

R. 19.754

Te 516.87.3.17
177

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
Facultad de Medicina
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica

**TRASTORNOS PSIQUIATRICOS
EN REFUGIADOS POLITICOS**



Juana Martínez Ladrón

Madrid, 1992
Biblioteca
de Medicina

Colección Tesis Doctorales. N.º 150/92

© Juana Martínez Ladrón

Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía.
Escuela de Estomatología. Ciudad Universitaria.
Madrid, 1992.

Ricoh 3700

Depósito Legal: M-12235-1992

X-53-0022 f4-1



La Tesis doctoral de D. Jesús Martínez Paduri

titulada Trazos Psíquicos de Refugiados Políticos

Director Dr. D. Cecilia Carbonell

fue leída en la Facultad de MEDICINA de la
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

el día 11 de Julio de 1991 ante el tribunal constituido
por los siguientes Profesores:

Presidente Alfredo Salcedo Ordóñez

Vocal José Rollo Rincón

Vocal Isabel Colunga Romano

Vocal Dolores Caspá Huetos

Secretario Gerardo Marandí Lavín

habiendo recibido la calificación de A.P.T. Cum Laude
Unanimitad

Madrid, a 11 de Julio de 1991
El Secretario del Tribunal,

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS
EN
REFUGIADOS POLITICOS

Autor: JUANA MARTINEZ LADRON

Director: CARLOS CARBONELL MASIA



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Hospital Universitario San Carlos
Ciudad Universitaria
28040-MADRID

CARLOS CARBONELL MASIA, PROFESOR TITULAR DE PSIQUIATRIA
DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

C E R T I F I C A : Que el trabajo de investigación que
 lleva por título: "TRASTORNOS PSIQUIATRI-
 COS EN REFUGIADOS POLITICOS", realizado
 bajo mi dirección por D^a Juana Martínez
 Ladrón, reúne méritos suficientes para
 optar al Grado de Doctor en Medicina y
 Cirugía.

Y para que conste, firmo el presente
certificado en Madrid, a catorce de junio
de mil novecientos noventa.



Fdo: Prof. Carlos Carbonell Masia



DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

CIUDAD UNIVERSITARIA
TELEF. 562.1111
28042 MADRID

ALFREDO CALCEDO ORDOÑEZ, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

HACE CONSTAR: que el trabajo titulado "Trastornos psiquiátricos en los refugiados", realizado por D^a Juana MARTINEZ LADRÓN bajo la dirección del Prof.C.CARBONELL MASIA, reúne las condiciones necesarias para ser presentado y defendido públicamente como trabajo de Tesis Doctoral.

Lo que firmo en Madrid, a veinticuatro de Mayo de mil novecientos noventa y uno.



Prof. Dr. A. Calcedo Ordoñez

A mis padres

"in memoriam"

Mi gratitud para Carlos Carbonell, paciente director de este trabajo, por su orientación crítica y constante apoyo. Y para todas aquellas personas que, de alguna manera, han prestado valiosa ayuda para su realización, entre quienes no puedo dejar de mencionar a Gonzalo Morandé, por su colaboración en el proyecto del trabajo; a Amparo Colmenero, por transmitirme su experiencia en los problemas de los refugiados; a Mercedes Martín, por su ayuda en el tratamiento estadístico de los datos; a Félix H. Cano, por sus enseñanzas matemáticas; a Quintín Abánades por su eficacia en la solución de los problemas informáticos; y muy particularmente a Pascual, sin cuyo apoyo no podía haber realizado la tesis.

I N D I C E

	<u>Pág.</u>
MOTIVACION PERSONAL	I
I.- INTRODUCCION	1
A.- Refugiados políticos	1
B.- Movimiento de refugiados políticos	5
C.- Refugiados políticos en España	11
D.- Servicios de atención a refugiados en España	13
E.- Población objeto de este estudio	17
F.- Uso del intérprete	29
II.- PSICOLOGIA DEL REFUGIADO	33
A.- Diferencias psicológicas entre emigrantes y exiliados	33
B.- Crisis que conlleva el exilio	36
C.- De la crisis al estrés en el refugiado	40
D.- Vulnerabilidad al estrés	46
E.- Psicopatología en el refugiado	52
III.-PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL	77
A.- Transculturación	77
B.- Historia de la Psiquiatría Transcultural	79
C.- Síndromes ligados a la cultura	82
D.- Acción de la cultura en los síndromes psiquiátricos	87
IV.- OBJETIVOS DEL TRABAJO	94

V.- MATERIAL Y METODO	95
A.- SUJETOS, VARIABLES E INSTRUMENTOS	95
A.1.- Sujetos	96
A.1.1.- Muestra 1	97
A.1.2.- Muestra 2	98
A.2.- Variables	98
A.2.1.- Muestra 1	98
A.2.2.- Muestra 2	99
a) Variables familiares	99
b) Variables del niño	100
A.3.- Instrumentos utilizados	101
A.3.1.- Muestra 1	102
A.3.2.- Muestra 2	105
B.- SISTEMATICA DE RECOGIDA DE DATOS	112
B.1.- Muestra 1	112
B.2.- Muestra 2	114
C.- TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS	118
VI.- RESULTADOS	123
A.- ANALISIS DE LA POBLACION ATENDIDA EN CONSULTA	
I.- Datos estadísticos sobre la población atendida	123
II.- Análisis de los grupos más numerosos atendidos	148
A.- Estudio de la población iraní	152
B.- Estudio de la población cubana	164

C.- Estudio de la población chilena	174
D.- Estudio de la población polaca	185
III.- Análisis de las relaciones entre las variables	197
IV.- Trastorno por estrés postraumático	240
B.- ESTUDIO DE LA POBLACION INFANTIL	256
I.- Evaluación del entorno familiar	256
I.A.-Datos del cuestionario general	256
I.B.-Cuestionario de salud de Goldberg	263
II.- Características de los niños	264
II.A.- Datos del cuestionario de los niños	264
II.B.- Evaluación psicológica de los niños a través de diversas pruebas	268
a) Cuestionario de Rutter	268
b) Test de Bender	271
c) Test de Raven	271
III.- Análisis de las relaciones entre las distintas variables del estudio	273
IV.- Trastorno por estrés postraumático en niños	315
VII.- DISCUSION	317
A.- Población atendida en consulta	318

B.- Estudio de la población infantil	376
VIII.- CONCLUSIONES	387
IX.- ANEXOS	
Anexo I	392
Anexo II	396
Anexo III	403
Anexo IV	407
X.- BIBLIOGRAFIA	412

MOTIVACION PERSONAL

Los movimientos de refugiados políticos varían según las épocas y países, debido a lo cambiante o transitorio que, siempre, resulta la causa que los provoca: un régimen político que les empuja a abandonar su país de origen. Estas variaciones de refugiados se dan, igualmente por tanto, en la reciente historia española como país receptor de esta población. Así, observamos un incremento de refugiados cubanos a partir de los años 60, o la aparición de refugiados de otras nacionalidades latinoamericanas, principalmente chilenos, en la década de los 70, etc.

Con la promulgación de la Constitución Española, en 1978, la situación experimenta una mayor amplitud receptora, como consecuencia de la adhesión del Gobierno a los Convenios Internacionales de Ayuda y Protección al Refugiado, incrementándose, por consiguiente, el número de refugiados con procedencia de las más diversas nacionalidades.

El aumento del número de personas acogidas a los programas de ayuda e inserción del refugiado ha hecho surgir

una serie de Servicios de asistencia. Entre otros, destaca el Servicio de Atención Psicológica y Psiquiátrica que la Cruz Roja, dentro del Servicio de Asistencias a Extranjeros, creó para este colectivo, con peculiaridades propias.

He estado trabajando en la atención psicológica y psiquiátrica al refugiado en este Servicio de Asistencia a Extranjeros de Cruz Roja Española de Madrid, desde 1986. Este trabajo me despertó un interés por este ámbito de la Psiquiatría, causa de mi creciente dedicación por el tema. Por ello, he querido elaborar un trabajo sobre los trastornos psiquiátricos en refugiados y asilados políticos que me permitiese ordenar, desarrollar y profundizar en el conjunto de conocimientos adquiridos en este tiempo de consulta asistencial.

Este trabajo, por tanto, es fruto, por un lado, de la experiencia clínica diaria con el refugiado; y, por otro, de la lectura y contraste, de los datos obtenidos, con los estudios y obras de otros profesionales. Fuente, esta última, que me ha sido sumamente útil, tanto o más como la recogida de datos empíricos.

