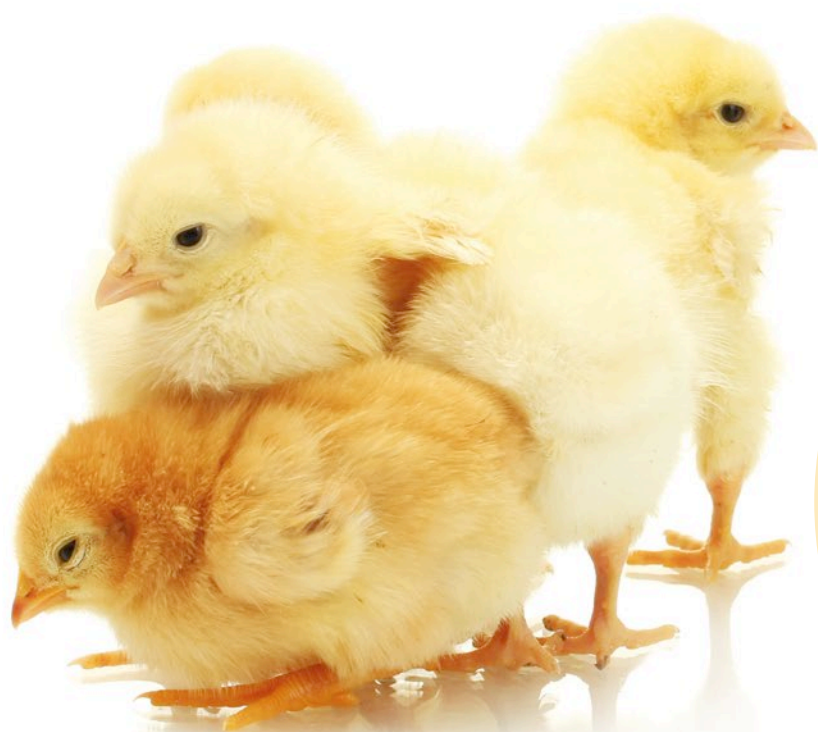


# Inmigración y salud mental

Óscar Giménez



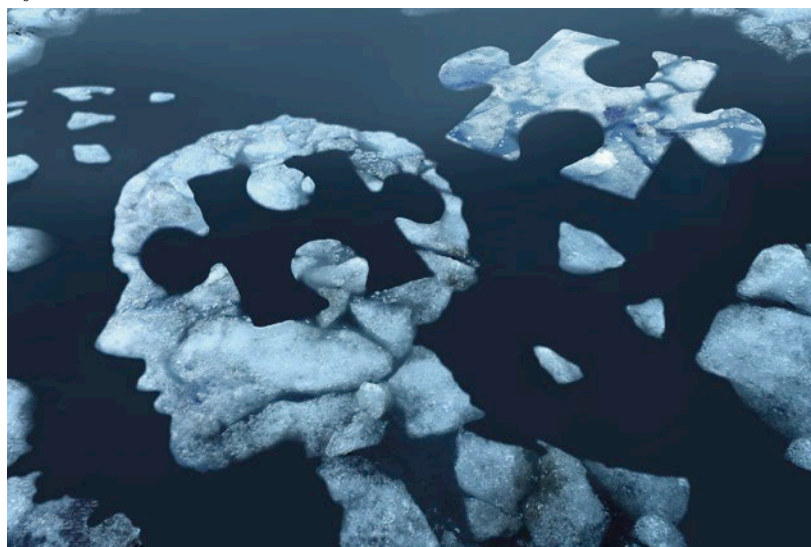
Cerca de 4,5 millones de las personas que viven en España provienen de otros países. Es una cifra que ha ido descendiendo en los últimos años, seguramente fruto de la crisis económica, ya que en 2011 ascendía a 5,3 millones. Aunque en buena parte de casos la búsqueda de la prosperidad lejos del lugar de nacimiento es una puerta a la esperanza, uno de los precios a pagar, entre muchos otros, es un mayor riesgo de que su salud mental se vea seriamente afectada.

La inmigración ha provocado durante los últimos años una de las mayores cri-

no faltan el racismo y la marginación por motivos étnicos, religiosos o simplemente chauvinistas.

Es fácil que la salud mental de los inmigrantes se resienta, dependiendo de las características de su tránsito migratorio y de la capacidad de adaptación de cada persona. Afortunadamente, son una minoría de casos los que llegan a la categoría de trastorno mental e incluso se puede dar un sobrediagnóstico que también conlleva repercusiones negativas. En cualquier caso, es deber del sistema sanitario proporcionar a estas personas la atención que precisan.

