

**Estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) en
población infantil, desde una perspectiva multicultural**

Dra. Dori Espeso Montagud
psiquiatra CSMIJ-IAS Girona-SAPPIR

Resumen

La presente exposición plantea el concepto del Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises) referido a la población infanto -juvenil, desde una perspectiva multicultural.

El estrés al que nos referimos tiene unas características propias, con pérdida de control sobre los estresores, siendo de índole penetrante y entrañando alteraciones psicosomáticas, trastornos emocionales y comportamentales que son aquí analizados.

Se haría necesario dar la mayor importancia a los aspectos preventivos de nuestra intervención, que pasarían por un reconocimiento más ajustado de la situación, no sólo clínica, sino también personal, del entrevistado. Asimismo es de especial importancia promover la resiliencia y el capital social en nuestras intervenciones terapéuticas. De este modo intentaríamos contrarrestar en lo posible la alta vulnerabilidad de la población estudiada que, de no ser por su excesiva exposición al estrés, posiblemente no habría desarrollado nunca una enfermedad mental grave.

Palabras clave

Estrés crónico, vulnerabilidad, infantil, multicultural.

Introducción

El creciente cambio de nuestra sociedad actual, con nuevas situaciones económicas, geopolíticas, así como culturales e ideológicas, implica que, como terapeutas, tengamos que hacer frente a una nueva realidad en nuestras consultas que a veces ponen en jaque nuestros modelos de actuación ante las personas que atendemos. Junto a ello, hemos de hacer frente además a las dificultades inherentes a una nueva especialidad, la Psiquiatría Infantil, que ya de por sí presenta dificultades en cuanto a la nosología y clasificación de los cuadros clínicos que atendemos. El inmigrante y además niño supone el punto más vulnerable de la sociedad, el que permite ver con una visión más aguda, lo que al observar a otro tipo de población se va haciendo borroso, impidiendo a veces entender lo que tenemos que observar.

La presencia de nuevas realidades clínicas nos plantea retos que nos permiten avanzar en el conocimiento, desechar quizá viejas prácticas por inútiles o contraproducentes y también poder ampliar nuestro campo de observación, permitiendo una visión más ajustada y universalista.

Planteamiento del tema

Consideraciones generales acerca del estrés

El concepto de estrés viene cedido de la Física, refiriéndose al desgaste de los materiales ante las agresiones del medio.

Entra en la medicina científica occidental en el siglo XIX como concepto aún fisiológico, con **C. Bernard**, quien introduce el término médico de la *homeostasis*. En el siglo XX, **Cannon** describe un “patrón de lucha-huida” ante situaciones de cambio o ante factores ambientales adversos. Más tarde, **Seley** describe el “síndrome general de adaptación”, describiendo que los seres vivos tienden a reaccionar siempre del mismo modo, independientemente del tipo de agresión recibida. Así, ante estresores crónicos, la respuesta del organismo sería inespecífica y se realizaría en tres etapas: *alarma, resistencia, agotamiento*.

En los años setenta, **Caplan**, tras su experiencia en los campos de concentración, señala que si las circunstancias ambientales de una persona son de gran relevancia, podrían llegar a afectar su *salud mental*. Estamos en la época de la psiquiatría comunitaria y de la revolución cognitiva.

Fisiopatología del estrés. Respuesta fisiológica típica

Ante el estrés el organismo libera *catecolaminas* y *glucocorticoides* a la circulación sanguínea. Esto implica la movilización del eje *HHA* (hipotálamo-hipófiso-adrenal).

Los glucocorticoides aumentan los niveles de *glucosa* y *ácidos grasos libres* en el torrente sanguíneo. Aumentan la frecuencia e intensidad cardíaca. Para asegurar el mayor gasto cardíaco, se produciría una vasoconstricción periférica y con ello el aumento de la TA (tensión arterial).

Parece que la respuesta fisiológica sería mayor en los individuos con menos capacidades para afrontar la situación. (A. Armario, 2006)

Fisiopatología del estrés crónico

Los estudios realizados en la experimentación con animales (primates, ratas...) permiten observar una activación progresivamente menor del sistema, cuando se repite de modo reiterado la exposición a una situación de estrés.

Lo que a primera vista podría hacernos pensar en una adaptación de los organismos ante la situación de estrés, ésta no es tal pues, en realidad, la situación va pasando factura progresivamente al organismo. El estrés crónico produciría una reducción del crecimiento, posible hipertrofia de la glándula adrenal, atrofia del timo, inhibición de la función reproductora, así como la supresión del sistema inmunitario.