Dada la relativa novedad de la población de refugia-

dos políticos, en nuestro país, apenas existen profesionales dedicados a este tema, al contrario que en otros países con más antigua tradición como receptores de refugiados. Por ello, es de destacar la labor en este terreno del GRUPO COLAT (Colectivo Latinoamericano) que llevan varios años trabajando en Bélgica, vinculados a la Universidad de Lovaina. Igualmente, son importantes los trabajos realizados en Alemania, Suecia, Dinamarca, Estados Unidos y Canadá.

La Unidad de Asistencia en Salud Mental para Refugiados de la Cruz Roja, en Madrid, está constituida por dos psiquiatras y un psicólogo social. Este último venía desempeñando su función desde 1983. El primer psiquiatra se incorporó en Marzo de 1984. A principios de 1986, debido al aumento de la demanda asistencial, por un lado, y al hecho de que, mujeres refugiadas, principalmente de religión musulmana, solicitaban una profesional mujer, me incorporé a dicha Unidad.

Influyó, también, en mi designación el hecho de ser yo, además de psiquiatra, psicóloga clínica y tener abundante y variada experiencia en el uso de tests y otros instrumentos psicológicos que, el otro psicólogo no utilizaba, ya que, como he dicho, se dedicaba, principal-

mente, a la psicología social: tareas de grupo, animación cultural, colaboración con los trabajadores sociales, etc. De ahí, la necesidad de completar el trabajo de éste con un tratamiento individualizado en los casos que se estimaba oportuno.

Por tanto, a la consulta de Psiquiatría acudían los refugiados enviados por el psicólogo social cuando detectaba, en ellos, alguna alteración psicológica. Otros venían enviados por los trabajadores sociales, y, también, acudían refugiados enviados por los médicos de Medicina Genral o de los Servicios de Urgencias. Por último, algunos venían por propia iniciativa, indicando su necesidad de continuar un tratamiento iniciado en el país de origen o consultando por primera vez.

He planteado un estudio que consiste en un corte transversal de la población que asistió a consulta durante el año 1988. Hubiera sido muy interesante poder realizar un seguimiento longitudinal de esta población, pero se descartó por la dificultad que entrañaba desarrollarlo con este colectivo, por su gran movilidad geográfica. En muchos casos de marchan a otro país para asentarse, definitivamente, reuniéndose con otros familiares; es el caso de los cubanos en Miami, los iraníes en U.S.A. o Canadá,

y los polacos, también en Canadá, y, en menor porcentaje, en U.S.A. Tampoco debemos olvidar el retorno esporádico de algunos refugiados a sus propios países, en la medida en que cambian las circunstancias políticas.

A esta movilidad de asentamiento se une el hecho de que cuando el refugiado consigue tener su documentación adecuada y logra un trabajo, ya no depende de Cruz Roja, sino de los Servicios de Salud y Servicios Sociales de la población general. En el caso más desfavorable, en que su solicitud de asilo o refugio sea rechazada, automáticamente, deja de percibir, también, las prestaciones de Cruz Roja, tanto económicas como sanitarias o sociales.

Estas circunstancias hacen que, cuando nos hemos planteado desarrollar trabajos de seguimiento, se ha tenido que contar con la colaboración de personal voluntario para la recogida de datos, y, además, se han reunido un número reducido de casos por el alto porcentaje de búsquedas infructuosas, ya que a todas las descritas más arriba, se añade el hecho de que cuando el refugiado permenece en Madrid, son muy frecuentes los cambios de domicilio, al vivir en pisos de alquiler.

A la primera parte de este trabajo que, como he

dicho, es un análisis de la población que asiste a consulta psiquiátrica, se ha añadido un estudio sobre una muestra de niños.

Debido a la baja demanda de consulta psicológica o psiquiátrica por parte de la población infantil, se ha analizado una muestra de niños, entre 7 y 11 años, seleccionados al azar entre la población comprendida entre estas edades.

Confieso no haberme resistido a la tentación de incluir en este trabajo, como digo, un apartado dedicado al estudio de la población infantil de los refugiados. Población a la que me siento fuertemente inclinada debido a mi formación en Psiquiatría Infantil realizada, durante el periodo de Médico Residente, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central de la Cruz Roja.

En definitiva, con este trabajo no pretendo sólo cubrir la realización de una etapa administrativo-docente, sino que, lo más importante, es su contribución al desarrollo de la reciente Psiquiatría del refugiado. Con él, aporto los resultados de una rica experiencia con la población de refugiados, con el ánimo y la esperanza de que estas conclusiones puedan ser útiles para la conti-

nuación de los estudios en este area de la Psiquiatría,
enmarcable dentro de la Psiquiatría Transcultural.

I. INTRODUCCION

El objeto de este estudio es la investigación de los trastornos psicológicos observados, en la consulta psiquiátrica de una población que, por las más variadas causas, se encuentran fuera de su habitual entorno familiar y social: refugiados y asilados políticos.

Es frecuente observar, en las consultas de atención primaria de esta población, la reiteración de determinados síntomas o quejas somáticas con ausencia de una etiología física evidente, constatándose empíricamente la asociación entre la aparición de sucesos vitales problemáticos y la manifestación o expresión de síntomas psicopatológicos.

A.- REFUGIADOS POLITICOS

El concepto de refugiado se extendió a partir de la I Guerra Mundial. KRENZ (1984) afirma que el término "refugiado" es acuñado en los acuerdos internacionales, promovidos por la Sociedad de Naciones, para definir a

aquellas personas que, por razones políticas, se vieron obligadas a salir de su país a raíz de los sucesos bélicos de 1914 y de los movimientos de población subsiguientes como la afluencia de rusos a Europa Occidental y a Estados Unidos de América tras la Revolución de 1917 primero, y las masivas salidas de austríacos y alemanes huyendo del régimen hitleriano, después. Como dato revelador de la importancia de estos movimientos de población citamos el número de personas que, se calcula, se desplazaron en Europa, tras la II Guerra Mundial: 21 millones.

Con el concepto de refugiado se pretendió crear un estatuto jurídico específico que recogiese los derechos de estas personas en los países receptores para facilitar la acogida y protección en su nueva ubicación, más allá del simple derecho de asilo que ya existía con anterioridad a la I Guerra Mundial.

Las primeras expresiones de esa actitud protectora tenían una proyección restringida, con cobertura limitada a determinadas nacionalidades (alemanes, austríacos, turcos, etc.), sin contemplar una definición universal del refugiado. Así, se creó un Alto Comisariado para los Refugiados o se entregaban Documentos de Salvaguardia con validez local.

Según VERDROSS (1973), uno de los primeros estatutos provisionales concedidos fue el otorgado por la Sociedad de Naciones, para atender a los emigrados de la Unión Soviética que habían sido privados de la nacionalidad rusa, hasta la adquisición de una nueva nacionalidad, instituyendo el **pasaporte Nansen** por el Acuerdo de Ginebra de 5 de julio de 1922: se trata de un certificado oficial que sustituye al pasaporte.

En octubre de 1933, el Consejo de la Sociedad de Naciones creó un nuevo organismo autónomo encargado de los emigrados procedentes de Alemania (Alta Comisaría para los refugiados de Alemania, judíos o no).

En 1943, el Alto Comisariado de la Sociedad de Naciones y el Comité Intergubernamental (creado en 1938 fuera del marco de la Sociedad de Naciones) llevan a cabo una definición explícita de la figura del refugiado: se trataba de "todas aquellas personas, dondequiera que se encuentren, que, como consecuencia de los acontecimientos de Europa, han tenido que dejar o podrían verse obligados a dejar el país de su residencia, porque su vida o sus libertades están amenazadas en razón de su raza, de su religión o de sus opciones políticas".

A raíz de la II Guerra Mundial se creó la I.R.O. (Organización Internacional de Refugiados) como organismo especializado, por resolución de la Asamblea General de la O.N.U de 15 de diciembre de 1946, con la misión de repatriar a las personas desplazadas durante la guerra. Este organismo fue sustituido, el 1 de enero de 1951, por un Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (A.C.N.U.R.), cuyo cometido es influir sobre los Estados para que protejan adecuadamente a los refugiados.

