad psicosocial y/o intelectual"[22]. También se debe asegurar que "los niños con discapacidad, incluidos los niños con discapacidad abandonados, estén debidamente protegidos contra la violencia, la explotación y el abuso, en particular el castigo corporal, y que se sancione a los autores"[23].

Además, Marruecos debe revocar "las disposiciones del Código de Familia y de otras leyes que restringen la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, en particular las personas con discapacidad psicosocial y/o intelectual"[24], así como "las disposiciones y prácticas que permiten privar de libertad a adultos y niños con discapacidad por razón de deficiencia"[25]. Igualmente, "proteger a las personas con discapacidad, en particular las mujeres con discapacidad intelectual y/o psicosocial frente a la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes"[26]. Para ello, "todas las personas con discapacidad, especialmente las mujeres y niñas con discapacidad que son víctimas de violencia por razón de género y los niños con discapacidad que son víctimas de malos tratos", deben tener "acceso a servicios e información como teléfonos de emergencia, refugios, servicios de apoyo a las víctimas, consultas y asesoramiento, así como a mecanismos de denuncia"[27].

La legislación marroquí también debe reconocer "el derecho subjetivo de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad"[28]. Se debe modificar "el Código de Familia de modo que se garantice el ejercicio del derecho al matrimonio a las personas con discapacidad psicosocial y/o intelectual"[29]. Igualmente, adoptar "un plan integral para establecer un sistema de educación inclusiva"[30]; "asegurar el acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad"[31]; asegurar "el acceso de las personas con discapacidad al mercado de trabajo abierto"[32]; eliminar "las listas de puestos reservados únicamente para las personas con discapacidad"[33]; establecer "un sistema de protección social para garantizar un nivel de vida adecuado a las personas con discapacidad"[34]; y promover "la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su discapacidad"[35].

El Relator sobre represalias y la Relatora sobre el seguimiento a las decisiones adoptadas por el Comité contra la Tortura, pidieron a Marruecos el 10 de marzo de 2017 el cese de las represalias que había sufrido *Abdul Rahman Alhaj Ali* en prisión[36], a pesar de la decisión del Comité CT de que su extradición a Arabia Saudita constituiría una violación del art. 3 de la Convención contra la Tortura[37]. Además, el Comité contra la Tortura constató en 2019 que Marruecos había violado la Convención en los casos *Ali Aarrass*[38] y *Hany Khater*[39].

En otro estudio realizado en 2019, P. REVERT CALABUIG confirmó la persistencia de la práctica sistemática de la tortura y malos tratos contra los saharauis que defienden su derecho a la libre determinación, en violación de las normas de DIDH y de DIH que prohíben la tortura[40]. La impunidad de los autores es asegurada por la connivencia del poder militar y político marroquí ocupante con unos tribunales de justicia obsecuentes.

18. Doc. CRPD/C/MAR/CO/1, de 25 de septiembre de 2017, párr. 9.a).

19. *Ibidem, id*. párr. 11. a) y b).

20. *Ibidem, id*. párr. 13.b).

21. *Ibidem, id*., párr. 15.

22. *Ibidem, id*., párr. 15.c).

23. CRPD/C/MAR/CO/1, cit., párr. 17

24. *Ibidem, id.*, párr. 27.a).

25. *Ibidem id.*, párr. 31

26. *Ibidem id.*, párr. 33.a).

27. *Ibidem id.*, párr. 35.a).

28. *Ibidem id.*, párr. 39.a).

29. *Ibidem id.*, párr. 45.b).

30. *Ibidem, id*. párr. 47.a).

31. *Ibidem, id*. párr. 49.a).

32. *Ibidem, id*., párr. 51.a).

33. *Ibidem, id*., párr. 51.c).

34. *Ibidem id.*, párr. 53.a).

35. *Ibidem, id.*, párr. 53.b).

36. Vid. https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/MAR/INT_CAT_RLE_MAR_8294_F.pdf

37. Comunicación nº 682/2015, decisión de 3 de agosto de 2016. *Vid.* https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.

38. Decisión de 25 de noviembre de 2019. Vid. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.

39. Decisión de 22 de noviembre de 2019. Vid. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.

40. REVERT CALABUIG, P., "La tortura en el territorio ocupado del Sáhara Occidental", en BAHIA MAHMUD AWAH *et al., Sáhara Occidental. Del abandono colonial a la construcción de un estado,* Pregunta Ediciones, Zaragoza, 2019, pp. 123-195, *passim.*

3.2. Situación posterior a la declaración de la pandemia y a la vuelta a las armas

El trabajo de investigación de la Dra. Marta Guarch-Rubio constata que la violencia contra el Pueblo Saharaui en los territorios ocupados por Marruecos es fundamentalmente de carácter político, pues está asociada a la reclamación permanente del Pueblo Saharaui para ejercer su derecho de libre determinación. Marruecos reprime sistemáticamente a los activistas y periodistas saharauis, deteniéndolos arbitrariamente, infringiéndoles malos tratos y acusándolos de graves delitos contra la integridad territorial del Estado o terrorismo, en procesos penales realizados sin las garantías legales, cuando en realidad estaban ejerciendo sus derechos humanos universalmente reconocidos, particularmente reclamando su derecho de libre determinación en manifestaciones o reuniones pacíficas.

