

MIGRACIÓN Y CRISIS: EL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO Y MÚLTIPLE (SÍNDROME DE ULISES) .

Joseba Achotegui. Psiquiatra

Profesor Titular de la Universidad de Barcelona

Director del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital de Sant Pere Claver de Barcelona. Vila i Vilá 16. Barcelona 08004

Director del Postgrado “Salud mental e intervenciones psicológicas con inmigrantes, refugiados y minorías” de la Universidad de Barcelona

E-mail: sappir@terra.es,

Pagina web: www.migra-salut-mental.org

Blog : Achotegui.com

RESUMEN

Si en nuestra sociedad existe un área en la que los estresores psicosociales poseen una dimensión cuantitativa y cualitativa relevante y difícilmente discutible desde la perspectiva de la salud mental, esa área es el de las migraciones del siglo XXI. Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de

Ulises (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). El conjunto de síntomas que conforman este Síndrome constituyen hoy un problema de salud mental emergente en los países de acogida de los inmigrantes.

En este trabajo se postula que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos inmigrantes y la aparición de su sintomatología. El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y, por otro lado, porque aparecen un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se

enmarcan en el área de la salud mental (ámbito que es más amplio que el de la psicopatología, tal como analizaremos en el apartado 3 . 5)

Entendemos por estrés “un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales percibidas y las capacidades de respuesta del sujeto” (Lazarus 1984) *y por duelo “el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto”. Podríamos establecer una correlación entre los dos conceptos señalando que “el duelo es un estrés prolongado e intenso”.

Tal como planteamos (Achotegui 2000) existirían 7 duelos en la migración: la familia y los seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia, los riegos para la integridad física. Estos duelos se darían, en mayor o menor grado en todos los procesos migratorios, pero no es lo mismo vivirlos buenas condiciones que en situaciones extremas.

PALABRAS CLAVE

Migración, crisis, síndrome de Ulises.

Consideramos que habría que diferenciar desde la perspectiva de la dificultad en la elaboración del duelo, y por lo tanto en su potencialidad psicopatológica, tres tipos de duelos:

-el duelo simple: es aquel que se da en buenas condiciones y que puede ser elaborado.

-el duelo complicado: cuando existen serias dificultades para la elaboración del duelo

-el duelo extremo: es tan problemático que no es elaborable, dado que supera las capacidades de adaptación del sujeto (este sería el duelo propio del Síndrome de Ulises)

Así, en relación al duelo por la familia que se vive en la migración, 1) el duelo simple se daría, por ejemplo, cuando emigra un adulto joven que no deja atrás ni hijos pequeños, ni padres enfermos, y puede visitar ó traer a los familiares. 2) el duelo complicado sería aquel en el que se emigra dejando atrás hijos pequeños y padres enfermos, pero es posible regresar, traerlos, ... y 3) el duelo extremo se daría cuando se emigra dejando atrás la familia, especialmente cuando quedan en el país de origen hijos pequeños y padres enfermos, pero no hay posibilidad de traerlos ni de regresar con ellos, ni de ayudarles .

Malos tiempos aquellos en los que la gente corriente ha de comportarse como héroes para sobrevivir. Ulises era un semidios, que sin embargo, a duras penas sobrevivió a las

terribles adversidades y peligros a los que se vio sometido, pero las gentes que llegan hoy a nuestras fronteras tan sólo son personas de carne y hueso que sin embargo viven episodios tan o más dramáticos que los descritos en la Odisea. Soledad, miedo, desesperanza, ..las migraciones del nuevo milenio que comienza nos recuerdan cada vez más los viejos textos de Homero “ ...y Ulises pasábase los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus ojos en el mar estéril, llorando incansablemente...(Odisea, Canto V), ó el pasaje en el que Ulises para protegerse del perseguidor Polifemo le dice “ preguntas cíclope cómo me llamo...voy a decírtelo. Mi nombre es Nadie y Nadie me llaman todos...” (Odisea Canto IX). Si para sobrevivir se ha de ser nadie, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad ni integración social y tampoco puede haber salud mental

Habría que diferenciar tres aspectos en el debate sobre la problemática en salud mental de estos inmigrantes, en situación extrema, y así hemos estructurado este trabajo: por un lado

- el estudio de los estresores, que son los que delimitan la aparición del Síndrome
- por otro lado el estudio de los síntomas (Síndrome es conjunto de síntomas)
- y en tercer lugar el diagnóstico diferencial de la sintomatología que presentan con otras alteraciones psicológicas que se dan en los inmigrantes

1. DELIMITACIÓN DE LOS ESTRESORES Y DUELOS DE LOS INMIGRANTES EN SITUACIÓN EXTREMA

1. 1. Haremos referencia en este apartado a los estresores que delimitan y definen el Síndrome que estamos abordando. Ya hemos señalado que el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se define precisamente por sus estresores (tal como su propio nombre indica) por lo que consideramos muy importante delimitarlos, dado que si no, carecemos de criterios para identificar el cuadro. Por otra parte, es importante señalar que no se trata tanto de describir los estresores de los inmigrantes del siglo XXI (dado que son conocidos, y en nuestro medio son muy relevantes los trabajos de Aparicio 2002, Arango 2002, etc,) sino de delimitarlos específicamente desde la perspectiva de sus relaciones con la salud mental. Estos estresores serían:

a. La soledad. La separación forzada de la familia y los seres queridos

En primer lugar el duelo por la familia que tiene que ver con la soledad y la separación de los seres queridos, especialmente cuando se dejan atrás hijos pequeños (o padres ancianos y enfermos) a los que no puede traer consigo, ni ir a visitar porque habría la imposibilidad del retorno a España al no tener papeles. Por otra parte, el inmigrante, tampoco puede volver con el fracaso a costas de no haber podido salir adelante en la migración. Sin embargo, esta situación no tan sólo afecta a los sin papeles, ya que también hay inmigrantes que no pueden traer a su pareja y a sus hijos por otras causas,

como por ejemplo porque aunque tengan papeles no tienen los requisitos económicos básicos que se requieren para autorizar la reagrupación familiar: si se trabaja en condiciones de explotación es muy difícil tener el nivel de vida y de vivienda que se requiere para que el notario autorice la llegada de los familiares. Y por otra parte aún tenemos constancia de casos en los que poseyendo papeles, teniendo el nivel de vida requerido se ponen a los inmigrantes de todo tipo de pegas para evitar la reagrupación familiar.

La soledad forzada es un gran sufrimiento. Se vive sobre todo de noche, cuando afloran los recuerdos, las necesidades afectivas, los miedos... Además los inmigrantes provienen de culturas en las que las relaciones familiares son mucho más estrechas y en las que las personas, desde que nacen hasta que mueren, viven en el marco de familias extensas que poseen fuertes vínculos de solidaridad, por lo que les resulta aún más penoso soportar en la migración este vacío afectivo.