En el Convenio de Ginebra de 28 de julio de 1951, surge una definición internacional de la figura del refugiado, que es más genérica, tanto geográfica como temporalmente, de lo que había sido hasta entonces. Aunque fue firmada, en un principio, por 26 países que pertenecían a la O.N.U., posteriormente, fue ratificada en la firma del protocolo de Nueva York de 1967, llegándose a adherir, en 1982, 72 países. Esta definición es la siguiente:

"Es refugiado cualquier persona que se halle fuera del país de su nacionalidad o, si carece de nacionalidad, fuera del país en el cual tenía

su residencia habitual, por tener o haber tenido temores fundados de ser víctima de persecución por motivos de raza, religión, nacionalidad u opiniones políticas, y no pueda o, debido a ese temor, no quiera acogerse a la protección del gobierno del país de su nacionalidad o, si carece de nacionalidad, no quiera regresar al país donde antes tenía su residencia habitual".

B.- MOVIMIENTO DE REFUGIADOS POLITICOS

Aunque en los años siguientes a las dos Guerras Mundiales el número de refugiados políticos se elevó considerablemente, posteriormente la cifra se vio reducida hasta los últimos años en que ha experimentado un relativo ascenso, estimándose, en la actualidad, alrededor de 12 millones de refugiados en el mundo, según ANDREASSEN (1988).

Una mayoría de refugiados políticos proceden de países en vías de desarrollo y se asientan en países del mismo nivel económico, que a causa de su propia presión demográfica y de una situación económica austera son los menos capaces de asumir esta carga suplementaria sin

hacer considerables sacrificios. Citemos, por ejemplo, los actuales tres millones de refugiados en Pakistán, dos millones en Irán, más de un millón en Sudán, los cientos de miles en Somalia, además de numerosos refugiados en diferentes países de Asia, Africa y América Central.

Según la revista REFUGIADOS (1986), publicada por ACNUR, Africa es el continente donde se registran mayores movimientos de refugiados. En 1980 la cifra se estimaba en unos cinco millones, si bien, desde entonces, ha ido aumentando, hasta el punto de que uno de cada dos refugiados en el mundo es africano.

En relación al continente americano, la situación en América Central es preocupante. Las represiones gubernamentales, junto con las actuaciones de las guerrillas, provocan una gran inestabilidad política que fomenta un clima de inseguridad permanente en los ciudadanos, potenciando un entrecruzamiento de flujos de poblaciones civiles entre los diferentes países. Se calcula que hay unos dos millones de desplazados. En Sudamérica, Chile ha sido el principal foco emisor en los últimos años.

Por lo que respecta a Asia, y, por la misma causa de inestabilidad política que en América Central, se repite

la situación de inseguridad en los ciudadanos, provocando, igualmente, movimientos de poblaciones entre los diferentes países del Sudeste Asiático y del Oriente Próximo. Así, en Camboya, Laos o Vietnam, grandes masas de población, víctimas de continuas guerras, han abandonado sus países refugiándose en campos fronterizos de Tailandia o Malasia, o emprendiendo peligrosas travesías, sin rumbo fijo, a través del mar (los ya famosos "boat people" vietnamitas). En los últimos cinco años, se calcula que han salido de sus países de origen unos dos millones y medio de personas procedentes del Sudeste Asiático. Los países emisores de refugiados en Oriente Próximo han sido principalmente Afganistán, Irán e Irak.

En Europa, los focos emisores de población se han centrado únicamente en los países del Este.

Hasta ahora, hemos señalado, movimientos emergentes de refugiados, a grandes rasgos, sin cifras precisas, dada la dificultad de obtener datos de los países emisores, reacios a facilitarlos, por la naturaleza política del refugiado. No ocurre lo mismo con los países receptores, que son más prolijos en facilitar datos: a continuación se incluyen tablas informativas de los mismos. CUADROS 1, 2, 3 y 4. (pág. 8, 9 y 10).

CUADRO 1

Origen geografico de los refugiados que
llegan a Europa (1984/86) -porcentajes-

<u>P A I S</u>	<u>1984</u>	<u>1985</u>	<u>1986</u>
Asia (inc. Turquía)	52%	60%	58%
Africa	15%	15%	13%
América del Sur	4%	3%	3%
Otros	29%	22%	26%

De ANDREASSEN (1988)

CUADRO 2 Países receptores de refugiados

(Cifras al 1 de Enero de 1983)

<u>EUROPA</u>	<u>Refugiados</u>	<u>AMERICA</u>	<u>Refugiados</u>
Francia	150.000	EE.UU	1.000.000
Reino Unido . .	143.000	Canadá	353.000
R.F.A.	100.000	Méjico	160.000
Suiza	43.000	Guatemala . .	70.000
Austria	29.000	Honduras . . .	34.500
España	23.500	Nicaragua . . .	18.500
Bélgica	21.000	Costa Rica . .	15.000
Suecia	20.000	Argentina . . .	11.500
Holanda	14.000	Brasil	5.400
Italia	13.600	Rep.Dominicana .	5.000
Portugal	7.600	Cuba	2.000
Noruega	6.000	Belice	2.000
Grecia	4.000	Panamá	1.500
Dinamarca . . .	1.800	Perú	1.200
Yugoslavia . . .	1.700	Ecuador	700
Rumania	1.000	Venezuela	700

CUADRO 3 Países receptores de refugiados

(Cifras al 1 de Enero de 1983)

<u>AFRICA</u>	<u>Refugiados</u>	<u>ASIA</u>	<u>Refugiados</u>
Somalia	700.000	Pakistán	2.800.000
Sudán	637.000	Irán	1.600.000
Zaire	301.200	China	272.100
Burundi	214.000	Thailandia	168.900
Argelia	167.000	Malasia	99.200
Tanzania	159.000	R.S.Vietnam	28.000
Uganda	116.000	Filipinas	14.600
Angola	96.200	Indonesia	13.200
Zambia	89.000	Hong-Kong	12.600
Ruanda	62.000	Laos	3.500
Djibouti	35.000	Líbano	2.900
Zimbabwe	20.200	Japón	2.200
Lesotho	11.500	Turquía	1.400
Etiopía	11.000	Macao	1.000
R.Centroafricana	7.400		
Swazilandia	7.000		
Egipto	5.500		
Senegal	5.200		
Kenia	5.200		
Nigeria	5.000		
Camerún	3.500	<u>OCEANIA</u>	<u>Refugiados</u>
Botswana	1.300	Australia	317.000
Marruecos	500	Nueva Zelanda	10.600

(Los países con menos de 500 refugiados quedan excluidos)

CUADRO 4 Reparto de los refugiados en el mundo.
 Los 20 primeros países receptores
 (Cifras al 1 de Enero de 1986)

<u>PAIS</u>	<u>Refugiados</u>
Pakistán	2.702.500
Irán	2.300.000
Sudán	1.164.000
EE.UU	1.000.000
Somalia	700.000
Canadá	353.000
Zaire	283.000
China	279.800
Burundi	267.500
Tanzania	212.900
Méjico	175.000
Francia	174.200
Argelia	167.000
Uganda	151.000
India	136.700
Reino Unido	135.000
R.F.A.	134.000
Thailandia	130.400
Zambia	103.600
Malasia	99.700

Fuente: Revista REFUGIADOS, 1986.

El número de personas que buscan asilo en Europa ha ido aumentando progresivamente desde 1984, sobre todo en lo que se refiere a refugiados de otros continentes.

A los datos expuestos en los cuadros anteriores debe hacerse las siguientes matizaciones: el grado de fiabilidad de las cifras es, en cierta medida, relativo, ya que han sido suministradas por diferentes gobiernos que han empleado distintos métodos censales y estadísticos, y, en algunos casos, utilizando sistemas rudimentarios o poco desarrollados. Por otra parte, en los cuadros 2 y 3, los datos corresponden a 1983, habiéndose producido algunas variaciones en los años siguientes: Así, por ejemplo, España, que estaba en sexto lugar, pasó a ocupar, en 1987, el cuarto lugar de países receptores en Europa.

C.- REFUGIADOS POLITICOS EN ESPAÑA

Nuestro país ha pasado, de tener una mínima presencia de refugiados en la década de los 60, a convertirse, en los últimos años, en un importante destino de refugiados políticos.

Hasta 1960, en España, no puede hablarse de una

presencia significativa de extranjeros en busca de refugio. Es, a partir de esa fecha, cuando comienzan a llegar los primeros refugiados de origen cubano, pero, habría que esperar hasta 1978, año en que se aprobó la Constitución Española, para que el Gobierno decidiese adherirse a los dos grandes instrumentos internacionales: la Convención de Ginebra de 1951 y el Protocolo de Nueva York de 1967. No tardaron en verse los frutos de esta adhesión; tan solo un año después, en 1979, se admitieron casi un millar de refugiados procedentes del Sudeste Asiático (Vietnam y Laos) y quinientos cubanos procedentes de la Embajada del Perú.