La delicada situación de la población saharaui en los territorios ocupados se ha visto agravada los dos últimos años debido a dos nuevos factores adversos: en primer lugar, la propagación de la epidemia de COVID-19. Según un reciente estudio de ONU-Mujeres, el 69% de las mujeres marroquíes sufrieron violencia durante la pandemia de COVID-19 en 2021[41]. El porcentaje es sin duda mayor tratándose de las mujeres saharauis bajo ocupación marroquí, ya que forman parte de un grupo especialmente vulnerable. Se estima que la violencia contra las mujeres saharauis por parte de agentes marroquíes masculinos es endémica. Las medidas preventivas del COVID-19 son utilizadas para justificar las detenciones y otros abusos contra los saharauis, incluidos los presos políticos ya detenidos en condiciones insalubres e inhumanas.

El Código de procedimiento penal marroquí reconoce el derecho del detenido a acceder a un abogado después de 24-36 horas de detención policial, pero no cuando la policía interroga al detenido y le obliga a firmar declaraciones inculpatorias que luego son utilizadas por los jueces para condenar al acusado, rechazando declaraciones contradictorias formuladas ante el tribunal[42].

La violencia contra las mujeres en Marruecos y el Sahara ocupado es también estructural, pues el Código de Familia marroquí discrimina a las mujeres en materia de herencias y en los procedimientos para obtener el divorcio. Aunque el Código establece los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio, permite que los jueces autoricen excepciones para mujeres entre los 15 y 18 años, a solicitud de las familias.

Aunque la Ley de 2018 sobre violencia contra la mujer tipificó algunas formas de violencia doméstica y estableció medidas preventivas, requiere que las víctimas de la violencia lo denuncien ante los tribunales para obtener protección, lo que muy pocas se atreven a hacer. Tampoco establece los deberes de la policía, fiscales y jueces en casos de violencia doméstica, ni habilita refugios para las víctimas. El Código penal tampoco contempla la violación conyugal, por lo que las mujeres que la denuncian arriesgan ser acusadas de mantener relaciones sexuales extramatrimoniales[43].

Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité EDCM) adoptó el 17 de noviembre de 2020 la lista de cuestiones sobre los informes 5º y 6º de Marruecos en aplicación de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. En ese documento, el Comité EDCM reitera su preocupación por la falta de una legislación integral sobre la igualdad entre los géneros; una definición de la discriminación directa e indirecta contra las mujeres en las esferas pública y privada, incluidas las formas interseccionales de discriminación; el acceso de las mujeres a la justicia; los efectos de la pandemia en los derechos de las mujeres y la igualdad de género; las medidas especiales de carácter temporal para acelerar el logro de la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres en todas las esferas en que las mujeres están infrarrepresentadas o desfavorecidas, especialmente en la vida política y pública, la educación, la salud y el empleo; la eliminación de la violencia de género contra la mujer, la trata y explotación de la prostitución; el acceso a la propiedad y el uso de la tierra por parte de las mujeres rurales, incluidas las de comunidades sulaliya; fijar la edad mínima para contraer matrimonio en 18 años sin excepción y prohibir la poligamia; y derogar las disposiciones legales discriminatorias relativas al matrimonio, el divorcio, la custodia y la tutela legal de los hijos, el reparto de los bienes y la herencia[44].

En segundo lugar, la reanudación del conflicto armado de baja intensidad entre Marruecos y el Frente Polisario a partir de noviembre de 2020, a raíz de los incidentes ocurridos en la zona de Al Guerguerat, al Sur de los territorios ocupados. Argelia rompió relaciones diplomáticas con Marruecos en agosto de 2021 y a principios de noviembre de 2021 murieron tres camioneros argelinos en un ataque de drones marroquíes de fabricación israelí, cuando circulaban entre Mauritania y Argelia por territorio saharaui no ocupado por Marruecos.

Guarch-Rubio evalúa el daño psicológico causado por la violencia política ejercida sobre los saharauis por motivos identitarios, deteniéndose en los episodios de tortura y la prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) a partir de la vuelta a las armas en noviembre de 2020.

También destaca que las mujeres saharauis participan de forma activa en la vida pública y privada, lo que les expone a detenciones, abusos policiales, violencia, control y tortura por parte de las autoridades marroquíes. Además, sufren discriminación institucionalizada en el acceso a puestos de trabajo, a la universidad, a la obtención de visados y a elementos básicos de subsistencia.

El estudio evaluó a 30 personas, 23 mujeres y 7 hombres, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, con una media de 42,77 años.

41. UN WOMEN, *Measuring the shadow pandemic: Violence against women during COVID-19*, 2021, pp. 6-7. *Vid.* https://data.unwomen.org/sites/default/files/documents/Publications/Measuring-shadow-pandemic.pdf

42. Human Rights Watch, *World report 2022*, p. 461. https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2022/01/World%20Report%202022%20web%20pdf_0.pdf

43. *Ibidem*, p. 466.

