




# PSICOPATOLOGÍA EN INMIGRANTES Y REFUGIADOS INFANTO- JUVENILES

Dra. Dori Espeso  
psiquiatra infantil ,psicoterapeuta  
CSMIJ Girona -IAS  
SAPPIR Barcelona

Barcelona,18 Octubre 2016

- 
- Las vivencias de los menores refugiados se hallan dentro del marco general del estrés y del duelo migratorio .

- 
- Los niños inmigrantes y refugiados son especialmente vulnerables por su doble condición ,de niños y de inmigrantes

- 
- Es necesario preparar a los chicos para el cambio que supone la migración .Los chicos tiene que despedirse de sus seres queridos ,su colegio , sus amigos...
  - En el contexto actual de extrema movilidad y precariedad se pueden observar procesos migratorios sin preparación previa, incluso con escasa información hacia los muchachos, lo cual les generará después mucho sufrimiento.

# Dificultades en la migración I-J

- Fragmentación ,doble carril de la vida social (escuela-casa)
- Carencias socio-económicas
- Cambios familiares secundarios (padres sobrecargados ,inversión de roles familiares, compartir vivienda con otras familias incluso de diversos grupos étnicos...)
- Dificultades con el idioma(lengua familiar ,social)

# PSICOPATOLOGÍA INFANTO- JUVENIL EN POBLACIÓN INMIGRANTE



# Alteraciones ligadas a la migración infanto-juvenil



- No hay trastornos específicos
- La migración es un factor de riesgo .El niño es un detector de problemas , tanto en la sociedad de acogida como en su propia familia .

# ES UN DUELO MÚLTIPLE: LOS 7 DUELOS DE LA MIGRACIÓN

- La familia y los seres queridos**
- La lengua**
- La cultura: costumbres, religión, valores**
- La tierra: paisajes, luminosidad, colores, olores, humedad...**
- El estatus social: papeles, trabajo, vivienda**
- El contacto con el grupo de pertenencia étnico o nacional: prejuicios, racismo**
- Los riesgos para la integridad física**

**(Achotegui 1999)**

- **Ningún otro duelo supone tantos cambios como el duelo migratorio. Todo lo que rodeaba al chico cambiará ,sin remedio, aunque más adelante volviese a su país de nuevo.**



# Alteraciones ligadas a la migración infanto-juvenil

- Detención o regresión madurativa (enuresis, lenguaje...)
- Pérdidas y el sufrimiento que generan (nostalgia por los seres queridos, aislamiento, tristeza )
- Ansiedad (de separación, insomnio, miedo a quedarse solo en un entorno que no conoce )
- Molestias corporales :dolores de cabeza , estómago , vómitos
- Alteración de la autopercepción, autoestima, sentimientos de vergüenza
- Confusión, despistes, desorientación

# En función de la edad

---

- **Etapa preescolar** : patología carencial ,tanto somática como psicológica
- **Periodo de latencia** : dificultades escolares (fracaso escolar muy elevado )
- **Adolescencia** :conflictos de identidad (amplificados por la realidad bicultural )

# Carencias afectivas parciales

---

Ausencias repetidas de la madre ,cambios en condiciones de vida ,caos educativo ,imágenes maternas múltiples , madre depresiva , inadecuada relación cuidador-bebe.(importancia de los factores socio-económicos )



# Trastornos de alimentación

- Dificultad para comer adecuadamente no por enfermedad médica ni por ausencia de alimentos
- Rumiación ,pica ,anorexia ,bulimia
- Son buenos indicadores de problemas en el desarrollo psicosocial , de necesidades no satisfechas ,fallos en los cuidados ,desculturalización o marginación(quedar al margen de dos culturas )



# Trastornos de alimentación

- El **kwashiorkor** (síndrome de malnutrición grave en la fase de destete )Estudios de Colomb et al.,1969 : anorexia mental del niño sobre fondo de malnutrición crónica ,ligado a disfunción familiar ,de la relación madre-hijo,separado abruptamente de ella. Más frecuente en aglomeraciones urbanas ,desestructuradas ,que en ambientes rurales

# Trastornos de alimentación

- **“Los síntomas de apatía en los niños demandantes de asilo ,un fenómeno nuevo en Suecia “(dra. Marie Hesse )**
- En niños procedentes de exURSS y ex Yugoslavia
- Reacciones de estrés severo ,sentimientos de desesperanza ,repliegue en sí mismos y síntomas regresivos. Como una “epidemia “.Paralizan **funciones vitales** .Algunos requieren **alimentación por sonda**.Todo está en suspenso en espera de la decisión gubernamental ,clima familiar de resignación.La desesperanza “contamina” a los niños .