En los años siguientes a la incorporación de España a los Tratados Internacionales, se ha visto transformado el panorama nacional, en lo que a refugiados políticos se refiere, por la cifra de admitidos, la envergadura del problema que conlleva y por la diversidad en la procedencia geográfica de los refugiados. No vienen ya, sólo de América Latina, sino mayoritariamente de Oriente Próximo y del Sudeste Asiático. También comienzan a afluir crecientemente los africanos y los procedentes de Europa Oriental, tendencia que se mantiene progresivamente, como señala ROMO (1986).

En 1985, la cifra de refugiados residentes en nuestro país oscilaba entre los 23.500, que estimaba el A.C.N.U.R. (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), y los 50.000, calculados por Cáritas Española y el COLECTIVO IOE (1985). No se dispone, lamentablemente, de abundancia de datos ni de estudios en lo que se refiere al refugiado político, que queda un tanto desdibujado dentro de la problemática genérica de los extranjeros en España.

ROMO (1984) señala que, España, se ha convertido, en los últimos años, en un importante destino, tanto para refugiados políticos, que ha colocado a nuestro país en el cuarto lugar de receptores de Europa, como de inmigrantes económicos.

D.- SERVICIOS DE ATENCION A REFUGIADOS EN ESPAÑA

Como la problemática de los refugiados políticos, en España, se ha desarrollado fundamentalmente en los últimos años, los servicios que los atienden son, igualmente, de reciente creación.

No obstante, cabe señalar la labor pionera, hacia

1956, que realizó la Comisión Católica Española de Migración (C.C.E.M.), hoy integrada en la Conferencia Episcopal Española, al prestar su ayuda a los refugiados que, por entonces, llegaron a España: los primeros cubanos que salieron de su país tras la revolución castrista.

Además de esta Comisión, los principales Organismos que han prestado atención a los refugiados políticos en España, son: Cruz Roja, A.C.N.U.R., C.E.A.R., S.E.R.A.D. y los servicios sociales del Estado (INSERSO).

En 1974, se creó el Servicio de Refugiados de la Cruz Roja Española, que actualmente se denomina Servicio de Asistencia a Extranjeros. Es el organismo que atiende a un mayor número de refugiados y una de sus principales virtudes consiste en que, los programas que realiza, se destinan, tanto para los refugiados o asilados que son aceptados por el Gobierno, como para aquellos extranjeros que, careciendo de medios propios, hayan solicitado el Estatuto de Asilado o Refugio, así como para los extranjeros que, permaneciendo autorizados en nuestro país, no puedan ser considerados como turistas ni como inmigrantes laborales, al haber tenido que abandonar su país por causas ajenas a su voluntad, según la MEMORIA del Servicio de Asistencia a Extranjeros de la Cruz Roja Espa-

Ñola (1985).

Este Servicio suscribe anualmente Convenios-Programas con la Administración del Estado, mediante los cuales éste financia la atención a los refugiados políticos que presta la Cruz Roja Española. El Convenio que se firmó, en, 1988 contemplaba las siguientes atenciones: asesoramiento a los solicitantes de asilo o refugio; prestaciones económicas de emergencia; asistencia sanitaria primaria y especializada, urgencias, ambulancias, hospitalizaciones, asistencia psicológica y psiquiátrica, reconocimiento y certificados médicos y gastos de farmacia, ortopedia y óptica; y prestaciones periódicas asistenciales (pensiones).

En 1979, como consecuencia de la adhesión española a la Convención de Ginebra y al Protocolo de Nueva York, la Organización de las Naciones Unidas abrió, en España, la primera oficina del A.C.N.U.R.: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Entre sus actividades, destaca la publicación y difusión de la revista especializada "Refugiados", en versión española, como vehículo de información, solidaridad internacional y asesoramiento técnico sobre la atención a este colectivo.

Al mismo tiempo, se creó la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (C.E.A.R.), cuya actividad, financiada por el Estado, se centra fundamentalmente en la concesión de becas para estudios, subvenciones para la creación de empresas por refugiados (asentamientos), sensibilización de la opinión pública, asesoramiento legal y ayudas económicas para facilitar el retorno a latinoamericanos.

El Estado creó, además, un organismo especializado: el Servicio Social de Refugiados, Asilados y Desplazados (S.E.R.A.D.) para "encauzar, planificar y coordinar la acción social del Estado en este campo". Empezó dependiendo de la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, para pasar, en 1988, con la creación del Ministerio de Asuntos Sociales, a depender de éste y denominarse Centro Estatal del Servicio Social para Asilados y Refugiados (C.E.S.S.A.R.) Su actividad consiste principalmente en canalizar las dotaciones del Estado para las diferentes Organizaciones que dedican atención al refugiado (Cruz Roja, C.E.A.R., C.C.E.M., etc.).

Y, finalmente, dentro de los servicios sociales que el Estado canaliza a través del INSERSO, ha creado unos

Centros de Acogida para Refugiados (C.A.R.) que son como una especie de residencias que acogen a refugiados, solos, en familias o grupos, durante cierto tiempo, como hospedaje provisional, hasta que resuelvan su situación, asentándose en nuestro país o trasladándose a otro. En estos Centros, además de alojamiento y alimentación se prestan otros servicios sociales: orientación y asesoramiento, clases de español, información cultural de nuestro país, etc.

E.- POBLACION OBJETO DE ESTE ESTUDIO

El presente trabajo ha sido realizado a partir de los datos obtenidos en la consulta de psiquiatría del Servicio de Asistencia a Extranjeros de la Cruz Roja Española (S.A.E.C.R.E.), durante 1988.

Este estudio se ha centrado en la consulta de psiquiatría de Madrid, pues, aunque, durante este año, el colectivo de refugiados, asilados y solicitantes ha sido atendido en 46 provincias, destaca la capital de España, con un volumen del 74,26%, que, por el elevado número de refugiados políticos que atiende, ha desarrollado una mayor estructura de atención en los servicios sanitarios,

ofreciendo un mayor abanico de actividades con amplia cobertura a la creciente demanda de refugiados.

En el año 1988 el número de refugiados, asilados y solicitantes que han sido atendidos por el Servicio de Asistencia a Extranjeros, ha sido de 4.959 casos, con un total de 7.739 beneficiarios, pertenecientes a 71 países. Estas cifras representan un incremento del 24%, en el número de casos, y del 22%, en el número de beneficiarios, con respecto al año anterior, según la MEMORIA del S.A.E.C.R.E. (1988).

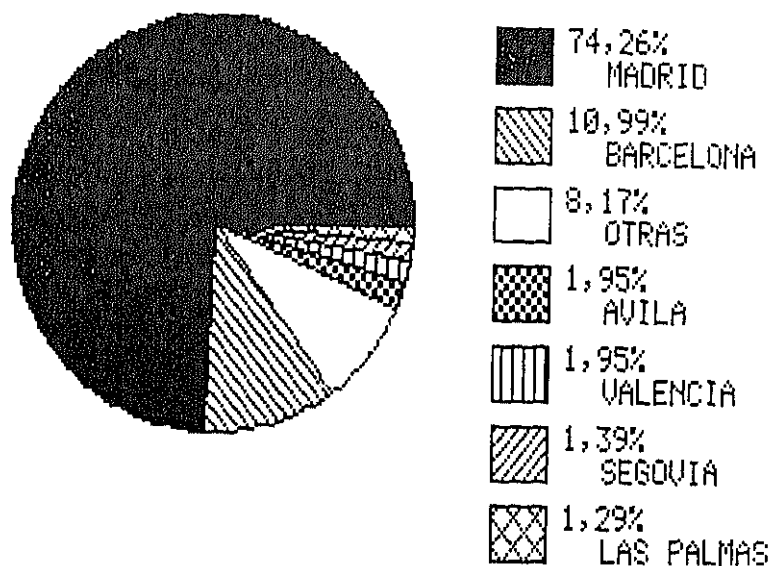
Esta población se distribuye, según su procedencia, en las siguientes áreas geográficas: Europa del Este, Africa, Latinoamérica y Caribe, Próximo y Medio Oriente y Sudeste Asiático.

