



MIGRACIÓN, EXILIO, REFUGIO Y ASILO

1. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DESADAPTATIVOS DE MIGRANTES Y REFUGIADOS

La adaptación e integración de las personas que emigran, es un proceso que posee múltiples dificultades relacionadas tanto con aspectos funcionales del propio individuo, como del sistema legal y actitudes de la sociedad a la que se incorporan. Las personas que por diferentes razones son exiliadas o refugiadas, presentan mayores dificultades en su adaptación.

De acuerdo a información aportada por la Comisión española de Ayuda al Refugiado (CEAR)¹, las personas que se han tenido que movilizar por haber sido víctimas de persecución en su propio país, por sus ideas o por razones derivadas de su condición de género, etnia u otras, tienen derecho a ser reconocidos y acogidos en terceros países que sí pudieran garantizar su protección; los trámites burocráticos son una de las dificultades a las que se enfrentan. Específicamente los solicitantes de asilo. Aunque el derecho de asilo constituye una obligación de los Estados que se acogen a la regulación del Derecho Internacional, como derecho humano fundamental, tipificado en el artículo 14 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Fue desarrollado en la Convención de Ginebra de 1951 y en el Protocolo de Nueva York de 1967, habiendo sido incluido en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2007. El Estado español lo reconoce en su Constitución como un derecho, y lo regula a través de su Ley de Asilo.

En España en el transcurso de 2017, se generaron resoluciones positivas de protección a una de cada tres solicitudes, rechazando un total de 8.675, por lo que se sitúa por debajo de la media europea, 35% frente a 45%, en el reconocimiento del derecho de asilo. Según datos de Eurostat, en 2017 de un total de 13.350 resoluciones, se concedieron tan solo 595 estatutos de refugiado, 4.080 reconocimientos de protección subsidiaria y ninguna por razones humanitarias. En estas cifras no se consideran un número indeterminado de personas que esperan para poder formalizar sus peticiones de asilo.

De acuerdo a información virtual de CEAR¹: “España no ha dado respuesta a este incremento de solicitudes y el colapso del sistema de asilo supone que más de 40.000 personas viven en este momento en la incertidumbre de no saber si podrán quedarse en España o tendrán que volver a los países de los que huyeron, con el riesgo que eso supone”. Del total de personas pendientes de recibir una respuesta por parte de España a su solicitud de asilo, una de cada tres (13.425) proceden de Venezuela, cerca de 5.000 de Ucrania, 2.895 de Colombia y 2.460 de Siria. A estos datos se añaden toda una serie de personas indocumentadas que han podido pasar las fronteras europeas y específicamente la española, sin ningún tipo de garantía de regularizar su status social. Todos estos individuos, niños y familias, viven en la incertidumbre, que como es conocida constituye un factor de riesgo de desarrollo de patología mental.

1.1. DEFINICIONES

- Expatriado: sale de su país por motivos económicos y laborales
- Refugiado: Persona que decide salir de su país por tener temores fundados de estar en riesgo grave por motivo de raza, religión, nacionalidad, orientación sexual o pertenencia a determinado grupo social o ideología política. En 1967 un protocolo adicional añade la condición de refugiado a las personas que huyen de la guerra o la violencia.
- Desplazados internos: han ido en busca de zonas más seguras dentro de su propio país. Colombia y Siria, forman parte en la actualidad de los países del mundo con mayor número de desplazados internos por violencia.

1 | Eglée Iciarte Lavieri.
Médico Psiquiatra.
ECOTERAPIAS: Centro de Armonía y Desarrollo Humano

- Migrante: Personas que cambian su residencia del país del que son originarios o del que son ciudadanos, a otro durante un período largo de tiempo.
- Inmigrante indocumentado: aquella persona cuya estancia no cumple con las leyes del país.
- Asilo: es un estatus que los países de acogida otorgan a los refugiados que demuestren las causas de su desplazamiento forzoso por motivos de raza, sexo, religión o pensamiento político, entre otros. Es una condición de protección que un Estado concede en su territorio a un individuo frente a la persecución de otro Estado. Un solicitante de asilo es aquella persona que ha presentado una solicitud y tiene documentación en la que consta que está pendiente de resolución. Excepcionalmente en algunos casos se concede la figura de Acogimiento por Razón Humanitaria, que permite a la persona residir legalmente en el país en función de su situación política, sin que el gobierno reconozca explícitamente su estatus de Asilo.
- Exiliado: Persona que ha sido expulsada de su país de origen por razones políticas. Tiene prohibido el retorno o si retorna tiene amenaza de prisión o muerte. Puede tratarse de un exilio interno (dentro del propio país) o externo (o diáspora). España fue país de exiliados a latinoamérica en los años '40, y receptor de exiliados latinoamericanos en los ochenta y en la actualidad lo es de africanos y de Oriente Medio.

1.2. PARTICULARIDADES DE ASILADOS Y REFUGIADOS.

Una de las peculiaridades más significativas del exiliado, es que éste parte sin despedirse de sus familiares y amigos. Estas personas se han visto obligadas a vivir lejos por razones políticas o ideológicas conflictos bélicos, precarias condiciones de vida, o han tenido que huir para garantizar su supervivencia, por lo que se encuentran impedidos de regresar a su país mientras se mantengan las causas que motivaron su alejamiento. Al marcharse sin despedirse, se han negado ese rito protector. Se experimenta su partida como un *atravesar la frontera entre el mundo de los vivos y el de los muertos*, por la imposición de la partida y la imposibilidad del retorno².

