

3. Psicología, psicopatología y psiquiatría de la inmigración

3.1. Modelo de elaboración psicológica del fenómeno migratorio

Identidad

La experiencia migratoria es un proceso dinámico y complejo con inicio en la sociedad de origen, que continúa en un proceso de adaptación en la sociedad de destino y que supone tanto continuidad, como rupturas con la sociedad de origen. La adaptación constituye una estrategia de construcción de un espacio propio de identidad étnica respecto a los otros.

La identidad se establece para cada persona según las áreas concéntricas de pertenencias o dependencias de cada uno. La primera área incluye el yo; la segunda, la familia con la que convive, y a ésta le sigue la de la familia extensa. A continuación, y ampliando su influencia, el vecindario o los grupos locales; los conciudadanos y los compatriotas. Se solapan otras áreas que caracterizan la identidad étnica, lingüística, histórica, cultural, profesional, de género o sexual. Estas áreas se extienden en definiciones sucesivas hasta que se llega a la mayor: la de la humanidad entera.

Ruptura

Todo cambio de una cultura a otra (discontinuidad sociocultural) induce en la persona una ruptura entre las experiencias pasadas del individuo y las exigencias del nuevo ambiente, que puede contribuir al desarrollo de trastornos psicológicos y somáticos. Cuanto mayor sea esta discontinuidad o cuanto más diferentes sean las culturas, el efecto de riesgo psicopatológico debería ser mayor, ya que se produciría mayor nivel de cambio e impacto.

Aunque ampliamente criticada y con múltiples limitaciones, nos da una idea del hecho la escala de sucesos vitales de Holmes y Rahe (Recent Life Changes Questionnaire, RLCQ, 1975), que coloca el ítem (unidades de cambio vital o UCV) número 25 con una valoración de 47 sobre 10-123. Con este cambio se acarrean otros sucesos vitales (cambios económicos, actividades sociales, tipo de trabajo, etc.) que afectan al número de eventos registrados (Índice de Sucesos Vitales, ISV), y a la suma de las UCV de los mismos (Índice de Reajuste Social, IRS) con lo cual aumenta la valoración.

Adaptación

La migración, verdadero trasplante que desarraiga y desacomoda al individuo de su identidad territorial-cultural, es una ruptura biográfica en tres momentos (partida, viaje, llegada), que se corresponden con los tres momentos de los rituales de paso y la consiguiente *mutación ontológica* o cambio de ser (se es otro) que resuelve de varias maneras básicas las lealtades hacia culturas diferentes.

Los cambios son evidentes en aspectos físicos, tales como los diferentes tipos de vivienda o de transporte. Pueden producirse cambios biológicos como resultado de los matrimonios entre miembros de los dos grupos en contacto; del mismo modo, son igualmente posibles los cambios políticos, económicos, lingüísticos, religiosos y de cualquier tipo que afecte la vida humana.

La adaptación psicológica a la inmigración culmina como un logro de un conjunto de resultados psicológicos internos, que incluye la buena salud mental, el bienestar psicológico y la satisfacción personal en el nuevo contexto cultural.

El proceso por el cual el contacto continuo entre dos o más sociedades diferentes genera un cambio cultural y por el cual los grupos minoritarios aprenden gradualmente y adoptan los nuevos elementos de la cultura del país receptor en mayor o menor grado, se llama **aculturación**. Pero es mutuo: existe recepción y asimilación de elementos culturales de un grupo humano por parte del otro (**tabla 3.1**).

En todos los casos, la construcción de la nueva identidad se realiza, por un lado, asumiendo la propia biografía (no se es lo mismo, pero sí el mismo) y, por otro, construyendo un mundo interpretativo de la realidad. La traumática realidad del emigrante (tipo de migración y sus circunstancias) hace más necesaria la adecuada construcción de un yo biográfico y de un mundo referencial.

El manejar y limitar la novedad que suponen las nuevas referencias (sobrecarga cognitiva), es una de las demandas más importantes del reasentamiento. 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 y pone en peligro la capacidad de las personas para vivir satisfactoriamente, tanto desde el punto de vista material como para su ajuste psicológico (desencuentro sociocultural). La falta de información básica hace difícil las tareas más simples, desde moverse por el nuevo entorno hasta

Tabla 3.1. Alternativas de adaptación del emigrante a la cultura mayoritaria del país anfitrión (Modificado del Modelo teórico de aculturación de Berry y Kim, 1988)

Interculturalidad	La minoría mantiene parte de su estructura y costumbres, pero modifica y comparte otros aspectos con la población autóctona.	Entendida como vivir juntos en la diferencia y con las diferencias, respetándose y, aún más, comprendiéndose.
Multiculturalidad	Con el concepto a priori de respeto y de igualdad de ambas culturas.	Con frecuencia da origen al <i>biculturalismo</i> , que es un modelo dual de identificación y, a menudo, de lealtad dividida que no deja de influir conflictivamente a nivel personal.
Integración	El individuo se maneja de forma adaptada en ambas culturas dependiendo de las personas con las que interacciona. Más frecuente en edades medias.	Adaptación adecuada. Poco riesgo asociado a patología psiquiátrica.
Asimilación	Se rechaza la cultura de origen y se adopta completamente la cultura anfitriona. A menudo, es la expectativa de los habitantes del país receptor. Más frecuente en jóvenes.	Va a producir serios problemas con la familia y el entorno del país de origen, así como una sensación de «estar incompleto». Es, por definición, autodestructiva, particularmente en la esfera psicológica.
Separación	Se niega la cultura receptora y se mantiene íntegramente la cultura de origen. Más frecuentes en adultos y mayores. Puede ser activa en el caso del fenómeno <i>Contracultural</i> , con el rechazo de los valores culturales establecidos, caso no privativo de los inmigrantes.	Aislamiento en <i>ghettos</i> con escasa interacción con la cultura anfitriona.
Marginalización	Los individuos rechazan ambas culturas y se convierten en marginales. El prototipo de este proceso ha sido la inadaptación de los nativos americanos o de los esquimales a la cultura norteamericana y canadiense.	La patología psiquiátrica es máxima.

Modelo teórico citado por: Aida M, García-Campayo J. El médico y los problemas psicológicos de la inmigración. Revista de actualidad sociosanitaria. RAS. 2003 (3):14-16. [En línea] <http://www.institutodebioetica.org/ras/ras03.pdf> [Última consulta: 12:07:04].

saber a dónde dirigirse para los diferentes propósitos. El no contar con información básica, aunque puede ser abrumadora inicialmente, casi siempre es una dificultad de corta duración. La información más compleja, por el contrario, relativa a las diferencias culturales en estilos de interacción social (extrañeza cultural), que facilitan la convivencia, requiere mucho esfuerzo y tiempo, sobre todo para aquellos grupos étnicos con más distancia cultural con la sociedad de acogida.

El estado afectivo positivo de *sentirse en casa* se consigue cuando se resuelve la experiencia angustiante que el reasentamiento ocasiona en muchos inmigrantes. *Sentirse en casa* se define como un estado afectivo positivo de bienestar psicológico derivado del sentimiento de sentirse relajado, en familia, e incluido en una estructura social.

Resiliencia

La resiliencia humana sería 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).

La resiliencia 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.

3.2. Psicopatología del proceso migratorio

Fases del proceso migratorio

El proceso es secuencial dinámico, perpetuo e interminable, que involucra los niveles cognoscitivos y emocionales, tanto consciente como inconscientes, de los individuos con muchos momentos críticos. Tradicionalmente, se había defendido la existencia de un período inicial de euforia tras la llegada al país de acogida, y un posterior período de crisis psicológica según algunas fases definidas por la cantidad y tipo del estrés que generan. Este modelo ha sido rebatido y actualmente se acepta que el estrés se incrementa en el emigrante durante los primeros dos años y que, posteriormente, a lo largo del tiempo, va disminuyendo hasta alcanzar los niveles normales previos.

Entiéndase que el ajuste del inmigrante o del refugiado es un proceso dinámico que varía de individuo a individuo, de grupo a grupo, de circunstancias a circunstancias.

Duelo migratorio. Aflicción del inmigrante

Duelo

Se entiende por duelo el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde o se separa de alguien o algo que es significativo para el sujeto. Para cualquier persona, el duelo es parte esencial del contacto adaptativo y creativo, base del equilibrio psíquico, con cualquiera que sea su realidad.