# Trastornos de ansiedad

- **Trastornos de ansiedad por separación** : temor a que los seres queridos sufran daños durante la separación o no se vuelvan a reencontrar (inmigrantes sin papeles ,irregulares ,refugiados).
- **Fobias escolares** (rechazo ,discriminación)
- **Síndrome de estrés postraumático:**  
ansiedad ,hiperexcitación, pensamientos recurrentes, disociación ,evitación.

(Posibles explicaciones de algunos **absentismos escolares**)

# Trastornos del sueño



- Insomnio ,hipersomnia ,pesadillas ,miedo a dormir.

# Trastornos de eliminación



- Enuresis secundaria
- Encopresis secundaria

# Somatizaciones

- Fatiga ,cefaleas ,abdominalgias ,dolores osteomusculares ,cuadros respiratorios (asma ) ,cuadros dermatológicos (dermatitis atópicas, alopecia ,eczema ) ,pérdida de apetito ,palpitaciones ... ,  
**sin** causas orgánicas que las expliquen.

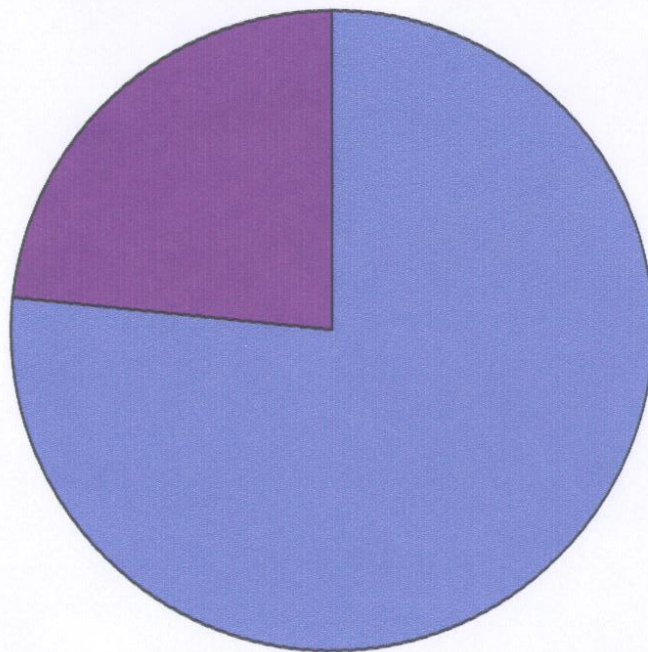
(Estudios en SAPPIR en muestra de población diagnosticada con S.de Ulises 76,7% de cefaleas de tipo tensional)

Study of 30 cases of The Ulysses Syndrome.

(Achotegui J, Lahoz S, Marxen E, Espeso D)

XVIII° Congress of The World Psychiatric Association. Cairo 2005

**Cefaleas 76,7%**



# TDAH



Valorar si los síntomas correlacionan con la presencia de un **ambiente familiar caótico o estrés psicosocial intenso** (marginalidad , pobreza ,rechazo social ,situación de ilegalidad ,de indefensión).

# Trastornos del comportamiento

La mayoría de veces remitidos por su **comportamiento:**

.Irritables ,desafiantes ,negativistas

.Niños inquietos ,impulsivos ,con gran actividad motriz  
,agresivos

La **irritabilidad** es muy frecuente en población I-J  
para defenderse ante el stress

# Trastornos de conducta



- Las adversidades del entorno tienen una influencia causal en la conducta
- La genética explica solo una parte de las variaciones conductuales



# DEPRESION



- Hasta la mitad de los niños con depresión tienen un cuidador principal con alteraciones depresivas



# Trastornos del lenguaje



- Detención o regresión en el desarrollo del lenguaje**
- Mutismo selectivo** (el niño no habla en determinadas situaciones sociales a pesar de que físicamente es capaz de hacerlo).

# TRASTORNO DEL APRENDIZAJE



- Relación compleja de factores ambientales biológicos, ,emocionales ,conductuales y culturales.