Así, entre las posibles patologías asociadas al estrés crónico en los humanos podríamos hablar de:

La *inmunosupresión* por el efecto inhibitorio sobre el *timo*. Disminuiría así la formación de anticuerpos, la respuesta a los agentes infecciosos y la capacidad para combatir células anormales. En humanos se ha demostrado el aumento de catarros de vías altas (víricos), peor cicatrización de heridas... Los resultados en la relación con el cáncer son aún muy contradictorios.

Alteraciones cardiovasculares como la hipertensión arterial o las enfermedades coronarias.

El sistema *renina – angiotensina* produciría vasoconstricción periférica, pero también aumentaría la retención de sal y con ello de líquidos.

Diabetes: la diabetes tipo 1 tendría más relación con mecanismos autoinmunes, pero la tipo 2 tiene una relación sólida con el estrés, tal como ha sido señalado en el caso de los inmigrantes expuestos a altos niveles de estrés crónico.

Inflamación: los episodios repetidos de estrés estarían ligados a procesos inflamatorios crónicos, fiebre y procesos arterioscleróticos ante la elevación de la proteína C reactiva y algunas otras proteínas de la coagulación.

Síndrome metabólico X que estaría relacionado con dislipidemias y obesidad.

Envejecimiento, por el incremento de los radicales libres. Hay una estrecha relación entre el estrés crónico y la actividad de la telomerasa de los leucocitos, fundamental en los procesos de envejecimiento. No es infrecuente ver a inmigrantes que parecen tener más edad.

Excepto en circunstancias de estrés muy agudo, las patologías mencionadas aparecen especialmente ligadas a la exposición crónica al estrés y en cualquier caso, estarían matizadas por la especial *vulnerabilidad* del sujeto. (A.Armario,2006)

El estrés, según Everly, sería sólo “una respuesta mediada entre el estresor y el órgano”, un mecanismo de mediación, una primera respuesta y no una enfermedad en sí. Muy al contrario, formaría parte del funcionamiento normal del ser humano. Con el estrés el organismo intentaría restablecer un nuevo equilibrio como respuesta ante las agresiones. Los problemas surgen cuando hay demasiado estrés o cuando éste nos sobrepasa. Es el fallo del sistema el que conduciría a la enfermedad.

La frecuente y prolongada activación del sistema lucha-huida y otras respuestas endocrinas, se volverían maladaptativas. Esta sería la causa que explica la diversa distribución social de las enfermedades cardiovasculares, infecciosas...(Brunner, 2000).

La OMS considera al estrés como un *factor determinante* de salud. Dice que la acumulación de mucho estrés psicosocial a lo largo de la vida de cualquier persona, aumentaría el riesgo de tener una pobre salud, incluida la salud mental, e incluso de una muerte prematura.

No es preciso que el hecho ocurrido sea catastrófico o inusual para ser patógeno (Meyer 1957). Basta con que sea *significativo* para el sujeto. Puede además ser de carácter desagradable, pero también agradable o positivo para la persona. Puede ser deseado o no deseado.

Las excesivas expectativas o la necesidad de la inmediatez, puestas en los objetivos pueden generar estrés.

Estresores habituales, de carácter irrelevante si se consideran aisladamente, pueden tener mayor potencial patógeno si se dan de modo crónico, reiterado, con efectos más penetrantes.

La imposibilidad para cambiar el rumbo de las circunstancias personales, ante situaciones de ilegalidad, marginación, racismo, explotación o pobreza, dan especial intensidad al estresor (concepto de la *indefensión aprendida* de Seligman).

Es mucho más relevante que afecte a esferas vitales básicas para la mera supervivencia, como puede ser el hambre, el frío, la fatiga, el sueño..., a que afecte a áreas psicosociales por ej. el difícil acceso a la escuela, los sentimientos de marginación, soledad, dificultades con el lenguaje...

Habrían factores intrínsecos del propio individuo que le harían más resistente a las demandas del ambiente como pueden ser gozar de una buena salud física o tener buenas capacidades cognitivas, así como características de la personalidad del sujeto, como la autoestima, el autocontrol, etc.

En niños es especialmente relevante la calidad del vínculo desarrollado en estadios preverbales (vínculo seguro), el dominio de la angustia primaria.

Es importante asimismo, que la persona haya tenido la posibilidad de haber adquirido anteriormente en su vida un aprendizaje de habilidades en el afrontamiento del estrés, o la adquisición de habilidades sociales que faciliten la resolución de determinadas situaciones complicadas.