Duelo migratorio

Éste se produce debido a la separación del país de origen y todo lo afectivamente significativo: familia, hijos, amigos, seres queridos, costumbres,

religión, maneras de ser y de relacionarse, fiestas, música, sentido del tiempo, contacto con la lengua, aspectos relacionados con la tierra (como el paisaje, los olores o el clima), estatus social, nivel económico, dinámica laboral, sentido de pertenencia a un grupo étnico y pérdida de su seguridad física. Significa un serio proceso de reelaboración de los vínculos que la persona ha establecido durante las primeras etapas de la vida en su país de origen (familiares y amigos, cultura, idioma, seguridad física, paisajes, comidas, estatus social, religión...) y que han jugado un papel muy importante en la estructuración de su personalidad y su identidad como persona.

La vocación de toda inmigración es fusionarse y pertenecer al tejido social de la sociedad de acogida, pero en conflicto con otra prioridad: la necesidad universal de los humanos de mantenerse fiel a sus tradiciones. Una prioridad sacrifica la otra. Sucederá una crisis de jerarquías en las pertenencias, pues ambas líneas suponen un conjunto de incumbencias afectivo-formales de costosa eliminación.

Características del duelo migratorio

Separación

La pérdida es sólo parcial (temporoespacial). No por ello es menos importante o intenso.

Recurrente y de larga duración

Al no ser una pérdida definitiva los vínculos son fácilmente reavivados de manera recurrente.

Trascendental

Supone la reelaboración de toda una serie de aspectos muy arraigados que se han interiorizado en la infancia.

Interrelacionado

Con otros duelos y problemas del inmigrante.

Múltiple

En realidad son siete duelos: la familia y los amigos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo étnico y/o nacional y los riesgos físicos ligados a la migración. Tanto más cuanto más lejana y distante culturalmente sea la migración.

Ambivalente

El inmigrante tiene sentimientos entremezclados de amor hacia el país de origen con el que posee fuertes vínculos, pero del que tuvo que marchar porque no le daba lo que necesitaba, y de odio hacia el país de acogida que le brinda oportunidades, pero que, a la vez, le exige mucho esfuerzo de adaptación.

Participativo

Tanto de los autóctonos a través de su relación con los inmigrantes, como de los familiares que quedan en el origen y que sufren, lo facilitan o complican.

Transgeneracional

Afecta de modo importante no sólo a los que emigran, sino también a sus hijos.

Soluciones del duelo y tipos de duelo migratorio

En este conflicto, el inmigrante vivirá una situación anímica tensa y angustiada mediante procesos que pueden ser resolutivos, o bien patológicos y no resolutivos.

1. Duelo simple

Tiene lugar cuando el sujeto emigra en buenas condiciones personales y se encuentra con un medio social acogedor que cumple con la idealización que tenía del mismo y le facilita el éxito del proyecto migratorio (persona o grupo, que en el nuevo medio, asuma funciones de *maternaje* y continencia que le permitan sobrevivir y reorganizarse, habiendo participado de algún modo en la llegada del inmigrante). Ha habido:

- Aceptación: la persona se instala a fondo en la nueva situación.
- Restitución: reconciliación afectiva con lo que se ha dejado atrás y con la nueva situación.

2. Duelo complicado

Un conjunto de circunstancias personales y sociales adversas dificultan el proceso de elaboración del duelo migratorio y ponen en peligro el equilibrio psíquico del sujeto. Hay sufrimiento patológico y no integrado, tributario de apoyo y tratamiento. Las circunstancias vivenciales en las que se construyen defensas, pero que si son de uso masivo, facilitan el duelo patológico, son:

- Negación:
 - Quitar importancia a las pérdidas.
 - De la realidad diferente (origina confusión).
 - Apoyo farmacológico: tratamiento con fármacos para que la persona no sienta en ningún momento tensión, preocupación, tristeza, añoranza, pena...
- Resistencia. No se acepta el esfuerzo que supone la adaptación.
- Idealización o distorsión de la situación de origen o de la de acogida.
- Esencialismo étnico o antropomorfismo (animismo). Se le atribuye el rango de seres humanos y la existencia de vida propia a la lengua, la cultura, el paisaje..., con lo cual nuestras reacciones están dominadas externamente.
- Hiperadaptación. Bajo la presión de la adaptación se actúa contrariamente a la tendencia natural de mantener las tradiciones de origen.
- Racionalización. Se intenta separar el componente afectivo del componente cognitivo de la emoción, evitando el contacto con lo que genera el conflicto.
- Regresión. El inmigrante se siente desbordado y tiende a adoptar actitudes regresivas (más infantiles).
- Proyección. Atribución externa de las dificultades, con frecuencia sobre los profesionales sanitarios.

Factores de riesgo y de protección de la salud mental en el duelo migratorio

Además de factores favorecedores del duelo migratorio (**tabla 3.2**) se enumeran ciertas defensas y factores:

- Individuales
 - Autoselección para la migración (capacidad de lucha, autosuficiencia y autonomía).
 - Proyecto migratorio realista.
 - Apoyo familiar desde el origen.
 - Red de apoyo social en destino (servicios y alta densidad étnica de su grupo).
 - Vivencias positivas en el cambio (ausencia de trabas legales, penurias económicas o sociales).

Tabla 3.2. Factores favorecedores del duelo migratorio

- Fracaso del proyecto migratorio:
 - Condiciones sociales precarias:
 - ♦ Falta de receptividad, políticas de exclusión y discriminación.
 - ♦ Explotación laboral.
 - Graves carencias sanitarias, de vivienda, alimentación, seguridad física, etc.:
 - ♦ Necesidad, hacinamiento y marginalidad.
 - ♦ Alteración del estado de salud física y enfermedades asociadas a la emigración.
 - Nivel de formación o habilidades, no reconocidos en el país de acogida.
 - Falta de apoyo de la familia en origen que actúa como «conciencia étnica».
 - Falta de proyecto migratorio (incluye refugiados políticos).
 - Falta de contacto grupo de referencia.
- Problemas de la personalidad del individuo (adaptabilidad al cambio y los mecanismos de afrontamiento a utilizar):
 - Baja resiliencia.
 - Inconsistencia de la elaboración del duelo (tiempo, paciencia, madurez).
 - Antecedentes duelo patológico y déficit referentes de identificación.
 - Disfunción familiar, separación de hijos pequeños o de padres mayores o enfermos.
 - Déficit lingüístico, bajo nivel cultural.
 - Género (la expresión del duelo surge antes y es menos intenso en la mujer).
- Choque cultural:
 - Diferencias notables entre culturas.
 - Dificultades del idioma.
 - La edad del individuo (a más jóvenes, mayor asimilación y menos duelo).

Martínez-Otero Pérez V. El reto de la interculturalidad: investigación sobre integración de inmigrantes hispanoamericanos. Ponencia al IV Congreso Católicos y Vida Pública. Nov. 2002. Madrid. [En línea] <http://www.ceu.es/ind/valentin%20martinez.pdf> [Última consulta 25:07:04].

- Reagrupación familiar efectiva.
- Hijos parenterales (los hijos asumen el papel rector del proyecto migratorio ante el fracaso de los mayores y sirven de modelo a éstos).
- Sociedad receptora
 - Evita cualquier forma de discriminación, racismo o xenofobia, o, como mínimo, de actitudes despectivas o discriminatorias, incluida la exclusión legal y presión lingüística.
 - Garantiza las condiciones de vida dignas a los inmigrantes (vivienda, educación, salud, trabajo, salario, acceso sanitario...).
 - Cultiva la interculturalidad sobre la base de la participación, la cooperación y el enriquecimiento de las diversas culturas.
 - Cultiva las señas de identidad de los inmigrantes, lo que equivale a adoptar unos principios básicos de convivencia entre culturas, así como a respetar las peculiaridades de cada grupo.
 - Apoyo de los servicios psicosociales.
 - Facilita la participación de los inmigrantes en la política.

Período postmigratorio

No se ha demostrado que haya alguna correlación con el momento de la aparición o incidencia de desarrollo de trastornos mentales y la duración del período postmigratorio (inicial, menos de un año; intermedio, uno a cuatro años; largo, más de cuatro años e incluso décadas).

Edad

Los adultos jóvenes normalmente tienen mayor capacidad, flexibilidad y rapidez para la adaptación a un nuevo ambiente.

Adopciones internacionales

Normalmente, los padres adoptivos educarán al nuevo miembro de la familia en las costumbres e ideología propias. No debe considerarse un proceso de adaptación y aculturación. Si no, se habla de la doble adopción.

No hay procesos más parecidos que la migración y la adopción. De hecho los inmigrantes con frecuencia utilizan los términos *tierra de adopción* o *país adoptivo*.

