

# Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)\*

JOSEBA ACHOTEGUI\*\*

## RESUMEN

El trabajo postula que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven determinados inmigrantes y la aparición de su sintomatología. El Síndrome de Ulises se caracteriza por la presencia de unos determinados estresores o duelos –soledad forzada, indefensión, miedo, etc.– de modo crónico y sin apoyo social y, también, por la aparición de un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental, en el límite de la psicopatología. Se trataría de evitar que las personas que padecen este cuadro acaben empeorando y lleguen a padecer un trastorno mental estándar, por lo que sería conveniente la intervención de otros profesionales –trabajadores y educadores sociales, enfermería– no tan sólo de psicólogos o psiquiatras. PALABRAS CLAVE: migración, salud mental, estrés, duelo migratorio, prevención.

## ABSTRACT

EXTREME MIGRATORY MOURNING: THE SYNDROME OF THE IMMIGRANT WITH CHRONIC AND MULTIPLE STRESS (ULYSSES SYNDROME). This paper postulates the existence of a direct and unequivocal relationship between the extreme degree of stress experienced by some immigrants and the appearance of their symptoms. The Ulysses Syndrome is characterized by the presence of certain chronic stressors or griefs -forced loneliness, defencelessness, fear, etc.- which lack social support, and by the appearance of a group of psychic and somatic symptoms framed within mental-health and bordering psychopathology. The people suffering this set of symptoms will eventually get worse and suffer a standard mental disorder, and therefore will require the intervention of other professionals -social workers, social educators, nursing, etc.- and not only psychologists or psychiatrists. KEY WORDS: migration, mental-health, stress, migratory grief, prevention.

## RESUM

DOL MIGRATORI EXTREM: LA SÍNDROME DE L'IMMIGRANT AMB ESTRÈS CRÒNIC I MÚLTIPLE (SÍNDROME D'ULISSES). El treball postula que existeix una relació directa i inequívoca entre el grau d'estrès límit que viuen determinats immigrants i l'aparició de la seva simptomatologia. La síndrome d'Ulisses es caracteritza per la presència d'uns determinats estressors o dols –soledat forçada, indefensió, por, etc.– de manera crònica i sense suport social i, també, per l'aparició d'un conjunt de símptomes psíquics i somàtics que s'emmarquen en l'àrea de la salut mental, en el límit de la psicopatologia. Caldria evitar que les persones que pateixen aquest quadre acabessin empitjorant i arribin a patir un trastorn mental estàndard, amb la qual cosa seria convenient la intervenció d'altres professionals –treballadors i educadors socials, infermeria, etc.– no només psicòlegs o psiquiatres. PARAULES CLAU: migració, salut mental, estrès, dol migratori, prevenció.

Si en nuestra sociedad existe un área en la que los estresores psicosociales poseen una dimensión cuantita-

tiva y cualitativa relevante y difícilmente discutible desde la perspectiva de la salud mental, esa área es el de las

\* La investigación en la que se basa este artículo tiene su origen en un proyecto coordinado de I+D (SEJ2005-09170-C04-01) financiado por el Ministerio de Investigación y Ciencia.

\*\* Psiquiatra. Profesor Titular de la Universidad de Barcelona. Director del Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (S.APPIR) del Hospital de Sant Pere Claver de Barcelona.

Correspondencia: sappir@terra.es www. migra-salut-mental.org Blog: Achotegui.com

## Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico...

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 los 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, 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 más adelante).

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 riesgos para la integridad física. Estos duelos se darían, en mayor o menor grado en todos los procesos migratorios, pero no es lo mismo vivirlos en buenas condiciones que en situaciones extremas.

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

- Simple: aquel que se da en buenas condiciones y que puede ser elaborado.
- Complicado: cuando existen serias dificultades para elaborarlo.
- Extremo: es tan problemático que no es elaborable, dado que supera las capacidades de adaptación del sujeto (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 viven episodios tan o más dramáticos como los descritos en la Odisea: soledad, miedo, desesperanza, etc. 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). O 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. El estudio de los estresores, que son los que delimitan la aparición del Síndrome; por otro lado, el estudio de los síntomas y, en tercer lugar, el diagnóstico diferencial de la sintomatología que presentan con otras alteraciones psicológicas que se dan en los inmigrantes.

