



03

artículo

Joseba Achotegui [[Buscar autor en Medline](#)]

Profesor Titular de Técnicas de Psicoterapia. Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona.

Director del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados).



La depresión en los inmigrantes extracomunitarios: características del síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de ulises)

Resumen

Emigrar siempre han supuesto esfuerzo y dificultades, pero en el contexto actual todo un sector de los inmigrantes está viviendo situaciones de estrés límites:

problemas con los papeles, la

vivienda, el trabajo, no poder traer a la familia, etc...que están comportando la aparición de una patología que hemos denominado Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple o Síndrome de Ulises. Es un cuadro que combina síntomas depresivos (tristeza y llanto) con síntomas de ansiedad (pensamientos recurrentes, insomnio, irritabilidad) con somatizaciones (cefaleas, fatiga) y síntomas confusionales (pérdidas de memoria, atención, confusión temporoespacial).

1. Introducción

Abordaremos en este texto un tipo específico de depresión que observamos en los inmigrantes extracomunitarios que en los últimos años están llegando de modo creciente a nuestro país. Un cuadro clínico al que hemos denominado el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises, ya que contemplando las dificultades y peligros a las que deben hacer frente hoy día muchos inmigrantes es difícil sustraerse a la imagen del héroe griego luchando, lejos de sus seres queridos, contra las adversidades

Para ubicarnos en la comprensión de este cuadro psicopatológico hemos de entender el contexto en el que está teniendo lugar la migración extracomunitaria en los últimos años: un contexto cada vez más hostil para una buen número de inmigrantes con graves obstáculos legales para emigrar (a partir de los 90 ha habido un creciente control de las fronteras) y actitudes de rechazo a los inmigrantes (islamofobia, aparición de movimientos antiinmigración, etc). Tanto estrés lógicamente acaba por pasar factura y favorece la aparición de trastornos mentales.

Si bien el cambio vital que supone la migración comporta siempre una parte de estrés y de duelo ante los numerosos cambios y adaptaciones que comporta, cuando estas situaciones de tensión se prolongan en el tiempo y son múltiples o muy intensas favorecen que, sobre todo los sujetos con personalidades más vulnerables, acaben padeciendo desequilibrios psíquicos. Es por ello que podemos ver en la clínica este cuadro producido por el fuerte estrés al que se halla sometida esta población inmigrante. Sin embargo, tal como hemos señalado en otros trabajos (Achotegui 2000, 2002) el estrés y el duelo migratorio son connaturales al fenómeno migratorio y tan sólo cuando la migración se vive en malas condiciones personales y sociales afecta de modo negativo a nivel psicológico. Entendemos por estrés el desequilibrio entre las capacidades de adaptación del sujeto y las demandas del medio (Buendía 1993) y entendemos por duelo el proceso de reestructuración de la personalidad que tiene lugar

bibliografía

1. BON, Denis. L'animisme. Paris: Editions De Vecchi, 1998.
2. CARO BAROJA, Julio. Las brujas y su mundo. Madrid: Alianza Editorial, 1973. 4ª ed.
3. EPSTEIN, Mark. Contra el yo. Barcelona: Kairós, 1999.
4. FURST, Peter T. Los alucinógenos y la cultura. México: Fondo de Cultura Económica, 1980.
5. KAKAR, Sudhir. Chamanes, místicos y doctores. México: Fondo de Cultura Económica, 1989. **Ver más**

enlaces

No hay enlaces de interés



cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto

Desde la perspectiva de la psicopatología, uno de los cuadros que aparece con más frecuencia en los inmigrantes es la depresión. La sintomatología depresiva se expresaría en trastornos que pertenecerían a dos áreas::

-en primer lugar, siguiendo las clasificaciones del DSM-IV-TR, en el Trastorno Depresivo Mayor y en la Distimia,

-y, en segundo lugar, la sintomatología depresiva se expresaría en un tipo de trastorno más específico que tendría que ver más específicamente con las tensiones características de la migración, con el estrés migratorio: lo denominamos síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises: el héroe griego que luchó contra todo tipo de adversidades) Se trata de una sintomatología depresiva con características atípicas en la que los síntomas de tipo depresivo se entremezclan con síntomas de tipo ansioso, somatomorfo y disociativo.