Menores inmigrantes no acompañados

Presentan distintos modelos de inmigración:

Proyecto de emigración definido

Adolescentes entre 15 y 18 años, con los mismos motivos que los adultos (mejorar su situación y nivel de vida) y el objetivo claro de buscar trabajo, ganar dinero y ayudar de paso a los familiares que dejan en el país de origen. Con la imposibilidad de hacerlo regularmente, entran ilegalmente. Se adaptan a la sociedad receptora si llegan a obtener recursos, aunque sean mínimos (por lo general, subsisten en condiciones críticamente pobres y sin atención médica o social). Mantienen relación con la familia en la distancia; si bien ésta no los reclama por lo que les significa aporte económico y emancipación.

Sin opción de retorno

Son niños y jóvenes, entre 5 y 17 años, vienen en busca de aventuras y sin otro objetivo que huir de una realidad muy dura que les ha tocado vivir en propias carnes (malos tratos familiares, abandonos, abusos, explotación infantil...), red social y el entramado de relaciones en crisis. Han fracasado en su intento de encontrar un trabajo o una forma de subsistencia digna, y así llegan a las grandes ciudades, sin documentación y sin conocimiento del idioma y sin recursos, lo que conlleva posibilidades de marginalización muy

altas. Este grupo se nutre también de los jóvenes inmigrantes que fracasan en su proyecto inicial.

Sexo

Más evidente en caso de matrimonio emigrante. Ante la división social de los papeles del varón y la mujer, los varones serán los que se enfrenten a mayor cantidad de obstáculos. La adaptación de la mujer desde un ambiente protegido doméstico, será más fácil, salvo que suponga poca interacción social con el aislamiento emocional consiguiente. La mayor disponibilidad de empleo y oportunidades laborales para la mujer, genera frustración en el varón. Además del aislamiento doméstico, el embarazo y el parto hacen más vulnerable a la mujer a los trastornos mentales. Normalmente, el peso de la decisión y elaboración activa del proyecto migratorio es del varón, mientras la mujer lo sigue simplemente.

Estado civil

El apoyo emocional que supone la familia es un factor protector, aunque ésta puede convertirse en una fuente de carga y conflicto. Dependiendo de la estructura familiar, la organización doméstica y si la migración supone una carga adicional por separación de la familia, el duelo de la migración y su ajuste serán más o menos fáciles.

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 originarios de una misma zona geográfica que incentiva la relación entre sus miembros potenciando la identidad por pertenencia, a la vez que presta el modelo de estrategias en el encuentro con la sociedad de acogida.

Si sus familias se establecen después de un tiempo de separación sufrirán un ajuste doble interno y externo con una gran capacidad de disfuncionalidad familiar.

Matrimonios mixtos

La organización y funcionalidad familiar es especialmente importante cuando en la familia se mezclan dos trasfondos culturales o religiosos (matrimonios mixtos).

Los motivos para este tipo de casamiento son los normales: amor, disponibilidad (viaje, estudio, compañeros de trabajo...), formar una familia, estabilizar y

mejorar la calidad de sus vidas, pero también se han observado *matrimonios neuróticos*: casamientos mediados por un afán de notoriedad —exhibicionismo, necesidad de ser diferente—, rebeldía o contestación hacia la propia familia, escapar de su casa o de su país, proyección del estereotipo cultural —sumisión de la mujer, poder o fantasía sexual, piedad o fantasía del rescate (casarse con un miembro de una supuesta raza inferior)—, queriéndose ver también la necesidad de escoger una pareja de un modelo radicalmente diferente como reacción psicológica de venganza contra el propio padre de uno, en un esfuerzo inconsciente por resolver un complejo de Edipo profundamente arraigado.

Los problemas surgen cuando hay concepciones diferentes de los fines del matrimonio, sentido de la fidelidad y la vida extramatrimonial. Aparecen momentos críticos en los encuentros familiares cuando se exige observar valores de la otra cultura, etiqueta, tabúes y costumbres (celebraciones, cumpleaños, conmemoraciones, entierros, bodas u otras ocasiones). Para estos casos se recomienda períodos de vacaciones, donde él o ella viajan a su cultura de origen —**regresión cultural**— para relajar la tensión del ajuste y primar la integración. Con frecuencia, los problemas de identidad étnica se manifiestan en la segunda o tercera generación.

Conflicto intergeneracional. Segunda y tercera generación

Al problema de prioridades sobre la ruptura, identidad y adaptación que generan las migraciones, se le suman los conflictos intergeneracionales propios de la dinámica funcional familiar.

La segunda generación con frecuencia adopta posturas de asimilación radical, rechazando la cultura de origen de los padres por la tendencia natural a la diferenciación de los roles (para evitar, de este modo, el fracaso en la competición por los mismos roles).

Unos llegarán a ser españoles; otros, mantendrán su condición de extranjeros. Si la primera generación trata de mantener su cultura de origen, la segunda estará más integrada culturalmente, pero más inadaptada socialmente y en conflicto frecuente con sus padres. Serán los nietos de inmigrantes (la tercera generación) los que comiencen a abandonar la sensación de sentirse extranjeros.

Nivel económico

En cualquier sociedad, el bajo nivel socioeconómico está asociado a un menor nivel de salud. La mala salud es una consecuencia habitual de la pobreza, y la pobreza puede ser una consecuencia de la mala salud.

El inmigrante no siempre consigue un empleo estable y convenientemente remunerado. El desempleo se asocia a un deterioro de la salud con tasas de mortalidad más elevadas, aumento de ingresos psiquiátricos, estados de depresión, estrés, ansiedad, insatisfacción, sentimientos de frustración, de infravaloración, infelicidad, insomnio, etc., aumento de la morbilidad con gran participación psicósomática (ulcus, asma, etc.), medidas menos favorables de riqueza, nutrición, educación, reducción de las relaciones sociales, etc.

Mito del retorno

Consecuente con el mito del comienzo de una nueva vida está el mito del retorno. Es deseable psicológicamente la disponibilidad real de poder volver, una retirada cultural si la situación es demasiado difícil en la nueva sociedad.

Cuando se produce el retorno, se origina otra migración con su correspondiente nuevo duelo, ya que en el tiempo en que ha vivido fuera del país de origen se han producido muchos cambios, tanto en la personalidad del inmigrante como en la sociedad de la que partió hace tiempo. Esta nueva adaptación con frecuencia resulta muy positiva, alcanzándose mayor objetividad, independencia y perspectiva global.

Otros factores de la salud mental de los inmigrantes

Factores que aumentan la probabilidad que tiene la población inmigrante de desarrollar un problema de salud mental.

• Factores personales

- Sentimientos de soledad (aislamiento por razones idiomáticas, falta de relaciones sociales...).
- Sentimientos de culpa (alejamiento de los hijos, padres, esposa...).
- Aislamiento (sentimientos de añoranza, la ausencia de una red de amigos y familiares).
- Duelo familiar por pérdidas que ocurren cuando no se está en el lugar de origen.
- Pérdida del proyecto migratorio (información y expectativas poco realistas).
- Nivel de salud previo o del resultado del viaje.

- **Factores psicológicos**

- Estrés laboral.
- Motivación laboral. La prioridad del trabajo y el ahorro máximo de los ingresos pueden menoscabar otras prioridades, como el mantenimiento de la salud.
- Promoción ocupacional y social. Es frecuente encontrar emigrantes en los cuales se observa un fuerte desfase en la ocupación en la sociedad de destino y su categoría profesional.
- Antecedentes psiquiátricos. Una selección negativa de la personalidad pre o mórbida que, con dificultades psicológicas para la adaptación en su país o conductas asociales, puede ser la causa de la migración. Normalmente la selección es positiva.

- **Factores culturales**

- Cultura sanitaria. La cultura determinada por su nacionalidad, grupo religioso de pertenencia, grupo racial y zona geográfica de origen, es el determinante fundamental de los deseos y del patrón de comportamiento de las personas y sus hábitos de salud que en muchas ocasiones son de consecuencias negativas.
- 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 individuos de su grupo en la vecindad, por 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**

- La Ley de Extranjería y sus reformas ha favorecido la marginación de los inmigrantes que viven en el Estado español al dificultar su proceso de integración social y disminuir sus posibilidades y reforzar las fantasías de rivalidad, celos, envidia y recelos ante las capacidades y poderes que se le atribuyen. Esto origina complejos círculos viciosos,

con 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.

3.3. Patología psiquiátrica en los emigrantes

Los trastornos mentales del inmigrante no tienen una relación única y necesaria con el proceso de la migración; por eso, en primer lugar, deben ser estudiados preferentemente desde el prisma del ajuste psicológico a nivel personal y familiar, y, en segundo lugar, como impacto del proceso migratorio.