El exilio, se asocia con:

- La pérdida: se refiere a personas, lugares, recuerdos, etc. que quedan atrás, en su ciudad, en su hogar y por el camino.
- Lo traumático: se asume que las personas han vivido en situaciones de violencia, en las que las que han sentido miedo y pueden haber visto comprometida su propia vida o la de los suyos.
- La incertidumbre o los problemas con la adaptación: al partir no solo quedan atrás muchas personas, sino que inician un recorrido, que no siempre es claro. Las experiencias de los niños es similar a la de sus padres, pero no así la forma de vivirlas, sentirlas o expresarlas.

Los exiliados pueden experimentar intensa culpa por sobrevivir, lo que los hace vulnerables al escepticismo, la desilusión y la desesperación. Pueden reaccionar con rechazo ante lo que ofrece el nuevo país (costumbres, idioma, trabajo, cultura). Este rechazo enmascara su culpa, por el rencor hacia el propio país que los echó. La posibilidad de integrarse la viven como una pérdida de su identidad, como una traición a la causa, a los que se quedaron o murieron, lo que les hace sentirse inseguros y ansiosos, ya que no pueden reproducir sus vidas anteriores en las nuevas condiciones. La ilusión del pronto retorno, les impide recuperar su nivel social y profesional anterior. El nuevo país en lugar de ser vivido como un sitio salvador, lo es como el lugar que le propicia dificultades. Esto los hace ser muy exigentes y proyectan su incapacidad de dar, ayudar y proteger a los suyos, ya que experimentan una regresión y dependencia, que puede manifestarse por la aidez oral y dificultad en posponer³.

Ante lo dramático de la situación, quienes tienen una personalidad más fuerte y equilibrada, más recursos defensivos, mayor capacidad para soportar el dolor y la frustración y elaborar la culpa, tienen también mayor capacidad de espera, de adaptarse a los cambios y hacer el duelo por

2 | Eglée Iciar Lavieri.
Médico Psiquiatra.
ECOTERAPIAS: Centro de Armonía y Desarrollo Humano

lo perdido. A diferencia de los inmigrantes no vienen hacia algo, sino huyendo de algo, amargados, resentidos, frustrados. Pueden utilizar la negación del tiempo presente, que transcurre entre la vida anterior mitificada como lo único valioso y la vida futura representada por la ilusión de poder volver al país de origen.

1.3. LA ADAPTACIÓN DE INMIGRANTES Y REFUGIADOS

1.3.a. Factores intervinientes

- Edad: Los niños y los adultos jóvenes tienen mayor capacidad, flexibilidad y rapidez para la adaptación a un nuevo ambiente.
- Sexo: los varones serán los que se enfrenten a mayor cantidad de obstáculos. La adaptación de la mujer desde la protección doméstica, resulta más fácil, aunque suponga escasa interacción social con el aislamiento emocional consiguiente. Además del aislamiento doméstico, el embarazo y el parto hacen más vulnerable a la mujer a los trastornos mentales. La mayor disponibilidad de empleo y oportunidades laborales para la mujer, genera frustración en el varón. Generalmente, la decisión y puesta en marcha del proyecto migratorio es del varón, mientras la mujer lo sigue, aunque en diferentes ocasiones la mujer es la que llega antes e inicia algún tipo de actividad laboral, generalmente en la economía sumergida, trayéndose posteriormente a su pareja e hijos.
- Estado civil: El apoyo emocional que supone la pareja es un factor protector, aunque ésta puede convertirse en una fuente de carga y conflicto. Dependiendo de la estructura familiar y si la migración supone una carga adicional por la separación de su familia de origen y el duelo subsiguiente.
- Funcionalidad familiar: En torno a la familia del inmigrante se organiza la red social y de relaciones. Es frecuente la convivencia entre varias familias monoparentales con figuras de referencia ausentes debido al proceso migratorio, así se forma el llamado Grupo Doméstico Familiar, red social integrada por familiares y procedentes de una misma zona geográfica, que incentiva la relación entre sus miembros potenciando la identidad por pertenencia. Cuando las familias se reagrupan después de un tiempo de separación, experimentan un doble ajuste interno y externo con el riesgo de originarse disfunción familiar.
- Adopciones internacionales: constituyen un proceso muy parecido a la migración. Normalmente, los padres adoptivos educan al nuevo miembro de la familia en las costumbres e ideología propias, por lo que no debe considerarse un proceso de adaptación y aculturación, siempre y cuando se considere la edad del menor al ser adoptado.
- Menores inmigrantes no acompañados: presentan distintos modelos de aculturación. Estos adolescentes, emigran por iguales motivos que los adultos (mejorar su situación y nivel de vida). Entran ilegalmente, se adaptan a la sociedad receptora si llegan a obtener recursos, aunque sean mínimos (por lo general, subsisten en condiciones precarias y sin atención médica o social). Mantienen relación con la familia en la distancia; si bien ésta no los reclama por el aporte económico y su emancipación.