### Delimitación de los estresores y duelos de los inmigrantes en situación extrema

Hemos señalado que este síndrome se define precisamente por sus estresores (tal como su propio nombre indica) por lo que consideramos muy importante delimitarlos en este apartado. Por otra parte, conviene 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 y Arango 2002, entre otros) sino de delimitarlos específicamente desde la perspectiva de sus relaciones con la salud mental.

*Soledad. La separación forzada de la familia y los seres queridos.*

En primer lugar el duelo por la familia 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 de regresar 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", también hay inmigrantes que no pueden traer a su pareja y a sus hijos por otras causas, como por ejemplo porque teniendo papeles no tienen los requisitos económicos básicos que hacen falta para autorizar la reagrupación familiar. Si se trabaja en condiciones de explotación es muy difícil tener el nivel de vida y de vivienda para que el notario autorice la llegada de los familiares. Y por otra parte, tenemos constancia de casos en los que con papeles y teniendo el nivel de vida requerido se ponen a los inmigrantes todo tipo de pegas para evitar la reagrupación familiar.

La soledad forzada es, pues, 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.

*Duelo por el fracaso del proyecto migratorio*

En segundo lugar está 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, etc.) ver que no se consigue salir adelante es extremadamente penoso. Si esto lo relacionamos con lo señalado en el apartado anterior, hemos de decir que el fracaso

en soledad aún es mayor.

Y además, si el inmigrante decidiera regresar, la vuelta como "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 con lo que sería visto con temor, como alguien peligroso si regresara.

*La lucha por la supervivencia*

El inmigrante en situación extrema ha de luchar asimismo por su propia supervivencia, en grandes áreas como las siguientes:

- La alimentación. Muchas veces estas personas se hallan subalimentadas, ya que envían casi todo el dinero que tienen a sus familiares. El resultado es que tienden a comer alimentos de baja calidad con muchas grasas saturadas, bajo índice de proteínas, etc. 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.

- La vivienda. Otro gran problema de este colectivo. No es extraño encontrar casos de viviendas en las que se hacían muchos inmigrantes a precios abusivos o sencillamente viven en la calle (al menos durante cierto tiempo).

- El miedo por los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio (las pateras, 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 de tipo psicológico, ya que en las situaciones de miedo psíquico hay 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 4.000 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 del Norte, en la frontera México-EE UU, la situación es aún mucho peor y se calcula que mueren al menos 1000 personas al año, unas 3 al día.

De todos modos 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 llegan en grupos organizados, "demasiado" organizados, podríamos decir: son recludos en pisos, lonjas, etc., viven amenazados, con documentación falsa, chantajeados por las mafias y las *colection 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 familias de origen extranjera 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 cuando sus padres se retrasan 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, igualmente, 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).

*Factores que potencian el efecto de los estresores.*

- Multiplicidad. No es lo mismo padecer uno que muchos estresores y además se potencian. Ya hemos señalado en el apartado anterior: soledad, fracaso, miedo, etc.

- 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".

- 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 que se suelen utilizar como referencia en los medios académicos) que la soledad afectiva, las vivencias de terror, etc., que tienen una gran intensidad y relevancia emocional.

- 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).

- Ausencia de una red de apoyo social. Porque, ¿qué organismos se hacen cargo de estos inmigrantes? (Cabráñ J. A et al., 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 Aguilar (2003) o 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.

- Hay que tener en cuenta que a estos estresores señalados se le han de añadir los clásicos de la migración: el cambio de lengua, de cultura, de paisaje, etc. magníficamente estudiados por Francisco Calvo (1970), Jorge Tizón y et al., (1999), 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. Estos, en la migración actual, han quedado relegados a un segundo lugar, a pesar de su importancia. En otros trabajos (Achetegui, 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 Usted?" 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.

El círculo se cierra si además la persona comienza 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 Domic (2004) estas personas tienen la salud como uno de sus capitales básicos y comienzan a perderlo.

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

- 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 OMS no tiene programas de salud mental para los inmigrantes).

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

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

## Clínica 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 otra 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 Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPiR) del Hospital de Sant Pere Claver, ambos en la ciudad de Barcelona.

*Sintomatología del área depresiva.* Los síntomas más frecuentes 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.

- 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.

- 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 de 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.

Se sabe que se da mucho más 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 preguntan si tienen sentimientos de culpa. Sin embargo, no es extraño que un latinoamericano se considere muy culpable de casi todo lo que le está pasando, en el otro extremo del péndulo de este sentimiento.