Síndromes funcionales psiquiátricos debidos a trastornos cerebrales o metabólicos

Existen cuadros psiquiátricos por infecciones agudas del sistema nervioso central (SNC) que aparecen tras la llegada a nuestro medio, con cortos periodos de incubación, pero potencialmente mortales, como la meningitis meningocócica, la malaria cerebral, la tripanosomiasis africana oriental y las encefalitis virales. También la malnutrición (emaciación, deshidratación, fiebre, déficit de tiamina y otras vitaminas), descompensación de padecimientos médicos crónicos, como neoplasias, trastornos endocrinos (enfermedades tiroideas y otras) y trastornos congénitos (hemoglobinopatías), pueden presentarse con síntomas psiquiátricos.

Otras patologías que pueden manifestarse a más largo plazo serían: la tripanosomiasis africana occidental, cisticercosis, esquistosomiasis, meningitis tuberculosa, meningitis eosinofílica por *Angyostrongily*s y por *Gnathosoma*, sífilis terciaria, paragonomiasis y las micosis endémicas, como histoplasmosis, coccidioidomicosis, blastomicosis y criptococosis.

El síndrome orgánico cerebral puede tener su origen como consecuencia de heridas de guerra, torturas (golpes, privación de oxígeno por sumersión en agua, corrientes eléctricas, etc.).

Patología de la identidad, ruptura y adaptación

Optando por una presentación de los cuadros por sus resultados, se han descrito:

I. Trastornos de ansiedad

Estrés migratorio

La migración constituye un acontecimiento vital estresante. En ocasiones muy intenso, debido a los retos y dificultades del medio en el que se desenvuelve el inmigrante y a su falta de capacidad y preparación para dar respuestas adecuadas, y complicarse con baja autoestima, depresión y ansiedad.

El estrés producido por la emigración puede producir un aumento de las quejas psicosomáticas, de la ansiedad interpersonal e, incluso, dar lugar a la aparición de psicopatías diversas por respuesta adaptativa inadecuada al estrés.

Estrés de la interacción

Es un proceso mutuo. No sucede sólo al inmigrante. Lo padecen también los individuos de la sociedad receptora. Habrá conflicto especialmente cuando existe resistencia al proceso de adaptación por parte de cualquiera de los dos grupos. (Relaciones negativas, desprecio por los valores de la cultura del otro.)

Choque cultural

Lo sufren los inmigrantes como un problema desde el primer día de llegada, en forma de un conflicto de identidad con conflictos interpersonales y crisis de orientación. Se desencadena con la incapacidad de descifrar los nuevos códigos culturales, de interpretar un sistema de valores en el que se ven inmersos en el nuevo destino. La incompetencia surge de la invalidez del referente para la nueva situación, de la que no se tienen antecedentes. Aparece un sentimiento de extrañeza, de pérdida de rumbo o incluso del rechazo de la nueva realidad cultural en la que se encuentra el inmigrante. Es evidenciado en una ansiedad frente al desconocimiento de lo que es adecuado o inadecuado en la nueva cultura; se pierde la orientación del qué, cuándo y cómo realizar las cosas. Si se produce durante el retorno, se denomina Adaptación Regresiva o Choque Cultural Inverso (hacia la propia cultura de uno).

Fobia social

Para los pacientes que provienen de aldeas remotas 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, es relativamente fácil que desarrollen miedo y ansiedad ante un medio poco familiar y extraño, donde la interacción social y la competitividad es crucial.

Trastorno obsesivo compulsivo

Similar en la prevalencia, características sociodemográficas y rasgos clínicos de la población adulta nativa.

Trastorno por estrés postraumático (TEP)

Se considera la patología psiquiátrica más específica de los inmigrantes forzosos por el hambre, los desastres naturales, exiliados y, sobre todo, de los refugiados y exiliados sin protección legal que demandan asilo. Lo favorece el efecto psicológico de las guerras, la represión política, la persecución religiosa o étnica, torturas, privación de libertad, estancias en campos de concentración (Síndrome del campo de concentración) o en refugios, hambre, vivencias de peligro extremo. Con frecuencia han sido testigos de agresiones o muertes violentas en su país de origen, con frecuente separación y aislamiento (**estrés premigratorio**), la manera y medio de salida del país, con pocos recursos, pérdidas financieras, etc. (**estrés migratorio**). Sufre alteración emocional 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**) (tabla 3.3). Se asocia con frecuencia a la presencia de ataques de pánico y alcoholismo. En ocasiones puede sobrevenir muchas décadas después de los acontecimientos traumáticos.

Tabla 3.3. Criterios del trastorno de estrés postraumático

Antecedentes	La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático.
Psicopatología	El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos intrusos, sueños recurrentes, sentimientos de revivir la experiencia o malestar psicofisiológico intenso al exponerse a estímulos que recuerdan el trauma.
Síntomas	Síntomas de hiperactivación, como alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia o sobresaltos.
Signos	Evitación persistente de estímulos asociados al trauma. Malestar psicológico o deterioro sociolaboral significativo.
Duración	Más de un mes.

El exilio llamado *sur place*, que afecta a personas a las que un acontecimiento excepcional impide volver temporalmente a su país, comporta un trauma menor.

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

Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (SIECM)

Definición

Es una patología específica vinculada a la intensidad del estrés crónico provocado por la soledad, la lucha por la supervivencia y la sensación de fracaso y el duelo que padecen los inmigrantes irregulares o los que corren el riesgo de pasar a serlo.

Es detectado y descrito en el año 2000, como Trastorno Adaptativo Crónico del Emigrante de los refugiados hmong en Estados Unidos por Joseph Westermeyer (profesor de Psiquiatría y profesor adjunto de Antropología en la Universidad de Minnesota, 1988). Descripción completada y mejorada por el doctor Joseba Achótegi, psiquiatra y profesor titular en la Universidad de Barcelona y director fundador del SAPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital Sant Pere Claver de Barcelona, cuando las condiciones legales de la inmigrantes se complicaron y se hicieron más duras, y las oleadas de argentinos que ante la crisis económica emigraron a España en busca de un futuro mejor, arriesgándose en muchos casos a la ilegalidad.

Sin entidad propia en el DSM-IV o el CIE-10, y sin cumplir los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo y el trastorno adaptativo con los que posee aspectos en común y aparte de la sintomatología específica de la depresión de los inmigrantes. Podría encuadrarse como variante atípica, quizás menor, del trastorno por estrés postraumático.

Sinonimia

El profesor Achótegi lo ha bautizado 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. El vulgo lo conoce también por «el Síndrome del Inmigrante Triste». No confundir con el síndrome homónimo en referencia a la influencia y captación sectaria (metáfora del encuentro mítico de Ulises con las sirenas).

Distribución

Se trata de un problema sumergido. Según el Congreso español hay en el país unas 600.000 personas sin papeles, y unas 300.000 más con documentación precaria, que podrían perder su legalidad debido a la falta de trabajo. Significa casi un millón de personas en condiciones favorables de sufrir esta afección.

Desencadenantes

Situaciones de estrés límite causan sentimientos de impotencia y frustración, que favorece que el individuo se sienta agotado y se hunda en la 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 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).
- Agotamiento del permiso de residencia o el visado.
- Persecución policial.
- Racismo, xenofobia, discriminación, tensión social y prevención por parte de la población autóctona, etc.
- 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).

Características

A medio camino entre los trastornos adaptativos y el trastorno por estrés postraumático, se diferencia de éstos por:

- Los estresores implicados son muchos.
- La intensidad de los estresores es muchas veces muy elevada.
- Los estresores son externos e incontrolables.
- Múltiple (afecta a toda una serie de áreas básicas, sobre todo, hay duelo por la familia, duelo por el estatus social y duelo por los riesgos físicos de la migración).
- Se vive con muy poco apoyo social (los inmigrantes tienen menos red social que los autóctonos).
- Se observan pocas diferencias en la sintomatología según la cultura, la nacionalidad o el género, excepto las que añaden una interpretación cultural de la sintomatología.
- Evolución crónica, meses e incluso años.

Sintomatología

El sometimiento a situaciones de estrés tan brutales produce síntomas enmarcados, 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, sin embargo, 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, pensamientos recurrentes e intrusivos, pensamientos obsesivos, preocupaciones excesivas, insomnio, irritabilidad, tensión, extremo nerviosismo, 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, pérdida de concentración, despersonalización, alucinaciones, desrealización, ideaciones de tipo delirante. Tienen 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...

Diagnóstico diferencial

Además de la depresión mayor y el síndrome de estrés postraumático deben considerarse:

- **Estrés laboral y mobbing**

Consecuencia de microtraumatismos psíquicos cotidianos con angustia y ansiedad procedentes del ambiente laboral.

- **Burnout**

Conlleva despersonalización, falta de realización personal y agotamiento emocional.

- **Síndrome de la Fatiga Crónica (SFC)**

Se presenta con 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. La presencia de los anticuerpos de virus de Epstein-Barr define el diagnóstico.