1.3.b. Proceso de adaptación

La adaptación parte de la identidad de cada sujeto, que se establece según las áreas concéntricas de pertenencias de cada uno. La primera área incluye el yo; la segunda, la familia con la que convive, y la exterior, la de la familia extensa, seguida por el entorno social, los grupos locales y los compatriotas. Se solapan otras áreas que caracterizan la identidad étnica, lingüística, histórica, cultural, profesional, de género o sexual. Estas áreas se extienden sucesivamente⁴.

El ajuste de quien llega, parte de un proceso dinámico que varía de un individuo o grupo a otro, y de circunstancias a circunstancias. El objetivo es alcanzar un estado afectivo positivo de bienestar psicológico por encontrarse incluido en una estructura social. Se han descrito determinados factores, que según difieran en mayor o menor grado de las condiciones culturales de su lugar de origen, incidirán en su integración en la sociedad de acogida.

En el caso de los refugiados o desplazados, que experimentan una migración forzada, que les exige el adaptarse en muy poco tiempo, a situaciones desconocidas y complejas, experimentarán un mayor desafío psicosocial. Todo el entorno cambia, se rompe la seguridad, la estructura de lo conocido, se pierden las relaciones, los estilos de vida, los apoyos y relaciones que otorgaban seguridad; todos estos cambios y pérdidas, originan miedo e inseguridad. Incertidumbre por las diferencias de costumbres y hábitos, por el lenguaje, por las tradiciones a las que no se tiene muy claro cómo responder. Este choque cultural induce en la persona una ruptura entre las experiencias pasadas y las exigencias del nuevo ambiente. Este cambio, puede contribuir a la reactivación, o al desarrollo de trastornos emocionales y somáticos⁴.

El manejar y elaborar la novedad que suponen las nuevas referencias (sobrecarga cognitiva), es una de las tareas primordiales, ya que las personas tienen mucho que aprender sobre la sociedad de acogida. La falta de un conocimiento básico para manejarse en la nueva sociedad (desconocimiento cultural), tiene una variedad de consecuencias negativas, que ponen en riesgo su capacidad para vivir satisfactoriamente, desde el punto de vista material y de su ajuste psicológico.

La persona que abandona su cultura de origen tiene que adaptarse al impacto que representa la nueva cultura, que conlleva su adaptación psicológica, y socio-cultural, que presentan diferentes patrones de evolución en el tiempo y la influencia de distintos factores⁵:

a) La adaptación psicológica: ha sido catalogada por Berry (1996)⁵, como *aculturación psicológica*. Hace referencia a las actitudes de aculturación, que dependen de variables de carácter individual como el grado con que los inmigrantes, eligen mantener o no su propia identidad, al relacionarse con la sociedad de acogida, al estar en contacto con otras culturas y como resultado de participar en el proceso de aculturación, en el que interviene su grupo cultural o étnico y su eventual dificultad de adaptación, a las nuevas situaciones. Si este es el caso, experimentará Estrés Aculturativo, que se manifiesta con incertidumbre, ansiedad, depresión, y en algunos casos, con psicopatologías más severas. Su integración, se asocia a cuando ambas partes demuestran un interés mutuo. Se caracteriza por el mantenimiento de la identidad cultural del nuevo grupo, estableciéndose una interrelación con la sociedad de acogida. La Integración, para que sea efectiva y satisfactoria debe efectuarse desde la biculturalidad. En donde el tiempo transcurrido en la cultura de acogida favorece que progresivamente la persona piense, sienta y actúe cada vez de forma más parecida al de las personas autóctonas. Se inicia una sensación de bienestar psicológico y físico y un aumento de la autoestima. La adaptación psicológica, se encuentra relacionada con su capacidad de afrontamiento a acontecimientos estresantes y su intensidad, como éstos son percibidos y elaborados, y el apoyo social percibido, según sus rasgos de personalidad, experiencias anteriores y sucesos vitales. En el proceso, las personas cambian emocionalmente, modificando su propia estructura de personalidad e identidad. (Berry y Poortinga *et al.*, 1996)⁵.

b) El aprendizaje cultural: consiste en los conocimientos y las habilidades sociales que permiten manejarse en la nueva cultura. La adaptación socio-cultural, parte de un proceso de aprendizaje social, que se asocia positivamente al tiempo de residencia, a la menor distancia cultural y al desarrollo de una suficiente capacidad lingüística. También colaboran positivamente, el nivel educativo y el contacto con los autóctonos, que se ve facilitado al obtener el status legal, ya que no solo posibilita un mayor acceso a los servicios, sino que además induce la aceptación de los miembros de la cultura huésped (Zlobina, 2006)⁵.

4 | Eglée Iciarte Lavieri.
Médico Psiquiatra.
ECOTERAPIAS: Centro de Armonía y Desarrollo Humano

c) La realización de las conductas adecuadas para la resolución exitosa de las tareas sociales (Moghaddam, Taylor y Wright, 1993)⁵.