De las 46 provincias donde se ha atendido a los refugiados, por la Cruz Roja Española, las que han tenido un volumen significativo de usuarios han sido: Madrid, Barcelona, Avila, Valencia, Segovia y Las Palmas. La distribución porcentual de usuarios en estas provincias se ilustra en el siguiente gráfico (CUADRO 5):

CUADROS 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11. (págs. 19, a 23).

CUADRO 5

DISTRIBUCION POR PROVINCIAS



CUADRO 6

UBICACION POBLACION REFUGIADOS EN PROVINCIAS
(1988)

PROVINCIAS	TOTAL ATENDIDOS				ALTAS EN 1988			
	Casos	%	Benefic.	%	Casos	%	Benefic.	%
Madrid	3683	74,26	5977	77,23	2019	74,25	3158	77,60
Barcelona	545	10,99	671	8,67	328	12,06	386	9,49
Avila	97	1,95	176	2,27	55	2,02	96	2,36
Valencia	97	1,95	149	1,92	44	1,61	49	1,20
Segovia	69	1,39	100	1,29	69	2,53	100	2,45
Las Palmas	64	1,29	87	1,12	26	0,95	38	0,93
Otros	404	8,17	579	7,50	178	6,58	242	5,97
TOTALES	4959	100	7739	100	2719	100	4069	100

CUADRO 7

PROCEDENCIA REFUGIADOS POR AREAS GEOGRAFICAS
(Años 1986, 1987 y 1988)

	1986		1987		1988	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
EUROPA DEL ESTE	396	12,50	680	18,00	2145	43,27
AFRICA	867	27,50	1030	27,29	957	19,29
LATINOAMERICA	845	26,80	750	19,87	662	13,36
ASIA	1052	33,20	1316	34,66	1195	24,08
TOTALES	3160	100	3776	100	4959	100

CUADRO 8

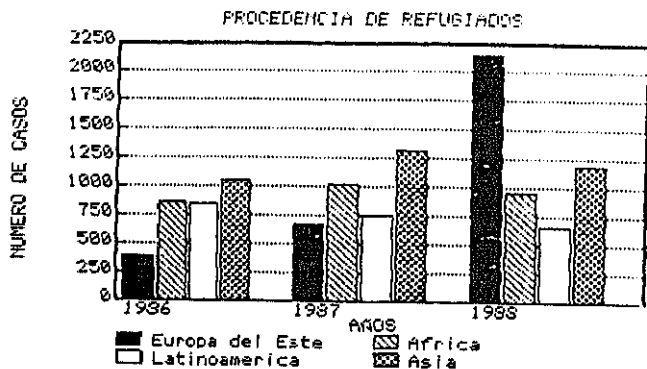
PROCEDENCIA POR AREAS GEOGRAFICAS
(Refugiados año 1988)

	TOTALES				ALTAS			
	CASOS	%	BENEFIC. #	%	CASOS	%	BENEFIC. #	%
EUROPA DEL ESTE	2145	43,27	3128	40,43	1686	62,00	2472	60,77
AFRICA	957	19,29	1209	15,63	405	14,89	437	10,73
LATINOAMERICA	662	13,36	1232	15,91	162	5,98	291	7,15
ASIA	1195	24,08	2170	28,03	466	17,03	869	21,35
TOTALES	4959	100	7739	100	2719	100	4069	100

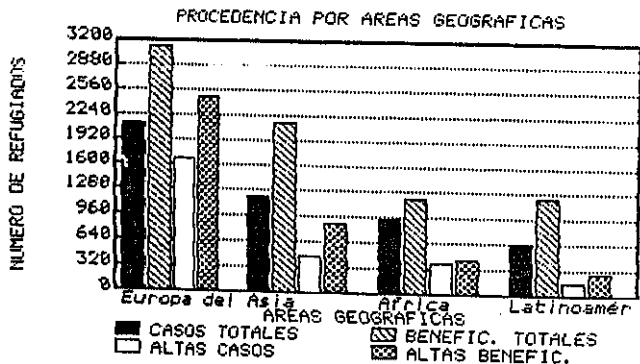
CUADRO 9

Procedencia de los beneficiarios
residentes en Madrid (AÑO 1988).

NACIONALIDAD	NUMERO	%
Polonia	1792	29,98
Irán	879	14,71
Cuba	721	12,06
Chile	354	5,92
Medio Oriente	518	8,66
Países del Este	675	11,29
América Latina	206	3,44
Africa	832	13,92
TOTALES	5977	100,00



CUADRO 11



El CUADRO 7 compara los casos atendidos en 1988 con los de los años anteriores. En relación a estos datos, en el CUADRO 10, se observa cómo se eleva la línea que representa el área geográfica de los países del Este de Europa.

Cabe añadir a los datos que figuran en el CUADRO 7, que aparecen globalmente como Europa del Este, la desigual distribución de los refugiados de esa procedencia. El porcentaje de polacos atendidos ha representado un 78,41 del total de refugiados europeos, porcentaje considerable, incluso sobre el total de refugiados existentes en España: un 33,93 son polacos. Este incremento puede deberse a la política de apertura de fronteras en su país y a las dificultades que encuentran en otros países europeos que, anteriormente, les acogían.

El número de refugiados que proceden del resto de los países de la Europa Oriental, dista mucho del volumen de polacos. Únicamente son significativos los rumanos y los checoslovacos, representando el 3,77% y el 2,15%, respectivamente, del total nacional. La cifra de refugiados de las demás nacionalidades europeas es irrelevante.

El número de personas de África, un 19,29% del

total, tienen una procedencia diversificada: vienen de 36 países. Los angoleños suponen el 5,32% del total de casos atendidos a nivel nacional, se trata del grupo más numeroso de los países africanos.

Los refugiados de Latinoamérica y Caribe proceden de 11 países, siendo el colectivo de hispanoparlantes el 13,36% de la población atendida. Las dos nacionalidades de mayor peso numérico son Cuba y Chile. Los cubanos han sido, durante años, uno de los colectivos de refugiados en España más numerosos. En la actualidad, las cifras han descendido notablemente, representando el 8,32% del total. El grupo también ha variado en cuanto a la composición familiar, ya que se ha incrementado el número de personas que vienen solas.

El apartado que figura, en el CUADRO 7, como Cercano y Medio Oriente incluye 10 nacionalidades distintas. El grupo más significativo lo constituyen los iraníes, ya que supone el 18,47% del total de los casos a nivel nacional; se trata, en su mayoría, de armenios de religión cristiana, motivo por el que sufren persecución en su país; poseen un estatus socio-económico alto, la mayoría cuenta con familiares en Estados Unidos donde encuentran facilidades para su asentamiento, por lo que

su situación en España es de carácter transitorio.

El segundo grupo de Oriente Próximo, en importancia numérica, es el compuesto por los iraquíes, aunque a gran distancia de los iraníes, ya que representan el 2,31% del total. Los refugiados iraquíes, en España, han creado una Asociación Cultural Hispano-iraquí que promueve la solidaridad entre ellos y el acercamiento hacia la sociedad española.

Estudiando el Cuadro 8 (Procedencia de refugiados según las áreas geográficas), observamos que los expedientes de Europa del Este y Africa incluyen menos beneficiarios que los de otras partes del mundo. Así, tenemos que los porcentajes de beneficiarios de Europa y Africa disminuyen, respecto del total, al compararlos con los porcentajes de casos procedentes de éstas áreas geográficas.

Esto es debido a que ambos grupos están constituidos por individuos solteros o parejas jóvenes, por lo que, en cada caso, hay incluidos pocos beneficiarios.

Por el contrario, en los refugiados procedentes de Latinoamérica y Asia, son mayores los porcentajes de

beneficiarios respecto de los expedientes, que en las anteriores áreas. Este aumento obedece a la existencia, en estos grupos, de familias con hijos y, por ello, cada caso incluye a varios beneficiarios.

RELACION BENEFICIARIOS / CASOS

Africa	1.26
Europa del Este	1.46
Asia	1.81
Latinoamérica	1.86
MEDIA GENERAL	1.56

Finalmente, el Cuadro 9 nos describe la procedencia de los beneficiarios atendidos en Madrid el año 1988, población en la que se va a centrar nuestro estudio. Las nacionalidades con mayor número de personas figuran independientemente y el resto, agrupados por áreas geográficas. Encabeza el Cuadro Polonia con el 29,98% de todos los beneficiarios atendidos en Madrid y que constituye el grupo más numeroso de todos los países del Este. De todos los procedentes en Europa, son polacos el 57,28%.

Del total de beneficiarios de Madrid son hispanohablantes 1281 sujetos, lo que representa el 21,43%.