- **Síndrome Confuso Onírico**

Cuadro de tipo agudo, con rasgos de características histeriformes y que aparece en los primeros momentos de la migración. Es, en general, agudo o progresivo en varios días con una gran excitación, confusión mental, obnubilación de la conciencia e insomnio y un delirio terrorífico de tipo

cenestésico u ocupacional con amnesia posterior. En general, el pronóstico es bueno y el paciente evoluciona hacia la curación. En otros casos, raros, puede evolucionar a un deterioro o a una psicosis.

Pronóstico y evolución

El inmigrante afectado se retrasa un cierto tiempo antes de pedir apoyo médico y psicológico (tres o cuatro años). El proceso es acumulativo. A veces incluso se manifiesta cuando, después de haber padecido mucho y durante mucho tiempo, su situación se normaliza; es entonces, en el momento en que baja la guardia, cuando cae en el síndrome. La realidad política y social en nuestro país (día a día se les cierran muchas más puertas, hay más problemas de papeles, más rechazo social), hace que cada vez se desarrolle el problema con menos tiempo de estancia en el país, incluso a los dos o tres meses. Cuando acuden, se quejan, en primer lugar, de problemas físicos, como cefaleas o fatiga constante, que a veces achacan al mal de ojo o brujerías.

Sin una intervención pronta, el síndrome puede derivar en grave enfermedad mental, en infartos o en suicidios. A menudo se ha recomendado que el paciente vuelva a su ciudad o país de origen, presumiblemente con la idea de que la vuelta al contexto del hogar podría tener un efecto terapéutico. Pero téngase presente que esta vuelta al entorno familiar puede también ser estresante y problemática.

Hay variantes graves del síndrome. Se ha detectado el tipo paranoico, en el que la desorientación da paso a sentimientos de recelo y desconfianza, y otra variante con alucinaciones esporádicas.

La solución definitiva no la tienen los médicos en sus manos, como sería la mejora de su situación social, laboral y económica, pero al menos podemos ofrecerle la atención adecuada para sus problemas psicológicos. Cuando se les ayuda y apoya, mejoran considerablemente.

II. Trastornos somatomorfos

Trastorno de conversión

Surge ante el malestar que provoca el deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, particularmente en situaciones de conflicto o dolor, o por el hecho de que requiera atención médica. También ante un ambiente social relativamente estricto en que el inmigrante no pueda expresar sus sentimientos o deseos directamente.

Trastorno somatomorfo indiferenciado (neurastenia)

Cursa con cansancio crónico, fatiga y debilidad, pérdida del apetito y molestias gastrointestinales o genitourinarias de más de seis meses de duración. Se considera un lenguaje de malestar usado para expresar inquietudes respecto a un amplio abanico de problemas personales y sociales con sobreestimulación y negación de asumir las nuevas tensiones. Se diagnostica cuando no se cumplen los criterios de trastorno somatomorfo.

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos

El estrés de la migración puede hacer aparecer dolor con papel escaso o nulo de los trastornos físicos en su inicio o persistencia con incapacidad para trabajar o para ir a la escuela, utilización asidua del sistema sanitario, consumo continuado de fármacos, problemas de tipo relacional y transformación del dolor en el asunto central de la vida del individuo.

Trastornos psicósomáticos

El síndrome premenstrual es un motivo de consulta poco frecuente en mujeres africanas e hispanoamericanas; los síntomas del síndrome climatérico son menos importantes entre las mujeres asiáticas. A ello contribuyen factores como las diferencias genéticas, la dieta, el modelo de fertilidad y, además, las actitudes culturales.

Trastorno dismórfico corporal

La preocupación por algún defecto en el aspecto físico aquí se convierte en la vivencia de preocupación excesiva por la apariencia diferente ante la población nativa. Se ha descrito cómo las mujeres chinas operan sus párpados, narices y labios, y colocan lentillas de colores para parecerse a las occidentales (no tanto como las occidentales realizan cirugía estética).

III. Trastornos del estado de ánimo

Duelo migratorio complicado

Cursa con insomnio, ansiedad, sentimientos de soledad y miedo al futuro, depresión y/o ansiedad de tipo reactivo o agudiza situaciones preexistentes, sentimientos de culpa por el alejamiento de personas a su cargo (más frecuente en culturas judeocristianas, no siendo tan relevantes en otras concepciones del mundo), dispepsia, trastornos del sueño, lumbalgias, drogadicción, alcoholismo... Procesos que los convertirán en asiduos de nuestras consultas y con

frecuencia fomentará las prácticas de medicina tradicional en conflicto permanente con nuestra medicina occidental y desaprovechando nuestra ayuda.

Depresión estacional

Frecuente en los emigrantes procedentes del Sur (países soleados). Aparece cuando los días comienzan a ser más cortos. Mejora con fototerapia.

Cuadros depresivos por desarraigo

Cuadros delirantes. Aparece con delirios de persecución, de referencia —sienten que los señalan— o de culpabilidad.

Depresión del éxito

Los sentimientos de culpa por lo que se ha dejado atrás convierten en algo muy dificultoso la vivencia de las ganancias de la migración. Suele coincidir con el proceso de ambivalencia en el duelo.

Trastorno depresivo mayor

En los inmigrantes tiene, muchas veces, un curso desfavorable por el contexto en el que tiene lugar: el gran número e intensidad de los estresores y el gran déficit en la red de apoyo social.

Síndrome de la depresión postergada

Más frecuente en el segundo o tercer año de la migración. Aparece cuando se han agotado las defensas maniacas utilizadas durante un primer período, en el cual los inmigrantes logran una rápida adaptación para el logro y mantenimiento de esa adaptación forzada. Puede haber manifestaciones somáticas, del tipo de infarto de miocardio, úlcera gástrica, etc. Paradójicamente, no pueden disfrutar del esfuerzo realizado y de los éxitos logrados, cayendo bruscamente en un estado de tristeza profunda y apatía que les obliga, a veces, a abandonar su trabajo y su conexión con el ambiente externo.

Trastorno distímico

Los síntomas incluirían sintomatología de tipo ansiosa y somatomorfa: pérdida del apetito, insomnio o hipersomnía, falta de energía, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Han de darse al menos dos de los síntomas citados, durante al menos dos años (en los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración del cuadro debe ser de al menos un año).

Trastornos bipolares

Es poco frecuente en los inmigrantes, salvo en algunos casos de pacientes de cultura latinoamericana.

IV. Trastornos psicóticos

Ocurre con frecuencia entre los inmigrantes ilegales, obligados a cierto aislamiento, falta de interacción social al sospechar de todo y todos por el miedo a ser descubiertos y deportados.

La mayor parte de las veces sin antecedentes psiquiátricos personales o familiares. La resolución de estos cuadros suele ser espontánea y sin secuelas.

Reacción paranoide del extranjero, reacción paranoide del refugiado

Cursa con agitación, miedo intenso, hostilidad o agresividad y, muchas veces, con sintomatología depresiva.

Psicosis reactivas breves

Sintomatología alucinatoria florida y abundante componente depresivo y paranoide.

Manía delirante

A los asiáticos en Estados Unidos se les diagnostica con frecuencia de cuadros maniacos confundidos con la esquizofrenia, ya que suelen ser menos agresivos, intrusivos y demandantes que los americanos nativos; sin embargo, presentan una sintomatología vegetativa y psicológica clara y, por ejemplo, conductas problemáticas por hipersexualidad o juego compulsivo.

V. Trastornos relacionados con sustancias

El alcohol se ha usado por los humanos desde la prehistoria y se ha aceptado como una parte de vida diaria en muchas sociedades. Su uso está determinado por factores genéticos, sociales, religiosos y culturales (abstinencia, musulmanes; ritual, judíos ortodoxos; social, occidentales, japoneses; utilitaria y medicinal, aborígenes amazónicos;) con diferentes modelos (sancionado, niños, mujeres; varonil, japoneses, chinos; sin regulación, Micronesia), y diferente intensidad o grado de consumo.

El nivel de alcoholismo es uno de los índices sociales del estado de la salud mental de la población. Se considera que están favorecidos los predisponen-

tes al alcoholismo, tabaquismo y otros tóxicos cuando se dan las condiciones desfavorables de la inmigración (falta de regulación, discriminación, precariedad laboral, sueldos escasos, horarios abusivos, explotación, pobreza, hacinamiento, aislamiento y marginalidad, desarraigo familiar, social y lingüístico, xenofobia, racismo, difícil acceso a una vivienda digna, frustración crónica, sin esperanza para el futuro...). En muchos casos, como forma de autotratamiento de trastornos mentales asociados a la migración. El alcoholismo aumenta la frecuencia de los accidentes de tráfico, laborales y la violencia de género.