1.4. VALORACIÓN PSICOSOCIAL

De acuerdo a la circunstancia, los profesionales se encuentran ante la necesidad de valorar el nivel de integración psico-social de una persona. El Cuestionario sobre integración de inmigrantes hispanoamericanos, diseñado por Martínez- Otero Pérez, en el año 2002, constituye una herramienta, que aunque simple, sirve para este objetivo. Consiste en una entrevista estructurada con 11 ítems abiertos, dirigidos a registrar los factores generadores de estrés, aislamiento y duelo⁴.

Cuestionario sobre la integración de inmigrantes

Edad.

Nacionalidad.

Sexo.

1. ¿Cuánto tiempo lleva en España?

2. ¿Está satisfecho con su vida en España?

3. ¿Trabaja usted? ¿En qué?

4. ¿Está a gusto con su ocupación actual?

5. ¿Cuáles son las causas de su estancia en España?

6. ¿Tiene intención de regresar a su país? En caso afirmativo, ¿cuándo?

7. ¿Qué aspectos positivos destaca de España?

8. En su opinión, ¿cuáles son los aspectos negativos de España?

9. ¿Tiene familia en España?

10. ¿Se siente integrado en España?

11. ¿Quiere realizar algún comentario adicional?

1.5. FACTORES DE RIESGO DEL INMIGRANTE PARA DESARROLLAR UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL.

✓ Factores personales

- Autopercepción de soledad (aislamiento por no dominar el idioma, o ausencia de red social).
- Sentimientos de culpa, por alejamiento de los hijos, padres, esposa, etc.
- Nostalgia.
- Duelo por pérdidas que ocurren cuando no se está en el lugar de origen.
- No cumplimiento del proyecto migratorio (información y expectativas poco realistas).
- Estado de salud previa o como resultado del viaje.

✓ Factores psicológicos

- Estrés laboral.
- Motivación laboral: La prioridad del trabajo y el ahorro máximo de los ingresos, pueden ir en detrimento de otras prioridades, como el mantenimiento de la salud y el esparcimiento.

5 | Eglée Iciarte Lavieri.
Médico Psiquiatra.
ECOTERAPIAS: Centro de Armonía y Desarrollo Humano

- Promoción ocupacional y social: Desfase entre la ocupación en la sociedad de destino y su categoría profesional.

- Antecedentes psiquiátricos. La personalidad pre-mórbida se encuentra vulnerable por las dificultades de la inmigración. Se pueden reactivar cuadros psicopatológicos previos, o de nueva aparición.

✓ Factores culturales

- Cultura sanitaria: La cultura determinada por su nacionalidad, grupo religioso de pertenencia, grupo étnico y zona geográfica de origen, es el determinante fundamental de los patrones de comportamiento estilos de vida y de sus hábitos de salud.

- Creencias, actitudes y percepción de la enfermedad: Cada individuo tiene una forma propia de vivir e interiorizar su enfermedad, que determina el cuidado que presta a la misma.

- Densidad étnica: La salud mental de los inmigrantes se correlaciona inversamente con la menor presencia de compatriotas en su vecindad, lo que significa falta de redes de apoyo social directo y de la pérdida percibida del enriquecimiento cultural y del orgullo de pertenencia al endogrupo.

- Relaciones previas de la cultura del inmigrante y la sociedad receptora. Facilitan el destino de la migración y definen la postura de recepción tanto como las expectativas de ajuste y aculturación.

✓ Políticos

- Las Leyes de Extranjería pueden favorecer la marginación de los inmigrantes al dificultar su proceso de integración social y disminuir sus posibilidades. Esta situación potencialmente genera un incremento de la persecución y del odio en el inmigrante que no encuentra la acogida esperada y necesitada.

✓ Religiosidad: Se asocia en los adultos con menor sufrimiento psicológico y presencia de síntomas depresivos más leves.

✓ Idioma: es uno de los factores que obstaculiza o facilita la adaptación de las personas extranjeras.

Diferentes estudios coinciden en los principales factores que se han relacionado con la dificultad de adaptación socio-cultural a la sociedad española, específicamente en que ésta presenta un mayor desarrollo socio-económico y las exigencias propias de una sociedad más industrializada. Lo que implica un ritmo de vida más acelerado, una mayor planificación (agenda en la que citas, visitas, comidas o entrevistas de trabajo se planifican con bastante mayor antelación) y a la mayor distancia social o menor cercanía en las relaciones interpersonales. Se exige puntualidad y cumplimiento de las normas formales, el materialismo y el consumismo, como filosofía de vida, y menor espiritualidad.

De igual manera, otro punto de desencuentro es que en España la gente no invita normalmente a casa y esto no es una señal de desprecio o distancia sino que funcionan más a nivel social, organizando encuentros en los lugares más neutrales como bares, restaurantes, etc. La importancia atribuida a la familia extensa (primos, abuelos, tíos), a los lazos de ayuda mutua y apoyo en general es relativamente diferente de acuerdo al área rural o urbana. Las personas se sienten menos vinculadas a los otros y funcionan de manera más individual, aunque menos que en los países anglosajones. También existe una mayor competitividad, orientación al logro y a la eficacia. Estas diferencias socio-culturales, pueden actuar como factores de riesgo para la salud física y mental de quien llega.

2. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN INMIGRANTES, ASILADOS Y REFUGIADOS.