# TRASTORNO DEL APRENDIZAJE

- Hay que tener en cuenta los **sesgos** cuando aplicamos test de valoración del CI a población inmigrante ( van a influir factores afectivos, de motivación, sociales ...)
- Los test de inteligencia son solo constructos teóricos para medir las capacidades cognitivo –psicológicas del niño.
- Pero la inteligencia se debería medir **en el contexto ecológico** del sujeto .Esta le permite la adaptación adecuada al entorno que le rodea, el actuar adecuadamente .Los recién llegados requieren tiempo para entender las claves del nuevo entorno.
- Enfoque transcultural de la inteligencia: rápida ,analítica... o bien comedida ,meditada, social...


# Trastornos del aprendizaje



- Edad de llegada, momento del curso escolar (matrícula viva )
- Procedencia rural-urbana
- Sistema escolar en país de origen
- Nivel socio-cultural
- Provisionalidad, situación de ilegalidad




# CONDICIONES SOCIO- ECONÓMICAS

- 
- A menudo se analizan en clave **cultural** cuestiones que tienen más que ver con la **vulnerabilidad social** (condiciones socio-económicas), que condicionan los hábitos de vida ,consumo ,tiempo libre....



- Los más desfavorecidos son los que primero detectan problemas estructurales
- Los grupos sociales más privilegiados se benefician antes y en mayor proporción de las acciones e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud (metáfora del Titanic )
- El grupo de inmigrantes y refugiados sin papeles ,sin trabajo ,así como sus familias, forman un grupo especialmente vulnerable por el alto nivel de estrés psicosocial que sufren.

- 
- Las clases más bajas tienen niveles de estrés más elevados y menos recursos para combatirlo
  - El estrés social ayuda a comprender muchas enfermedades y también un conjunto de conductas como el suicidio, la delincuencia ,la violencia doméstica ,el abuso de menores y lo que se consideran hoy problemas sociales.

# Dificultades para la integración de la población inmigrante I-J

- Madre sola ,aislada, de procedencia rural, con dificultad para manejarse, para seguir proyecto personal, que se queda en el círculo doméstico.
- Familias monoparentales o que enfrentan graves problemas económicos ,con horarios laborales excesivos y poco tiempo para atenderles .
- Precariedad laboral de los padres. Elevados índices de inestabilidad, lo cual acentúa el desarraigo.Dificultades de movilidad(falta de permiso de conducir o coche ).Ilegalidad o trabas administrativas con la renovación de papeles, problemas para la reagrupación familiar etc.

# Efectos de la situación de los refugiados menores inmigrantes

- No dispongo de datos y además ,supongo que son difíciles de cuantificar
- Las familias se fragmentan buscando lugares idóneos ,habiendo movilidad creciente de ida y vuelta a cualquier parte del mundo.
- Esta situación de inestabilidad acrecienta el desarraigo .
- Esto supone más desregulación de los roles parentales, las figuras familiares y sus dinámicas.

# Niños inmigrantes y refugiados sin comer

- Tal como se recoge en documentos publicados recientemente ,hay niños que acuden a las escuelas sin desayunar por falta de recursos familiares y posiblemente solo comerán en el comedor escolar
- Los profesores advierte que los chicos se duermen en clase ,están desconcentrados o irritables

# Tendencia a la medicalización de la crisis

- Es posible que se derive a los chicos para valorar la presencia de determinados síndromes ,por ej. el popular TDAH o los Trastornos conductuales que puede enmascarar una situación de precariedad intrafamiliar importante.

# Vulnerabilidad social




- Fracaso en la escuela
- Falta de red de contactos ,instituciones ,personas ,sectores de trabajo
- Los fracasos tienen un efecto multiplicador





ADOLESCENCIA



- 
- Las dificultades no solo son económicas ,son también de valores .
  - Es más difícil que un joven se arraigue a una sociedad tan cambiante y compleja como la actual ,pero esto asimismo les ocurre a sus padres.
  - Es difícil a veces aceptar ciertos valores sociales ante la injusticia en sus vidas.

# Adolescentes inmigrantes y refugiados

- Trastornos ligados a la **identidad**, por ser adolescente y por ser inmigrante

Aunque:

la globalización acerca a la juventud que se diferencia más de las generaciones anteriores que entre ellos mismos



# Adolescentes

- **Trastornos de ansiedad** ,somatizaciones ,insomnio ,estrés postraumático
- **Dismorfofobias** (color de piel ,cabellos)
- **Fobia social**

# Adolescentes

- **Depresión** (vivencias de pérdida ,vacío ,desvalorización ,inferioridad ,culpa por abandonar tradiciones familiares ,fracaso proyecto vital)
- Conductas **suicidas** o equivalentes (conductas de riesgo)
- **Toxicomanías**


# Suicidio

- Hay una mayor tasa registrada en adolescentes inmigrantes y refugiados.
- Conductas **parasuicidas, de riesgo** :  
propensión a accidentes ,conductas de desafío ,frecuentar grupos marginales ,conductas delictivas que anteriormente no tenían (valorar depresión )

# Consecuencias de la crisis

- Observo un repunte de conductas suicidas y parasuicidas ,en distintas comunidades de inmigrantes y refugiados.
- Se han aumentado los trastornos de conducta tanto en el ambiente doméstico como el escolar o social.
- Aumento de consumo de tóxicos, alcohol, conductas ludópatas (juegos por la red ).