©lightwise/123RF



**Aunque en buena parte de casos la búsqueda de la prosperidad lejos del lugar de nacimiento es una puerta a la esperanza, uno de los precios a pagar, entre muchos otros, es un mayor riesgo de que la salud mental se vea seriamente afectada**

sis humanitarias que ha conocido Europa. Miles y miles de personas huyen de la guerra en Siria hacia Grecia, se embarcan en las costas de Libia jugándose la vida para llegar a Italia o lo hacen en pateras y cayucos desde Marruecos y otros países africanos para alcanzar las costas de Andalucía o Canarias.

El viaje migratorio de estas personas es siempre dramático y la tragedia está siempre a la vuelta de la esquina. Es un viaje de supervivencia, puesto que escapan de la guerra, de la miseria, del hambre y de la muerte. Sin embargo, una vez que alcanzan su destino, su lucha por la supervivencia continúa, a menudo en un ambiente hostil donde

### **Síndrome de Ulises**

Joseba Achotegui describió en 2002 lo que bautizó como síndrome de Ulises, en referencia al héroe griego que protagonizó *La Odisea* de Homero y cuyo viaje de regreso a Ítaca le supuso toda clase de penurias.

Achotegui, especialista en Psiquiatría, profesor de la Universidad de Barcelona y secretario general de la Sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría, describe este síndrome como un cuadro de estrés muy intenso que viven los inmigrantes en situaciones extremas. «Teniendo en cuenta que la inmigración es un factor de riesgo de trastorno mental —expli-

ca-, cuando el riesgo es alto debido a que las circunstancias vitales son muy duras –por ejemplo, soledad, miedo, indefensión, ausencia de oportunidades, etc.–, todas estas dificultades incrementan el riesgo de que el inmigrante se encuentre mal.» No obstante, Achotegui puntualiza que el síndrome de Ulises no es un trastorno mental sino un cuadro de estrés: «Porque el inmigrante es una persona fuerte, resiliente y, a pesar de vivir tantas adversidades, la mayoría no enferma, pero experimentan este cuadro de estrés, de tensión y de duelo que llamamos síndrome de Ulises».

De hecho, la migración no es en sí misma una causa de trastorno mental, sino un factor de riesgo tan sólo si se dan las siguientes situaciones: si existe vulnerabilidad porque el emigrante no está sano o padece discapacidades; si el nivel de estresores es muy alto, por ejemplo cuando el medio de acogida es hostil, o si se dan las dos condiciones descritas.

Respecto a estos estresores, los más importantes son la separación forzada de los seres queridos, que supone una ruptura del instinto del apego; el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades; la lucha por la supervivencia (dónde alimentarse, dónde encontrar un techo para dormir), y el miedo, el terror que viven en los viajes migratorios (pateras, ir escondidos en camiones), las amenazas de las mafias, de la detención y la expulsión, o la indefensión por carecer de derechos.

En cuanto a la sintomatología que caracteriza al síndrome de Ulises, también llamado síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, este especialista comenta que predominan los síntomas de tipo tristeza, dificultad para dormir, dolor de cabeza, molestias osteomusculares, nerviosismo, etc. «La cefalea es uno de los síntomas que más hemos investigado –señala– y hemos visto tanto dolor de cabeza en inmigrantes que acuñé el término “inmigraña”, como migraña del inmigrante. Hasta el 80% de los inmigrantes experimentan dolor de cabeza, cuando en la pobla-

## Duelo migratorio

**E**l duelo es un término que solemos asociar a la muerte de un ser querido, pero también se produce en otras situaciones y tiene un papel importante en la migración.

En los artículos que describen el síndrome de Ulises, Joseba Achotegui explica que el duelo migratorio es un duelo múltiple, propiciado por muchos factores distintos: «Posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona, incluso la pérdida de un ser querido, supone tantos cambios como la migración. Todo lo que hay alrededor de la persona cambia, tanto más cuanto más lejana y distante culturalmente sea la migración». En este sentido, apunta que existen, como mínimo, siete duelos asociados a la migración que implican una serie de pérdidas:

- La familia y los amigos.
- La lengua.
- La cultura: costumbres, religión, valores.
- La tierra: paisaje, colores, olores, luminosidad...
- El estatus social: papeles, trabajo, vivienda, posibilidades de ascenso social.
- El contacto con el grupo étnico: prejuicios, xenofobia, racismo.
- Los riesgos para la integridad física: viajes peligrosos, riesgo de expulsión, indefensión.