Este duelo tiene que ver con los vínculos y el apego, con el dolor que producen las separaciones.

b. duelo por el fracaso del proyecto migratorio

En segundo lugar el sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante no logra ni siquiera las mínimas oportunidades para salir adelante al tener dificultades de acceso a “los papeles”, al mercado de trabajo, o hacerlo en condiciones de explotación. Para estas personas que han realizado un ingente esfuerzo migratorio (a nivel económico, de riesgos físicos, esfuerzo...) ver que no se consigue salir adelante es extremadamente penoso. Por otra parte ligando lo que señalamos con el apartado anterior, hemos de decir que el fracaso en soledad aún es mayor. Y además si el inmigrante decidiera regresar, la vuelta siendo un fracasado resultaría muy penosa: hay incluso zonas de África en las que se considera que quien ha fracasado en la migración lo ha hecho porque es poseedor de algún maleficio por lo que sería visto con temor, como alguien peligroso si regresara

c. La lucha por la supervivencia

El inmigrante en situación extrema ha de luchar asimismo por su propia supervivencia. Habría dos grandes áreas:

c. 1. -La alimentación: muchas veces estas personas se hallan subalimentadas. Además, se ha de tener en cuenta que, en general los inmigrantes son un colectivo que se alimenta mal, ya que envían casi todo el poco dinero que tienen a sus familiares en el país de origen (lo cual no deja de ser una muestra de su generosidad y de la intensidad de sus vínculos). El resultado es que tienden a comer alimentos de baja calidad con muchas grasas saturadas, bajo índice de proteínas... A esto se le ha de añadir que, con frecuencia, no les es fácil reproducir en la sociedad de acogida los hábitos alimentarios saludables que tenían en la sociedad de origen. También se ha de tener en cuenta que

puede existir una interrelación entre subalimentación y fatiga, cefaleas...síntomas a los que más adelante haremos referencia

c. 2. La vivienda. Este es otro gran problema de este colectivo de personas. No es extraño encontrar casos de viviendas en las que se hacinan muchos inmigrantes a precios abusivos. El hacinamiento se sabe que es un factor de tensión y de estrés. (Se calcula que el espacio vital que necesita una persona no debe ser inferior a 15 metros cuadrados, espacio que va mucho más allá de lo que viven estas personas) A estas situaciones habría que añadir el relevante colectivo que habita en infravivienda (vivienda a la que le faltan elementos básicos como techo, alguna pared, etc) o sencillamente vive en la calle (al menos durante cierto tiempo)

d. El miedo.

- y en cuarto lugar el duelo por los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio (las pateras, los yolos, los camiones, etc), las coacciones de las mafias, las redes de prostitución, etc. Además, en todos los casos el miedo a la detención y expulsión (en España se expulsa a un inmigrante cada 5 minutos, según datos oficiales), a los abusos...

Se sabe que el miedo físico, el miedo a la pérdida de la integridad física tiene unos efectos mucho más desestabilizadores que el miedo de tipo psicológico, ya que en las situaciones de miedo psíquico hay muchas más posibilidades de respuesta que en las de miedo físico. A nivel biológico sabemos que el miedo crónico e intenso fija las situaciones traumáticas a través de la amígdala y da lugar a una atrofia del hipocampo (en veteranos de la guerra de Vietnam o en personas que han sufrido en la infancia abusos sexuales se ha detectado hasta un 25% de pérdida). También habría pérdidas neuronales en la corteza orbitofrontal. Sabemos que a través de un circuito están interconectada la amígdala, los núcleos noradrenérgicos y la corteza prefrontal, áreas muy importantes en la vivencia de las situaciones de terror. (Sendi 2001)

Además se sabe que el estrés crónico da lugar a una potenciación del condicionamiento del miedo, tanto sensorial como contextual, respondiéndose con miedo ante las situaciones de estrés futuras. Este dato es importante en los pacientes con Síndrome de Ulises ya que se hallan sometidos a múltiples estresores que les reactivan las situaciones de terror que han sufrido anteriormente.

Una de las situaciones de miedo más visibles y conocidas actualmente en España por la opinión pública es el viaje en pateras en la zona del estrecho y en Canarias. La asociación de amigos y familiares de las víctimas de la inmigración clandestina (AFVIC) habla de unos 4000 muertos en el Estrecho de Gibraltar desde 1994 en que llegó la primera patera. Como se ha dicho a veces el estrecho se ha convertido en una gran fosa común. Recientemente los colectivos que llegan en patera se han ampliado incluso a inmigrantes de Latinoamérica y Asia. Sin embargo, situaciones de peligro se dan también en otras zonas del mundo y así, por ejemplo, en América, en la frontera

México-USA, la situación es aún mucho peor y se calcula que mueren al menos 1000 personas al año, unas 3 al día

De todos modos sabemos que la mayoría de los inmigrantes llegan por otras vías. Podríamos decir que no vienen muchos en patera, pero que sí que muchos mueren así. Otros inmigrantes llega en grupos organizados, “demasiado” organizados, podríamos decir: son recludos en pisos, lonjas.... Viven amenazados, con documentación falsa, chantajeados por las mafias, las “contection man”.

Tal como señala J. Vázquez y el SAMFYC (2005) en sus trabajos en Almería, en la atención primaria el paciente que se atiende con más frecuencia no es el inmigrante que acaba de llegar en la patera, sino ya familias de origen inmigrante instaladas en España y que se encuentran en otra fase del proceso migratorio.

El miedo es perceptible también en los niños inmigrantes cuyos padres no tienen papeles. Vemos incluso niños asustados porque sus padres se retrasan apenas un rato en llegar a casa ya piensan que quizás los han deportado y que se quedarán solos aquí. Y en este caso obviamente no estamos hablando de fantasías infantiles de abandono y persecución en el sentido kleiniano, sino de realidades bien objetivables, es decir de auténticas situaciones traumáticas.

El miedo se halla relacionado con la vivencia de situaciones traumáticas, con los peligros para la integridad física. De todos modos, la desesperación puede más que el miedo y estas personas, siguen llegando.

Esta combinación de soledad, fracaso en el logro de los objetivos, vivencia de carencias extremas, y terror serían la base psicológica y psicosocial del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises).