La valoración cognitiva que el sujeto realiza del acontecimiento es de gran importancia como factor pronóstico. (Lazarus)

Hay que diferenciar entre acontecimientos dependientes de la personalidad del sujeto (dificultades de manejo del estrés) e independientes (desarraigo y racismo en el interior de ciudades industriales).

Los estresores agudos que inciden en personalidades problemáticas empeorarán las cosas. En los niños será de gran importancia el manejo de la situación que realicen sus cuidadores principales. Así, los padres con trastornos de la personalidad, con desacuerdos maritales, o con una hostilidad manifiesta hacia el niño impedirán una resolución adecuada de una situación de estrés.

Los acontecimientos que constituyen una amenaza durante largo tiempo estarían asociados con alteraciones psiquiátricas en algún grado. (Brown & Harris, 1978)

En la práctica, la asociación de muchas adversidades crónicas aumenta la importancia relativa de los acontecimientos agudos (fenómeno de la bola de nieve).

Clínica del Síndrome de Estrés Postraumático en población Infanto-Juvenil

Se expresaría de diferente modo según las etapas de desarrollo del niño. Así los niños *preescolares* tenderían a una evitación de situaciones, a veces no relacionadas directamente con el trauma que han vivenciado. Aparecería ansiedad de separación, así como ansiedad ante extraños. También trastornos del sueño. En sus juegos repite elementos relacionados con el trauma. Puede aparecer enuresis secundaria nocturna.

En la *edad escolar* podrían manifestar comportamiento agitado o desorganizado más que miedo, indefensión o terror como en los adultos. Manifiestan problemas en la relación con la familia o compañeros. Pueden reactivar el trauma simbólicamente, como buscando la catarsis, de modo repetitivo, a través de dibujos, juegos, conversaciones. Tienden a no ser amnésicos hacia los elementos dolorosos del trauma y no suelen tener *flashbacks* visuales. Pueden fallar en todo caso la secuencia de los hechos, pero están convencidos de poder reconocer el peligro en el futuro.

Los adolescentes experimentarían vivencias similares a las del adulto. Diferenciarían en cuanto a su comportamiento más impulsivo o agresivo. (Martin Herbett, 2006)

Estrés crónico. Diferencias conceptuales

Pero los acontecimientos agudos son, en general, infrecuentes y singulares y se podrían asimilar por la población infantojuvenil como aberraciones, a diferencia de las adversidades crónicas.

Lo importante del estrés crónico sería el carácter *penetrante* y *duradero* de los estresores y el papel del riesgo de *acumulación* de estresores que actúan con el efecto de una bola de nieve. La exclusión social, el racismo, el hambre, la pobreza, la movilidad geográfica frecuente en busca de trabajo para los padres que acentúa más su desarraigo; el hacinamiento, la mayor exposición a accidentes domésticos o enfermedades contagiosas por la precariedad de sus domicilios, el fracaso escolar debido a las anomalías en el currículo escolar, el frío...no constituyen para estas familias ninguna aberración sino el día a día de su existencia. A ello hay que añadir la invisibilidad social aparente de su situación que actúa como un elemento que no les ayuda mucho a clarificar su destino o a fomentar su auto percepción o autoestima.

Rutter identifica cuatro áreas de riesgo posible o vulnerabilidad en el niño. A saber, la meramente *biológica*, la *socio-económica*, la *salud mental e inteligencia de la madre* o cuidador principal y finalmente la *dinámica familiar y soporte social*.

La acumulación de factores de riesgo haría al niño más vulnerable a la psicopatología y otros desenlaces negativos, llegando a menudo a doblar y triplicar su vulnerabilidad (Rutter, 1985 -Modelo del riesgo acumulado).

Si la situación de estrés continuado no se resuelve, tal como hemos planteado anteriormente, éste acabaría pasando factura al joven organismo. Así tendríamos alteraciones en distintos niveles:

- Habría una disregulación fisiológica del organismo por sobre estimulación del sistema de respuesta al estrés, haciéndole reaccionar ante estímulos irrelevantes.
- Las adversidades crónicas harían disminuir en el niño el sentido de su seguridad emocional, alterando sus relaciones de apego y favoreciendo su desajuste emocional.
- Se produciría una distorsión de sus representaciones internalizadas y sus valoraciones cognitivas.