44. *Vid.* https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fMAR%2fO%2f5-6&Lang=es

El criterio de inclusión fue haber sido detenidos por motivos identitarios tales como autoidentificarse como saharauis y haber sufrido violencia durante el periodo de detención.

Respecto a la situación laboral, predominó el desempleo (60%). Un 13.3% reflejaron estar trabajando y un 16.7% se reconocieron como estudiantes. A su vez, un 10% de las personas encuestadas expresaron haber sido despedidas de sus puestos de trabajo por cuestiones identitarias asociadas a su origen saharaui.

El análisis psicológico mostró una prevalencia en TEPT de 36,7%. Las persistencias traumáticas se materializaron en pensamientos o recuerdos recurrentes de los eventos dañinos o traumáticos (76,7%) y en sentimientos de que el evento ocurriese de nuevo (73,3%).

La tortura y malos tratos a los detenidos se asocian con su condición identitaria-política como saharauis. Los autores pertenecían a los cuerpos de seguridad de Marruecos. Todos los saharauis excepto uno (96,7%) habían recibido golpes, patadas y habían sido golpeados con objetos. Además, la inmensa mayoría (90%) refirieron amenazas y humillación. Un 23,3% expresaron haber sido expuestos a condiciones antihigiénicas que les provocaron enfermedades e infecciones, y el 20% reconoció haber sufrido hambre, haber sido privado del sueño intencionadamente, haber sido encadenado o atado a otras personas y haber sido forzado a escribir falsas confesiones durante el periodo de detención. La violación sexual y el haber recibido calambres (shocks) con instrumentos eléctricos fue referido tan solo por un 3,3% de los participantes.

Desde el 19 de noviembre de 2020 las fuerzas de seguridad marroquíes mantienen un asedio constante a la casa de la activista saharaui Sultana Khaya en Bojador, impidiendo la entrada de visitantes o familiares sin justificación[45]. En mayo de 2021 entraron en la casa de la activista Hassana Duihi, la golpearon y confiscaron sus pertenencias. Se reprime sistemáticamente las reuniones a favor de la libre determinación del Sahara Occidental, se dificulta el trabajo de ONG locales de derechos humanos, se bloquea su registro legal, y los activistas y periodistas son frecuentemente golpeados en las calles o cuando son detenidos[46].

Por su parte, los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos han documentado abusos sistemáticos y generalizados contra la población civil saharaui, especialmente los defensores de los derechos humanos. En 2021 se enviaron tres comunicaciones conjuntas a Marruecos, en las que se denuncian violaciones en 24 casos individuales[47], con el apoyo en numerosas comunicaciones anteriores[48] y dictámenes del Grupo de trabajo sobre la detención arbitraria[49].

El 10 de junio de 2021, seis procedimientos especiales[50] denunciaron conjuntamente las violaciones en un total de 14 casos, destacando el arresto domiciliario de Sultana Khaya y la agresión sexual perpetrada contra ella y su hermana por agentes de seguridad marroquíes el 10 y 12 mayo de 2021[51]. El comunicado de prensa de 1 de julio de 2021 condenó las represalias contra Sultana Khaya, presidenta de la Liga para la Defensa de los Derechos Humanos y contra el Expolio de los Recursos Naturales y miembro del Órgano Saharaui contra la Ocupación Marroquí (ISACOM). También puso de relieve la represión generalizada contra los defensores de los derechos humanos saharauis, que han sido objeto de "intimidación, acoso, amenazas de muerte, criminalización, agresión física y sexual, amenazas de violación y vigilancia". Así, Naâma Asfari y Khatri Dadda, fueron injustamente criminalizados por sus actividades legítimas, recibiendo penas de prisión desproporcionadamente largas y sufren frecuentes tratos crueles, inhumanos y degradantes e incluso torturas"[52]. Se estima que en las cárceles marroquíes hay 43 presos políticos saharauis castigados por su activismo en favor de los derechos humanos.

El Código penal marroquí, que se aplica indistintamente a los territorios saharauis ocupados, castiga con prisión delitos de opinión que puedan perjudicar al islam o a la monarquía, o bien incitar contra la integridad territorial de Marruecos, como ocurre con periodistas u otras personas que reclaman en los medios de comunicación el derecho del Pueblo Saharaui a la libre determinación[53].

Aunque los procedimientos especiales instaron a Marruecos a remediar la situación y a garantizar los derechos básicos de Sultana Khaya, las autoridades de ocupación siguen sometiéndola a abusos diarios bajo arresto domiciliario, con el objeto de disuadir a los defensores de los derechos humanos de ejercer sus derechos a la libertad de expresión y asociación, tomando represalias por el ejercicio de actividades pacíficas y legítimas, incluida la pertenencia a organizaciones de derechos humanos, el intercambio de información y la cooperación con las Naciones Unidas y sus mecanismos de derechos humanos[54].

El 8 y 15 de noviembre, así como el 5 de diciembre de 2021 paramilitares marroquíes volvieron a allanar en total impunidad la vivienda de la activista saharaui Sultana Khaya en Bojador, donde se encontraba recluida en arresto domiciliario desde hacía un año, bajo constante vigilancia de los servicios de seguridad. Los asaltantes violaron a Sultana y a su hermana Luara, maltrataron a su anciana madre y robaron sus pertenencias.