Desde la perspectiva de los trastornos mentales de los inmigrantes, es de destacar que mientras los estudios efectuados a lo largo de todo el siglo XX debatían con datos contradictorios si la migración favorecía o no la aparición de trastornos mentales, en los últimos años si podemos considerar que existe una correlación entre las migraciones actuales y el incremento de los trastornos mentales (Shin 1999, Hovey 2000, Sah 2000, Kibour 2001 etc). La hipótesis más razonable es que las especialmente difíciles condiciones sociales en las que se está llevando a cabo esta migración dan lugar a duelos complicados que acaban por favorecer la aparición de patología psíquica.

Es por esta razón que queremos plantear que existe un síndrome típico de las personas que emigran en la actualidad, especialmente de los inmigrantes extracomunitarios. El síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises), aunque posee aspectos en común con el Trastorno por Estrés Agudo o el Trastorno Adaptativo, con el Trastorno por Estrés Post-Traumático es, sin embargo, un trastorno diferente a ellos (tal como analizaremos en el último apartado de este trabajo)

2. Sintomatología del síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple

Veremos en primer lugar los síntomas más propios de los trastornos afectivos, para ver después los síntomas de tipo ansioso, somatomorfo y disociativo más frecuentemente asociados a ellos en la clínica.

2. 1. Síntomas del área depresiva:

- tristeza: es el síntoma central de toda situación de duelo y de los trastornos depresivos. Se hallaría asociada a un sentimiento de abandono de la lucha, de indefensión aprendida, de desistimiento, un "tirar la toalla" ante los problemas, en este caso los duelos, especialmente los duelos complicados que conlleva la migración. En el SAPPPIR hemos agrupado estos duelos en 7 áreas:

- familia y amigos
- lengua
- cultura
- tierra
- estatus social
- contacto con el grupo nacional
- los riesgos físicos

De estos 7 duelos, tal como hemos señalado en otros trabajos (Achotegui 2000, 2002) los más importantes son los duelos por la familia y el estatus social. En los pacientes inmigrantes la tristeza se halla asociada fundamentalmente a duelos complicados:

fundamentalmente el duelo por la familia (dejar hijos pequeños, padres ancianos en el país de origen) y en relación al duelo por el estatus social, al sentimiento de fracaso en el proyecto migratorio (no tener papeles, no conseguir trabajo, no conseguir progresar socialmente, etc).

Desde la perspectiva de la influencia de los factores culturales sobre las vivencias psíquicas, se ha de señalar que, por ejemplo, en la cultura musulmana se considera que la vida es una prueba y que la tristeza por la pérdida de un ser querido es incluso un bien, es una "oportunidad para reflexionar sobre las relaciones sociales y espirituales, así como sobre el propósito y el significado de la vida misma". (A. Sheik. 2002).

-llanto: Desde un punto de vista fisiológico. el llanto da lugar a una evacuación de adrenalina y noradrenalina, neurotransmisores que se segregan en exceso en las situaciones de estrés (ver apartado 1...). Por eso en general llorar relaja, produce satisfacción.. En los pacientes inmigrantes atendidos hemos observado que hay grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que las mujeres llorarían 4 veces más que los hombres. Pero habría menos llanto en los pakistanís y marroquíes en comparación con africanos y latinoamericanos. Una expresión de esta dificultad de los hombres de estas culturas en relación al llanto, que no estaría bien visto en varones, sería que a veces se refieren al llanto eufemísticamente diciendo que les sale agua por los ojos o que lloran por dentro. En el islam se prohíbe expresamente el llanto ante la pérdida de un ser querido, a pesar de que es una costumbre muy arraigada en muchos lugares (A. Sbeikb 2002). Quizás por esto se favorece la conducta de gemir que sustituye al llanto..