F.- USO DEL INTERPRETE

No queremos dejar de mencionar la importancia de esta figura en el trabajo con personas procedentes de muy diversas lenguas.

A pesar de ofrecer la posibilidad de consultar en español, inglés y francés, hay un porcentaje considerable de personas que asisten a consulta que no conocen ninguno de estos tres idiomas, en cuyo caso es imprescindible contar con la colaboración del traductor, lo que cambia la situación clásica de relación médico/enfermo introduciendo este tercer elemento.

Hemos tenido, generalmente, la posibilidad de contar con intérpretes del Servicio de Asistencia a Extranjeros que, al ser siempre las mismas personas, ofrecen una continuidad formando parte del equipo terapéutico.

A medida que aumenta el tiempo de trabajo en común, hemos podido sacar más rendimiento a las entrevistas, porque el traductor se ha ido entrenando en cuáles son los datos que nos interesa conocer o lo que hay que observar o explorar, pudiendo el intérprete describirnos alteraciones del curso del pensamiento o del lenguaje.

SHACKMAN (1982) insiste en la importancia de que los intérpretes que se empleen en la consulta deben ser personas entrenadas en el trabajo psicoterapéutico.

También nos ha sido de utilidad el intérprete para informarnos de las características sociales y culturales de los lugares de procedencia de las personas a las que traducen, ya que en general sus conocimientos, en este terreno, son mayores que los nuestros, y, por lo tanto, fuente de valiosa información sobre costumbres, creencias, ritos, etc. En muchos casos, el intérprete, es originario de esa misma zona geográfica o ha vivido en ella.

La mayoría de los sujetos han aceptado el intérprete que se les ofrecía, y, en la medida, en que iban aprendiendo castellano, se permitían prescindir de él en la consulta. Esta ha sido la evolución normal más frecuente. Ha habido casos que, seguramente, por su propia patología se han hecho dependientes de que se les traduzca, y, después de varios años de estancia en nuestro país, siguen requiriendo la ayuda del intérprete en la consulta.

Las personas que sabían algo de inglés o francés han preferido expresarse, aunque sea con dificultad, en estos idiomas para evitar el uso del traductor.

Nos hemos encontrado con personas procedentes del Medio Oriente, principalmente Irán e Irak, que desconfían del intérprete. Es muy frecuente que no se fíen de nadie de su país. En ese caso, aceptamos que traigan su propio intérprete, con la condición de que siempre sea la misma persona. Suelen traer amigos o familiares. Al trabajar de esta forma, generalmente, nos sentimos más incómodos, debido a la falta de entrenamiento del intérprete y a que es más difícil lograr en este caso la colaboración aséptica del intérprete profesional. No es raro observar que el amigo haga una versión personal de lo que nosotros decimos, a pesar de insistirle en que traduzca lo más literalmente posible. Y, en el caso de familiares, también notamos que recortan lo que el enfermo dice, probablemente cuando son cosas que les afectan y/o no están de acuerdo con ellas. Así vemos que, tras hablar el paciente varias frases, el familiar nos traduce una sola de ellas.

En las mujeres de religión musulmana hemos tenido dificultad en el sentido de negarse admitir traductores varones. Este caso se da principalmente cuando ellas hace

poco que han llegado a nuestro país, y observamos que, esta desconfianza, tiende a desaparecer en casi todas cuando llevan más de un año en España.

Dificultades similares de las que nosotros hemos encontrado las describe HORVATH-LINDBERG (1988), trabajando en Suecia en el Centro para Refugiados Torturados: Los intérpretes tienen una posición clave en nuestro trabajo. Son personas que forman parte del equipo y aseguran la misma continuidad que otros profesionales del grupo. Es esencial, para el éxito del trabajo, que los refugiados confíen en ellos. Algunos grupos, como los iraníes, a menudo, prefieren no tener intérpretes, y usar sueco o inglés, porque no se sienten capaces de fiarse de nadie de su propio país... Nosotros proponemos un intérprete. El refugiado tiene libertad de aceptar o rechazar el intérprete propuesto antes de empezar el tratamiento y solicitar otro diferente.

II. PSICOLOGIA DEL REFUGIADO

Hemos visto, hasta ahora, los movimientos de refugiados políticos en el mundo, en general, y en nuestro país, en particular, con un enfoque conceptual, demográfico, histórico, e, incluso, su casuística y las instituciones que, a nivel nacional e internacional, se ocupan de ellos. Pasamos, ahora, a ocuparnos de la repercusión psicológica que, en el refugiado, le provoca su condición como tal.

A.- DIFERENCIAS PSICOLOGICAS ENTRE EMIGRANTE Y EXILIADO

Aparentemente, las circunstancias físicas que acompañan al emigrante y al exiliado son similares: dejan el país de origen, se asientan en otro país con diferente cultura o idioma, sufren problemas de índole laboral, realizan un esfuerzo de adaptación, etc. Sin embargo, la repercusión que, estas circunstancias, ejerce en uno u otro caso es muy distinta. Mientras que la adaptación en el emigrante no suele provocar, en general, tan frecuen-

temente trastornos psicológicos en el individuo; en el exiliado, se observa una mayor sensibilidad a la adaptación al nuevo país, produciendo más alteraciones psicopatológicas a todos los niveles.

Salta a la vista, inmediatamente, el factor determinante del exiliado, como causa principal de su psicología posterior: la coacción o fuerza que le ha obligado a salir de su país, agravada por las circunstancias, en muchos casos, que preceden a la salida, como guerras, torturas, encarcelamientos, pérdida de familiares o amigos, etc. Pues, aunque en el emigrante pueda hablarse de causas económicas que le empujan a buscar nuevos horizontes, su salida, en última instancia, es producto de una elección voluntaria, que no se da en el exiliado.

Hay que añadir, también, como causa importante diferenciadora de una u otra psicología, la secuencia temporal que precede a la salida del individuo. El emigrante suele disponer de cierto tiempo en el que va informándose, madurando y planificando la idea de abandonar su país. Por el contrario, el exiliado, en general, se ve obligado a abandonar su país, de forma brusca y, en la mayoría de los casos, violentamente.

Esta situación se ve agravada por la existencia o no de expectativas de retorno. El emigrante puede volver a su país e, incluso puede salir, con la planificación de volver dentro de un determinado tiempo. En cambio, al exiliado, la fuerza que le ha obligado a salir, le quita, al mismo tiempo, toda esperanza de retorno en un futuro inmediato.

En suma, el exilio se diferencia de las migraciones económicas, enmarcadas también en cierto dolor y temor, porque estas últimas implican un proyecto de vida. Quienes emigran lo hacen, generalmente, con la esperanza de obtener una mejor vida que la que tienen y, por otra parte, si fracasan tienen la posibilidad de retornar a su lugar de origen. Los exiliados y los refugiados políticos, por el contrario, no tienen este aliciente, viven con una extrema intensidad la sensación de estar fuera de un lugar de pertenencia, como expulsados de un reino, mítico por cierto, que exaltan e idealizan, como puntualiza certeramente MARIE CLAIRE DELGUEIL (1989).

Si consideramos, como señala MARTI TUSQUETS (1987), que, los cambios ambientales a que se ve sometido el emigrante, pueden suponerle serios trastornos ecoadaptativos, es lógico pensar que, el exiliado se verá some-

tido, al menos, a la misma situación, y, en la mayor parte de los casos, más agravada por los factores que acabamos de señalar.

Los trastornos psicológicos, en los exiliados y refugiados políticos, alcanzan una considerable intensidad e importancia numérica como lo prueba el trabajo que, sobre las alteraciones de salud en refugiados daneses, realizó S. JEPSEN (1988): estudiando 10.000 historias clínicas de refugiados, observó que, el motivo principal por el que acudieron a consulta, fueron los trastornos psicológicos; seguido de las enfermedades epidémicas, en segundo lugar.

B.- CRISIS QUE CONLEVA EL EXILIO

De todas las acepciones que pueda tener el término "crisis", quizás la que más nos ayude, a comprender la problemática psicológica del refugiado político, sea la utilizada por ORTEGA Y GASSET, que definió las crisis como tránsitos muy bruscos, tránsitos que hace el hombre bruscamente de vivir prendido y apoyado en unas cosas a vivir prendido y apoyado en otras. Crisis, pues, en este sentido orteguiano, no implica una valoración decadente,

sino que más bien significa algo así como un salto, una mutación, según recoge ALONSO FERNANDEZ (1982).