- Ideas de muerte. A pesar de la gravedad de los factores estresantes, estas ideas no son frecuentes. 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 sen-

timientos 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.

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.

*Sintomatología del área de la ansiedad.* La sintomatología del área de la ansiedad es una de las más importantes de este cuadro clínico. Entre estos 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 y 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 los inmigrantes extracomunitarios. Hay un enorme cúmulo de sentimientos contrapuestos que cuesta integrar. Se requiere una gran capacidad de *insight* para entender tantas emociones.

- 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 es frecuente en las bandas juveniles. Se ponen "bravos", como 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 se debe hacer frente.

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 xenófo-

bos con el resultado de un muerto y varios heridos.

*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 estas culturas lo mental y lo físico se expresan de modo combinado, es decir, el que aparezcan síntomas somáticos no impide la expresión psicopatológica. No son, generalmente, pacientes alexitímicos que huyan de 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 (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. Estas molestias 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, Lahoz, Marxen, Espeso, 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 las que 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. El cansancio se hallaría relacionado con otros síntomas ya descritos como el insomnio, la cefalea, etc.

Estos síntomas somáticos pueden cambiar, no son radicalmente fijos. Sobre todo el insomnio 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.

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, molestias digestivas; y de los asiáticos, a manifestar síntomas relacionados con la sexualidad.

*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 esta sintomatología. Podría estar ligada con el hecho de 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".

La migración en situación extrema favorece la confusión, la existencia de muchas mentiras o medias mentiras, fabulación, etc. 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 transcultural 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 este nivel.

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 un punto de vista biológico puede explicarse la confusión como una respuesta al estrés crónico, puesto que el cortisol actúa sobre el hipocampo (produciendo alteraciones de la memoria) así como sobre las áreas corticales (Sendi, 2001).

*Interpretación cultural de la sintomatología.* En muchos casos el inmigrante interpreta desde la cultura tradicional de su país lo que le va ocurriendo en la migración. 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 infligido 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, 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 maniaco como respuesta primitiva a la ansiedad.

Esta interpretación de la sintomatología desde la perspectiva de las tradiciones mágicas conlleva que la intervención psicológica deba tener en cuenta la cosmovisión del paciente obligando al terapeuta occidental a "descentrarse" culturalmente a la hora de efectuar el abordaje terapéutico.

Para terminar este apartado señalaremos que desde la perspectiva de la evolución del cuadro hemos visto que estos pacientes presentan variabilidad temporal en sus síntomas. En nuestra experiencia, el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, tendría algunas variantes. Según el número o la intensidad de los síntomas se podría clasificar como parcial o completo y, según los estresores en mayor, si se dan todos, y en menor, si tan sólo se dan algunos (Achotegui 2003, 2004).

### Discusión. Ubicación del cuadro en la psicopatología

Un aspecto muy importante de la delimitación clínica de un cuadro es su diferenciación con otros que poseen elementos en común o que son próximos. Obviamente no es fácil ubicar esta sintomatología a nivel nosológico. Por lo que respecta al diagnóstico diferencial más elemental es evidente que el cuadro no tendría nada que ver con el Trastorno por estrés agudo, ya 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. La primera es más amplia que el área de la psicopatología y la psiquiatría. Veamos con más detalle estos planteamientos.

#### *Diagnóstico diferencial con los trastornos depresivos*

Tal como hemos señalado, en el Síndrome de Ulises, aunque hay sintomatología depresiva, que es además muy relevante, faltan toda una serie de síntomas básicos de la depresión estándar. Los síntomas depresivos presentes en el cuadro son 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". Estas personas están más bien llenas de pensamientos de vida que de muerte. Piensan en sus hijos, sus familias. Sin embargo, el DSM-IV-TR señala que en la depresión "son frecuentes los pensamientos de muerte".

Por todo ello consideramos que difícilmente se puede

catalogar éste 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, además que este tipo de categorías son de poca utilidad. Podemos decir que estas personas "están caídas, pero no vencidas".

#### *Diferenciación con los trastornos adaptativos*

Autores como Beiser (1996) han hecho referencia a que existe un trastorno adaptativo específico de los inmigrantes. Este planteamiento, que ya resultó polémico en su momento, podía 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 Beiser 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 primer apartado del artículo.