1.2. Factores que potencian el efecto de los estresores del Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises).

Pero además estos estresores se hallan potenciados por toda una serie de factores:

a. -la multiplicidad: no es lo mismo padecer uno que muchos estresores. Los estresores se potencian. Ya hemos señalado en el apartado anterior: soledad, fracaso, miedo...

b.-la cronicidad: no es lo mismo padecer una situación de estrés unos días ó unas semanas que padecerla durante meses o incluso años. El estrés es acumulativo. Muchos de estos inmigrantes desarrollan auténticas odiseas que duran años. Podemos decir que más que tener un mal día, tienen una mala vida

c-La intensidad y la relevancia de los estresores: lógicamente hacemos referencia a estresores límite, a un estrés crónico múltiple y extremo. No es lo mismo el estrés de un atasco de tráfico, o de unos exámenes (que son algunos de los estresores que suelen

utilizarse como referencia en los medios académicos) que la soledad afectiva, las vivencias de terror..., que son estresores de una gran intensidad y relevancia emocional

d-la ausencia de sensación de control: si una persona padece estrés pero conoce la manera de salirse de él reacciona de modo más sereno que cuando no ve la salida al túnel en el que se halla inmerso. Hay un experimento clásico en el que se somete a una situación de ruido intenso a dos grupos de personas: un grupo con la posibilidad de controlarlo cuando lo desea y el otro sin poder controlarlo. Obviamente, el grupo que podía controlar el estrés tenía menos alteraciones a nivel de la ansiedad, tensión arterial, etc. (Vander Zanden 1994).

e. La ausencia de una red de apoyo social. Porque, ¿qué organismos se hacen cargo de estos inmigrantes?. (Cebrian J. A y colab 2000) Dado que estas personas no existen a nivel legal, hay muchas más dificultades para que puedan ser sujetos de ayudas. Por otra parte, como es sabido, a mayor cronicidad de una problemática también hay un menor mantenimiento de las redes de apoyo. De todos modos, tal como han señalado J. Aguilar (2003) o E. Gómez Mango (2003), estos pacientes en realidad son más viajeros que inmigrantes, porque en la situación en la que se encuentran aún no han acabado de llegar al sociedad de acogida. Aún no se han instalado, siguen de viaje.

f. Hay que tener en cuenta que a estos estresores señalados se le han de añadir los estresores clásicos de la migración: el cambio de lengua, de cultura, de paisaje...magníficamente estudiados por Francisco Calvo (1970), Jorge Tizón y colab (19939, León y Rebeca Grinberg (1994)... entre otros. En definitiva, los duelos clásicos de la migración, que por supuesto siguen estando ahí, y que son también fundamentales para el bienestar psicológico de la persona que emigra, pero que en la migración actual a la que estamos haciendo referencia, han quedado relegados en segundo lugar a pesar de su importancia por los nuevos estresores límite a los que hemos hecho referencia. En otros trabajos (Achotegui, 2000, 2002) he agrupado estos duelos básicos en 7 áreas: familia y amigos, lengua, cultura, tierra, estatus social, contacto con el grupo nacional y los riesgos físicos.

Como ejemplo de esta nueva situación, un inmigrante al que preguntábamos acerca del aprendizaje de la nueva lengua nos decía: cuando se vive escondido, en el trabajo clandestino se habla muy poco, sabe Vd?; No es fácil responder cuando te dicen algo así. Habría que señalar también que hay dos palabras que estas personas utilizan con mucha frecuencia: sufrimiento y vida;

g. El círculo se cierra si además la persona comienza ya a tener una serie de síntomas como ocurre al padecer este Síndrome y las fuerzas para seguir luchando comienzan a fallarle. El inmigrante padece en este caso toda una sintomatología que tiene un efecto incapacitante. Se halla inmerso en un terrible círculo vicioso. Como señala Z. Domic (2004) estas personas tienen la salud como uno de sus capitales básicos y lo comienzan a perder.

h. Y a toda esta larga cadena de dificultades se ha de añadir por desgracia aún una más: el sistema sanitario, que debería ayudar a estas personas no siempre los atiende adecuadamente :

-hay profesionales que por prejuicios, por desconocimiento de la realidad de los inmigrantes, incluso por racismo, desvalorizan la sintomatología de estas personas (lo cual desgraciadamente tampoco es tan sorprendente si vemos que la propia Organización Mundial de la Salud no tiene programas de salud mental para los inmigrantes)

-otras veces esta sintomatología es erróneamente diagnosticada como trastornos depresivos, psicóticos, enfermos orgánicos...padeciendo tratamientos inadecuados o incluso dañinos y siendo sometidos a todo tipo de pruebas, incluso cruentas y con efectos secundarios(aparte del gasto sanitario innecesario que conlleva)

Consideramos que estos inmigrantes viven una de las peores pesadillas imaginables: estar sólo, en peligro, sin recursos, sin ver salida a la situación, encontrarse mal, pedir ayuda y que no entiendan ni sepan ayudarte. Seguro que hay pesadillas peores, pero nos falta imaginación para describirlas. En nuestro trabajo en salud mental con población inmigrante desde 1980 no habíamos visto nunca las situaciones de estrés límite que hemos visto en los últimos 5 años.

2. CLINICA DEL SÍNDROME DE ULISES

El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple se caracteriza por ser una combinación de toda una serie de estresores que ya hemos señalado y de toda una serie de síntomas que describiremos a continuación. Esta sintomatología es muy variada y corresponde a varias áreas de la psicopatología. La descripción clínica que realizamos se basa en el trabajo en salud mental con la población inmigrante que hemos desarrollado desde el año 1982, primero en la Fundació Cardenal Vidal i Barraquer, y posteriormente en el SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital de Sant Pere Claver, ambos en la ciudad de Barcelona.

1. Sintomatología del área depresiva

Los síntomas que veríamos con más frecuencia serían:

- tristeza: expresa el sentimiento de fracaso, de indefensión aprendida, de desistimiento ante los duelos extremos a los que debe hacer frente el inmigrante en situación límite. Dado que sabemos desde los trabajos de Ekman en los 70 que la expresión facial de las emociones básicas es universal, la tristeza es fácilmente perceptible en la anamnesis de personas de cualquier cultura, aunque este mismo autor señala que hay casos como, por ejemplo el de la cultura japonesa, en la que es más difícil de valorar ya que en esta

sociedad se considera que no sonreír es una descortesía social por lo que se oculta mucho la expresión facial de la tristeza.

-llanto: en estas situaciones límite lloran tanto los hombres como las mujeres, a pesar de que los hombres ha sido educados en casi todas las culturas en el control del llanto. Una expresión de esta dificultad de los hombres de estas culturas sería que a veces se refieren a llorar eufemísticamente diciendo que les sale agua por los ojos o que lloran por dentro. Por otra parte en la tradición islámica el llanto no está bien visto y el dolor se expresa más en forma de gemidos. La interpretación de que el llanto se de tanto en hombres como en mujeres radicaría en que ante una situación tan límite, incluso las barreras de tipo cultural quedarían en segundo lugar.