Crisis, contemplada en este sentido, es la que padece inevitablemente toda persona que se ve desarraigada de su medio habitual de vida y obligada a asentarse en otro ambiente extraño. Circunstancias, éstas, intrínsecas al exiliado y refugiado político, por lo que la crisis, en estas personas, forma parte, en términos generales, de su trashumancia.

El tránsito brusco al que se ve sometido el refugiado, le provoca, de forma inexorable, una crisis, con mayor o menor repercusión, en su estado de ánimo. Aunque, en un principio, su reacción inicial, ante el país que acaba de conocer, será, probablemente, de deleite y curiosidad, pues, lo mira como turista y todo le parece fascinante, pero, en definitiva, asilarse en un país es muy diferente de visitarlo.

Gradualmente, o quizás repentinamente, el refugiado político, advertirá las grandes diferencias que existen entre él y las personas que le rodean. Todo le puede parecer extraño e incomprensible. Si tenemos en cuenta el cambio de cultura, país, y, en muchas ocasiones, de

idioma que vive el exiliado, comprendemos fácilmente la crisis que padece la persona que lo experimenta.

Cabe destacar, como una viva expresión de la crisis en los exiliados y refugiados, la aparición de la nostalgia. Este sentimiento es una reacción bastante previsible al alejamiento de los ambientes acostumbrados, de la familia, amigos cercanos, y otros contactos usuales.

No debemos olvidar, no obstante, la repercusión positiva que, en ciertas personas, produce la crisis por asilo o refugio. Los cambios pueden llevar a una salud y madurez mayores, en cuyo caso, la crisis habrá sido una oportunidad positiva. Si, por el contrario, conducen a una disminución de la capacidad para afrontar, efectivamente, los problemas de la vida, la crisis habrá sido un episodio perjudicial.

La crisis, que aparece en un periodo transicional, tiene una doble vertiente, representando, tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad, como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental, dependiendo, en cualquier ejemplo particular y hasta cierto punto, de la forma en que el individuo maneje la nueva situación.

Es interesante la puntualización de CAPLAN (1985), sobre esta dualidad de la crisis, al observar que los individuos que logran dominar una experiencia penosa, resultan, a menudo, fortalecidos y más capacitados para encarar en forma efectiva, en el futuro, no sólo la misma situación, sino también otras dificultades. Por ejemplo, la experiencia del combate provoca neurosis traumáticas en algunos soldados, pero madura y fortalece a otros, que emergen de la misma con una mayor confianza en sí mismos, y más capacitados para el liderazgo y la iniciativa.

TYHURST (1958) estudió las reacciones de individuos y grupos ante desastres naturales y ante trastornos producidos por migración y retiro industrial y los relacionó con la etiología de la enfermedad mental. HILL (1949) y KOOS (1946) estudiaron las separaciones en la época de la guerra y las respuestas de los individuos y de sus familias a las dificultades sociales y económicas.

Es posible ordenar la lista de circunstancias peligrosas, según la probabilidad de que produzcan crisis importantes en porcentajes significativos de población, y, aunque esto, no puede permitirnos predecir si un individuo, en particular, entrará en crisis cuando en-

frente una situación de este tipo, el procedimiento es útil desde el punto de vista epidemiológico. HOLMES Y RAHE (1967) elaboraron una escala de readaptación social (CUADRO 12) en la que se ordenan los sucesos de la vida, de mayor a menor, dándoles un peso numérico entre 100 y 11. Según estos autores, la crisis se define como cualquier circunstancia que englobe una serie de sucesos vitales cuya suma de puntos sobrepase la cifra de 350.

La concepción de las crisis como puntos decisivos que pueden, tanto acercar, como alejar el trastorno mental, permite, asimismo, esperar que podamos aprender lo suficiente sobre los factores situacionales corrientes que determinan el desenlace de las mismas, de manera que se haga posible intervenir oportunamente, y aumentar la probabilidad de un resultado saludable.

C.- DE LA CRISIS AL ESTRES EN EL REFUGIADO

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un

CUADRO 12 Escala de readaptación social

Rango	Suceso de la vida	Valor significativo
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación marital	65
4	Término de condena	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesiones personales o enfermedad	53
7	Matrimonio	50
8	Incendio en el trabajo	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Jubilación	45
11	Cambio en la salud de un familiar	44
12	Embarazo	40
13	Trastornos sexuales	39
14	Ganar un nuevo miembro de la familia	39
15	Readaptación del negocio	39
16	Cambio en el estado financiero	38
17	Muerte de un amigo cercano	37
18	Cambio de profesión	36
19	Cambio en el número de argumentos con el cónyuge	35
20	Hipoteca o préstamo para una compra mayor (casa, etc.)	31
21	Juicio hipotecario o préstamo	30
22	Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
23	Hijo o hija abandonado en hogar	29
24	Problemas con parientes políticos	29
25	Logros personales sobresalientes	28
26	Esposa inicia o termina de trabajar	26
27	Inicio o término de la escuela	26
28	Cambio en las condiciones de vida	25
29	Revisión de hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambios en las condiciones y horarios de trabajo	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de escuela	20
34	Cambio de pasatiempo	19
35	Cambio en las actividades de la iglesia	19
36	Cambio en actividades sociales	18
37	Hipoteca o préstamo para una compra menor (coche, TV, etc.)	17
38	Cambio en los hábitos de sueño	16
39	Cambio en el número de familiares juntos	15
40	Cambio en hábitos alimenticios	15
41	Vacaciones	13
42	Navidad	12
43	Violaciones menores a la ley	11

T.H. HOLMES y R.H. RAHE (1967)

resultado radicalmente positivo o negativo.

En cambio, el estrés, como señala SELYE (1976), está comúnmente relacionado con la patología y se caracteriza por una duración más larga que la crisis. Demostró que, situaciones con factores estresantes, dados en un conjunto (frío, hambre, rayos X, dolor, ejercicios forzados y otros) podían ser agentes de un síndrome general de adaptación. Provocaban reacciones de alarma, resistencia, cansancio exhaustivo, que mermaban las defensas naturales del individuo y conseguía generar una enfermedad o problemas de adaptación.

Cuando las demandas del entorno exceden la capacidad de adaptación, o los recursos de la persona, o las oportunidades ambientales entran en conflicto con las necesidades de satisfacción del individuo, podemos decir que se da la situación de estrés OZAMIZ (1988).

Los conceptos de crisis y estrés se suelen confundir con cierta frecuencia, ya que ambos comprenden una incomodidad o malestar en el individuo. VINEY (1976) nos ayuda a diferenciarlos, ofreciéndonos unas características que los distinguen: durante el estado de crisis el individuo tiende a ser menos defensivo y más

abierto a las sugerencias; en el estrés no se da esta característica. La crisis se observa como incidente durante un periodo relativamente corto, mientras que el estrés se considera como un trastorno crónico.

Estos dos fenómenos, crisis y estrés, se observan en un elevado número de la población de exiliados y refugiados políticos.

El exilio es una situación extrema, en el sentido definido por B. BETTELHEIM (1967), ineludible, de la cual es imposible escapar, teñida de una gran angustia y sobre la cual no se tiene ningún control. Es probablemente una experiencia que marca, quizás definitivamente, a quienes la han vivido.

Para acercarnos a la gravedad de la situación del exiliado, es de mucha utilidad la lectura de textos de B. BETTELHEIM, quien, como es sabido, estuvo prisionero en un campo de concentración nazi durante la Segunda Guerra Mundial. Describe las graves lesiones psicológicas que produce esta situación límite y la necesidad de implementar defensas psicológicas ante la posibilidad de ver avasallada la integridad psíquica y caer en la locura.

La población de refugiados padece más comúnmente estrés que la población autóctona, lógicamente, porque se ve sometida a las causas que lo provocan, más frecuentemente que la segunda.

Ya señaló SAINSBURY (1978) que, aquellas personas sometidas a cambios culturales, que implican alteración de los papeles sociales, se hallan expuestas a un riesgo mayor que cuando prevalecen las normas culturales tradicionales. Es evidente, por tanto, el riesgo que corren los refugiados, cuando, a los cambios culturales a los que se ven sometidos, hay que añadir las duras circunstancias de persecución que la mayoría han padecido.

La mayoría de los exiliados y refugiados han sufrido experiencias traumáticas, siendo inevitables sus efectos psicológicos, cuando, además, se añade una gran pérdida de estatus social y las dificultades propias de integrarse en un nuevo ambiente. Sucesos traumáticos afectan a los refugiados en sus países de origen, durante los viajes, en los campos de refugiados y a su llegada a lo que, ellos, esperan que sea un lugar seguro.