-Baja autoestima: con frecuencia se asocia al sentimiento de fracaso en el proyecto migratorio que es vivido como un fracaso personal, a pesar de que muchas veces se dan una serie de circunstancias tan adversas que el inmigrante poco puede hacer contra ellas. De todos es un síntoma difícil de explorar en culturas no occidentales ya que es un concepto muy ligado a la idea de "yo" occidental, al valor que se le da en Occidente al individuo y tiene una traducción muy difícil a otras lenguas. Es un concepto ligado a una determinada concepción del mundo, podríamos decir, sin temor a equivocarnos, que es un "síntoma cultural".

-culpa: se halla también muy mediatizada culturalmente y se expresa con menor frecuencia e intensidad en culturas no occidentales. En todo caso, en muchas de estas culturas se daría más una culpa del tipo paranoide, en la terminología kleiniana, en la que la culpa va más 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 preocupado por el castigo que puede 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).

En nuestras muestras el porcentaje de sentimiento de culpa es muy bajo entre los pakistanís y un poco mayor entre los subsaharianos en comparación con otros grupos, especialmente en los latinoamericanos. A nivel de género, se da mucho más, también, en las mujeres.

-Ideas de muerte : a pesar de la importancia de los factores estresantes, estas ideas no son frecuentes en los inmigrantes, salvo en casos de Trastorno Depresivo Mayor. Pero en estos casos son muy intensas y graves. 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 cierta esperanza que le impulsa a desear seguir viviendo.

La religión es también un factor protector muy importante desde la perspectiva de las ideas de muerte ya que en la mayoría de las religiones el suicidio está prohibido y es considerado como pecado. Hasta el punto de que incluso la anamnesis clínica sobre el tema puede ocasionar incomodidad, por ejemplo en pacientes musulmanes muy practicantes (sería casi algo así como preguntar a un autóctono si roba) . De suyo, las ideas de muerte son muy bajas entre pakistaníes o marroquíes. Y dado que una parte importante de los inmigrantes tienen sentimientos y prácticas religiosas muy activas presentan menos ideas de muerte.

-falta de interés por hacer las cosas: sorprendentemente no es tan frecuente en este síndrome (menos de la mitad de los casos) porque en el contexto del proyecto migratorio, la persona está inmersa en la lucha por el éxito de la migración. Ya hemos señalado que hay más tristeza que ideas de muerte y lo mismo ocurriría con la falta de interés por hacer las cosas.

-Pérdida de interés sexual. Es un síntoma por el que son atendidos fundamentalmente hombres, lógicamente no porque no lo padezcan las mujeres, sino porque, por razones culturales, en muchos casos las mujeres acuden menos a demandar ayuda por este tipo de alteraciones. El abordaje de esta temática es particularmente difícil dado el bajísimo nivel de educación sexual de muchas que se permite en muchas sociedades de origen de los inmigrantes. Como es sabido en las situaciones de estrés se produce una disminución de excitación sexual ya que se produce una inhibición del eje hipotálamo-hipófisis-glándulas sexuales con una disminución de los niveles de estrógenos y de testosterona.

2.2 Síntomas del área de la ansiedad:

-ansiedad: Se hallaría ligada bien a la lucha, a la inquietud por el logro de un objetivo (en este caso por el éxito de la migración) o bien se halla ligada al miedo por los peligros, discriminaciones, etc que se viven en la migración. En definitiva se hallaría ligada a la lucha o la huida. En el caso de los varones de cultura tradicional marroquí y árabe se expresa a menudo en forma de protesta, de actitudes de fuerte impaciencia. Una hipótesis explicativa desde la perspectiva transcultural sería que en dicha cultura la educación puede favorecer que varones con personalidades impulsivas desarrollen menos tolerancia a la frustración y más ansiedad.