-culpa: se expresa con menor frecuencia e intensidad en culturas no occidentales, en las que no se considera que el ser humano es el centro del mundo, sino que forma parte todo el conjunto de la naturaleza. Desde la perspectiva kleiniana (1957,) podríamos decir que en las culturas tradicionales se daría más una culpa del tipo paranoide, ligada al temor al castigo. En la culpa paranoide la persona no está preocupada por el daño que ha infligido al otro, por el mal que ha causado, sino que está afectada por el temor al castigo que teme recibir por su acción inadecuada. (En la culpa depresiva el sentimiento básico es el sufrimiento por haber hecho daño al otro, el remordimiento, el sentimiento de pena por el mal que se ha causado). Tal como señalaremos posteriormente esta culpa paranoide se relaciona con el pensamiento mágico y la hechicería

Se sabe que se da el doble de sentimiento de culpa en los pacientes depresivos occidentales que en los pacientes de otras culturas. Los pacientes pakistaníes te miran asombrados (a veces hasta sonríen) cuando se les preguntas si tienen sentimientos de culpa. Sin embargo, no es extraño que un latinoamericano se considere muy culpable de casi todo lo que le esta pasando, en el otro extremo del péndulo del sentimiento de culpa

-Ideas de muerte : a pesar de la gravedad de los factores estresantes, estas ideas no son frecuentes en estos inmigrantes. En general, el inmigrante posee una gran capacidad de lucha que le hace querer ir hacia delante incluso en contextos muy adversos. Puede tener sentimientos de tristeza pero aún conserva una esperanza que le impulsa a desear seguir viviendo. Una ecuatoriana nos decía: pero cómo voy a tener ideas de muerte si tengo dos hijos pequeños esperándome en América;. Esta persona estaba llena de sentimientos de vida. Sin embargo, en los menores adolescentes, dada su mayor impulsividad, sí que se darían con más frecuencia ideas de muerte e intentos de autolisis, en determinados momentos de gran desesperación que viven.

Un factor que protege de modo muy significativo de las ideas de muerte en los inmigrantes es la intensidad de sus sentimientos religiosos. Y en este punto hemos hallado una gran similitud entre los inmigrantes de religión cristiana (en su mayoría católicos) y los inmigrantes de religión musulmana

2. Sintomatología del área de la ansiedad

La sintomatología del área de la ansiedad es una de las más importantes de este cuadro clínico. Entre sus síntomas destacaríamos:

-tensión, nerviosismo: es un síntoma muy frecuente que expresaría el enorme esfuerzo, la lucha que supone afrontar las adversidades que conlleva emigrar en estas condiciones, con todos estos estresores

-preocupaciones excesivas y recurrentes: se hallan en relación a la extrema complejidad y dificultad de la situación en la que se encuentran estos inmigrantes extracomunitarios. Hay un enorme acúmulo de sentimientos contrapuestos, que cuesta integrar. Se requiere una gran capacidad de insight para entender tantas emociones. El inmigrante ha de tomar muchas y graves decisiones, a veces en muy poco tiempo y con escasos medios de análisis, lo cual conlleva una enorme tensión.

Como decía muy gráficamente un paciente: “es como si tuviera la centrifugadora dentro de la cabeza, trabajando todo el día”. Obviamente estas preocupaciones recurrentes y obsesivas favorecen la aparición del insomnio, ya que para conciliar el sueño es básico lograr un estado de relajación.

-irritabilidad: La irritabilidad no es un síntoma tan frecuente como los anteriores. De todos modos se ha de tener en cuenta que tiende a expresarse menos en inmigrantes procedentes de culturas orientales que controlan más la expresión de las emociones (consideran que expresar una emoción es una forma de coaccionar a los otros), de suyo, la cultura occidental es una de las más asertivas. Este síntoma se ve más en menores. La irritabilidad se frecuente en las bandas juveniles. Se ponen “bravos” que dicen los ecuatorianos.

-Insomnio: Las preocupaciones recurrentes e intrusivas dificultan el dormir. La noche es el momento más duro: afloran los recuerdos, se percibe con toda su crueldad la soledad, el alejamiento de los seres queridos, la magnitud de los problemas a los que debe hacerse frente. No hay estímulos externos que puedan distraer a la persona de sus preocupaciones, recuerdos, etc. Además, se pone en marcha la ansiedad de anticipación que favorece que el inmigrante que comienza a tener problemas para dormir asocie el acostarse con una situación de tensión y por lo tanto no se relaje lo suficiente como para poder conciliar el sueño, y de ese modo se va instaurando el insomnio, con lo que se crea un círculo vicioso, un condicionamiento. A nivel biológico se podría explicar el insomnio desde la perspectiva de que el incremento de catecolaminas y glucocorticoides a que da lugar el estrés favorece el arousal, la excitación que impide la relajación para poder dormirse.

El insomnio de los inmigrantes se agrava además por las pésimas condiciones de las viviendas que habitan : ambientes húmedos, excesivamente calurosos en verano y fríos en invierno, la existencia de ruidos, mala ventilación, etc. Todo esto cuando no están simplemente en la calle, claro. Entonces se ha de añadir el miedo a los robos, las agresiones, la policía que los puede expulsar etc. La noche en la calle es insegura. Así, el año 2002, en Almería un grupo de inmigrantes que se guarecía en la estación de

autobuses fue atacado por grupos xenófobos con el resultado de un muerto y varios heridos

3. Sintomatología del área de la somatización

En la mayoría de las culturas de origen de los inmigrantes se considera que la mente y el cuerpo no están separados. En las culturas de los inmigrantes lo mental y lo físico se expresan de modo combinado, es decir el que aparezcan síntomas somáticos no impide la expresión psicopatológica, no son por lo tanto pacientes alexitímicos, que rehuyan lo emocional, a pesar de que tienen una fuerte expresión somatizada.

Destacan entre los síntomas somatomorfos sobre todo las cefaleas y la fatiga, que son síntomas frecuentes también en la clínica de los autóctonos, pero no tanto en personas jóvenes ya que estos síntomas (al igual que el insomnio) suelen presentarse a más edad.. También son frecuentes otras somatizaciones, especialmente de tipo osteomuscular. En menor porcentaje se hallarían las molestias abdominales y aún menos las torácicas. Las molestias osteomusculares se explicarían en relación a las contracturas musculares que aparecen como respuesta al estrés. Especialmente son más intensas en la zona de la espalda y las articulaciones, o como dicen muy gráficamente algunos hispanoamericanos en “las coyunturas”.

-cefalea: es uno de los síntomas más característicos del Síndrome de Ulises, ya que se da en una proporción superior a la de los autóctonos que viven situaciones de estrés. En un estudio reciente (Achotegui, J, Lahoz S, Marxen E, Espeso D, 2005) el 76,7% de los pacientes con el Síndrome padecían cefalea. Las cefaleas que se ven en los inmigrantes son casi siempre de tipo tensional y van asociadas a las preocupaciones recurrentes e intrusivas intensas en que el inmigrante se halla sumido. Las molestias con frecuencia se concentran en la zona frontal y en las sienas. Desde una perspectiva psicoanalítica podrían estar ligadas a la utilización de la defensa de la negación (muy frecuente en el duelo migratorio extremo), al resultarles, a pesar de todo, más soportable el dolor de cabeza que el seguir pensando en tantos problemas y adversidades.

- Fatiga. La energía se halla ligada a la motivación y cuando la persona durante largo tiempo no ve la salida a su situación hay una tendencia a que disminuyan las fuerzas. Este síntoma se da en todos los pacientes que sufren el Síndrome aunque en menor grado en aquellos que llevan poco tiempo en el país de acogida.

Es evidente que con este gran cansancio estos pacientes difícilmente puedan ser diagnosticados de maníacos. Más bien se quejan de hallarse sin energía. Este cansancio se hallaría relacionado con otros síntomas ya descritos como el insomnio, la cefalea, ...