2.1. PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN LOS EMIGRANTES

La población inmigrada presenta un doble riesgo para su salud mental. Por un lado, el proceso de inmigración, como un acontecimiento vital estresante para el individuo, por el proceso de adaptación y las dificultades ambientales, la pérdida de lazos familiares, culturales, de lenguaje, de costumbres y de estatus, entre otros. Y por otra parte interviene, el riesgo de exclusión social en el que se encuentra, por sus dificultades de reinserción socio-laboral. Al respecto, se ha determinado que la población inmigrante presente mayores tasas de depresión y de trastornos de ansiedad que grupos con idénticas características sociodemográficas de su país de origen o de la cultura anfitriona⁴.

La acomodación al nuevo contexto cursa con múltiples manifestaciones, que pueden ser conceptualizadas como reacciones adaptativas, y tienden a desaparecer de forma progresiva, si se dan las condiciones. Estas reacciones potencialmente se pueden patologizar por la intervención de diferentes factores en las áreas de funcionamiento del individuo (social, laboral, familiar, personal).

Los trastornos mentales del inmigrante pueden o no, mantener una relación causal con el proceso de la migración. Por ello, en primer lugar, se deben analizar desde el ajuste psicológico personal y familiar, y considerando el probable impacto del proceso migratorio⁴.

Sin embargo, estas reacciones deben ser interpretadas como manifestaciones subclínicas en un proceso de adaptación, que evolucionaran hasta su desaparición progresiva en el tiempo, y no deberían generar una limitación importante en el funcionamiento de la persona:

✓ Respuestas de hiperactivación, con la finalidad de facilitar la adaptación al nuevo país y a unas circunstancias vitales diferentes y que pueden ser percibidas como poco definidas:

- A nivel cognitivo: como el porvenir es incierto y ambiguo, se desencadena preocupación, pensamientos catastrofistas, rumiación y dificultades de la atención. Lo que a su vez, afecta los procesos ejecutivos básicos como la memoria, la atención o la concentración.
- A nivel emocional/fisiológico: Las reacciones de hiperactivación fisiológica se manifiestan como ansiedad, miedo e inseguridad.
- A nivel físico: somatizaciones (cefaleas, alteraciones gástro-intestinales o tensión muscular).
- A nivel comportamental: Inquietud, conductas agresivas, actitud defensiva, inhibición en la toma de decisiones.

✓ Proceso de duelo migratorio: El duelo transcurre a través de una serie de fases, que no todas las personas experimentan, ni transcurren en la misma secuencia. Los profesionales se deben centrar en la idiosincrasia de la persona, para efectuar su intervención, con una actitud de validación y aceptación. Nomen en 2007, señala que la repercusión de la pérdida dependerá, del significado que le otorguemos al objeto perdido. La duración del duelo suele prolongarse desde unos meses a un año aproximadamente. En general, la pérdida es un acontecimiento propio de la naturaleza humana, ante la que las personas deben desarrollar su capacidad de adaptación.

La sintomatología característica de un proceso de duelo normal (Worden, 1997)⁴ es:

- Síntomas cognitivos: incredulidad, confusión, dificultades de atención y de la memoria, preocupación.
- Síntomas conductuales: insomnio de despertar temprano, pérdida y/o aumento del apetito, aislamiento social, evitación de situaciones que le recuerden lo que ha perdido, inquietud motora y llanto fácil.
- Síntomas emocionales: tristeza, enfado, culpa o autorreproche, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, embotamiento emocional.
- Síntomas físicos: opresión en el pecho, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización, falta de aire o debilidad muscular.

- ✓ Trastornos de ansiedad: forma parte del estrés migratorio, relacionado con el choque cultural.
- ✓ Trastornos por somatización: como consecuencia del estrés experimentado, que han desencadenado respuestas adaptativas inadecuadas.
- ✓ Fobia social: en los pacientes que provienen de áreas rurales o de un pueblo pequeño con poca presión social o de un ambiente familiar sobreprotegido, o al perder el apoyo y las relaciones familiares próximas, son condicionantes para el desarrollo del miedo y ansiedad ante un medio extraño, donde la interacción social y la competitividad es determinante.
- ✓ Trastornos psicóticos: ocurre con frecuencia entre los inmigrantes indocumentados, obligados a cierto aislamiento, falta de interacción social al sospechar de todo y de todos, por el miedo a ser descubiertos y deportados.
 - Reacción paranoide del extranjero y la reacción paranoide del refugiado: Ambas cursan con agitación, miedo intenso, hostilidad o agresividad y sintomatología depresiva.
 - Psicosis reactiva breve: Sintomatología psicomotriz, sensoriperceptiva como alucinaciones y componente depresivo y paranoide.
 - Manía delirante: Trastornos relacionados con el uso de sustancias.
- ✓ Adicciones a sustancias (alcoholismo y drogodependencias)⁴.
- ✓ Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (SIECM): Es una patología específica vinculada a la intensidad del estrés crónico que se origina por la soledad, la lucha por la supervivencia y la sensación de fracaso y el duelo que presentan los inmigrantes irregulares o los que corren el riesgo de pasar a serlo. Fue detectado y descrito en el año 2000, como Trastorno Adaptativo Crónico del Emigrante en Estados Unidos por Joseph Westermeyer, a partir de los refugiados *hmong*, siendo posteriormente completado por el psiquiatra Joseba Achótegi, quien lo ha catalogado como Síndrome de Ulises, ya que la situación que viven estas personas recuerda las innumerables dificultades, obstáculos y peligros, lejos de la familia, que tuvo que afrontar el héroe griego. Odiseo (Ulises en la tradición latina) según el poema épico de la *Odisea*, de Homero (siglos IX y VIII a.C.), aunque los inmigrantes no vuelven al hogar como en el mito, van en busca de una tierra prometida que suele revelarse hostil e insegura. Popularmente se conoce como «el Síndrome del Inmigrante Triste». Podría encuadrarse como una variante atípica, del trastorno por estrés postraumático.