En el otro polo de la **vulnerabilidad** podríamos observar, en ocasiones, una adecuada competencia social y cognitiva del niño, aún en contextos de riesgo (**capacidad de resiliencia** (Garmezy & Rutter, 1983, Cyrulnik)) que vendría propiciada por las posibles experiencias de calidez, baja conflictividad y cohesión que se hayan podido dar en su entorno y que actuarían como **elemento facilitador**.

Pero la resiliencia se refiere a **un modo de reaccionar**, no absoluto ni estable. Nadie es resiliente a todas las variedades de traumatismos y no puede estar seguro de ser siempre resiliente a algo que en el pasado superó. Los niños con “vínculo seguro”, pueden deslizarse hacia un “vínculo inseguro” si son confrontados a traumas repetidos o particularmente graves durante un periodo prolongado (Weinfeld et al., 2000 y Lewis et al., 2000). De ahí la importancia de nuestras intervenciones terapéuticas, como elementos facilitadores en las circunstancias vitales de estos niños (aceptación, proximidad, calidez, apoyo, orientación, clarificación, coherencia...).

Desarrollo del tema

Desde la perspectiva psicoanalítica, que nos ayudará a entender aspectos de la respuesta del sujeto al estrés ambiental y sus mecanismos de adaptación, no se utilizaría, sin embargo, el concepto de estrés.

Los conceptos eje, descritos por Freud, serían:

El trauma: “Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad y por la incapacidad de éste para responder a él de forma adecuada, dando lugar a efectos patógenos duraderos sobre la organización psíquica”. (Diccionario de Laplanche)

El duelo: *Proceso* doloroso en el que el sujeto va reviviendo y reordenando todos los vínculos que mantenía con el objeto perdido.

La migración es un cambio vital, un acontecimiento de la vida (*life event*).

Todo cambio tiene una parte de duelo, pero la migración por sí no es una causa de enfermedad mental, sino un factor de riesgo. Las dificultades aparecerían en dos circunstancias: si el inmigrante tiene características que le hacen *vulnerable* o si el país de acogida le es *hostil*, o ambas a la vez.

Modelo de los siete duelos

Hace referencia a las siete grandes áreas de pérdidas que experimenta todo inmigrante al dejar su país de origen. La elaboración psicológica de estos duelos será más o menos complicada en función de las vivencias y características psicológicas de cada persona:

- Pérdida de contacto con familiares y amigos
- Pérdida de la lengua materna
- Pérdida de la cultura
- Pérdida de los paisajes, la tierra

- Pérdida de estatus social
 - Pérdida de contacto con el grupo étnico de origen
 - Existencia de graves riesgos físicos
- (J. Achotegui, 2002)

Migración infanto-juvenil

El hecho migratorio produce en la población infantojuvenil una serie de dificultades y ajustes dadas las circunstancias a las que se ven abocados. Así se puede producir una fragmentación entre la vida familiar y la vida social. El niño circula por una doble vía, la aprendida en la familia y la adquirida en la escuela, que a veces pueden ser discrepantes. Esto también se puede reflejar en dificultades lingüísticas al tener que manejar varios idiomas, el familiar y el del país de acogida.

Aparecen dificultades socio-económicas con todo lo que conllevan, viviendas inadecuadas o minúsculas, necesidad de compartir espacios con otras familias, incluso de diferentes procedencias.

Pueden haber cambios familiares secundarios, con padres sobrecargados, cambio de roles familiares, necesidad de compartir vivienda con otras familias incluso de diversos grupos étnicos...)

Sería necesario que el proyecto migratorio estuviese bien elaborado, ya que éste se inicia en los países de origen, con la partida de alguno de los progenitores. Ahí ya se inician las rupturas y los ajustes. Hay que preparar a los niños para el cambio, con la debida antelación, así como contar con su opinión y sus deseos. Si las expectativas que se les crea son grandiosas es más fácil fracasar.

Los jóvenes, en general, tienen menos duelos previos que elaborar, menos fracasos acumulados y esto tiene un efecto facilitador. Los niños muy pequeños van a asimilar la cultura y el idioma del país receptor, con facilidad, hasta la adolescencia. A partir de aquí les resultará más complicado. A los niños nacidos en nuestro país, con padres de distinta procedencia, no les será necesario explicar nada, pues vivenciarán por sí mismos e irán integrando en su aparato psíquico otras experiencias diferentes a las del país de origen de sus padres. Los niños son muy maleables y deberíamos huir del *determinismo cultural* en función de sus procedencias geográficas, que en el fondo esconde un racismo encubierto.

En realidad serán los propios padres los que más van a sufrir la ruptura de sus propios hijos con las tradiciones y modelos culturales que ya no van a poder compartir con ellos.