Estos síntomas somáticos pueden cambiar, no son radicalmente fijos. Sobre todo el insomnio que suele ser el primero que remite cuando el inmigrante mejora con el tratamiento. El síntoma más rebelde suele ser la cefalea.

A nivel psicosomático es importante también observar que estas personas están casi siempre envejecidas por todo el sufrimiento que padecen.

También es importante tener en cuenta que la expresión somática de los síntomas se halla modulada por factores culturales: así hemos visto, en la línea de lo señalado por Gailly, una mayor tendencia de los pacientes de origen magrebí a expresar molestias torácicas, de los pacientes subsaharianos a expresar molestias digestivas y de los asiáticos a expresar síntomas relacionados con la sexualidad

4. sintomatología del área confusional

Hay sensación de fallos de la memoria, de la atención, sentirse perdido, incluso perderse físicamente, hallarse desorientados a nivel temporal etc..

Habría numerosos aspectos que favorecerían la aparición de sintomatología de tipo confusional . La confusión podría estar ligada a con el tener que esconderse, hacerse invisibles, para no ser retenidos, repatriados (en definitiva el famoso episodio de la Odisea en que Ulises le dice a Polifemo que su nombre es Nadie). Así no es infrecuente encontrar casos de menores que han pasado por numerosos centros tutelados en los que dan un nombre diferente en cada lugar. Cuál es el verdadero?. Al final quizás ya ni ellos lo saben. Estos pacientes hacen comentarios muy expresivos. Un paciente decía” no sé si voy o vengo” y otro “no sé lo que quiero, pero lo quiero ya”.

También en la migración en situación extrema favorece la confusión la existencia de muchas mentiras o medias mentiras, fabulación...en las relaciones familiares. El inmigrante apenas explica la verdad a los suyos para que no sufran por él. Y sus familias también se guardan de explicarle los problemas que van surgiendo en el país de origen. Al final todo ello potencia la confusión y la desconfianza.

También desde una perspectiva cultural se ha de tener en cuenta que en las culturas en las que ha habido más control sobre los ciudadanos se ve menos sintomatología confusional y más de tipo paranoide. Así, por ejemplo, hemos observado que los inmigrantes que proceden de los países de la antigua Unión Soviética suelen tener menos tendencias confusionales y más de tipo paranoide

Sin embargo no es fácil evaluar estos síntomas confusionales a nivel transcultural, recordemos que hay culturas que tienen una idea del tiempo más circular que propiamente lineal. Un ejemplo de las dificultades culturales que se pueden dar en la exploración de estos síntomas es que la despersonalización es difícil de valorar en culturas que poseen otra imagen del yo, del sujeto, como las orientales, donde las terapias se plantean “contra el yo”.

Desde una perspectiva psicoanalítica la confusión se hallaría relacionada con la frecuente utilización de la defensa de la negación en situaciones extremas, que como señala M. Klein (1957) favorece la fragmentación de los objetos. Desde una

perspectiva biológica puede explicarse la confusión desde la perspectiva de la respuesta al estrés crónico ya que el cortisol actúa sobre el hipocampo (produciendo alteraciones de la memoria) así como sobre las áreas corticales (Sendi 2001)

5. Interpretación cultural de la sintomatología.

En muchos casos el inmigrante interpreta desde la cultura tradicional de su país de origen lo que le va ocurriendo en la migración. Los inmigrantes interpretan sus desgracias como una mala suerte provocada por la brujería, la magia, la hechicería, etc,... Hemos atendido muchos casos de personas que interpretaban sus síntomas como castigos por incumplir normas sociales de sus grupos: haber rechazado casarse con la pariente designada por la familia, no estar presente en la muerte de los padres, etc. En la medicina tradicional se considera que quien ha ofendido a alguien o infringido una norma puede ser víctima de la brujería por parte de las personas que se ha sentido ofendidas.

Sin embargo, no por ello estos inmigrantes dejan de ver la importancia que tienen los factores sociales y políticos en su situación. Como nos dijo una vez un africano: “ mire Vd, a mí el mal de ojo también me lo han echado las leyes que tienen en este país” ;

El psicoanálisis relaciona la magia con la omnipotencia del pensamiento. Freud (1912) planteó que se halla ligada a funcionamientos de tipo obsesivo y maníaco como respuesta primitiva a la ansiedad

Esta interpretación de la sintomatología desde la perspectiva de las tradiciones mágicas conllevará que la intervención psicológica deba tener en cuenta la cosmovisión del paciente obligando al terapeuta occidental a “descentrarse” culturalmente a la hora de efectuar la intervención terapéutica. Es muy importante acercarse a estas vivencias del paciente con respeto y atención. Pero no es fácil explorarlas porque estas personas se sienten rechazadas por la cultura autóctona y esconden este tipo de vivencias. Una buena forma de acercarse a estos temas es preguntarles si creen que han tenido mala suerte. A partir de este punto es posible continuar el diálogo y profundizar en el tema

Finalmente y para terminar este apartado de clínica señalaremos que desde la perspectiva de la evolución del cuadro hemos visto que estos pacientes presentan variabilidad temporal en sus síntomas. Hay temporadas en las que están mejor y luego recaen, seguramente en relación al contexto cambiante en el que se encuentran, a la ayuda que reciben y a las defensas que utilizan (así, por ejemplo, a veces, la defensa de la negación puede disminuirles la ansiedad temporalmente)

En nuestra experiencia, el Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple, tendría algunas variantes: así según el número o la intensidad de los síntomas se podría clasificar como parcial o completo, y según los estresores se podría clasificar en mayor, si se dan todos los estresores del cuadro, y en menor, si tan sólo se dan algunos. (Achoygui 2003, 2004)

3. DISCUSIÓN. UBICACIÓN DEL CUADRO EN LA PSICOPATOLOGÍA.

Un aspecto muy importante de la delimitación clínica de un cuadro es su diferenciación con otros cuadros de la psicopatología con los que posee elementos en común o que son próximos. Obviamente no es fácil ubicar esta sintomatología a nivel nosológico. A nivel del diagnóstico diferencial más elemental es evidente que el cuadro no tendría nada que ver con el Trastorno por Estrés Agudo porque su característica definitoria (va en el nombre) es que es crónico. Tampoco se trataría de un cuadro de duelo según el DSM-IV-TR porque no tiene que ver con elaboración de la muerte de un ser querido

Desde la perspectiva de la diferenciación con otros cuadros ya he señalado también que no se trata de un trastorno depresivo (por la ausencia de apatía, ideas de muerte, culpa, baja autoestima, etc), ni por supuesto se trata de una psicosis, Tampoco sería un trastorno adaptativo. Es decir, estamos en el área de la salud mental más que en el área de la psiquiatría. El área de la salud mental es más amplia que el área de la psicopatología y la psiquiatría. Veamos con más detalle estos planteamientos

1. Diagnóstico diferencial con los trastornos depresivos

Tal como hemos señalado, en el Síndrome de Ulises, aunque hay sintomatología del área depresiva, que es además muy relevante, faltan toda una serie de síntomas básicos de la depresión standard. La sintomatología depresiva presente en el cuadro es ante todo la tristeza y el llanto. De todos modos, fenomenológicamente, no es la tristeza de un cuadro depresivo estándar, es más la tristeza de un duelo extremo, de un pesar intenso, más en la línea de la desolación, magníficamente descrita por San Ignacio de Loyola o Hannah Arendt, que no la tristeza del depresivo en el sentido clínico.