El 30 de noviembre de 2021 la Relatora sobre las represalias del Comité contra la Tortura pidió a Marruecos abstenerse de tomar represalias contra Ennaâma Asfari, su esposa Claude Mangin y el abogado de ambos Joseph Breham. A pesar de la decisión del Comité CT de 15 de noviembre de 2016[55], la Corte de Casación confirmó el 25 de noviembre de 2020 la condena de Asfari sobre la base de confesiones obtenidas bajo la tortura[56].

El 16 de diciembre de 2021 cuatro procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos pidieron a Marruecos abstenerse de extraditar a China a Yidiresi Aishan, musulmán perteneciente a la minoría Uyghur y defensor de los derechos humanos. La extradición fue decidida por la Corte de Casación a pesar del riesgo de graves violaciones de sus derechos humanos. Los expertos recordaron a Marruecos su obligación de respetar el principio de no devolución[57].

45.
Human Rights Watch, *World report 2022,* p. 465.

46.
Ibidem.

47.
Al Mar 5/ 2020 de 7 de enero de 2021 (8 víctimas).
https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/
UA Mar 5/2021 de 10 de junio de 2021 (14 víctimas)
https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/
AL MAR 4/2021 de 16 de junio de 2021 (2 victimas)
https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase

48.
Detención, tortura y violación del derecho a un juicio justo del grupo de Gdeim Izik (AL MAR 3/2017); detención del periodista Walid Salek El Batal (AL MAR 3/2019); procesamiento del periodista Naziha El Khalidi (AL MAR 2/2019 y AL MAR 1/2019); detención del periodista Khatri Dadda (Al Mar 3/2020); y detención del estudiante Hussein Bachir Brahim (JAL Mar 2/2020). *Vid.* https://spcommreports.ohchr.org/TmSearch/Results

49.
Dictámenes No. 39/1996; 4/1996; 11/2017 (Salah Eddin Bassir); 31/2018 (Mohamed Al-Bambary); 58/2018 (Ahmed Aliouat); 60/2018 (Mbarek Daoudi); 23/2019 (Laaroussi Ndour); 67/2019 (grupo de 14 estudiantes); 52/2020 (Ali Saadouni); y 68/2020 (Walid Salek El Batal). *Vid.* https://www.ohchr.org/en/issues/detention/pages/opinionsadoptedbythewgad.aspx

50.
A saber: relatora especial sobre los defensores de los derechos humanos, relator especial sobre ejecuciones extrajudiciales, relator especial sobre libertad de expresión, relator especial sobre libertad de asociación, relator especial sobre la cuestión de la tortura y Grupo de trabajo sobre la discriminación contra las mujeres.

51.
UA Mar 5/2021 de 10 de junio de 2021 (14 víctimas). *Vid* https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/.

52.
Vid. https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=27244&LangID=E
Vid. igualmente doc. A/HRC/47/NGO/33, 3 June 2021.

53.
Human Rights Watch, *World report 2022*, p. 462.

54.
Ibidem.

55.
Comunicación No. 606/2014. El Comité CT había constatado violación de los arts. 1 y 12-16 de la Convención contra la Tortura, por lo que pidió que se indemnizara a la víctima, se investigaran los hechos conforme al Protocolo de Estambul, se sancionara a los responsables y abstenerse de toda represalia.
Vid. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/

56.
Vid. https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/MAR/INT_CAT_RLE_MAR_9499_F.pdf y https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/MAR/INT_CAT_RLE_MAR_9500_F.pdf

57.
Vid. https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=27974&LangID=E

4. EFECTOS DE LA VIOLENCIA SOBRE EL DERECHO A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN SAHARAUI REFUGIADA EN TINDUF

Son distintas las causas que explican la aparición, prevalencia y desarrollo de los trastornos mentales y conductuales. El estado de la salud mental de las personas puede resultar afectado por factores sociales, económicos y demográficos, las enfermedades físicas, el entorno familiar y amenazas graves como los desastres y los conflictos.

Entre estos últimos, la OMS se refirió en 2001 expresamente a los refugiados y desplazados internos como grupos vulnerables, afectados por situaciones que "se cobran un oneroso tributo a costa de la salud mental de las personas afectadas, en su mayoría habitantes de países en desarrollo, donde la capacidad para hacer frente a estos problemas es sumamente limitada. Entre una tercera parte y la mitad de las personas afectadas sufren angustia. El diagnóstico más frecuente es el de trastorno de estrés postraumático (TEPT), que a menudo se acompaña de depresión o ansiedad. Además, la mayoría de los individuos refieren síntomas psicológicos que no llegan a adquirir la entidad de trastornos". En tales casos se requiere la adopción de políticas y programas que, con participación de los grupos vulnerables y basadas en la intervención comunitaria, aborden materias como vivienda, empleo, alojamiento, ropa y alimentación, y los efectos psicológicos y afectivos de la guerra, los desplazamientos y la pérdida de seres queridos. Esas políticas deben promover el respeto de los derechos humanos, como la igualdad y no discriminación; el derecho a la privacidad; la autonomía individual; la integridad física; el derecho a la información y la participación; así como las libertades de culto, reunión y circulación [58].