-preocupaciones excesivas y recurrentes: serían normales, dada la extrema complejidad y dificultad de la situación en la que se encuentran la mayoría de los inmigrantes extracomunitarios: los 7 duelos de la migración, a los que hemos hecho referencia anteriormente. . Podríamos decir que las preocupaciones serían inadecuadas más desde la perspectiva de la capacidad de la mente para elaborarlas y desde la perspectiva de la manera cómo se analizan (no es lo mismo dar vueltas a un problema que analizarlo) que desde la perspectiva del grado de realismo de estas preocupaciones, que sería alto. Las preocupaciones surgirían porque en la migración a nivel emotivo hay un enorme acúmulo de sentimientos contrapuestos, que cuesta integrar. Se requiere una gran capacidad de insight para entender tantas emociones. Pero no sólo existe el nivel emotivo, también a nivel cognitivo el inmigrante ha de tomar muchas decisiones, a veces en muy poco tiempo y con escasos medios de análisis.

Un síntoma asociado a las preocupaciones excesivas es el insomnio. El insomnio, casi siempre de conciliación, tal como vemos más adelante, se halla , en la mayoría de los casos, en relación a la

agudeza de estas preocupaciones. Por eso ayudar al paciente en la clarificación y contención emocional puede aliviar de modo notable esta tendencia a las preocupaciones excesivas. Es aquella idea de la canción de Sabina..."y tardé en olvidarla 19 días y.... 500 noches" También estas preocupaciones excesivas se hallarían en relación a la cefalea, un síntoma de gran incidencia como señalaremos más adelante.

Otro factor clave para aminorar las preocupaciones excesivas sería la existencia de una buena red de apoyo social. Hemos visto más tendencia a las preocupaciones excesivas en personas que cuentan con escasa red de apoyo social, dato que es plenamente concordante con los planteamientos psicosociales en salud mental.

Estas preocupaciones excesivas tienen, a veces, en el caso de los inmigrantes un cariz próximo al de las imágenes y los pensamientos recurrentes e incontrolables que se observan en el Trastorno por Estrés Post-traumático: vivencias dolorosas y traumáticas del viaje migratorio (pateras, viajar escondido, etc), vivir escondido, explotación laboral, recuerdos traumáticos del país de origen sumido muchas veces en el caos, racismo, etc). Es por ello, entre otras razones, por lo que postulamos que el síndrome de Ulises se halla más cerca del Trastorno por Estrés Post-traumático que del Trastorno Adaptativo.

-irritabilidad: . La irritabilidad no es un síntoma tan frecuente como los anteriores. Pero podría ser que fuera negada por algunos inmigrantes por razones culturales. Así, las culturas orientales reprimen más la expresión de la agresividad, que está mucho menos permitida socialmente. De suyo, la cultura occidental es una de las más asertivas. Para muchas culturas (orientales, nativoamericanas etc) incluso la asertividad, el decir que no, es vivido como algo hiriente, agresivo. Hay culturas en las que incluso no hay un vocablo para decir no, porque se considera muy ofensivo contrariar directamente a alguien (obviamente esta situación favorece la confusión para los observadores occidentales). Por esta razón, las conductas de manifestación directa de irritabilidad en los sujetos que pertenecen a culturas más "contenidas" han de ser valoradas como mucho más disruptivas y desadaptativas que en otras culturas que la expresan más abiertamente.

Se ha de señalar que en nuestras muestras las mujeres presentan en nuestras muestras más irritabilidad que los hombres. En nuestra opinión este dato podría hallarse en relación a que las mujeres padecen más estrés que los hombres por poseer menos autonomía personal por razones culturales, por poseer también menor poder adquisitivo así como por soportar una jornada laboral a la que se añade con mucha frecuencia el cuidado de la casa y los niños.