En cuanto a las alteraciones que podemos observar en la clínica, podríamos agruparlas en las siguientes áreas principales, teniendo en cuenta que no son específicas del hecho migratorio ni, en absoluto, inevitables:

- Detención o regresión de procesos madurativos en curso. Aquí entrarían por ejemplo la adquisición del lenguaje, el control de esfínteres...
- Las pérdidas y el sufrimiento que generan. Tristeza, aislamiento.
- Ansiedad. Es muy frecuente la ansiedad de separación. Insomnio.
- Síntomas somáticos: cefaleas muy frecuentes, abdominalgias, vómitos...
- Problemas de autopercepción y autoestima.
- Síntomas confusionales, desorientación temporo-espacial.

Estos síntomas variarán en función de la etapa de desarrollo en la que se encuentre el niño. Así en la etapa preescolar se podría encontrar patología carencial, tanto somática como psicológica. Por ejemplo: desnutrición, privación sensorial, trastornos del desarrollo, bajo peso al nacer, etc. Durante el periodo de latencia se hacen patentes las dificultades en el ámbito escolar, por ejemplo un fracaso escolar más elevado según diferentes estadísticas. En la adolescencia se evidenciarían los conflictos de identidad propios de esta etapa amplificados por la realidad bicultural. (Ajuriaguerra, 1996)

Síndrome de Ulises

Cada época tiene una migración con distintas características. Desde los inicios del siglo XXI estamos asistiendo a fenómenos migratorios que se realizan en condiciones extremas.

Es en este contexto de graves dificultades en el que ha surgido el concepto de **Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple** o **S. de Ulises** (Achotegui, 2002), haciendo mención al héroe griego que sufrió múltiples adversidades lejos de sus seres queridos.

Se caracteriza por:

- Una serie de estresores
- Un conjunto de síntomas

Los estresores del Síndrome de Ulises serían:

- 1. La soledad:** no poder estar con la familia, no poder reagruparse, no poder volver a su país (aquí podríamos pensar en los menores no acompañados).
- 2. El fracaso:** graves dificultades para que la familia saque adelante con mínima dignidad su proyecto migratorio.
- 3. La lucha por la supervivencia:** dónde alimentarse, dónde dormir...
- 4. El miedo, el terror:** peligros en el viaje migratorio (pateras, camiones, etc.),

control y amenazas de las mafias, temor a ser expulsados, a las deportaciones de sus seres queridos.

Las características de los estresores del Síndrome de Ulises serían:

- Multiplicidad
- Cronicidad
- Ausencia de control sobre los estresores
- Gran intensidad y relevancia, pues afecta todas las esferas vitales básicas
- Ausencia de redes de apoyo social
- A estos estresores se les añaden los duelos clásicos de la migración antes descritos. Es decir, los siete duelos (lengua, cultura, paisaje, xenofobia...).
- Además el inmigrante padece toda una serie de síntomas que le dificultan seguir luchando. Si enfermase perdería su capital más importante que es la salud. (Domic, 2004)
- El sistema sanitario a veces no diagnostica ni atiende adecuadamente la situación.
 - Por banalización o despreocupación por los problemas estructurales que rodean al paciente inmigrante.
 - Confundiendo el distrés que manifiestan con determinadas alteraciones, como trastornos depresivos, TDAH, trastornos de personalidad o cuadros psicóticos o bien buscando diversas patologías somáticas.

Sintomatología del Síndrome de Ulises

- Síntomas del área depresiva
- Síntomas del área de la ansiedad
- Síntomas de somatización (cefaleas y abdominalgias frecuentes)
- Síntoma confusional
- Interpretación cultural de los síntomas

Tal como explicábamos, si las situaciones de estrés continuado no se resuelven e incluso se multiplican, acabarían pasando factura al joven organismo. Así tendríamos alteraciones en distintos niveles. Habría una disregulación fisiológica del organismo por sobre estimulación del sistema de respuesta al estrés, con alteración en la modulación de la respuesta, llevando a trastornos de ansiedad, somatizaciones. Las adversidades crónicas harían disminuir en el niño el sentido de su seguridad emocional, alterando sus relaciones de apego y favoreciendo su desajuste emocional. Se vería afectada su calidez emocional, su capacidad de

crear y mantener vínculos y posible desarrollo de trastornos depresivos o trastornos de personalidad. Se produciría además una distorsión de sus representaciones internalizadas, sus valoraciones cognitivas y la aparición de síntomas del área confusional.