Anteriormente, en 1997, se publicó un manual preparado por la OMS en colaboración con el ACNUR, con la intención de ayudar a quienes trabajan con refugiados y personas desplazadas a distinguir los trastornos mentales más frecuentes (depresión, episodios psicóticos, trastornos mentales debidos a psicosis prolongadas, o bien ocasionados por actos o acontecimientos muy dolorosos o terribles, por golpizas u otras lesiones en la cabeza, miedos o preocupaciones intensos y/o relacionados con alteraciones del sueño) y los síntomas que ayudan a identificarlos [59].

Desde una perspectiva más amplia, contando con que la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó incluir la promoción de la salud mental en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible dentro del objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades)[60], resulta evidente que, si no puede haber salud sin salud mental, tampoco es posible alcanzar buena salud mental sin derechos humanos[61]. Cobra pues sentido evocar en este punto la necesaria interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, aplicada al derecho a la salud mental, como lo afirmó el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en 2019, en un informe referido a los factores sociales básicos determinantes de la salud en relación con el ejercicio efectivo del derecho a la salud mental:

58. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas,* OMS, Ginebra, 2001, pp. 39, 82-83.

59. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *La salud mental de los refugiados*, OMS, Ginebra, 1997, pp. 42 y ss.

60. Res. 70/1 (*Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*), aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015, doc. A/RES/70/1, 21 de octubre de 2015, p. 18.

61. En este sentido, NACIONES UNIDAS, ASAMBLEA GENERAL, *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.* Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, doc. A/HRC/44/48, 15 de abril de 2020, p. 3.

«El logro de una salud mental y un bienestar satisfactorios es el resultado del pleno ejercicio efectivo de los derechos consagrados en el derecho internacional de los derechos humanos y un medio para alcanzarla. (…) Uno de los principales determinantes de la salud mental es el de hacer efectivos todos los derechos humanos. La relación entre el derecho a la salud y otros derechos humanos es indivisible: la salud permite hacer efectivos otros derechos, y algunos derechos contribuyen a hacer efectivo el derecho a la salud. Aunque el derecho a la salud es un derecho social y económico, ello no resta importancia a los derechos civiles y políticos como medio de promoción de la salud mental».[62]

Entre esos factores se encuentra la discriminación en la ley y en la práctica de ciertos grupos de población, como los refugiados y las mujeres[63]. Téngase en cuenta además que el derecho de libre determinación de los pueblos, conforme al cual todos los pueblos, incluido el Saharaui, tienen derecho a establecer libremente su condición política, proveer a su desarrollo económico, social y cultural y disponer libremente de sus riquezas y recursos naturales, se reconoce en el artículo 1 común al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. De este último tratado internacional también forma parte el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (art. 12).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) ha subrayado el carácter inclusivo del derecho a la salud (tanto física como mental), puesto que su disfrute depende y se vincula estrechamente al ejercicio de otros derechos humanos reconocidos en los dos Pactos Internacionales, como la vivienda, la alimentación, el trabajo, la educación, la vida, la integridad física, el acceso a la información, las libertades de reunión, asociación y circulación y el respeto de la misma dignidad humana y del derecho a no sufrir discriminación. En consonancia con ello, recordó que las medidas que deben adoptar los Estados Partes en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conforme al art. 12.2, para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, comprenden «una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano». De aquí que manifieste el Comité DESC que «para millones de personas en todo el mundo el pleno disfrute del derecho a la salud continúa siendo un objetivo remoto» y que «sobre todo por lo que respecta a las personas que viven en la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto»[64].

62.

NACIONES UNIDAS, ASAMBLEA GENERAL, *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.* Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, doc. A/HRC/41/34, 19 de abril de 2019, p. 4.

63.

Ibidem, p. 20.

64.

Párrs. 3-5 de la observación general nº 14 del Comité Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el artículo 12 del PIDESC. NACIONES UNIDAS, CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL, COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *Observación general Nº 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, doc. E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, pp. 2-3.

4.1. Derecho a la salud mental de la población saharaui refugiada en los campamentos de Tinduf (Argelia) antes de la situación pandémica y la vuelta a las armas

En el estudio realizado por la Dra. Marta Guarch-Rubio sobre la salud mental de la población saharaui refugiada en los campamentos de Tinduf (Argelia) antes de la pandemia por el COVID19, fueron evaluados 42 refugiados residentes en los campamentos, de los que 29 fueron mujeres y 13 hombres con una media de edad de 34,50 años. En el momento de la evaluación, los refugiados llevaban una media de casi 31 años viviendo en los campamentos.

Sin perjuicio de que la autora se centra en los elementos de resiliencia de la población evaluada, consideramos necesario destacar, a los efectos de nuestro breve análisis desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, concretos elementos que cabe vincular a la realización del derecho a la salud mental. En efecto, los datos del estudio reflejan que un 50% de las personas participantes sentían preocupación, miedo e inseguridades asociados al cese de la cooperación y situación de la familia en el Sáhara Occidental y que al 54,8% de esas personas ello le ocupaba mucha parte de su pensamiento.