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. Así, por su potencialidad psicopatológica, Achotegui cita tres tipos de duelo:

- Simple: aquel que se da en buenas condiciones y que puede ser elaborado (superado).
- Complicado: cuando existen serias dificultades para la elaboración del duelo.
- Extremo: es tan problemático que no es elaborable, dado que supera las capacidades de adaptación del sujeto. Éste sería el duelo propio del síndrome de Ulises.

ción autóctona atendida en la consulta de al lado representa solamente el 10%.»

Respecto a su evolución, Achotegui declara: «Han pasado más de 15 años desde que describí este síndrome y hemos visto que tiene una tendencia a mostrar altibajos. Cuando el inmigrante se encuentra un poco mejor después de haber llegado, vuelve a empeorar cuando el contexto se vuelve más difícil. Por suerte, muchos han podido regularizar su situación, traer a sus familias, tener mejores condiciones de vida y, en estos casos, el síndrome tiende a desaparecer». Por otro lado, apunta que no afecta solamente a inmigrantes sin papeles, sino también a aquellos que no pueden traer a su familia: «En España se calcu-

la que se tardan ocho años en poder traer a un hijo, lo cual es una barbaridad porque significa romper la infancia de un niño y la relación madre-hijo. Todo esto también es importante para el síndrome de Ulises».

### Trastornos mentales

Aparte del citado síndrome, sí que hay casos en que los inmigrantes desarrollan trastornos mentales que van más allá del puro cuadro de estrés. En su artículo “Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío” (*Medicina Clínica* 2002; 118: 187-191), Javier García-Campallo y Concepción Sanz Carrillo escriben que son varias las afecciones psiquiátricas que se ha demostrado que son más frecuentes entre la población inmigrante.

En primer lugar mencionan el **síndrome de estrés postraumático** como la enfermedad psiquiátrica más específica de este grupo de pacientes, sobre todo de los refugiados, y tiene que ver con las circunstancias de represión política y social, e incluso tortura a la que se encuentran sometidos en su país de origen y por el efecto de las guerras. «No obstante –añaden–, los emigrantes no refugiados también presentan mayores tasas de este trastorno, ya que experiencias como la discriminación racial, el desempleo o la relación con los oficiales de inmigración pueden producirlo.»

También se ha visto que la **esquizofrenia y la paranoia** presentan mayor incidencia entre los colectivos de inmigrantes que en la población autóctona, tal como han mostrado distintos estudios epidemiológicos. Por ejemplo, los sujetos de raza negra y los asiáticos son diagnosticados con mayor frecuencia de psicosis que los de raza blanca en Estados Unidos. Asimismo, los inmigrantes de origen jamaicano que viven en el Reino Unido son diagnosticados de psicosis 12 veces más que la población británica nativa.

Según García-Campallo y Sanz, no se han encontrado explicaciones suficientemente satisfactorias a este fenómeno desde el punto de vista biológico, aunque desde una perspectiva cultural se apuntan algunas razones, como la mayor frecuencia de creencias en aspectos religiosos y espirituales, que se relacionaría con una supuesta mayor frecuencia de alucinaciones y delirios en la población no blanca; la exposición continua a la discriminación y el racismo, que puede incrementar los valores normales de paranoia en individuos sanos, y errores de diagnóstico motivados por los prejuicios de los profesionales con pacientes pertenecientes a culturas extrañas, de forma que se tiende a etiquetar como psicóticos síntomas no habituales en la cultura occidental.

Otro trastorno es la **somatización** o expresión del malestar psicológico en forma de síntomas somáticos. En el citado artículo se señala que los emigrantes la

presentan con más frecuencia porque, aparte de expresar malestar psicológico, los síntomas somáticos se van a emplear, por parte de los emigrantes, con otros significados simbólicos. Algunos de los más frecuentes son, por ejemplo, respuesta ante una sociedad que les rechaza o, en las mujeres, posicionamiento reivindicativo dentro de una estructura de poder familiar de tipo machista.

También se acepta que estos pacientes presentan mayores tasas de **depresión y de trastornos de ansiedad** que grupos con idénticas características sociode-

©Oleg Dudko/123RF



mográficas de su país de origen o de la cultura anfitriona. La razón principal serían los procesos de adaptación y las dificultades ambientales ligadas a la emigración.

Finalmente, los autores señalan que uno de los problemas más difíciles para los médicos occidentales son los denominados «síndromes asociados a la cultura», enfermedades no conocidas en occidente, propias de grupos étnicos o localizaciones geográficas específicas, que no se encuentran bien representadas en las clasificaciones psiquiátricas y que son difíciles de diagnosticar y tratar. Constituyen una de las causas que incrementa los diagnósticos erróneos de psicosis en inmigrantes.