Así es importante resaltar que el Síndrome de Ulises hace referencia a una situación de estrés continuado y múltiple, que pertenece al área de la Salud Mental, no al área de la Patología Mental y que requeriría por ello una correcta identificación de la situación y una adecuada intervención de los profesionales. Pertenece más al ámbito de la prevención y promoción de la salud.

Los estudios en población general revelan que un 47% de niños en edad escolar sufren abdominalgias, cefaleas, anorexia, dolores torácicos y molestias intestinales. Estos síntomas afectan preferentemente a niños con ambiente sociocultural desfavorecido. Concretamente el hecho de ser emigrantes es un factor de estrés destacado (Alfven, 1993). Los niños con un menor nivel socio-económico son los que presentan un mayor número de “acontecimientos vitales”. (Mardomingo y Gallego, 1992)

Hay un nexo evidente entre la salud y el estatus económico. Sería conveniente desechar la retórica reduccionista de la “responsabilidad personal”.

La mayor adversidad sería la pérdida de oportunidades para desarrollar las capacidades humanas esenciales. La pobreza mina la energía de las personas, las deshumaniza, crea un sentimiento de indefensión y de pérdida de control sobre la propia vida. La pérdida de oportunidades, a su vez, perpetúa el ciclo de pobreza.

“La salud no se elige libremente...no la elige quien quiere sino quien puede”.(J. Benach, C. Muntaner, 2005)

Los factores de riesgo en el inmigrante estarían en relación con la falta de red de apoyo social, irregularidad administrativa, incertidumbre social, miedo, aislamiento, racismo, pobreza, dificultades relacionadas con la vivienda, malas condiciones higiénicas y ambientales, hacinamiento, jornadas laborales exhaustivas de las familias, descuidando el cuidado hacia los propios hijos, fracaso escolar, conflictos en las relaciones sociales; dificultades relacionadas con el lenguaje verbal y no verbal, con la dificultad para entender y hacerse entender, informarse, reivindicar, manejarse en otro entorno...

Las clases más bajas tienen niveles de estrés más elevados y menos recursos para combatirlos. El fenómeno del estrés social nos ayuda a comprender muchas enfermedades así como una serie de conductas como el suicidio, la delincuencia, la violencia doméstica, el abuso de menores y lo que se consideran hoy problemas sociales.

Intervención con las familias. Aspectos de la intervención

En nuestro contacto con las familias inmigrantes de cualquier procedencia habría que tener en cuenta una serie de aspectos. Así es especialmente importante, al inicio de la entrevista ajustar bien los objetivos de nuestra intervención, así como las expectativas por ambas partes, tanto de los profesionales, como de las familias.

Los espacios terapéuticos deben ofrecer una contención emocional, que fomente sus capacidades, su resiliencia y les ayude a organizarse, a veces incluso ofreciéndoles directorios o contactos con profesionales que les procuren un asesoramiento legal o informaciones sobre el entorno en el que se mueven, que les facilite una mejor socialización. Es de especial importancia situarles en el “aquí y ahora”, así como ayudarles en la interpretación de códigos culturales a fin de evitarles errores cognitivos que les puedan arrastrar a fallos innecesarios.

Sería mejor fomentar el lado humano de la interacción, antes que el “culturalista”. De este modo fluirán más fácilmente y de modo más natural las claves culturales que poco a poco iremos compartiendo y desarrollando. Sería importante, por supuesto, contar con la ayuda de mediadores culturales, antes que comunicar con malentendidos.

Se trata más de que desarrollemos habilidades para atender a personas diferentes, antes que por categorías culturales predeterminadas, que condicionan a las personas catalogadas. Las trayectorias personales son muy diversas y debemos evitar prejuicios o ideas preconcebidas. Es importante evitar las “profecías de autocumplimiento”, tanto en relación con los niños atendidos como con sus familias.

No olvidemos que muchas veces van a ser las condiciones socioeconómicas y no las culturales las que van a condicionar determinados comportamientos de las familias. Así por ejemplo, el dejar a los niños al cuidado de hermanas mayores, o dejarlos mucho tiempo solos por los horarios laborales exhaustivos, o bien en la calle al vivir hacinados en pisos minúsculos o no ofrecerles determinados alimentos por resultarles demasiado caros de adquirir.

El acudir a un especialista en Salud Mental para muchas culturas, incluso la nuestra, es un estigma que añadiría un nuevo factor de estrés. Habría que aclarar nuestra intervención con un lenguaje que les pueda resultar válido. Son muy útiles las intervenciones informales a veces, fuera de los ámbitos institucionalizados por ej. en la calle, en los pasillos...