Cabe entender, desde el punto de vista de la salud mental de las personas saharauis refugiadas en Tinduf, que el exilio prolongado en los campamentos argelinos está repercutiendo de manera adversa en el derecho a la salud mental del pueblo saharaui. Esto parece evidente visto que, como asevera la Dra. Guarch-Rubio de manera más específica, «el 50% de las personas evaluadas reflejaron malestar psicológico y pensamientos negativos asociados a la violencia política sufrida por los saharauis en el Sahara Occidental y a otros elementos como un posible cese de la cooperación» y que «el 54% de los saharauis expresaron que estos pensamientos negativos les ocupaban mucha parte de su pensamiento, en el sentido de que tenían estos pensamientos de forma recurrente». Y ello sin perjuicio de los resultados que arrojan porcentajes superiores a la mitad y que revelan la importancia del sostén familiar (un 81%), del sentimiento de integración en Argelia (un 63,4%) y los deseos y esperanzas futuros de vivir como ciudadanos libres y con derechos en el Sáhara Occidental (54,8%).

Asimismo, debemos destacar que, en la muestra evaluada, la autora del estudio manifiesta que «haber nacido en los campamentos de refugio fue un elemento que limitó el desarrollo de estrategias resilientes», que «la vulnerabilidad emocional de los refugiados saharauis estuvo muy mediatizada por el conflicto político, dado que los principales miedos y pensamientos negativos giraron en torno a él» y que «la información que llega a los campamentos de refugiados sobre la violencia política perpetrada contra familiares o compatriotas saharauis en los territorios ocupados tuvo un impacto negativo en la salud mental de los refugiados en Tinduf».

4.2. Derecho a la salud mental de la población saharaui refugiada en los campamentos de Tinduf (Argelia) tras la situación pandémica y la vuelta a las armas.

Si la pandemia desatada desde comienzos del año 2020 ha producido efectos muy severos en la situación de las personas que viven en el mundo desarrollado, el impacto sobre la personas refugiadas y desplazadas en los países en desarrollo se multiplica sobremanera, debido a la extrema vulnerabilidad que les caracteriza y marca, antes incluso de la propagación del virus. Además, la vuelta a las armas a finales de 2020 agrava aún más la situación.

El Norwegian Refugee Council ha constatado la espiral de efectos devastadores, difícilmente reversibles, que la pandemia del COVID-19 ha provocado en las comunidades afectadas por los conflictos y los desplazamientos. Como grupos vulnerables, los refugiados soportan ya la precariedad y fragilidad inherente a su propia condición y ocasionada por haberse visto obligados a dejar su lugar de origen y sus hogares, el estatuto jurídico muchas veces incierto o inseguro, las limitadas posibilidades de encontrar trabajo, proporcionar educación a sus hijos, acceder a la salud y a servicios sociales… Las pérdidas de puestos de trabajo o la reducción de salarios han sido muy elevadas y han resultado agravadas por la caída en las remesas recibidas del exterior, repercutiendo en las posibilidades de adquirir alimentos básicos y cubrir otras necesidades también básicas como medicinas, vivienda y electricidad. Los efectos económicos adversos y la situación derivada acarrean efectos severos para la salud física y mental de las personas afectadas, indudablemente marcadas por los temores, la angustia y la incertidumbre[65].

Asimismo, el Comité DESC reconoció que las personas refugiadas figuran entre los grupos particularmente vulnerables, puesto que frecuentemente no tienen acceso a recursos (agua, jabón o desinfectante), infraestructuras para la realización de pruebas de detección del virus, y servicios sanitarios o información, sufriendo porcentajes más elevados de enfermedades crónicas y trastornos de salud subyacentes, aumentando el riesgo de complicaciones graves de salud debido a la COVID-19[66] .

En los campamentos la situación socioeconómica de por sí frágil, se ha vuelto aún más precaria debido a la pandemia. En el informe del secretario general anteriormente citado se da cuenta de la detección de 1040 casos en la segunda ola (marzo de 2021) y de 48 fallecimientos por COVID-19. A ello se suma la pérdida generalizada de ingresos, de puestos de trabajo, la falta de dinero en efectivo, la reducción generalizada del poder adquisitivo y las dramáticas dificultades para poder atender a las necesidades básicas en los campamentos. Los refugiados en Tinduf tienen una vida muy precaria con necesidades acuciantes en materia de acceso a la salud, saneamiento, energía y alimentos[67] .

En el último estudio dirigido por la Dra. Marta Guarch-Rubio sobre la salud mental de la población saharaui refugiada en los campamentos de Tinduf (Argelia) durante la pandemia por el COVID19 y posterior a la reactivación de la guerra, se evaluó a 31 personas refugiadas residentes en los campamentos saharauis. De ellas, 23 fueron mujeres y 8 hombres con una media de edad de 42.94 años. En el momento de la evaluación, los refugiados llevaban una media de casi 38 años viviendo en los campamentos de Tinduf.