### Riesgo de sobrediagnóstico

Por otra parte, Joseba Achotegui incide a menudo en sus artículos en el riesgo derivado del sobrediagnóstico de trastorno mental en población inmigrante. «Es un debate muy importante en el ámbito de toda la psiquiatría –apunta–. Se debate si estamos o no psiquiatrizando la vida cotidiana. En el caso de los refugiados se discute si no estamos haciendo una ecuación que iguala el trauma al trastorno mental. Siempre se ha considerado que el trauma no es una causa de trastorno mental, sino un factor de riesgo, pero hay una tendencia a

pensar que toda persona que ha sufrido un trauma ya tiene un trastorno de estrés postraumático. Creemos que tiene que haber un gran debate sobre esto, puesto que psiquiatrizando supone también victimizar y estigmatizar a las personas, por lo que debemos ser muy cuidadosos en los diagnósticos.»

El error diagnóstico puede tener importantes repercusiones negativas en el individuo. «Para una persona que ya está muy estresada –dice este especialista–, los nuevos problemas tienen un efecto exponencial. Cuando una persona está en un contexto estable y tiene un estresor dispone de muchas maneras de resolverlo, pero cuando una persona está con el agua al cuello y le subimos el



## Las cuatro etapas del duelo migratorio

En su artículo “Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)” (Abendua, 2009), Achotegui describe las cuatro etapas del duelo que, aplicadas a la migración, se expresarían de la siguiente manera:

- 1. Negación:** No se puede aceptar la realidad del cambio y el individuo no la quiere ver.
- 2. Resistencia:** Hay protesta y queja ante el esfuerzo que supone la adaptación. Ante las dificultades y los retos a los que se enfrenta el inmigrante, surge la queja.
- 3. Aceptación:** La persona se instala ya a fondo en la nueva situación (en el caso de la migración, en el país de acogida).
- 4. Restitución:** Es la reconciliación afectiva con lo que se ha dejado atrás y con la nueva situación (en el caso de la migración, con el país de origen y el país de acogida). Se acepta lo bueno y lo menos bueno o malo, tanto del país de origen como del país de acogida.

©Francesco Carniani/123RF



agua se ahogará. Por eso, es importante que nos tomemos en serio el estudio de la salud mental de los inmigrantes del mismo modo que hacen las instituciones sanitarias al crear programas o planes de salud para diabéticos u otros enfermos crónicos.»

Normalmente se calcula que el 20% de las personas que han sufrido traumas desarrolla trastorno de estrés posttraumático. Es una cifra importante y se le debe ofrecer una atención psiquiátrica de calidad, opina Achotegui. «Pero para el 80% restante, que es resiliente, es peligroso psiquiatrizarlos y considerarlos enfermos –añade–. En el caso del síndrome de Ulises, del que hemos estudiado más de mil casos, los datos nos

muestran que sobre un 15% de los inmigrantes que acuden a la consulta tienen este síndrome. Es importante darle un nombre y diferenciarlo del trastorno mental, pero tampoco hay que pensar que no tienen nada, ya que se encuentran en una situación muy dramática que puede conducir al alcohol y a otros problemas.»

### En busca de soluciones

Emigrar nunca ha sido fácil. Muchos de nuestros padres o abuelos tuvieron que trasladarse a vivir a Madrid, Barcelona u otras capitales desde el entorno rural en busca de trabajo y una vida más próspera. Pero el cambio cultural no fue excesivamente dramático y con cierta frecuencia tenían la posibilidad de visi-

tar a sus allegados en el lugar de origen o incluso de volver.

Por el contrario, verse obligado a viajar a otro país, incluso a otro continente, en condiciones extremas es algo mucho más complicado. Para Achotegui, emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que implica unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Y además, tenemos la sensación de que la situación es cada vez más difícil y compleja. «Lamentablemente, hemos visto que las cosas han ido a peor desde que trabajamos en este tema desde los años ochenta –comenta–. Los problemas se incrementan casi a diario, ya que los derechos de los inmigrantes disminuyen y sus dificultades aumentan. Por ejemplo, hemos visto que desde hace unos años todas las mujeres que emigran toman antes un anticonceptivo porque el riesgo de violación en el viaje migratorio es terrible. La degradación del viaje migratorio va cada vez a más. No hay más que ver lo que está ocurriendo en el Mediterráneo. Es algo que no pasaba hace 20 o 30 años y, por lo tanto, la situación ha ido a peor.»