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, etc. 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 insensible 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, etc. qué más quisieran 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, 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 se convierten en situaciones extremas. Dónde se halla este punto no es nada fácil de delimitar.

*Diferenciación con el Trastorno por estrés postraumático.* El cuadro que hemos descrito tiene en algunos aspectos similitudes con el Trastorno por estrés postraumático. Siguiendo al DSM-IV-TR vemos que "la característica esencial de este trastorno es la aparición de 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 éste 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 postraumático en sí mismo y sin embargo, son factores esenciales en el

Síndrome de Ulises. Otra diferencia radicaría en que en el Trastorno por estrés postraumático, a diferencia del Síndrome que describimos, hay apatía y baja autoestima. La parte común al Trastorno por estrés postraumático proviene de la respuesta al miedo, un estresor muy importante, tal como ya hemos señalado.

### 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: A) Los vinculados a la violencia explícita que se hallan recogidos en el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático. B) 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 o situaciones de violencia soterrada, larvada, 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. Es en este campo donde se incluiría el Síndrome de Ulises.

En relación a la denominación con la que hacemos referencia al Síndrome de Ulises (Achetegui, 2002) se ha de señalar que se basa en la definición de conjunto de síntomas. No es preciso recurrir a la clásica definición 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 con los padecimientos de la mujer o de las minorías. Desde ciertos planteamientos de la psiquiatría se tiende a tener una visión prejuiciada y desvalorizadora de esta sintomatología, con una falta 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, etc. 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 al 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).

Por tanto, pensamos que al plantear la delimitación y denominación del Síndrome de Ulises estamos contribuyendo a evitar que estas personas sean incorrectamente diagnosticadas como depresivos, psicóticos, etc. 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 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 déficit (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, pues, que el Síndrome de Ulises que es a la vez síndrome y "pródromos", constituye una puerta entre la salud mental y el trastorno mental. Porque sería una respuesta del sujeto ante una situación de estrés inhumano.

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 el cuadro acaben empeorando y lleguen a padecer un trastorno mental estándar (por lo que el trabajo sobre el Síndrome atañe no tan sólo a psicólogos o psiquiatras, sino a trabajadores y educadores sociales, enfermería, 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.

Diremos finalmente 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 o otros problemas de salud mental. Tratar a un inmigrante psicótico, con déficit 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.), pág. 88-100. Editorial Bellaterra. Barcelona.

ACHOTEGUI, J (2002 a). *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Editorial Mayo. Barcelona.

ACHOTEGUI, J (2002 b). *Trastornos afectivos en los inmigrantes: la influencia de los factores culturales*. Suplemento Temas candentes. Jano. Barcelona.

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, LAHOZ S, MARXEN E, ESPESO, D (2005). Study of 30 cases of immigrants with The Immigrant Syndrome with Chronic and Multiple Stress (The Ulysses Syndrome). Cairo. Communication in the XVIII° 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.

CALVO, FRANCISCO (1970). *Qué es ser inmigrante*. Laia. Barcelona.

CEBRIÁN J. A, BODEGA M. I, LÓPEZ- SALA A. M (2000). Migraciones internacionales: conceptos, modelos y políticas estatales. *Revista Migraciones*. Instituto Universitario de estudios sobre migraciones. Número 7. pág. 137-153.

DOMIC, Z (2004). Emigrar y enfermar: el Síndrome de Ulises. Congreso

Movimientos humanos y migración. Foro Mundial de las Culturas. Barcelona.

FOUCAULT, M (1973, 2003). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

FREUD, S (1912). *Tótem y Tabú*. Alianza Editorial. Madrid.

GOMEZ MANGO (2003). Comunicación personal. Colloque Internacional. 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, LEON Y GRINBERG, REBECA (1994). *Psicoanálisis de la migración y el exilio*. Alianza editorial. Madrid.

KLEIN. M (1957). *Envidia y gratitud*. Paidós. Barcelona.

SENDI, C (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados*. Ariel. Madrid.

TIZÓN J; SALAMERO M; SANJOSÉ J; PELLEJERO N; ACHOTEGUI J Y SAINZ F, (1999). *Migraciones y salud mental*. PPU. Barcelona.

VANDER ZANDEN, J. W (1994). *Manual de psicología social*. Paidós Básica. Barcelona.

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.