

Jueves, 12 Abril 2012

## Valorar la existencia del síndrome de Ulises

**Raquel Sanjuán Domingo**

**Eloy Díaz Oliva**

Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza  
Centro Médico de Taco. Tenerife

En la última década la inmigración ha experimentado en nuestro país un notable incremento, con una de las mayores tasas del mundo, siendo el décimo país del planeta y el primero dentro de la Comunidad Económica Europea. Las migraciones constituyen uno de los fenómenos socioculturales más importantes de este siglo, apareciendo como consecuencia de las desigualdades entre países ricos y pobres, y a veces son la única estrategia de supervivencia para algunas personas. Los motivos son diversos pero los emigrantes pobres son los que más sufren los procesos de adaptación y sobre los que recaen los «Sanbenitos» que nuestra sociedad relaciona con esta actividad (estancias ilegales, trabajo sumergido, drogas, prostitución...).

Emigrar se asocia a unos niveles de estrés intensos que pueden llegar a superar la capacidad de adaptación del sujeto. El síndrome de Ulises, junto con la depresión y la distimia, son las patologías psiquiátricas que con más frecuencia sufren los inmigrantes. El síndrome del inmigrante con estrés crónico o síndrome de Ulises hace referencia al héroe griego que padeció múltiples adversidades y peligros lejos de su patria y apartado de sus seres queridos. Este término fue acuñado por primera vez por el doctor Achotegui, psiquiatra de la Universidad de Barcelona, tras observar la reiterada y similar patología que presentaban algunos inmigrantes en su consulta. Se trata de un cuadro clínico similar al de un duelo prolongado e intenso, complicado y difícil de elaborar por la separación familiar, una cultura diferente, un trabajo físico duro y un hospedaje en régimen de hacinamiento, sumado todo a la amenaza constante de la repatriación.

Esta patología no aparece en el lugar de acogida sino que comienza ya cuando se toma la decisión de viajar a un lugar desconocido buscando una vida mejor para él y los suyos. Se caracteriza porque la persona padece una serie de «estresores» que originan una serie de síntomas psiquiátricos. Uno de estos estresores es la soledad. El paciente se ha separado de la familia y de los amigos, siendo además originario de culturas donde las relaciones familiares son vitales y muy estrechas. Esta soledad se manifiesta especialmente de noche cuando afloran los sentimientos, las necesidades afectivas y los miedos. Otro estresor es el del duelo por el fracaso del proyecto migratorio, que surge cuando no se cuenta con las oportunidades para cumplir los sueños planeados. La lucha por la supervivencia, los déficits nutricionales y la precariedad de la vivienda son otros factores que junto al miedo (miedo al viaje, a las mafias, a la repatriación, a no dominar el idioma...) completan la serie de estos estresores. Además, hay que considerar que éstos se potencian no sólo por su multiplicidad sino también por su simultaneidad, su cronicidad, su intensidad y su relevancia humana y porque no son debidamente neutralizados por una red de apoyo social ya agotada e inefectiva.

En la clínica se diferencian síntomas depresivos y síntomas de ansiedad. Entre los depresivos están la tristeza, el llanto, el sentimiento de culpa y las ideas de muerte. Entre los síntomas ansiosos destacan la tensión, el nerviosismo y las preocupaciones excesivas y recurrentes que originan irritabilidad e insomnio. Dentro de los síntomas por somatización cabe destacar especialmente las cefaleas y la fatiga. Las cefaleas son

predominantemente de tipo tensional y la fatiga se verbaliza como una «falta de energía» o como «una falta de fuerzas», pero no como apatía. También existen síntomas osteomusculares debido a contracturas como respuesta al estrés, especialmente localizadas en la espalda y articulaciones mayores, así como molestias abdominales y torácicas atípicas. Todo esto se complica al asociarse un estado de confusión con sensación de fallos de memoria, de sentimiento de extravío y de desorientación por una interpretación cultural en ocasiones ajena al profesional sanitario nativo (...lo que me pasa está ocurriendo por brujería, magia, por hechizos...). Entre los diagnósticos diferenciales se deben plantear los trastornos depresivos endógenos, aunque en el síndrome de Ulises faltan síntomas de apatía y son menos frecuentes los suicidios o las ideas de autolisis. Respecto al diagnóstico diferencial con un trastorno adaptativo, éste se caracteriza por un malestar superior al esperado por la gravedad del estresor desencadenante y con respecto a diferenciarlo de un trastorno por estrés postraumático puede ayudarnos saber que en el estrés postraumático existe gran apatía y baja autoestima.