-Alteraciones del sueño: Las dificultades para dormir son una de las quejas más persistentes de los inmigrantes, sobre todo en relación al insomnio de conciliación. Tal como hemos señalado, este síntoma se halla ligado muchas veces a otro síntoma muy típico de las situaciones de ansiedad: las preocupaciones recurrentes, que ocupan machaconamente la mente del inmigrante y le impiden dormir. Estas preocupaciones se hallan ligadas a la diversidad y complejidad de los duelos a los que se hallan sometidos los inmigrantes.

Como nos recordaba un inmigrante latinoamericano, 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. Además, no hay estímulos externos que puedan distraer a la persona de su dolor, preocupación, etc. Por otra parte, la ansiedad de anticipación 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. Se ha señalado la relación entre insomnio y depresión, cómo las personas que padecen insomnio crónico tienen, a la larga, más tendencia a padecer trastornos de tipo depresivo.

El perfil de la persona con sintomatología de insomnio que atendemos es una mujer, y el síntoma se incrementa con la edad. Los inmigrantes jóvenes incluso cuando están muy estresadas tienen pocas dificultades para conciliar el sueño, aunque tienen muchas pesadillas. Sin embargo, los adultos jóvenes inmigrantes sí que están afectados por el insomnio, a diferencia de la población autóctona de edad similar que padece menos este trastorno.

Uno de los aspectos más sorprendentes en relación al insomnio es que presente pocas diferencias culturales en su distribución: afecta casi por igual a gentes de todas las etnias y culturas. Seguramente el dormir es una actividad humana extraordinariamente básica que es poco sensible a las diferencias culturales (una muestra de la solidez de los aspectos comunes a todos los seres humanos). Es el síntoma más igualitariamente repartido entre los pacientes procedentes de todas las partes del mundo. Sin embargo, desde la perspectiva social podemos decir que afecta más a las personas sin trabajo, sin red de apoyo social, pero con estudios secundarios o superiores.

2. 3. Síntomas de tipo somatomorfo:

En muchas culturas de origen de los inmigrantes se considera que la mente y el cuerpo conforman una unidad inseparable. Además tal como hemos señalado (Achotegui 2002) diferentes valores propios de las culturas de los inmigrantes favorecen la somatización: mayor distancia jerárquica, tendencia al colectivismo, menor sentimiento de culpa. De todos modos, los pacientes de estas culturas, dado que integran lo físico y lo mental, expresan tanto síntomas somatomorfos como síntomas psicológicos, es decir el que aparezcan síntomas somáticos no impide la expresión emocional, psicopatológica.

Destacan entre los síntomas somatomorfos sobre todo las cefaleas y fatiga, que son síntomas frecuentes también en la clínica de los autóctonos, pero no tanto en personas jóvenes ya que estos tres síntomas suelen presentarse a más edad. También son frecuentes otras somatizaciones, especialmente de tipo osteoarticular. En menor porcentaje las molestias abdominales y en última lugar las torácicas y neurovegetativas.

-Cefaleas: es un síntoma muy frecuente entre los inmigrantes. Al igual que en el insomnio percibimos que su porcentaje se incrementa con la edad (icon la edad está claro que todo va a peori) Desde el punto de vista de grupos humanos, hemos visto que se da más en la población latinoamericana. Podría estar relacionada con la excesiva ingesta de alcohol de este grupo.

En los inmigrantes la mayor parte de las cefaleas que atendemos son de tipo primario (no son consecuencia de otra afección) Las cefaleas primarias a su vez son de varios tipos, destacando en la práctica clínica dos tipos: la migraña y la cefalea tensional.

Las cefaleas que se ven en los inmigrantes son casi siempre de tipo tensional y van asociadas a las preocupaciones intensas en que el inmigrante se halla sumido. Se dan más en mujeres. La cefalea tensional que padecen los inmigrantes presenta típicamente síntomas de dolor opresivo, no pulsátil, de intensidad leve o moderada, localización bilateral, no se agrava con esfuerzos físicos, no se acompaña de náuseas y vómitos y no hay fonofobia ni fotofobia.