Hay que tomarse tiempo para una primera visita a fin de captar el entorno del niño. Esto simplificará las visitas sucesivas (regla del 50 por ciento).

No olvidemos que muchas familias, por la profesión que representamos, la clase social o el color de la piel o simplemente por problemas legales se pueden

sentir intimidados o bien intentar ocultarnos detalles. Así que hay que calcular los sesgos en la valoración del caso.

También el modo en que se comportan ante nosotros puede estar condicionado por las experiencias previas, desde el excesivo respeto a la autoridad hasta el desprestigio por la deficitaria situación sanitaria a la que estaban acostumbrados en sus países de origen.

Hay que tener en cuenta que tanto el propio concepto de la maternidad, así como las pautas educativas que se utilizan con los pequeños han ido cambiando a lo largo de las épocas y países y es difícil, en un tema tan ideológico, ser objetivo. A ello se une la situación de aislamiento y resignación, por la precariedad en la que viven algunas madres. En ocasiones, esta situación les obligará a “desculturalizarse” de las pautas que podrían haber utilizado en sus países de origen, sin haber todavía aprendido las pautas utilizadas aquí en nuestro país, pues esto requiere un cambio ideológico que hay que ajustar e interiorizar y requiere su tiempo. Deberíamos de tener el *tacto* suficiente para no descalificar a las madres en cuanto a las actuaciones con sus pequeños, pues no hay nada que duela más a una madre que el que no se la considere apta para cuidar a sus hijos.

Por otro lado, algunos padres no van a aceptar con facilidad la creciente profesionalización de cuidados a los bebés en nuestra actual sociedad y prefieren mantenerlos en el ámbito familiar. En todo caso, son las familias las que tienen la última palabra en cuanto a los estilos educativos que van a desarrollar.

En cuanto a los test de inteligencia o valoraciones sobre las capacidades cognitivas de los niños, hay que tener en cuenta, no sólo el sesgo del idioma, sino también el ideológico. El análisis de la inteligencia debería tener en cuenta no sólo los contextos ecológicos del niño, es decir, lo que en su medio se considera “adaptativo” o no, sino también la posibilidad de diferentes estilos cognitivos. Frente a la inteligencia rápida y analítica de nuestra sociedad occidentalizada, en otras sociedades se valoraría más la comedida, meditada, social.

Los factores sociales, afectivos o motivacionales estarían asimismo implicados en el rendimiento cognitivo. (Berry, 2003)

Consideraciones finales

Revisando modelos médicos de otras culturas encontramos que la medicina clásica china consideraba la salud como un estado de armonía y la enfermedad como disarmonía. Más que buscar la etiología del malestar, se intentaría restablecer el equilibrio de las partes (del ser humano y el universo que le rodea), el yin y el yang.

En la medicina ayurvédica se considera un principio general “el Pradhna” existente eternamente. El ser humano forma parte de este principio general e igual que en la cultura china, no acepta separación entre la mente y el cuerpo.

La medicina occidental, derivada del Corpus hipocraticum mantiene todavía la dicotomía cuerpo-mente.

Los logros evidentes de nuestro modelo médico se verían complementados con la incorporación de estos conocimientos milenarios en nuestra cosmovisión.

El estrés sería el paradigma de la unión cuerpo-mente pues pondría de manifiesto un complejo entramado de nexos entre el cuerpo y la mente.

Existen variaciones interculturales en la expresión del estrés. Hay culturas con más tolerancia a la incertidumbre, pues forma parte de su propia cosmovisión, su concepto del destino, su interpretación del tiempo (para los hindús el tiempo no es lineal sino circular).

La expresión del síntoma puede variar dificultando a veces su exploración por médicos occidentales (la desigualdad social está asociada a más alto riesgo de conductas disruptivas, las psicosis reactivas sociales en afro caribeños de comunidades angloamericanas...)

La comunidad de origen puede ofrecer apoyos importantes (las comunidades chinas respaldan mucho a sus integrantes, se da mucha importancia a la familia, a la cohesión interna). La pertenencia a un grupo amortigua los reveses sufridos en la vida. El problema y su solución se pueden plantear en términos comunitarios y no individuales.