En este estudio se constata que el 58,1% de las personas participantes expresaron preocupación, miedo e inseguridad por la vuelta a las armas en el Sáhara Occidental, mientras que el 25,8% lo hicieron por la situación de las familias en los territorios ocupados por Marruecos y un 12,9% por el efecto combinado de la pandemia del COVID-19 y la vuelta a las armas. Al 64,5% esas preocupaciones les ocupaban buena parte de sus pensamientos. Además, más allá de constatarse que la capacidad resiliente se redujo aún más (el 48,38% de los participantes obtuvo un bajo nivel de resiliencia, frente al 38,09% antes de 2020), resulta llamativo el notable incremento en el porcentaje de participantes que manifestó dolencias físicas (el 67,7% de los participantes frente al 35,71% antes de 2020). Aunque no se pudieron registrar las características de la sintomatología física, el estudio posterior a 2020 sí da cuenta de la reducción de la asistencia humanitaria internacional a los campamentos de refugiados lo que, sumado a los efectos que la pandemia ha acarreado para la población saharaui asentada en los campamentos, así como las dificultades para acceder a vacunas y tratamientos apropiados, permite inferir un empeoramiento en la salud mental de los refugiados saharauis, que se agudiza debido a la preocupación por los efectos que la vuelta a las armas y la creciente violencia política en los territorios ocupados produce en quienes padecen el exilio argelino.

Por su parte, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, señaló que «la mejor manera de hacer realidad el derecho a la salud mental es mediante la convergencia de los derechos humanos y los factores determinantes de la salud, para la que se consideran esenciales la investigación y la acción sobre los determinantes estructurales, políticos y sociales de la angustia, como la pobreza, la desigualdad, la discriminación y la violencia». De esta manera se insiste en la complementariedad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, pues no basta con aplicar el paradigma biomédico dominante en el tratamiento de la salud mental: «el enfoque biomédico de las condiciones de salud mental todavía tiene un importante papel que desempeñar, pero debe entenderse como una de las muchas piezas complejas de la transformación basada en los derechos que queda por delante»[68].

65.

NORWEGIAN REFUGEE COUNCIL, *Downward Spiral: the economic impact of Covid-19 on refugees and displaced people*, NRC, 2020, 32 p. Disponible en www.nrc.no/resources/reports/downward-spiral-the-economic-impact-of-covid-19-on-refugees-and-displaced-people

66.

Ibidem, p. 20.

67.

Párrs. 3-5 de la observación general nº 14 del Comité Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el artículo 12 del PIDESC. NACIONES UNIDAS, CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL, COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *Observación general Nº 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, doc. E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, pp. 2-3.

68.

NACIONES UNIDAS, ASAMBLEA GENERAL, *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.* Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, doc. A/HRC/44/48, cit., p. 8 (párr. 26).

CONCLUSIÓN

La resiliencia del Pueblo Saharaui está profundamente afectada después de 46 años de ocupación militar marroquí ininterrumpida de la mayor parte del territorio del Sáhara Occidental y la separación forzosa entre los que sobreviven en los territorios ocupados y los que partieron al exilio, en particular los concentrados en los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia).

El derecho internacional reconoce el derecho inalienable que asiste al Pueblo Saharaui a su libre determinación para liberarse de una situación colonial a todas luces anacrónica. Tal derecho está respaldado en normas de ius cogens o de obligado cumplimiento que imponen responsabilidades precisas a Marruecos como potencia ocupante, a España como potencia administradora de iure, a los demás Estados, a la comunidad internacional y a las Naciones Unidas. Para realizar ese derecho de libre determinación, es posible proponer otras opciones. Pero esto ha de hacerse sin imposiciones y reconociendo, como lo hace la Asamblea General de las Naciones Unidas, que «todas las opciones disponibles para la libre determinación de los Territorios son válidas siempre que se ajusten a los deseos libremente expresados del pueblo de que se trate y sean compatibles con los principios claramente definidos que figuran en sus resoluciones 1514 (XV) y 1541 (XV), de 15 de diciembre de 1960, y otras de sus resoluciones» [69].

Pero la oposición de Marruecos y la incapacidad del Consejo de Seguridad y la MINURSO en crear las condiciones necesarias para la celebración de un referéndum de libre determinación en el Sáhara Occidental, han generado tal frustración en el pueblo saharaui, que no es sorprendente que se hayan reanudado en noviembre de 2020 las hostilidades entre Marruecos y el Frente Polisario. La aparición

69.
Res. 76/89 (Cuestión del Sáhara Occidental), aprobada por la Asamblea General el 9 de diciembre de 2021.

casi simultánea de la pandemia del COVID-19 ha agravado aún más una situación que ya era crítica.