- Fatiga La energía se halla ligada a la motivación y cuando la persona durante largo tiempo no ve la salida a su situación nota que le fallan las fuerzas. La vivencia de fatiga es muy intensa, especialmente entre las mujeres inmigrantes que se quejan 4 veces más que los hombres de este síntoma. Este dato podría hallarse en relación a que la mujer inmigrante soporta un gran estrés: trabaja

en el exterior, generalmente en trabajos duros, lleva la casa, cuida los niños....

A nivel de grupos de inmigrantes puede verse que la fatiga se da con más frecuencia entre asiáticos y marroquíes. Desde la perspectiva de la población asiática, la fatiga es un síntoma fundamental en un trastorno de tipo cultural denominado Daht. El Dhat es un trastorno cultural, propio de amplias zonas de la India, Pakistán, China, etc. que consiste en el temor a que la pérdida de semen suponga una enorme pérdida de energía. En los inmigrantes puede asociarse al esfuerzo que supone la elaboración de los duelos de la migración, lo cual favorece que el inmigrante se sienta sin energía, agotado. Otro síndrome cultural asociado a la fatiga sería la denominada "neurastenia" china en la que los trastornos de tipo depresivo se expresaban sobre todo a través del cansancio.

El síntoma de la fatiga en los inmigrantes se tendría que diferenciar del Síndrome de fatiga crónica (SFC) que se caracteriza por debilidad extrema. El trastorno se caracteriza, por fatiga persistente y recurrente, que no responde al descanso y reduce la actividad en un 50% y ha de tener 8 de estos síntomas menores: fiebre moderada, ardor o dolor de garganta, nódulos linfáticos dolorosos, debilidad muscular general, molestias musculares, fatiga persistente, dolor en las articulaciones pero sin hinchazón, trastornos del sueño, depresión. Se suele acompañar de otros síntomas psicológicos como confusión, irritabilidad, dificultad para concentrarse, etc. La fatiga en el SFC se expresa como malestar, debilidad, letargo, depresión. Algunos enfermos no pueden ni firmar

En la depresión estacional es frecuente la fatiga (94 %). Aparece cuando los días comienzan a ser más cortos. Mejora con terapia de luz. Los inmigrantes del sur notan que aquí hay menos luz y se quejan con frecuencia de ello. (Y eso con que, en nuestro caso, estamos hablando de Barcelona) Es perfectamente imaginable qué pueden sentir en Estocolmo

Otros síntomas psicósomáticos que se verían con menor frecuencia serían molestias inespecíficas abdominales, torácicas y osteoarticulares.

2.4. Síntomas del área disociativa:

Otra área de síntomas se expresaría a través de las alteraciones de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno se las denomina Trastornos Disociativos, En el DSM IV-TR se diferencian varios tipos de trastornos de tipo disociativo tales como la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo, el trastorno por despersonalización y el trastorno disociativo no especificado.

En los inmigrantes, según nuestra experiencia, la sintomatología que se daría con más frecuencia sería más una sintomatología de tipo confusional con características también propias y que posee síntomas del trastorno por despersonalización sobre todo asociado a confusión temporoespacial así como síntomas del trastorno de identidad disociativo. Dada la dificultad de ubicar este cuadro en el marco del DSM tendríamos que recurrir al socorrido cajón de sastre de los trastornos inespecíficos, siempre insatisfactorio por su inconcreción. O quizás fuera mejor plantear la necesidad de una figura que recoja los cuadros disociativos propios de las situaciones de duelo.

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 las plantean "contra el yo".

Así pues, la confusión sería un síntoma frecuentemente asociado en los inmigrantes a los síntomas de tipo depresivo. Se hallaría relacionada con la complejidad de las situaciones que el inmigrante debe abordar. Hay sensación de fallos de la memoria, de la atención, sentirse perdido y perderse físicamente, hallarse desorientados a nivel temporal etc. Sin embargo no es fácil evaluar estos síntomas, recordemos que, por ejemplo, que hay culturas que tienen una idea del tiempo circular y no lineal.