Existen algunas sustancias y en diversas formas cuya disponibilidad en nuestro país es limitada o inexistente, pero que son toleradas —no deseables, pero sin repulsa social— en algunas culturas (opio, cannabis, coca, kat, peyote...), o de facilitado consumo por hábitos de hiperprescripción médica y libertad de expedición en farmacias en algunos países para anfetaminas (camareros, estudiantes, conductores, trabajadores nocturnos), Proplus —una cafeína concentrada— y de benzodiacepinas. La restricción en nuestro medio procura el consiguiente abandono de su uso por parte del inmigrante, en ocasiones, pues en otras se asocia a comercio ilícito y a su consumo.

Entre los Menores Inmigrantes no Acompañados (MEINA) es frecuente el uso de inhalantes por su bajo coste y fácil acceso, con olor agradable y rápida aceptación: hidrocarburos alifáticos: pegamentos, disolventes, gasolina; hidrocarburos halogenados: sprays, líquido corrector de máquinas.

VI. Trastornos del control de los impulsos

La selección negativa para la migración y las condiciones desfavorables de vida de muchos emigrantes son factores de riesgo de delincuencia, presentándose tasas más altas de conductas violentas, sociopáticas (robo, prostitución, etc.) y de trastorno del control de los impulsos (juego patológico, etc.) que en la población autóctona.

VII. Suicidio

El tipo de conducta suicida (suicidio consumado, tentativa de suicidio), su frecuencia y motivo pueden variar considerablemente entre grupos del mismo origen étnico cuando viven en contextos socio-económico-culturales diferentes, adoptándose frecuentemente los patrones de la sociedad receptora.

La conducta suicida es menos frecuente en culturas con fuertes raíces religiosas (musulmanes, católicos), con actitud de rechazo social, bajos niveles de estrés social y subdesarrollo. Son países con alta tasa de suicidio (20 por 100.000 hab.): Hungría, Finlandia, Dinamarca, Corea del Sur, Austria y Suiza.

Moderado (entre 10 y 20 por 100.000 hab.): Checoslovaquia, Japón, Francia y Bélgica. Baja (menos de 10 por 100.000 hab.): Países Bajos, Reino Unido, Italia, Israel y España. Muy baja (menos de 5 por 100.000 hab.): Grecia, México, Malasia y Filipinas.

VIII. Trastornos de la alimentación

Algunos estudios informan de que los hijos (niños y adolescentes) de inmigrantes en países occidentales desde sociedades no occidentales, presenta una prevalencia más alta de trastornos de la alimentación con respecto al país receptor y al originario. Así, se sugiere que la migración transcultural pueda inducir cambios en los sistemas de valor familiar y en los estilos de vida que, de alguna manera, haga a hijos de inmigrantes más vulnerables, ya sea por cambios en los modelos alimentarios o como consecuencia de la tensión del proceso de aculturación.

IX. Trastornos de la personalidad

La cultura de una sociedad favorece un determinado tipo de conducta, definiendo cuáles son los rasgos de personalidad ideal con una tolerancia diferente por los tipos diferentes de desviación de conducta. Cuando un individuo emigra a una escena cultural diferente, sin la función fomentadora y proteccionista de la sociedad original, esta conducta será interpretada como inadecuada, y la vulnerabilidad de la persona quedará expuesta, manifestando problemas de carácter reconocidos socialmente.

No obstante, el cuestionario multitrastorno de entrevista semiestructurada, Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE; Loranger, 1994), en un proyecto de la OMS y la U.S. Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, con participación de numerosos centros en 11 países de Norteamérica, Europa, África y Asia, demostró que era fiable y con una excelente correlación interobservadores para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad en diferentes culturas e idiomas.

X. Síndromes Dependientes de la Cultura (SDC)

Este término define patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y geográficamente determinadas, que pueden estar relacionadas o no con una categoría diagnóstica del DSM-IV.

Aparecen en sociedades específicas o en áreas culturales como categorías diagnósticas populares, propias de grupos étnicos o localizaciones geográficas concretas. Algunos de estos patrones son considerados por los nati-

vos como enfermedades o, por lo menos, como causas de sufrimiento. La mayoría se conocen por nombres locales.

No tienen una analogía clara en la biomedicina, aunque algunos pueden remedar enfermedades biomédicas establecidas.

Con mucha frecuencia, incluyen conceptos populares de causalidad, causas sobrenaturales (p. ej., brujería, ataques de espíritus, pérdida del alma, quebranto de un tabú), las causas naturales (desequilibrio caliente/frío, ingesta de comida ligera/pesada) o una combinación de ambas. Términos que no corresponden a la llamada medicina moderna y parecen inverosímiles y mágicos, pero que pueden ser (y a menudo lo son) causa de muerte para la gente que los padece.

Con frecuencia no puede encontrarse una explicación biomédica a estas alteraciones, que se muestran refractarias a los tratamientos biomédicos estándares. La causalidad supuesta señala el tratamiento más adecuado.

Como los contextos sociales, culturales y biológicos actúan recíprocamente para dar lugar a enfermedades distintas, es un área importante de investigación conocida como psiquiatría cultural o etnopsiquiatría (**tabla 3.4**).

En la **tabla 3.5** se presentan algunos de los síndromes dependientes de la cultura mejor estudiados y los términos idiomáticos que pueden escucharse en la práctica clínica e incluye categorías DSM-IV relevantes cuando los datos sugieran que deben considerarse en la formulación diagnóstica.

Tabla 3.4. Etnopsiquiatría. Objetivos y problemas de estudio

- Estudio de la gente en su hábitat natural.
- El relativismo cultural del concepto de enfermedad mental.
- Impacto de la cultura en el desarrollo de la personalidad.
- Impacto de la cultura en los roles sociales.
- Relación entre los trastornos psiquiátricos y rasgos humanos universales, como edad y sexo.
- Las variaciones de la sintomatología psiquiátrica en las distintas culturas.
- La interacción de los factores biológicos y culturales en el determinismo de las enfermedades psíquicas.
- Relación existente entre los factores culturales y trastornos psiquiátricos específicos.
- La especificidad cultural de ciertos cuadros de enfermedad mental.
- Estudios comparativos de entidades diagnósticas.
- El influjo de cada unidad cultural en sentido predisponente o preventivo sobre la producción de los distintos tipos de enfermedad mental.
- Investigación de los síndromes ligados a la cultura.
- Influencia de la cultura en los sistemas de curación.
- Interacción entre cultura y psicoterapia.
- Impacto de la raza y la etnia sobre la respuesta a los fármacos psicótropos.

Ellenberge H. The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. Basic Books, Inc. New York; 1970.
Griffith Ezra EH; Carlos A González. Fundamentos de la psiquiatría cultural. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, eds. Tratado de Psiquiatría. The American Psychiatric Press. 2ª ed., Barcelona: Ancora SA; 1996. p. 1447 [1 CD].

Tabla 3.5. Síndromes dependientes de la cultura.			
Término	Distribución	Descripción	Referencia DSM-IV
Agotamiento cerebral. Cansancio mental Ode Ori Neurastenia (shinkei sujia-kuoshinkeishits)	África oeste, Nigeria China	Dificultades de concentración, de memoria y de pensamiento. Somatizaciones referidas a cuello, nuca, cabeza con algias, tensión o flojedad, visión borrosa, calor o sofoco.	Neurosis. Trastornos de ansiedad, depresivos y somatomorfos
Ataque de nervios	Latinoamericanos y latino mediterráneos	Gritos y llanto incontrolables; temblor, sofocación y agresión verbal o física en relación con el estrés. Con frecuencia: episodios pseudocómicos o de pérdida de conciencia y los gestos suicidas.	Crisis de angustia
Atracción	Alfroeuropeos y euroamericanos, sur de Estados Unidos	Estado de trance en el que los individuos se «comunican» con parientes ya fallecidos o con espíritus.	Episodio psicótico
Bilis y cólera <i>Muina</i>	Latinos	Experiencia de cólera o rabia con tensión nerviosa aguda, cefalea, temblor, alteraciones gástricas y, en los casos más graves, pérdida de conciencia. Puede seguirse de fatiga crónica.	
Boufée délirante	Oeste de África y Haití	Aparición súbita de un comportamiento agitado y agresivo, confusión acusada y excitación psicomotriz, en algunas ocasiones con alucinaciones visuales y auditivas o ideación paranoide.	Psicosis reactiva breve
Dhat <i>Jinyan</i> <i>Sukra prameba</i> <i>Sherik'uei</i>	India, Sri Lanka y China	Ansiedad e hipocondría relacionados con eyaculación, pigmentación blanca de la orina y sensaciones de debilidad y agotamiento.	
Hwabuyung, woolhwabyung <i>Síndrome cólico</i>	Corea	Atribuido a la inhibición de la cólera cursa con insomnio, fatiga, crisis de angustia, miedo a la muerte, disforia, indigestión, anorexia, disnea, palpitaciones; algias generalizadas y sensación de masa en el epigastrio. Las víctimas atribuyen a circunstancias sociales adversas, como decepción, tristeza, miseria, hostilidad, rencores y sueños y esperanzas sin hacerse realidad.	Síndrome depresivo
Kitsunetsuki	Japón	Quienes lo padecen creen que han sido poseídos por zorros y adoptan las expresiones faciales y características del animal.	Episodios disociativos
Koro <i>Shuck yang, shook yang y suo yang</i> <i>Jinjinia berna, rok'oo</i>	Malasia, China, Assam, Tailandia	Episodio súbito e intenso de ansiedad, por el hecho de que el pene (o la vulva y las mamas, en la mujer) penetra dentro del organismo y puede causar la muerte. A veces se presenta de forma epidémica. Enfermedad generalmente benigna, limitada y sin asociación con otra psicopatología, y con un buen pronóstico.	<i>Clasificación china de trastornos mentales, CCMD2</i> Esquizofrenia, etiología neurológica/organica/tumor cerebral Trastorno somatomorfo