Ya en 2016 habíamos constatado que Marruecos era responsable de violaciones sistemáticas de los derechos humanos y libertades fundamentales en el Sáhara Occidental ocupado; tales violaciones eran flagrantes, graves, masivas y sistemáticas. En particular, el derecho a la integridad física y moral de la población saharaui ocupada estaba seriamente menoscabado por los actos de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes, infligidos por funcionarios públicos marroquíes, persiguiendo sistemáticamente a los saharauis que reivindican su derecho de libre determinación de manera pacífica, en reuniones y manifestaciones, acusándolos abusivamente de terrorismo o de amenazas contra la seguridad o la integridad territorial del Estado. Las violaciones fueron más frecuente y graves cuando se cebaban en personas pertenecientes a grupos vulnerables como mujeres, discapacitados, niños y minorías. La impunidad de los autores estaba asegurada por la connivencia del poder militar y político marroquí ocupante con unos tribunales de justicia obsecuentes.

En 2020 el Comité EDCM instó a Marruecos, inter alia, a eliminar la violencia de género contra la mujer, la trata y explotación de la prostitución; facilitar el acceso a la propiedad y el uso de la tierra por parte de las mujeres rurales; fijar la edad mínima para contraer matrimonio en 18 años sin excepción y prohibir la poligamia; y derogar las disposiciones legales discriminatorias relativas al matrimonio, el divorcio, la custodia y la tutela legal de los hijos, el reparto de los bienes y la herencia.

El daño psicológico causado por la violencia política ejercida sobre los saharauis por motivos identitarios después de 2020, muestra una prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) de 36,7% entre las personas evaluadas. Las persistencias traumáticas se materializaron en pensamientos o recuerdos recurrentes de los eventos dañinos o traumáticos (76,7%) y en sentimientos de que el evento ocurriese de nuevo (73,3%).

La tortura y malos tratos a los detenidos se asocian también con su condición identitaria-política como saharauis y se han incrementado a partir de noviembre de 2020. En las cárceles marroquíes hay 43 presos políticos saharauis castigados por su activismo en favor de los derechos humanos. Es particularmente alarmante la situación de la activista saharaui Sultana Khaya y su familia en Bojador.

El derecho a la salud (tanto física como mental) de la población saharaui refugiada en los campamentos de Tinduf se vincula estrechamente al ejercicio de otros derechos humanos reconocidos en los dos Pactos Internacionales, como la libre determinación, la vivienda, la alimentación, el trabajo, la educación, la vida, la integridad física, el acceso a la información, las libertades de reunión, asociación y circulación y el respeto de la misma dignidad humana y del derecho a no sufrir discriminación. Antes de 2020, un 50% de las personas evaluadas sentían preocupación, miedo e inseguridades asociados a la violencia política, al cese de la cooperación y a la situación de sus familiares en el Sáhara Occidental ocupado; al 54,8% de esas personas ello le ocupaba mucha parte de su pensamiento.

En los campamentos de refugiados la situación socioeconómica se ha vuelto aún más precaria debido a la pandemia. En marzo de 2021 se habían detectado 1040 casos de personas infectadas y 48 fallecimientos por COVID-19. A ello se suman las dramáticas dificultades para atender a las necesidades básicas en materia de acceso a la salud, saneamiento, energía y alimentos. El 48,38% de los evaluados mostró un bajo nivel de resiliencia, frente al 38,09% antes de 2020. Las dolencias físicas fueron manifestadas por el 67,7% de los evaluados, frente al 35,71% antes de 2020. Se concluye que la salud mental de los refugiados saharauis se deteriora por los efectos que la vuelta a las armas y la creciente violencia política en los territorios ocupados produce en quienes padecen el exilio argelino.

El conflicto armado reanudado es, por el momento, de baja intensidad. Pero no se puede subestimar el riesgo de que se agrave, porque el Sáhara Occidental está situado en medio de un contexto geopolítico muy negativo. De un lado, el conflicto se podría ampliar a todo el Magreb si Argelia entrara en el mismo en alianza con el Frente Polisario. De otro, la presencia del yihadismo integrista en todo el Sahel avanza hacia el Sáhara Occidental. La inestabilidad política y las violaciones a los derechos humanos son moneda corriente en todos los países del Norte de África (Túnez, Libia, Egipto). Los golpes de Estado y los conflictos proliferan en todo el continente africano. En palabras del secretario general de las Naciones Unidas, "la humanidad encara el número más alto de conflictos violentos desde la formación de la ONU", por lo que "el retroceso de los derechos humanos, especialmente los derechos de las mujeres y las niñas, continúa". Señalando el conflicto del Sáhara Occidental, indicó que su solución "requiere perseverar en los esfuerzos para prevenir conflictos, proteger a los civiles y consolidar la paz". Lamentó la división que impera en el Consejo de Seguridad y aseguró que "para evitar el caos en el mundo, es imperioso gestionar las divisiones geopolíticas". Concluyó apostando por incrementar la participación de la mujer: "los esfuerzos de paz son más exitosos y sostenibles cuando las mujeres son parte integral de la toma de decisiones y la mediación y los procesos de paz"[70].

70.
Declaración del secretario general ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 21 de enero de 2022. *Vid.* https://news.un.org/es/

https://observatorioaragonessahara.org/

Observatorio aragonés para el Sahara Occidental
مرصد أراغون من أجلى الصحراء الغربية

Colabora:

Zaragoza
AYUNTAMIENTO