**Los ingredientes para la problemática psico-social** como factor de riesgo en la salud mental de los hijos de los inmigrantes refugiados serían:

***-la desestructuración familiar***

***-el fracaso escolar***

***-el vivir en ambientes sociales de exclusión***



# PTSD vs. ESTRÉS CRÓNICO

# Diferencias significativas entre el PTSD y el estrés crónico



- Los **acontecimientos agudos** , infrecuentes ,singulares , se pueden asimilar como aberraciones, a diferencia de las **adversidades crónicas**

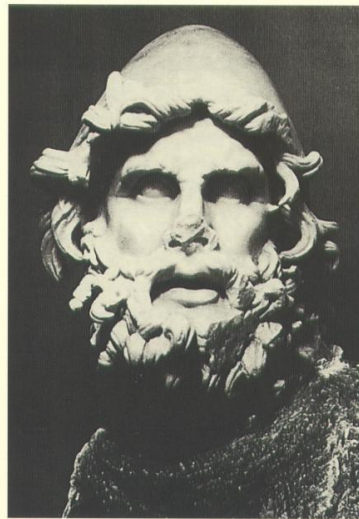
# Estrés crónico

- Lo importante aquí sería el carácter ***penetrante*** y ***duradero*** de los estresores y el papel del riesgo de ***acumulación*** de estresores :exclusión social ,racismo , pobreza ,movilidad geográfica frecuente en busca de trabajo lo cual acentúa el desarraigo , desahucios del grupo familiar ,hacinamiento.
- Los accidentes domésticos son más frecuentes ,fracaso escolar, hambre ,frío, enfermedades ... (**fenómeno de la bola de nieve** ).


# THE SYNDROME OF THE IMMIGRANT WITH CHRONIC AND MULTIPLE STRESS

(The Ulysses Syndrome)


Achotegui ,2002



*Από το άγαλμα του Οδυσσέα στη σπηλιά των Τιβέριων,  
στη Σπερλόγχα (1ος αι. π.Χ.)*



# The Ulysses Syndrome in children and young population

- 
- Hace referencia a las condiciones extremas en las que viven los niños inmigrantes ,población ya de por sí frágil ,en el siglo XXI
  - Vivencias de desarraigo y exclusión social que deben soportar durante años(sufren consecuencias de situación de los padres )
  - Incremento de la migración I-J clandestina no acompañada (media de 15 años ,con tendencia a mayor infantilización )







# Los estresores



- La soledad
- El fracaso
- La lucha por la supervivencia
- El miedo , el terror

# Patologías asociadas al estrés crónico

- **Inmunosupresión**: efecto inhibitor sobre el timo .Disminuiría 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 catarras de vías altas ,peor cicatrización de heridas .Los resultados en la relación con el cáncer son aún contradictorios.
- **Alteraciones cardiovasculares**: Hipertensión y enfermedades coronarias .El sistema renina – angiotensina produciría vasoconstricción periférica pero también aumentaría la retención de sal. Es importante la vulnerabilidad individual y por supuesto la ingesta aumentada de sal en la dieta.Aumenta el riesgo en el caso de estrés prolongado.
- **Diabetes**:la tipo 1 tendría más relación con mecanismo autoinmune ,pero la tipo 2 tiene una relación sólida con el estrés
- **Inflamación** :episodios repetidos de estrés estarían ligados a procesos inflamatorios crónicos ,fiebre y procesos ateroscleróticos (se elevaría la proteína C reactiva y algunas proteínas de la coagulación)
- **Síndrome metabólicoX**: dislipidemia ,obesidad.
- **Envejecimiento**: por el incremento de radicales libres .Hay una estrecha relación entre estrés emocional crónico y la actividad telomerasa de los leucocitos ,fundamental en los procesos de envejecimiento.