Tabla 3.5. Síndromes dependientes de la cultura (continuación)

Término	Distribución	Descripción	Referencia DSM-IV
Latah <i>amurakh, irkunii, ikota, olan, nyriachit, mankeiti, an tschi, bantisi, baabji, imu, Airu, Sakhalin, malimali, silok</i>	Malasio, Indonesia, Siberia, Tailandia, Japón, Filipinas	Hipersensibilidad al terror súbito. Se acompaña de ecopraxia, ecolalia, obediencia a la autoridad y comportamiento disociativo o anormal. En Malasia es más frecuente en mujeres de mediana edad.	
Locura	Latinoamericanos	Trastorno atribuido a una vulnerabilidad hereditaria y/o al efecto de múltiples dificultades en la vida. Cursa con incoherencia, agitación, alucinaciones auditivas y visuales, dificultad para seguir las reglas de la interacción social, impredecibilidad y posible violencia.	Psicosis crónicas
Mal de ojo <i>Evil eye</i>	Mediterráneo	Producto de la envidia, incluye insomnio transitorio, gritos sin causa aparente, diarrea, vómito y fiebre en la infancia o la niñez. Algunas veces los adultos (especialmente mujeres) sufren este trastorno.	
Nervios <i>Nevra</i>	Grupos latinos de Estados Unidos y Latinoamérica	Estado de vulnerabilidad frente a experiencias de estrés cotidiano. Síntomas de malestar emocional, alteración somática e incapacidad para la actividad. Los síntomas más frecuentes son cefaleas y «dolor cerebral», irritabilidad, alteraciones gástricas, trastornos del sueño, nerviosismo, llanto fácil, dificultad para concentrarse, temblor, sensación de escalofríos y prurito, y <i>mareas</i> (inestabilidad con exacerbaciones ocasionales similares al vértigo).	Trastornos adaptativos, de ansiedad, depresivos, disociativos, somatomorfos o psicóticos
Poseción por un espíritu	India	Creencia de que el cuerpo de la víctima está poseído por un espíritu (entidad supernatural, externa), se manifiestan por confusión en la identidad, incapacidad para controlar las propias acciones, cambio temporal en la personalidad de la víctima y amnesia parcial o total del episodio. Frecuentemente es reversible, siendo la duración máxima de días a semanas.	Trastornos de personalidad múltiple
Reacción psicótica de qigong	China	Episodio agudo limitado en el tiempo, caracterizado por síntomas disociativos, paranoides u otros síntomas psicóticos o no psicóticos, que pueden aparecer tras la participación en una práctica popular china de qigong para la mejora de la salud (ejercicio para estimular la energía vital). Son especialmente vulnerables los individuos que practican esta técnica en grado excesivo.	<i>Clasificación china de trastornos mentales</i> , segunda edición (CCMD2)
Rituales mágicos, rootwork, el mal puesto o la brujería	Afroamericanas y euroamericanas, Latinos y Caribe	Relacionan la enfermedad con el uso de la magia o la influencia del diablo sobre otra persona. Los síntomas pueden incluir ansiedad generalizada y síntomas gastrointestinales, debilidad, inestabilidad y miedo a ser envenenado y, en ocasiones, a ser asesinado («muerte por voodoo»).	

Tabla 3.5. Síndromes dependientes de la cultura. (continuación)			
Término	Distribución	Descripción	Referencia DSM-IV
Sangre dormido, <i>sangre dormida</i>	Población portuguesa de las islas de Cabo Verde (y en los inmigrantes de esta isla a Estados Unidos)	Dolor, entumecimiento, temblor, parálisis, convulsiones, accidentes vasculares, ceguera, infarto de miocardio, infecciones y pérdida del juicio crítico.	
Shenjing shuainuo, <i>neurastenia</i>	China	Estado caracterizado por fatiga física y mental, inestabilidad, cefaleas, otras algias, dificultades de concentración, trastornos del sueño y pérdidas de memoria. Otros síntomas pueden ser problemas gastrointestinales, distorsión sexual, irritabilidad, excitabilidad y diversos signos sugerentes de una alteración del sistema nervioso vegetativo.	Trastorno del estado de ánimo o de un trastorno de ansiedad. <i>Clasificación china de trastornos mentales,</i> segunda edición (CCMD2)
Shen'uei shenkui	Taiwan, China	Síntomas de ansiedad o crisis de angustia, que se acompañan de quejas somáticas y quejas de distorsión sexual. Los síntomas son atribuidos a una excesiva pérdida de semen, a consecuencia de relaciones sexuales frecuentes, masturbación, poluciones nocturnas y emisión de «orina blanca y turbia». La excesiva pérdida de semen es causa de alarma en la creencia de que representa la pérdida de una esencia vital y puede representar una amenaza para la vida.	
Shinbyung	Corea	Ansiedad y quejas somáticas (debilidad general, inestabilidad, miedo, anorexia, insomnio, problemas gastrointestinales), con disociación subsiguiente y posesión por espíritus ancestrales.	
Susto, miedo <i>subito o pérdida del alma, espanto, pánico, tripa ida, pérdida del alma o chibib</i>	México	Atribuido a un acontecimiento que provoca miedo súbito y causa la salida del alma, dando lugar a sufrimiento y enfermedad que provoca miedo súbito y causa la salida del alma, dando años de experimentar el miedo súbito. Los síntomas típicos incluyen trastornos del apellito, sueño inadecuado o excesivo, sueño intranquilo o pesadillas, disforia, falta de motivación para cualquier actividad, y baja autoestima o valoración negativa. Los síntomas somáticos que acompañan el susto incluyen migrañas, cefaleas, gastralgias y diarrea. Los rituales de salud se orientan en el sentido de recuperar el alma para que vuelva al cuerpo y limpiar a la persona para que restaure el equilibrio corporal y espiritual.	Trastorno depresivo mayor, trastorno por estrés posttraumático y trastorno somatomorfo
Taijin kyofusho	Japón	Miedo intenso del individuo a que su cuerpo, sus partes o funciones ofendan, molesten o sean desagradables a otras personas, por el aspecto, el olor, las expresiones faciales o los movimientos.	Fobia social
Zar	Etiopía, Somalia, Egipto, Sudán, Irán	Poseción. Cursa con gritos y susurros, estereotipias, golpes de la cabeza contra la pared, cantar o llorar. Los individuos pueden mostrar apatía y aislamiento, rechazar la comida y las actividades cotidianas o desarrollar una relación duradera con el espíritu que los posee. Este comportamiento no es considerado localmente patológico.	Episodios disociativos

XI. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

Aparte del retraso mental y autismo definidos por factores biológicos, los factores psicológicos de la salud mental en los niños está más sujeto al impacto sociocultural que en el adulto. Pero en la literatura científica, y con poca atención, pocos procesos se relacionan directamente con la migración y la aculturación, a no ser en fase de especulación.

Los niños o adolescentes pueden presentar problemas que requieran atención clínica y que no se definan como trastornos mentales (p. ej., problemas de relación, problemas relativos a abuso o abandono, duelo, capacidad intelectual limitrofe, problema académico, comportamiento antisocial de un niño o adolescente, problema de identidad).