En estos inmigrantes faltan síntomas muy importantes en la depresión, como la apatía, ya que es consustancial con el concepto mismo de depresión el hecho de que la persona no tiene ganas de ir adelante. Estos inmigrantes quieren hacer cosas, están deseosos de luchar pero no ven ningún camino (y no por que deformen la realidad). En el episodio depresivo, como describe el DSM-IV-TR “casi siempre hay pérdida de intereses”.

Y también se dan con menos frecuencia los pensamientos de muerte. Estas personas están más bien llenas de pensamientos de vida que de pensamientos de muerte. Piensan en sus hijos, sus familias... Sin embargo, también el DSM-IV- TR señala que en la depresión “son frecuentes los pensamientos de muerte” Asimismo mantienen la autoestima.

Por todo ello consideramos que difícilmente se puede catalogar este cuadro como un cuadro depresivo, a no ser que lo incluyamos en la categoría de atípico, pero la ausencia de algunos síntomas básicos de los trastornos depresivos hace poco rigurosa dicha adscripción. Aparte de que este tipo de categorías son de muy poca utilidad.

Podemos decir que estas personas están caídas, pero no vencidas.

2. Diferenciación con los trastornos adaptativos

Autores como Beiser (1996) han hecho referencia a que existe un trastorno adaptativo específico de los inmigrantes. Y este planteamiento, que ya resultó polémico en su momento, podía quizás ser cierto para las migraciones del siglo XX que llegaban con papeles y a los que se les permitía la reagrupación familiar..., pero consideramos que la situación de la mayoría de los inmigrantes extracomunitarios del siglo XXI es muy diferente y mucho más dramática por lo que no encajaría en este diagnóstico. En la línea de los trabajos de Beisser se hallarían los planteamientos realizados en los años 60 denominados “Trastornos de desarraigo en el inmigrante” pero que en nuestra opinión ni cuantitativa ni cualitativamente tienen comparación con el estrés que viven actualmente muchos inmigrantes extracomunitarios, y que hemos detallado en el apartado 1 de este texto

En relación a los estresores el DSM-IV-TR señala que los Trastornos adaptativos se caracterizan por “un malestar superior al esperable dada la naturaleza del estresor identificable”. En el caso de los inmigrantes a los que hacemos referencia en primer lugar no habría un estresor sino muchos y además se caracterizan por poseer una dimensión fenomenológica radicalmente diferente: lucha por la supervivencia, terror... Es decir estamos haciendo referencia a unos estresores de gran intensidad y de otra dimensión cualitativa. Hay, en nuestra opinión, una clara diferenciación entre el Trastorno adaptativo y el Síndrome de Ulises ya que evidentemente el malestar de los inmigrantes que viven estos estresores límite puede decirse sin ningún temor a equivocarse que es todo menos “superior al esperable”. Es obvio que es más normal estar mal en dichas circunstancias, cuando todo falla alrededor, que ser insensibles a lo que se vive. Podríamos decir que en el trastorno adaptativo el sujeto se toma sus problemas a la tremenda y que en el Síndrome de Ulises los problemas son tremendos y el sujeto se los toma... pues como son. Diagnosticar estos cuadros como trastorno adaptativo sí que nos parece psiquiatrizar, ya que se considera que el sujeto está fallando ante el estresor, algo que no es cierto, ya que supera su capacidad de adaptación

En nuestra opinión la situación de estrés crónico y múltiple que hemos descrito en los inmigrantes no formaría parte de los Trastornos adaptativos porque el estrés que padecen va más allá de lo adaptativo. Cuando alguien no tiene papeles, acceso al trabajo, contacto con los seres queridos... qué más quisieran estas personas que poder adaptarse. Por desgracia no tienen medios para superar los problemas a los que se enfrentan.

Estas personas no pueden adaptarse porque se hallan fuera del sistema, “out” viviendo situaciones extremas de supervivencia. Desde esta perspectiva son sugerentes las aportaciones de Alain Touraine que sostiene que mientras antes la sociedad se dividía en los que estaban arriba y los que estaban abajo, cada vez más la sociedad actual se divide entre los que están dentro del sistema y los que están fuera. Y obviamente los candidatos a padecer el Síndrome que describimos se hallan claramente fuera del sistema. Es por ello que pocas posibilidades de adaptarse tienen. Podríamos hablar en este sentido más bien de un Síndrome A-adaptativo. De un trastorno A-adaptativo.

Otra característica diferencial sería que mientras en el Trastorno adaptativo se da “un deterioro significativo de la actividad social o laboral” en el Síndrome de Ulises el sujeto mantiene su actividad

De todos modos sí que nos podemos plantear que existe un continuum entre el Trastorno Adaptativo y el Síndrome de Ulises. Porque hay un punto en el que los problemas básicos de adaptación, a base de añadir más y más dificultades “pasan de rosca” y se convierten en situaciones extremas. Dónde se halla este punto no es nada fácil de delimitar.

3. Diferenciación con el Trastorno por Estrés Post-traumático

El cuadro que hemos descrito tiene en algunos aspectos similitudes con el Trastorno por Estrés Post-traumático. Siguiendo al DSM-IV-TR vemos que “la característica esencial de este trastorno es la aparición e síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física”. Cuando hemos hecho referencia al estresor miedo, terror, es evidente que en los pacientes con síndrome de Ulises este se da. Pero el DSM-IV-TR no añade todos los otros estresores, y además de gran intensidad que padecen los inmigrantes. Así la soledad, el sentimiento de fracaso, la lucha por la supervivencia no tienen nada que ver con el concepto de trastorno de estrés post-traumático en sí mismo y sin embargo, son factores esenciales en el Síndrome de Ulises. Otra diferencia radicaría en que en el Trastorno por estrés post-traumático, a diferencia del Síndrome que describimos, hay apatía y baja autoestima.

La parte común al Trastorno por estrés post traumático proviene de la respuesta al miedo, un estresor muy importante, tal como ya hemos señalado.

5. Discusión sobre el diagnóstico diferencial. El Síndrome de Ulises se ubica en el ámbito de la salud mental que es más amplio que el ámbito de la psicopatología

Consideramos que tener en cuenta los factores ambientales, las situaciones de estrés crónico, (tal como se está haciendo actualmente con otros cuadros como el burn-out, el mobbing, etc) es muy positivo porque el estrés es sin duda una de las problemáticas básicas en salud mental, aunque aún es poco tenida en cuenta. A pesar de que es casi un lugar común hacer referencia a los planteamientos biopsicosociales en los discursos oficiales de la psiquiatría, a la hora de la verdad lo social sigue siendo la cenicienta de la psicopatología.