Encontrar soluciones satisfactorias es realmente complicado. Para este especialista habría que diferenciar dos aspectos. Por un lado, el tema de la inmigración en general como un gran problema ligado a la globalización. En este contexto, opina que «todas las personas son seres humanos y ciudadanos del mundo, y debemos implicarnos en que todo vaya mejor.»

Por otro lado, existe el problema que tiene que ver con los médicos y los profesionales sanitarios en general, «y es que debemos ayudar a las personas que se encuentran mal y que sufren, vengan de donde vengan. Por lo tanto, pienso que los profesionales nos tenemos que implicar en ayudar a esta población que pide auxilio y debemos formarnos para proporcionarles una atención de la máxima calidad, puesto que es nuestra obligación.» ■

## « Todos los profesionales que trabajamos en el ámbito de la salud tenemos el reto de ayudar a las personas que están sufriendo »



### **Joseba Achotegui**

Profesor titular de la Universidad de Barcelona. Secretario de la Sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría

#### **–¿Puede considerarse la inmigración un factor de riesgo de trastornos mentales?**

–Sí. No se considera que sea una causa. Emigrar no produce trastorno mental pero sí que incrementa el riesgo de padecerlo en personas vulnerables.

#### **–¿Qué tipos de trastornos mentales afectan a los inmigrantes?**

–Los estudios de psiquiatría transcultural muestran que el trastorno mental es universal. Afecta a todas las culturas y los porcentajes no son muy diferentes entre unas y otras. Lo que más se suele ver en el inmigrante son cuadros de tipo ansioso o depresivo, cuadros adaptativos y, en algunos casos, síntomas de tipo psicótico cuando la persona es muy vulnerable y el estrés le supera.

#### **–¿Hay algún grupo que tenga más predisposición a desarrollar trastornos mentales?**

–Creo que no se puede afirmar de manera categórica que haya ningún grupo con más predisposición. Depende de lo estresado que esté un grupo. Cuanto mayores sean las dificultades a las que se enfrenten los inmigrantes, mayor será su riesgo. En este sentido, son los africanos los que se enfrentan a un riesgo mayor. Sus circunstancias son difíciles, se encuentran aquí con racismo y discriminación. Hemos visto que presentan un mayor índice de trastorno psicótico, pero pienso que está muy ligado al estrés.

#### **–¿Habría que considerar las diferencias entre lo que significa ser inmigrante y ser refugiado respecto a la atención a su salud mental?**

–Esta diferenciación es compleja. Yo prefiero hablar de los inmigrantes en su conjunto, y dentro de éste, habría muchísimos subtipos, desde el inmigrante económico, el que huye por razones religiosas, por identidad sexual, por guerras, etc. El refugiado es uno de los inmigrantes que se enfrenta a situaciones más extremas, ya que huye de la guerra y de la muerte. Pero también hay otros que huyen de la muerte debido al hambre o porque su país se está inundando debido al cambio climático.

#### **–¿Tiene alguna característica especial la relación médico-paciente en los casos de atención psicológica o psiquiátrica a inmigrantes?**

–Por supuesto. Pienso que la relación del profesional con una persona que vive situaciones de exclusión e indefensión tiene que ser muy cuidadosa y no puede ser igual que con una persona de su mismo ambiente. Debe ser una relación que yo llamo «ampliada», que debe tener en cuenta las necesidades sociales y los aspectos generales, no sólo los psicológicos. Hay que integrar lo psicológico dentro de un marco de indefensión y de lucha por la vida. Si separamos demasiado lo psicológico no podremos entender lo que está viviendo esa persona.

#### **–¿Considera imprescindible una mayor sensibilización de los médicos en temas culturales y de inmigración?**

–Creo que sí. Del mismo modo que un médico se preocupa de formarse en cardiología, en diabetes o en enfermedades renales y procura adquirir el máximo conocimiento profesional, también ha de entender que la diversidad cultural y las situaciones límite que viven los inmigrantes generan física y mentalmente problemas, trastornos y síndromes que deben ser bien entendidos. No basta con la buena voluntad. Hay que formar a los profesionales para que les proporcionen una atención de la máxima calidad sin pensar que los inmigrantes sean ciudadanos de segunda.

#### **–¿Cuál es su mensaje para los médicos de atención primaria?**

–Todos los profesionales que trabajamos en el ámbito de la salud tenemos el reto de ayudar a las personas que están sufriendo y que atraviesan situaciones difíciles. Esto es, además, una experiencia que nos va a enriquecer por el contacto con otras culturas, con otros planteamientos y cosmovisiones. Darles una ayuda médica o psicológica de calidad, si tenemos las herramientas para ayudarles de verdad, hará también que nos sintamos mucho mejor. ■