Desencadenantes: situaciones de estrés límite que se asocian a sentimientos de impotencia y frustración, que favorece que el individuo se agote y e inicie un funcionamiento de desesperanza, tales como:

- Dependencia de mafias de tráfico de personas.
- Situaciones vitales complicadas (terror por los peligros del viaje o su ilegalidad).
- Soledad en el país extraño. Tanto del inmigrante que llega solo, como de miembros de una familia extranjera.
- Nostalgia por la familia (sobre todo de los hijos).
- Sentimiento interno de fracaso (no pueden conseguir trabajo).
- Lucha por la supervivencia (qué y dónde comer y dónde dormir).
- Problemas e imposibilidad de regularizar su situación (indefensión).
- Vencimiento del permiso de residencia o el visado.

- Persecución policial.
- Racismo, xenofobia, discriminación, tensión social y prevención por parte de la población autóctona.
- Inestabilidad laboral o económica.
- Dificultades para la reagrupación familiar.
- Precariedad laboral.
- Dificultad de acceso a la vivienda.
- Siniestralidad laboral con resultado de discapacidad (proyecto migratorio invalidado).

Sintomatología: El someterse a situaciones de estrés crónico e intenso, produce síntomas como:

- Área depresiva: tristeza, llanto, baja autoestima, sentimientos de culpa, falta de interés sexual, pérdida o aumento del peso o del apetito (difícil de valorar por el cambio de dieta). Pero no aparecen, algunos síntomas habituales de la depresión, como la apatía o las fantasías de muerte. Aunque sienten mucha tristeza, más que estar deprimidos, se encuentran apesadumbrados con alto nivel de autoestima. Se sienten derrotados pero no vencidos.
- Área de la ansiedad: ansiedad de anticipación, nerviosismo intenso, pensamientos recurrentes e intrusivos, preocupaciones excesivas, insomnio, irritabilidad, tensión, fobias (por ejemplo, al agua si realizó el viaje en patera).
- Síntomas de tipo somatomorfo: agotamiento crónico, insomnio de conciliación, jaquecas, cefaleas, vómitos, estreñimiento, dolores abdominales, fatiga intensa, dorsalgias y otras molestias osteoarticulares, amenorrea, hipertensión y, en último lugar, las torácicas y neurovegetativas (palpitaciones, diarrea).
- Síntomas de tipo disociativo: miedo, sentimientos de soledad, desorientación y confusión temporoespacial, pérdida de memoria y concentración, despersonalización, alucinaciones, desrealización, ideaciones de tipo delirante. Tienden a interpretar lo que les sucede desde su cultura (mala suerte, mal de ojo, de la hechicería, brujería, supersticiones). En los niños, este trastorno les hace mostrarse más agresivos.
- Síntomas conductuales: problemas de sueño, cambios de apetito, conductas de búsqueda, hiperactividad.

Asociados a la inmigración han sido descritos otros cuadros sin base científica: síndrome de indefensión, síndrome del paria, estrés migratorio o síndrome del superviviente, desadaptación psicósomática del emigrante, hipocondriasis del emigrante/hipocondriasis del dinero, etc.

2.2. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS FRECUENTES EN LOS REFUGIADOS

✓ Trastorno por Estrés Postraumático (TEP): Se considera la patología psiquiátrica más específica de los inmigrantes forzosos por el hambre, o los desastres naturales, exiliados y, sobre todo, de los exiliados y refugiados, sin protección legal que solicitan asilo. Generalmente lo experimentan personas que han vivido en situaciones bélicas, de represión política, persecución religiosa o étnica, torturas, privación de libertad, estancias en campos de concentración (Síndrome del campo de concentración) o en campos de refugiados, vivencias de hambre y peligro extremo. Con frecuencia han sido testigos de agresiones o muertes violentas en su país de origen, que han vivido separaciones y aislamiento (estrés premigratorio), generalmente han salido del país, con pocos recursos, pérdidas financieras, etc. (estrés migratorio). Experimentan alteraciones emocionales con sentimientos de indefensión, culpa, remordimiento, rabia, desesperanza, rechazo psicológico, etc. Los inmigrantes económicos también pueden presentar este trastorno ante experiencias como la discriminación racial, el desempleo o la relación con las instituciones de la

inmigración, jubilación, pérdida de un familiar (estrés postmigratorio). Se asocia con frecuencia a la presencia de ataques de pánico y alcoholismo. En ocasiones este trastorno, puede emerger décadas después de los acontecimientos traumáticos originales⁴.