# El estrés como paradigma de la unión cuerpo-mente



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

# Modelo de riesgo acumulado

(Rutter,1985 -Modelo del riesgo acumulado )

- La **acumulación** de factores de riesgo hacen al niño más vulnerable a la psicopatología , llegando a doblar y triplicar su **vulnerabilidad**.



# Los síntomas

# Niveles de alteraciones(fisiológico)

- La **hiperactivación crónica** del sistema hipotalamo-hipofisis-suprarrenal, que regula la respuesta del cuerpo al estrés, lleva a una **pérdida de modulación de dicha respuesta** (Hart et al., 1996):

sudoración, irritabilidad, falta de control, aumento de la excitabilidad ante cosas sin importancia, nerviosismo, sensación de frío, temblores , miedo irracional....

# Niveles de alteraciones(emocional)


- Las vivencias de adversidades crónicas ,además, hacen que el niño disminuya su sensación de **seguridad a nivel emocional** ,alteran sus **relaciones de apego** y favorecen la **inestabilidad emocional** :
  - sentimientos de desesperanza ,depresión, miedo a la soledad, dificultad para tener relaciones emocionales estables ,vivencias de fracaso, de rechazo...



# Niveles de alteraciones(cognitivo)

- Distorsión de sus **representaciones morales internalizadas** , de sus **valoraciones cognitivas, éticas** .Es decir, facilitaría la fractura moral, la anomia...

(psicopatías ,trastornos de personalidad, conductas disociales ,marginales,desarraigadas)

- 
- Nuestro modelo médico parece estar demasiado lejos de los factores sociales, culturales ,religiosos ...tendiendo a la tecnificación e individualización

# Impacto de la situación de los refugiados infantojuveniles

- La mayor adversidad es 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, perpetua el ciclo de pobreza.
- **Hay nexo entre salud-estatus económico .Sería conveniente desechar la retórica reduccionista de la “responsabilidad personal”.**

**“La salud no se elige libremente ...no la elige quien quiere sino quien puede “(J.Benach,C.Muntaner-publ.El Viejo Topo)**



Vulnerabilidad-----Resiliencia

# Modelo vulnerabilidad –resiliencia

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 ,Cyrułnik )

Esta vendría facilitada por las posibles experiencias de **calidez ,baja conflictividad y cohesión** que se hayan podido dar en su **entorno** y que actuarían como **elemento facilitador**.



# Modelo vulnerabilidad -resiliencia

- Pero la resiliencia **no es un modo de reaccionar absoluto y estable** .Nadie es resiliente a todas las variedades de traumatismos y no se puede estar seguro de ser siempre resiliente a algo que en el pasado se superó (**la gota que colma el vaso**)
- Los niños con “vínculo seguro ” pueden deslizarse hacia un “vínculo inseguro” si son confrontados a traumas repetidos o particularmente graves durante un periodo prolongado ( Weifeld et al.,2000 y Lewis et al.,2000)

# INTERVENCIÓN






# Modelo vulnerabilidad –resiliencia



**Importancia de nuestras intervenciones terapéuticas ,como elementos facilitadores en las circunstancias vitales de estos niños (aceptación ,proximidad, ,calidez ,apoyo ,orientación, ,clarificación ,coherencia...)**

- 
- No medicalizar directamente su sufrimiento
  - A veces nuestra intervención pasa más bien por desmedicalizar lo que tiene otra naturaleza.
  - Es mejor hacer una recogida de síntomas observables ,dejando tiempo para clasificarlos en entidades psicopatológicas más adelante.
  - Contar con las comorbilidades no solo psicológicas sino también físicas.

# INTERVENCIONES

- El momento del recibimiento (acogida) es muy importante y marcará las intervenciones posteriores.
- Es preciso un trabajo con los chicos y sus familias a medio y largo plazo (es un proceso) Hay que tener paciencia.
- Estimular la participación. Dar importancia a los espacios de ocio ,la calle... para establecer relaciones de proximidad. Es decir, crear **tejido social** .
- Trabajar en el fomento de sus capacidades. Creer en ellos
- Ser conscientes de nuestros propios prejuicios y también de nuestras expectativas hacia ellos .

# Pilares de nuestra intervención

- Promoción de la salud, **potenciando aspectos positivos** que presenta
- **Aminorar factores de vulnerabilidad**
- No solo basarnos en intervenir en la persona, hay que influir en el entorno social , cultural , económico , psicológico , espiritual (**entorno ecológico** )



# Gracias por vuestra atención

[doriespeso@gmail.com](mailto:doriespeso@gmail.com)