2.5. Interpretaciones mágicas 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, envenenamientos, etc,... Hemos atendido muchos casos de personas que relacionaban 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.

El psicoanálisis relaciona la magia con la omnipotencia del pensamiento, Freud (1912) planteando que se halla ligada a funcionamientos de tipo obsesivo y maniaco

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.

3. Diagnóstico diferencial

Hemos planteado la existencia del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple porque la sintomatología que vemos en estos pacientes no concuerda con la que encontramos en las clasificaciones del DSM y la CIE. El cuadro posee un conjunto de características que le diferencian de otros cuadros como el Trastorno por Estrés Agudo, El Trastorno adaptativo o el Trastorno por Estrés Post-Traumático:

- los estresores identificables no son uno o varios sino muchos
- la duración del cuadro no se mide en semanas o meses sino incluso en años,
- la intensidad de los estresores es muchas veces muy alta con peligros graves para la integridad física y la supervivencia, lo cual aproxima el cuadro hacia el Trastorno por Estrés Post-Traumático.
- se asocian de modo muy relevante en este síndrome síntomas de tipo somatomorfo y disociativo
- se asocian en muchos casos interpretaciones culturales de tipo mágico de los síntomas que modifican la propia percepción del trastorno

Por estas razones consideramos que más que de una situación de estrés agudo podríamos hablar, en el caso del inmigrante actual, de una problemática de estrés crónico. Y este es justamente el planteamiento que hemos efectuado al referirnos a la etiopatogenia de la migración, al duelo migratorio, al que hemos definido como un estrés prolongado e intenso. Además, hemos hecho referencia a que el duelo verdaderamente difícil de elaborar era el duelo complicado, que es el que están viviendo los inmigrantes separados de hijos pequeños o padres ancianos, sin papeles o sin trabajo etc. Es decir se trata de estresores especialmente intensos y difíciles de afrontar. Además ni el Trastorno por Estrés Agudo ni el trastorno Adaptativo poseen con síntomas centrales del cuadro la existencia de varias somatizaciones.

En nuestra opinión las circunstancias en las que está teniendo lugar la migración extracomunitaria actual explicaría en buena parte la existencia del Síndrome de Ulises. Este Síndrome iría, en parte, en la línea del planteamiento de Besser (1996) que propone que se delimite un trastorno específico para los inmigrantes, aunque discreparía del planteamiento de este autor porque no considera que el síndrome del inmigrante pueda integrarse en el área de los trastornos adaptativos. Podría tener aspectos de un Trastorno Adaptativo más bien de tipo crónico (categoría que no existe)

Por otra parte también consideraríamos que este cuadro se trataría de una categoría autónoma que se hallaría "a medio camino" entre los Trastornos

adaptativos y el Trastorno por estrés post traumático dada la violencia que percibe el inmigrante en su situación, ya que percibe graves riesgos para la propia supervivencia ("el viaje en patera" nos serviría quizás para simbolizar otras muchas situaciones de tensión y peligro). Además, bastantes de los inmigrantes pueden ya haber padecido violencia o situaciones extremas en el país de origen. Podría considerar a este cuadro como una variante atípica, quizás light del Trastorno por Estrés post Traumático.

Dado que la sintomatología específicamente depresiva en los inmigrantes se halla íntimamente ligada a otro tipo de síntomas que los descritos en los cuadros del DSM-IV TR hemos estudiado este síndrome siguiendo el criterio de analizar sintoma por síntoma, ya que el trastorno no se corresponde con ningún cuadro standard de los señalados en el DSM-IV o en le CIE-10, como ocurre con frecuencia . El tipo de trastorno que vemos en los inmigrantes es una mezcla de varios síntomas, por eso vamos hemos hecho referencia a ellos específicamente, uno por uno. Aparte de que, desde la psiquiatría y la psicología transcultural, se plantea que,, el concepto de depresión tal como la entiende el DSM se debe considerar un constructo propio de la cultura occidental.