Reacciones traumáticas: es posible que algunas de las personas que soliciten ayuda, hayan vivido experiencias traumáticas, por haber visto peligrar su vida o la de su familia.

Las respuestas ante el trauma, dependerán de algunos factores como:

- El grado o intensidad de la vivencia traumática.
- Antecedentes de experiencias traumáticas previas.
- Recursos de afrontamiento de la persona.
- Psicopatología previa.

Las reacciones normales tras una experiencia traumática son:

✓ A nivel cognitivo:

- Tener imágenes o recuerdos sobre lo ocurrido. Suelen ser recurrentes y de carácter intrusivo. Generan malestar intenso.
- Pesadillas o flashbacks con el contenido de los hechos traumáticos.
- Amnesia selectiva. En ocasiones, las personas pueden tener problemas para recordar partes del evento traumático.
- Dificultades en los procesos cognitivos básicos: atención.
- Ruptura de las creencias básicas que se tenían hasta ese momento.
- Pensamientos críticos.
- Rumiaciones sobre lo ocurrido.
- Intentos cognitivos de suprimir ciertos pensamientos o recuerdos desagradables.

✓ A nivel emocional y fisiológico:

- Sensación de hipervigilancia.
- Irritabilidad.
- Activación constante, nerviosismo y sobresaltos frecuentes, reacciones de miedo o ansiedad.
- Sensación de fatiga mental y física.
- Embotamiento emocional, experimentado como incapacidad para sentir determinadas Emociones.

✓ A nivel conductual:

- Evitar situaciones, personas o pensamientos que recuerden el evento traumático.
- Recurrir a estrategias desadaptativas como el consumo de alcohol o fármacos.
- Tendencia al aislamiento social.

A continuación se transcribe la descripción de esta patología de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de la Enfermedades Mentales (DSM-5, 1914)⁶.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Criterios diagnósticos 309.81 (F43.10)

Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas)

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.

5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

2.3. REACCIONES MÁS FRECUENTES DE NIÑOS O ADOLESCENTES

Las reacciones psicológicas por las que pasa un niño o un adolescente en el proceso de cambio, dependen de la edad y de su capacidad de enfrentamiento. Algunas de las manifestaciones más comunes son las siguientes:

Reacciones psicológicas derivadas de haber presenciado un acontecimiento traumático:

- Las experiencias que han vivido estos niños son muy impactantes emocionalmente, lo que trae como consecuencia inseguridad y temor ante la posibilidad de vivir situaciones similares en el futuro.
- Como se han visto expuestos a una situación de amenaza intensa, pueden presentar sintomatología acorde con la gravedad de lo ocurrido. Los niños pueden presentar las mismas reacciones, ante lo traumático, que los adultos, pero manifestarlo de formas diferentes.

Hay que tener presente la edad de los niños en relación a sus reacciones. En niños de entre 0 a 12 años, que tienen más dificultad para verbalizar lo que sienten, es habitual que ante una situación de crisis, se sientan indefensos, inseguros, aparezcan conductas regresivas (enuresis, terrores nocturnos) y quejas somáticas y predomine el miedo al abandono. Si son mayores, experimentarán emociones, como la culpa, ira, o fracaso. En la pre-adolescencia y en la adolescencia la sensación de inmortalidad generada al superar el acontecimiento traumático puede provocar la aparición de conductas de riesgo.

Las manifestaciones más características son:

- ✓ A nivel emocional/fisiológico:

- Miedo, manifestado a través de llanto intenso.
 - Enfado al quedarse solos.
 - Embotamiento emocional
 - Ira hacia la situación o personas que están a su alrededor.
 - Sentimientos de abandono.
 - Quejas somáticas (mareos, dolores musculares o migrañas).
 - Hiperactivación fisiológica.
- ✓ A nivel cognitivo:
 - Preocupaciones constantes.
 - Confusión y desorientación.
 - Hipervigilancia.
 - Incomprensión de la situación.
 - Dificultades de atención y concentración.
 - Reexperimentación.
 - Recuerdos o imágenes intrusivas.
 - Evitación cognitiva.
 - ✓ A nivel conductual:
 - Conductas regresivas (enuresis o a chuparse el dedo).
 - Conductas de comprobación (preguntar constantemente si sus padres están bien, como búsqueda de seguridad).
 - Evitación de situaciones o personas.
 - Cambios en la rutina.
 - Trastornos del sueño: pesadillas y terrores nocturnos.
 - Miedo a la oscuridad.
 - Problemas de alimentación.

2.4. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

La intervención no radica en una situación de emergencia puntual, sino que se trata de un estado que se mantiene en el tiempo, por lo que se necesitan soluciones duraderas y sostenibles, abordando simultáneamente las diferentes causas. Los proveedores de salud se enfrentan a la disyuntiva: ¿Qué hacer? ¿Cómo hacerlo? Fundamentalmente se trata de acompañar y responder a la indefensión e incertidumbre de la que son víctimas estas personas.