Menores acompañados

A los padres inmigrantes hay que informarles de la garantía, gratuidad y obligatoriedad de la escolarización en España de todos los niños y niñas a partir de los 6 años y hasta los 16 años, así como el acceso a becas y otras ayudas escolares de las administraciones públicas (Ley Orgánica del Derecho a la Educación, LODE, 1985), y específicamente está legislada la escolaridad de los inmigrantes (Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de las desigualdades en educación).

La escolarización tiene el valor añadido de la capacidad de su integración social y desarrollo de todas sus capacidades. Para la migración del Primer Mundo hay escuelas españolas privadas, diseñadas para y por ellos mismos para que se eduquen en el idioma o sus culturas originarias, pero sin apelar a la interculturalidad.

Los hijos de inmigrantes tienen mayor riesgo de padecer trastornos mentales que sus padres, dado que aquéllos carecen del patrón de referencia del país de sus padres, que no conocen, mientras viven un choque importante de culturas entre lo que conocen en casa (costumbres del país de origen) y lo que ven en la calle y en el colegio (**tabla 3.6**).

Maltrato infantil

A los niños se los maltrata universalmente en el ambiente familiar y guarderías. Los europeos lo hacemos verbalmente y con un cachete en el culo, mientras que algunos grupos étnicos les propinan una verdadera paliza, por

Tabla 3.6. Factores que intervienen en la salud mental en los menores inmigrantes	
Aislamiento social y soledad	Separación de familiares y amigos debido al proceso de la inmigración.
Disfunción familiar	Desintegración familiar al no emigrar al mismo tiempo todos los componentes de la familia; cambios del rol familiar al verse obligado a asumir uno de los padres el rol del otro por la desintegración familiar. Alteración de la autoestima de los padres relacionado con: cambios del rol familiar, cambios de rol profesional, malas condiciones laborales, dificultad de encontrar un trabajo digno...; cambios en el rol social (marginación, ausencia de ciertos derechos, dificultad para participación activa en la sociedad, etc.).
Abuso y maltrato	Cambio frecuente de cuidador; hacinamiento, hogar compartido para varias familias sin vínculos; sistema de valores culturales, espirituales, religiosos.
Sufrimiento espiritual	Separación del entorno habitual.
Incumplimiento medicación y seguimiento	Sistema de valores culturales, espirituales y religiosos (Ramadán; prescripción...); cambios frecuentes de Centro de Salud; cambios de domicilio.
Accesibilidad y usos de servicios sanitarios	Falta de conocimientos (alimentación, higiene, medidas para control de la fiebre, vacunación, etc.); dificultad de acceso a la información sanitaria por problemas de horario; ausencia de información adaptada (idioma, cultura, etc.).
Dificultad para el mantenimiento adecuado del hogar	Hacinamiento; dificultades económicas; cambios frecuentes de domicilio.
Síndrome de estrés del traslado	Proceso de inmigración; cambios frecuentes de vivienda.

ejemplo, con un palo, zapato o un cinturón. El sentido cultural de estos maltratos es diferente y de consecuencias psicológicas distintas según la valoración como maltrato o no que defina cada cultura.

Mutilación genital femenina

Entre las costumbres tradicionales que afectan la salud de un gran número de mujeres y niñas, sobre todo africanas, y que les causan, además, serios traumas psicológicos y problemas sociales, está la ablación o mutilación genital femenina (MGF). Comprende todos los procedimientos de extirpación parcial o total de los genitales femeninos externos o cualquier lesión de los órganos genitales femeninos infligida por motivos culturales, religiosos u otros que no sean terapéuticos. En España, la MGF constituye un ataque contra la integridad física de la persona (arts. 147, 148 y 150 del Código Penal). En caso de conocer la práctica recién realizada, sería la subsanación de las complicaciones inmediatas y la notificación a la autoridad mediante parte de lesiones, u oficio-informe del Protocolo de Actuación ante el Maltrato y Violencia Doméstica.

Sospecharemos que se ha realizado ante antecedentes de viajes/vacaciones al país de origen, y ciertos signos y síntomas en la paciente (tristeza y

falta de interés, cambios de carácter, andar con las piernas juntas o muy separadas, forma de sentarse, palidez mucocutánea y síntomas de anemia subaguda, evitación de ejercicios físicos y juegos activos.

Entre sus consecuencias tardías están la de rechazo del deseo y el placer sexual, dispauremia, frigidez, anorgasmia, ansiedad, depresiones, terror, sentimientos de humillación, conflictos matrimoniales, y trastornos sexuales. Los sentimientos contradictorios producidos por las diferencias de valores entre la sociedad en la que viven y la cultura a la que pertenecen, provocan miedo a ser rechazadas por su propia gente si no se someten a la ablación: en su cultura, una mujer que no se haya sometido a la MGF difícilmente podrá casarse y no merece ningún respeto.

Menores inmigrantes no acompañados

Los menores no acompañados con proyecto migratorio definido

No presentan problemas de salud graves y su proceso de elaboración de las pérdidas es un proceso normal con las incidencias propias semejantes a la del adulto. Ocasionalmente desarrollan comportamientos antisociales en relación con la frustración laboral.

Los menores no acompañados sin proyecto definido

Son fácilmente captados por mafias, que cada vez proliferan más y encuentran en estos chicos una buena fuente de peones para reclutar ingresos ilícitos (robos a turistas, correos de droga o *mochileros*, prostitución...), pasan por centros cerrados de reforma (que actúan como refuerzo de la marginalización), sufren un progresivo deterioro personal y físico fruto de la cronificación de vida en la calle, del consumo descontrolado de drogas (incluidos inhalación de disolventes), de las continuas trifulcas que protagonizan entre bandas rivales, llegando a desarrollar depresión, trastornos disociativos, trastornos de conversión, trastornos de ansiedad y personalidad antisocial. Patología normalmente no diagnosticada que requeriría tratamiento médico psiquiátrico de continuidad e incluso periodos de aislamiento.

Beneficios de la salud mental y la enfermedad mental por el hecho de la migración

Para el inmigrante

Los estudios sobre la inmigración se han realizado casi exclusivamente de forma pesimista y, por eso, se sabe poco acerca de los inmigrantes que

transforman las condiciones potencialmente estresantes en oportunidades con logros educativos, personales, profesionales, económicos y sociales u otros indicadores del ajuste mental. Bajo la óptica de la resiliencia, estos conflictos y crisis son base del desarrollo. Un potencial humano activado que logra muy buenos resultados a pesar de un alto riesgo, que mantiene competencias bajo la amenaza, que sigue creciendo en armonía, que es capaz de superar el miedo, que tiene la fortaleza de convertir el trauma en una oportunidad de crecimiento, de superar las dificultades y salir fortalecido de ellas.

Y la inversa, tampoco hay descripciones de cómo se viven las *no-migraciones forzadas*, la imposibilidad de emigrar por leyes que restringen la salida o entrada de emigrantes, en determinados países, lo que da lugar a que haya personas que se sienten encerradas en un país en el que no quisieran permanecer, sin los beneficios del cambio.

Si las condiciones de destino y los factores individuales concuerdan, con buena tolerabilidad para la exclusión, la ocupación laboral es adecuada y se participa de un buen soporte familiar y comunitario se vive el anhelo y llega la satisfacción del logro por todo lo deseado del proyecto migratorio, la migración es, muchas veces, más una solución que un problema y con condiciones favorables actúa como benefactor de la salud mental y responsable del punto y aparte de los problemas adquiridos (**tabla 3.7**). Su solución es fuente de bienestar emocional, por todo lo que ello implica para la nueva vida.

Incluso mantener una idea de retorno, aunque sea a todas luces una fantasía, puede tener una función protectora y de ayuda en la elaboración del duelo migratorio. Y, en este sentido, es más positivo que se expresen a que se nieguen.

Tabla 3.7. Mecanismos de los efectos benéficos del entorno cultural sobre la enfermedad mental

- Proporcionando vías de expresión emocional y estrategias catárticas.
- Sincronizando los universos de significados, con sus diferencias interindividuales, con la visión del mundo que es aceptada por todo el grupo social.
- Proporcionando mecanismos para atenuar el estrés derivado de la adaptación ecológica y del desempeño de los roles sociales.
- Forma en la que la sociedad se conduce con sus miembros enfermos, evitando el aislamiento y la marginalización.
- Mediante la creación de entornos gratificantes por parte de la organización socioeconómica, el control político y los líderes sociales.

Para la sociedad receptora

El respeto por las otras culturas, nuestro acercamiento sensible a otras costumbres nos brindará lo mejor de los mundos que compartimos con la oportunidad de aprender y disfrutar una más que segura ganancia por una satisfactoria experiencia.

Se cuida el patrimonio de la humanidad cuando se aprende a cuidar, a respetar y a reconocer a los seres humanos de cada cultura, incluyendo la propia.