Es interesante el papel de las medicinas populares en la pérdida de cohesión. Las medicinas populares han usado, desde siempre, ritos colectivos que permiten la catarsis emocional y la participación de todo el colectivo en la reestructuración de vínculos. Por ejemplo, en las medicinas populares de Latinoamérica, las ceremonias colectivas irían dirigidas, no tanto al mecanismo de la enfermedad como a lo que la produce. Hace referencia no sólo al individuo, sino a la familia, al grupo, por lo que la curación también se hace en grupo (Evolución de la desigualdades en salud en Cataluña, 2005).

Haríamos alusión aquí al modelo *salutogénico* (Antonowsky, 1987, 1988, 1996). Se referiría al estudio de las causas y orígenes de la salud, en contraposición a la *patogenesis* que hace referencia a las causas y orígenes de la enfermedad. Necesitamos conceptos para modificar nuestro modo de pensar, en una medicina que se basa en enfermedades y tratamientos.

Nuestra cultura parece obsesionada en la búsqueda de fallos (malas relaciones parentales, rupturas familiares...), en lugar de promover y enfocar los aspectos positivos del entorno. Es como si siguiésemos anclados en la idea de la culpa y el pecado.

El Síndrome de estrés crónico y múltiple o Síndrome de Ulises reflejaría el padecimiento al que están sometidos un gran número de inmigrantes en nuestra época actual.

Sería preciso apoyar nuestras observaciones clínicas en un mirada objetiva sobre las circunstancias que acompañan a nuestros pacientes, intentando detectar sus problemas reales de estrés a fin de que no deriven, si no se tratan adecuadamente, en una auténtica enfermedad.

Estaríamos hablando pues del campo de la Salud Mental y no de la Enfermedad Mental.

Los dos pilares básicos en los que apoyaremos nuestra intervención en niños con estrés crónico y múltiple o Síndrome de Ulises serían por un lado, la *promoción de la salud*, potenciando los aspectos positivos que presentan y por otro, *aminorando los factores de vulnerabilidad*.

Sería especialmente importante intentar influir en el entorno. La noción de entorno incluye no sólo el puramente físico, sino también el social, cultural, económico, psicológico y espiritual.

La *homeostasis* estaría en la interrelación de estos espacios. Se trataría, por utilizar una terminología actual, del **entorno ecológico** en el que el niño se va a desarrollar.

ABDELILAH-BAUER B.:

Le défi des enfants bilingues:
La Découverte, Paris, 2006.

BERK L.:

Child development:
Allyn and Bacon, Illinois State
University, Massachusetts,
USA, 2000.

ACHENBACH T., RESCOLA L.:

Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology:
The Guilford Press, New York,
London, 2007.

ACHOTEGUI, J.:

La depresión en los inmigrantes .Una perspectiva transcultural:
Editorial Mayo, Barcelona,
2002.

ACHOTEGUI, J.:

Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en salud mental. Aplicación a la migración. Escala Ulises:
Girona, 2009.

**ACHOTEGUI J.,LAHOZ S.
,MARXEN E.,ESPESO D.:**

Study of 30 cases of immigrants with The Immigrant Syndrome with Chronic and Multiple Stress-The Ulysses Syndrome:
Communication in the XVIII^o
World Congress of Psychiatry, El Cairo, 2005.

BENACH J., MUNTANER C.:

"Aprender a mirar la salud":
El Viejo Topo, España, 2005.

BERTRAN M.:

Relacions entre families immigrades I institucions educatives en l' etapa de zero a sis anys:
Finestra oberta. Fundació
Jaume Bofill, Barcelona,
2005.

**ENRIQUEZ A. ,PADILLA
P.,MONTILLA I.:**

"Apego, vinculación temprana y psicopatología en la primera infancia":
Informaciones Psiquiátricas,
193 (3), págs. 249-291,
2008.

ESPESO D.:

"Estrés crónico y salud mental en los menores inmigrantes":
Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil,
Número 1/2007: págs. 47-52

FRESQUET J.L., AGUIRRE C.:

Salut, malaltia i cultura:
PUV, Universitat de València,
València, 2006.

HERBERT M.:

Clinical child and Adolescent Psychology:
Wiley, University of Manchester, UK, 2006.

KNIBIEHLER I.:

Histoire des mere et de la maternité en Occident:
Presses Universitaires de France, 2000.

ONANA P.P.:

Discriminación, multiculturalidad e interculturalidad en España:
IEPALA, Colección Educación Crítica, Madrid, 2007.

STERNBERG R.J.,

DETERMAN D.K.:
¿Qué es la inteligencia?:
Ediciones Pirámide, Madrid, 2003.

WEXLER B.:

Brain and culture:
The MIT Press , Cambridge,
Massachusetts London,
England, 2006.