Se debe considerar:

- ✓ Cubrir las necesidades básicas (vivienda, alimentación, ropa).
- ✓ Accesibilidad a los recursos sanitarios.
- ✓ Limitaciones comunicacionales por la barrera del idioma, que dificulta una relación de confianza proveedor-paciente.
- ✓ Efectuar una Formulación Cultural.
- ✓ Elaboración de un historial médico completo (diagnóstico, seguimiento adecuado del tratamiento y la comprensión del bagaje psicosocial del paciente y cultural)⁴.
- ✓ Intervención psicoterapéutica y de apoyo.
- ✓ Tratamiento farmacológico, si el caso lo requiere. Se describe alta prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad entre emigrantes, asociados a síntomas de somatización, en gran medida por el rechazo a los psicofármacos, sobre todo los antidepresivos, siendo mayor el uso de antipsicóticos y ansiolíticos.

Se producen múltiples preguntas («*problem solving*»). Las principales tienen que ver con la necesidad de encontrar un sentido a lo que ocurre, un sentido al sinsentido, a la injusticia, a lo perdido, un sentido para encajar lo ocurrido, para asimilarlo y poder seguir avanzando, para no culparse. ¿Qué hacer? ¿Cómo hacerlo? ¿Por qué a nosotros nos está pasando esto? ¿Es el mundo justo?

Se debe conceptualizar lo que les está pasando, como respuestas normales ante una situación anormal o enferma y su impacto sobre su vida, cambios en su estructura de valores y múltiples pérdidas o duelos. Se trata de despatologizar la circunstancia. Lo enfermo es la situación, no las personas víctimas de las circunstancias, se trata de abordar reacciones normales ante situaciones anormales e inhumanas, se trata de establecer procesos de respuesta y acompañamiento para reducir los niveles de incertidumbre que pueden llevar a la indefensión, y dar recursos o activar fortalezas de respuesta (Resiliencia), en las personas que viven desplazamientos forzados. Hablar con las personas antes que con sus síntomas. Por lo que es necesario implementar respuestas complejas dirigidas a solucionar áreas asistenciales, sociales, legales o psicológicas.

El desarrollo de la «resiliencia», entendida como la capacidad y habilidad de un individuo o de un sistema social para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (resistir y rehacerse, crecimiento postraumático), necesita dos elementos: la resistencia frente a la destrucción o la capacidad de proteger la propia integridad a pesar de la presión, conflictos, crisis y situaciones límites; y la capacidad de construir o reconstruir su propia vida a pesar de las circunstancias difíciles. A este recurso individual, se añade el propiciar sistemas de apoyo mutuo, redes de apoyo social, material, emocional y simbólico, ayudarán a enfrentar y superar los acontecimientos nefastos, y de esta manera prevenir el desarrollo de trastornos psiquiátricos severos y restituir el bienestar personal⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión Española de Ayuda al Refugiado. Consultado: 10/04/2018. Disponible en: <https://www.cear.es/derecho-de-asilo/>
2. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. «Salud mental y apoyo psicosocial para refugiados, solicitantes de asilo e inmigrantes desplazándose en Europa», 2016.
3. Grinberg, L y Grinberg, R. (1984). Psicoanálisis de la migración y del exilio. Madrid: Alianza.
4. Martincano Gómez J.L. y García Campayo, J. (2004). Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante. Retos de la salud mental del siglo XXI en atención primaria. Novartis.
5. Zlobina, A., Basabe, N. y Páez, D. (2004). Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural. MIGRACIONES, 15:43-84.
6. American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. 5º Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
7. Pérez Sales P. (2004). Psicología y Psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción. Bilbao: Desclée Brouwer.
8. Berry JW. Cross-cultural psychology: research and application. Cambridge Press; 1998.
9. Hofstede, G. (1991). Cultures and organizations: software of the mind. London: Editorial McGraw-Hill.
10. Olivos Aguayo X. (1.999). *Variables psicosociales y salud mental en la inmigración*. Instituto Latinoamericano de Investigación y Salud Mental (ISI). [Consultado 05-07-2017] Disponible en: https://sirio.ua.es/documentos/pdf/estrategias_integracion/variables%20psicosociales.pdf

11. Oberg, K. (2006). Cultural shock: adjustment to a new cultural involvement. *Practical Anthropology*. 66: 142-146.
12. Lewis-Fernández, R. (2009). The Cultural Formulation. *Transcultural Psychiatry*. 46, 3: 379–382.
13. Iciarte Lavieri, E. (2006). Formación de profesionales en temas transculturales. En 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Fuente: INTERPSIQUIS.
14. Campinha-Bacote, J. (2003). Many Faces: Addressing Diversity in Health Care. *Journal of Issues in Nursing*. (8)1, Manuscript 2. Fecha de consulta: 6 de Octubre de 2017. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol82003/No1Jan2003/AddressingDiversityinHealthCare.aspxThank>
15. Alda M, García-Campayo J. El médico y los problemas psicológicos de la inmigración. *Revista de actualidad sociosanitaria. RAS*. 2003 (3): 14-16.
Disponible en: <http://www.institutodebioetica.org/ras/ras03.pdf>
Fecha de consulta: 9 de abril de 2018.
16. Agencia de la ONU para los Refugiados.
Disponible en: <https://eacnur.org/>
Fecha de consulta: 1 de abril de 2018.