Consideramos, tal como hemos señalado en la introducción, que existe una relación directa e inequívoca entre los estresores límite que viven estos inmigrantes y la sintomatología del Síndrome de Ulises. Además el diagnóstico por causas, etiológico (el típico de la medicina, por ejemplo), es de mucha más calidad que el diagnóstico por síntomas ya que en general estos son inespecíficos y comunes a numerosas alteraciones.

De todos modos la ubicación nosológica de los Síndromes ligados al estrés crónico es un tema de debate que ya fue planteado en la redacción del DSM-IV y actualmente hay también una comisión que lo trabaja de cara al DSM-V (Philips, K et al. 2004). Como señala esta autora, y es una opinión ya muy extendida actualmente, en las clasificaciones en vigor tan sólo son recogidos como causantes de alteraciones psicológicas algunas situaciones de estrés, pero no todas. Los estresores recogidos actualmente son:

- los estresores vinculados a la violencia explícita que se hallan recogidos en el diagnóstico de Trastorno por Estrés Post-traumático
- las situaciones de estrés muy intensas puntuales que son recogidas en el diagnóstico denominado Trastorno por estrés agudo

Sin embargo existen otras muchas situaciones de estrés de tipo crónico y muy intenso ó situaciones de violencia soterrada, larvada, ó no explícita que no están recogidas en estas dos categorías del DSM a pesar de que se sabe que dan lugar a una amplia sintomatología psicológica. En este campo consideramos que se incluiría el Síndrome de Ulises. De todos modos consideramos que deberíamos plantearnos si estos cuadros no se ubicarían más en el área de la salud mental que propiamente en el área de la patología psiquiátrica ya que son respuestas con numerosos síntomas psicológicos a situaciones extremas, y no enfermedades, o en todo caso estos cuadros se hallarían en el límite entre ambas áreas.

En relación a la denominación de Síndrome con la que hacemos referencia al Síndrome de Ulises (Achotegui 2002) se ha de señalar que se basa en la definición de Síndrome conjunto de síntomas. No es preciso recurrir a la clásica definición de de la OMS que entiende la salud como “estado de bienestar físico, mental y social”, para entender que estos inmigrantes en situación extrema y con un amplio número de síntomas se hallan bien lejos de gozar de un estado de salud. Sin embargo, ante el reconocimiento de los problemas psicológicos de los inmigrantes ocurre algo muy parecido a lo que ocurre con los padecimientos de la mujer, o de las minorías: se tiende a tener una visión prejuiciada y desvalorizadora de esta sintomatología desde ciertos planteamientos de la psiquiatría que carecen de sensibilidad ante estas realidades sociales. Así, a nivel de género existe una clara discriminación hacia la mujer desvalorizándose cuadros como la fibromialgia, la fatiga crónica....

Como señala Foucault (1973, 2003) el diagnóstico psiquiátrico no es algo objetivo, neutro, sino que se halla vinculado a las estructuras de poder y forma parte de lo que denominó “biopolítica”

Una objeción que se puede hacer a nuestro planteamiento es que denominar Síndrome a este cuadro puede suponer una psiquiatrización de esta población. Como respuesta diremos que ya se ha señalado que la denominación de Síndrome es ante todo descriptiva (como conjunto de síntomas).. Es decir no se está planteando que estos inmigrantes padezcan propiamente una enfermedad mental. Así estos inmigrantes tienen un resultado negativo en el cuestionario de Hamilton tanto de ansiedad como de

depresión. Se señala que padecen toda una serie de síntomas que pertenecen al ámbito de la salud mental que es un ámbito más amplio que el de la psicopatología, a la que abarca.

Más bien al contrario pensamos que al plantear la delimitación y denominación de este Síndrome de Ulises estamos contribuyendo a evitar que estas personas sean incorrectamente diagnosticadas como depresivos, psicóticos...al no existir una denominación a su padecimiento (convirtiéndose estos errores diagnósticos en nuevos estresores para los inmigrantes, a lo que hay que añadir los efectos adversos de los tratamientos, los gastos sanitarios, etc). Por otra parte tampoco estamos de acuerdo en decir que a estas personas no les pasa nada a nivel psicológico: sostener esto sería no aceptar la realidad de sus numerosos síntomas y discriminarles una vez más. Es decir creemos que el intento de nombrar una realidad, que nadie niega, es positivo (otra cosa es que nuestro planteamiento, como todo en ciencia, sea discutible y muy mejorable). Y por otra parte, lo que sí nos parece psiquiatrización, y se hace con mucha frecuencia en la clínica, es el diagnosticar como trastornos adaptativos a estos inmigrantes que viven estresores Ulises: de este modo se considera que son los inmigrantes los que están fallando, los que tienen déficits (sólo así se considera que hay trastorno) cuando la realidad es bien otra: están viviendo estresores inhumanos ante los que no hay capacidad de adaptación posible

Consideramos que El Síndrome de Ulises es a la vez Síndrome y “Pródromos”, constituye una puerta entre la salud mental y el trastorno mental. Porque este Síndrome sería una respuesta del sujeto ante una situación de estrés inhumano, de un estrés de tal naturaleza que es superior a las capacidades de adaptación del ser humano (vivir permanentemente en soledad, sin salida, con miedo....). Pero si esta situación no es resuelta existe un gran riesgo de que se acabe franqueando el umbral de la enfermedad. Es como si en una habitación se subiera la temperatura hasta los 100 grados. Tendríamos mareos, calambres...Estaríamos enfermos por tener estos síntomas ¿. No. Estos síntomas se corresponderían con un intento de adaptación fisiológica temporal a esa elevada temperatura ante la que fracasa la capacidad de termorregulación, lo cual da lugar a una serie de síntomas para intentar compensar, disminuir los efectos fisiológicos de la elevación de la temperatura. De todos modos cuando la temperatura descendiera los síntomas desaparecerían. Pero si la situación persistiera indefinidamente el riesgo de enfermar se iría incrementando. Lo mismo ocurre con los síntomas en el Síndrome de Ulises

Es decir, el Síndrome de Ulises se halla inmerso en el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento, y la intervención tendrá por objeto evitar que estas personas que padecen este cuadro acaben empeorando y lleguen a padecer un trastorno mental Standard (por lo que el trabajo sobre el Síndrome atañe no tan sólo a psicólogos o psiquiatras, sino a trabajadores sociales, enfermería educadores sociales...etc). Sin embargo, tal como señalan los estudios de González de la Rivera (2005) en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, una gran parte de los inmigrantes que acudían a visitarse en la red asistencial lo hacían a través del servicio de urgencias y con graves síntomas, es decir en las peores condiciones asistenciales, las más alejadas de la prevención.

Es obvio que ante las situaciones de estrés a las que han de hacer frente estos inmigrantes es previsible que haya un mayor riesgo de alcoholismo, psicosis...y tratar a un inmigrante psicótico, con déficits de apoyo social, dificultades de comunicación lingüística, cultural etc....es muy difícil, por lo que la prevención es fundamental con estas personas que padecen situaciones extremas.

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En Medicina y cultura. E. Perdiguero y J.M. Comelles (comp). (Pag 88-100). Editorial Bellaterra. Barcelona
- Achotegui, J. (2002). La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural. Barcelona. Editorial Mayo.
- Achotegui, J. (2002). Trastornos afectivos en los inmigrantes: la influencia de los factores culturales. Suplemento Temas candentes. Barcelona. Jano.
- Achotegui, J. (2003) (compilador). Dossier de la reunión internacional sobre el Síndrome de Ulises celebrada en Bruselas en la sede del Parlamento Europeo el 5 de Noviembre del 2003.
- Achotegui, J. (2004) (compilador). Dossier del Diálogo sobre el Síndrome de Ulises del Congreso “Movimientos humanos y migración” del Foro Mundial de las Culturas. Barcelona 2-5 de Septiembre del 2004
- Achotegui J. (2004). Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría. Volumen V, Nº 21. pag 39-53
- Achotegui J, Lahoz S. Marxen E. Espeso, D. (2005). Study of 30 cases of inmigrantes with The Immigrant Síndrome with Chronic and Multiple Stress (The Ulysses Syndrome). Cairo. Communication in the XVIIIº World Congress of Psychiatry
- Aguilar, J. (2003). Comunicación personal Sesión clínica Hospital de Sant Pere Claver. Barcelona
- Aparicio, R. (2002). La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Las novedades de las actuales migraciones. En “La inmigración en España: contextos y alternativas. Volumen II. Editado por García Castaño F.J, Muriel López C. Granada. Laboratorio de estudios interculturales,

- Arango, J. (2002). La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Un intento de caracterización. En "La inmigración en España: contextos y alternativas. Volumen II. Editado por García Castaño F.J, Muriel López C. Granada. Laboratorio de estudios interculturales,
- Beiser, M. (1996). Adjustment Disorder in DSM-IV: Cultural Considerations. In "Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM_IV perspective. Edited by J. Mezzich, A. Kleimman. American Psychiatric Press. Inc. Washington. USA
- Benegadi, R. (2005). Comunicación personal. Colloque Minkowska. París
- .-Bilbeny, N. (2002). Per una ética intercultural. Barcelona. Editorial mediterránea.
- Bon, D. (1998). L`animisme. París Editions de Vecchi.
- Calvo, Francisco. (1970) Qué es ser inmigrante. Barcelona. Laia
- Cebrián J. A, Bodega M.I, López- Sala A. M. (2009). Migraciones internacionales: conceptos, modelos y políticas estatales. Revista Migraciones. Instituto Universitario de estudios sobre migraciones. Número 7. pag 137-153.
- Domic, Z. (2004) Emigrar y enfermar: el Síndrome de Ulises. Congreso Movimientos humanos y migración. Foro Mundial de las Culturas. Barcelona
- D`Ardenne P, Mahtani A. (1999). Transcultural counseling in action. London. Sage publications
- Devereux G. (1951). Psychotérapie d`un indien des plaines. París. Fayard.
- Eliade M. (1972). El mito del eterno retorno. Madrid. Alianza editorial.
- Eliade M. (1977). Ocultismo, brujería y modas culturales. Buenos Aires. Paidós
- Fannon, F. (1970). Escucha blanco. Barcelona. Nova Terra.
- Fernando, S. (Edit.) (1995). Mental Health in a Multi-ethnic Society. Routledge. London and New York
- Foucault, M. 1973, (2005). El poder psiquiátrico. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1912). Tótem y Tabú. Madrid. Alianza Editorial.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. Madrid. Alianza Editorial.
- Gailly, A. (1991). Symbolique de la plainte en le culture. Le Cahiers du Germ. II, nº 17, páginas 4-19

- Gómez Mango (2003). Comunicación personal. Colloque International. París
- González de la Rivera, J. L. (2005). Migración, cultura, globalización y salud mental. II Jornadas de salud mental y medio ambiente. Conferencia de Clausura. Lanzarote.
- Grinberg, L y R. (1994). Psicoanálisis de la migración y el exilio. Madrid. Alianza editorial.
- Guerraoui Z, Troadec B. (2000). Psychologie interculturelle. París. Armand Colin.
- Hofstede G. (1999). Culturas y organizaciones. Madrid. Alianza editorial.
- Kareen J, Littlewood R. (1992). Intercultural Therapy. Oxford. Blackell Science.
- Klein. M. (1957). Envidia y gratitud. Barcelona. Paidós.
- Jenkins R and Üstün B. (1998). Preventing Mental Illnes. New York. Wiley.
- Milne D. (1999). Social Therapy. New York. Willey.
- Nathan, T. (1999). Médecins et sorciers. París. Les Empêcheurs de penser en rond.
- López-Cabanas M, Chacón F. (1999). Intervención psicosocial y servicios sociales. Madrid. Síntesis psicología.
- Luong Càn Liêm. (2004). De la psychologie Asiatique. París. L´Harmattan.
- Ortigue M. C. y E. Edipo africano. (1974). Tiresias. París. Ediciones Noé.
- Páez D, Casullo M. (comp.) (2000). Cultura y alexitimia. Barcelona. Paidós.
- Pardellas. J.M. (2004). Héroes de ébano. Tenerife. Editorial La quinta columna.
- Phillips, K et. Al. (2004). Avances en el DSM. Barcelona. Masson.
- Roheim G. (1982). Magia y esquizofrenia. Buenos Aires. Paidós.
- Sendi, C. (2001). Estrés, memoria y trastornos asociados. Madrid. Ariel.
- Sow I. (1978). La folie en Afrique Noire. París. Payot. .
- Tizón J, Salamero M, Sanjosé J, Pellejero N, Achotegui J, Sainz F, (1993). Migraciones y salud mental. PPU. Barcelona.
- Vander Zanden, J.W.(1994) Manual de psicología social. Barcelona. Paidós Básica.

-Vázquez, J. Grupo de Atención al Inmigrante SAMFYC. (2005). Estudio de la Salud mental de una población en un área de Atención primaria en Almería. Ponencia en el VIII ° Congreso de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Almería

NOTA: El material de este estudio se ha desarrollado en el marco del proyecto coordinado de investigación I+D (SEJ2005-09170-CO4-01) financiado por el ministerio de Educación y Ciencia

D. Joseba Achotegui. Psiquiatra

Profesor Titular de la Universidad de Barcelona

Director del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital de Sant Pere Claver de Barcelona. Vila i Vilá 16. Barcelona 08004

Director del Postgrado “Salud mental e intervenciones psicológicas con inmigrantes, refugiados y minorías” de la Universidad de Barcelona

E-mail: sappir@terra.es,

Pagina web: www.migra-salut-mental.org

Blog : Achetegui.com