Además de estas circunstancias generales, un importante número de refugiados han sufrido torturas físicas

y psicológicas, encarcelamientos en condiciones inhumanas, separación forzosa de sus familias, deportación brusca, violaciones, etc. Un elevado número de los refugiados que vienen a España han sido torturados en su país de origen. Recordemos, aunque en otro orden de magnitudes, que en el Informe de AMNISTIA INTERNACIONAL (1988) afirma que, por lo menos, en una tercera parte de las naciones del mundo, los hombres, las mujeres y los niños, son torturados y maltratados.

Esta serie de persecuciones y malos tratos, impactan profundamente en cualquier individuo. Si a ello le añadimos el sufrimiento que el tránsito brusco acarrea, comprendemos la importancia de estas causas en la población de refugiados. Con frecuencia les ocasiona secuencias psicológicas graves.

Los impactos negativos, en estas personas, pueden mantenerse por mucho tiempo, como prueba los estudios de DAVIDSON (1980) y EPSTEIN (1980) sobre las consecuencias en la segunda generación de supervivientes judíos de la Segunda Guerra Mundial. Tras varios años de tratamiento en campos de concentración en Israel, descubrieron un gran número de miembros de la familia de la segunda generación que sufrían diversas formas de trastornos

emocionales, de personalidad, límites y estados psicóticos que se relacionan con claridad con los efectos a largo plazo de la traumatización masiva en los padres de los supervivientes.

Los exiliados y refugiados políticos se ven sometidos a tal cúmulo de situaciones adversas (previas a su salida, en el tránsito y en su asentamiento) que, la crisis que mencionábamos más arriba en sentido orteguiano, se acerca con mayor frecuencia al estrés y éste se nos presenta en múltiples formas de psicopatología.

D.- VULNERABILIDAD AL ESTRES

Lo que acabamos de exponer, más arriba, nos advierte que debemos esperar una tasa elevada de desórdenes psicológicos entre los refugiados.

Hemos visto que todo exiliado atraviesa una situación de crisis o estrés, pero no todos presentan patología psicológica. En situaciones similares, observamos diferentes respuestas de los refugiados: para unos no suponen desequilibrio y, a otros, les ocasionan graves trastornos psicológicos. Formando parte de una población

de riesgo, unos enferman, y, otros, no, dependiendo de los recursos personales, sociales y materiales, como señala SLAIKEU (1988), haciendo énfasis en la hipótesis de la vulnerabilidad.

Concretamente, en el campo de la esquizofrenia, ZUBIN y SPRING (1977), aplicando esta hipótesis, contemplan: "se supone que los desafíos exógenos y/o endógenos despiertan una crisis en todos los humanos, pero dependiendo de la intensidad del estrés producido y del umbral para tolerarla, esto es, la vulnerabilidad de uno mismo, la crisis será reprimida homeostáticamente o dirigida hacia una etapa de trastorno."

Este proceso fue esquematizado por SAN MARTIN (1981) con la siguiente ecuación:

Equilibrio dinámico entre salud y enfermedad	=	Potencial genético del individuo	+	Capacidad de adaptación de hombre y población a su ambiente	y	Riesgos y peligros para la salud en el ambiente
--	---	---	---	---	---	--

Como es de suponer, aumenta la vulnerabilidad según

van fallando los mecanismos de adaptación, es decir, a mayor vulnerabilidad, menor capacidad de resistencia a la enfermedad. REID (1960) afirma que, la incidencia de un estrés clínicamente evidente sobre cualquier grupo, dependerá, en parte, de la resistencia a la enfermedad entre aquellos que componen ese grupo, y esa resistencia puede ser modificada por muchos factores, tanto personales, como ambientales.

Los refugiados tienen las notas características de la población en riesgo, tal como la define MARTI TUSQUETS (1987): esta población se encuentra allí donde las relaciones biopsicosociales están sometidas a fuerte presión, como sucede en grupos de emigrantes, grupos marginales, familias de enfermos mentales, núcleos urbanos (algunos sectores) de disolución social, campos de refugiados o poblaciones de áreas geográficas sometidas a estrés de catástrofe.

En este mismo sentido, se manifiesta OZAMIZ (1988), al advertir que es característico observar sentimientos de incapacidad y vulnerabilidad entre personas que sobreviven a desastres y bombardeos. Hay un sentimiento de personal falta de control sobre los sucesos vitales en estas personas.

Hay que señalar, no obstante, que la diferente respuesta del refugiado a su nueva situación, es apropiada, en muchos casos, no sólo, por las características individuales de cada sujeto, sino, también, por el grado de aislamiento o integración social en que se encuentre.

MAUSNER Y BAHN (1979) puntualizan: "En general un alto grado de integración es protector, mientras que el aislamiento social y la enajenación son causas de enfermedad". ROJO SIERRA (1970), igualmente, había observado que la soledad es un agente etiológico de primera categoría, y que el aislamiento psicosocial del individuo hace aparecer en él ciertos fenómenos psicopatológicos que hablan en favor de una repercusión a nivel biológico, de la privación comunicativa, dada su semejanza a los observados por los alucinógenos.

Los límites sociales pueden ser fácilmente observados entre la población migrante que se desplaza a un país cuyo idioma desconoce, aspecto éste que acentúa y, en algunos casos, perpetúa las barreras comunicativas, sobre todo, si las normas sociales del nuevo grupo de referencia difieren de las del lugar de origen. Esto, frecuentemente, es causa de la formación de guetos, o

grupos cerrados, que chocan continuamente con la comunidad receptora y origen de alienación respecto de su nuevo antroposistema, dando lugar al aislamiento social.

EY, BERNARD y BRISSET (1978) indican, como una característica definitoria del gueto, la de perpetuar gregariamente las pautas culturales y sociales específicas del lugar de origen. Así, cada uno de esos guetos puede ser considerado como un microsistema dentro de un macrosistema de referencia y presenta características biopsicosociales propias que suelen determinar actitudes específicas ante la salud y la enfermedad, pues, en realidad, lo verdaderamente patógeno, para el emigrante, es la desorganización sociocultural.

Los efectos psicosociales de la migración sobre la salud son importantes, pues, como declara la O.P.S. (1983), originan "un agudo sentimiento de desarraigo, dificultades de adaptación, expectativas frustradas y restricciones en el medio social que, a su vez, pueden conducir a mayores índices de enfermedades psicosomáticas, subutilización de la atención de salud y, a veces, desviaciones del comportamiento".

Por otra parte, la pérdida de valor del rol social

en esta población, como observa OZAMIZ (1988), o de la capacidad de mantener el rol, puede ir en detrimento de la valoración del propio individuo ante sus ojos y ante los demás. Bajo estas condiciones, la persona viene a ser vulnerable ante la pérdida de la autoestima y ante la erosión del sentido de dominio.

Se ha podido comprobar, según recogen MARTI TUSQUETS y MURCIA GRAU (1987), cómo, entre la población recién llegada a un nuevo antroposistema, las tasas de morbilidad general están por encima de las de los pobladores autóctonos, e, incluso, de la de otros sujetos ya enraizados. Esto puede ser debido a que, al cambiar de hábitat o ecosistema humano, también se cambian los riesgos ambientales, pudiendo darse el caso de que, ese recién llegado, sea especialmente vulnerable a alguno de ellos por no haber existido exposición previa en su anterior hábitat. Aunque, también, puede ocurrir que las nuevas presiones ambientales, ante las cuales hay que generar respuestas ecoadaptativas, sean excesivas para una personalidad que ya presentó con anterioridad problemas de inadaptación, precipitando, el actual cambio, un conflicto ecológico (ecopsiquiátrico).

Si bien, la ruptura con el modo de vida de origen,

así como las experiencias traumatizantes que le acompañan o siguen en la huida, marcan, en mayor o menor medida, al refugiado, favoreciendo que, a lo largo del resto de su vida, afloren trastornos psicológicos; para profundizar más eficazmente en su problemática, nos vamos a centrar en el estudio de los trastornos que aparecen en los primeros tiempos de su asentamiento en el nuevo país.

E.- PSICOPATOLOGIA EN EL REFUGIADO

La O.M.S., en su acta de constitución, definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

MARTI TUSQUETS y MURCIA (1987) redefinen la salud mental como un proceso en el que el individuo pueda:

- 1.- Interrelacionarse satisfactoriamente con sus semejantes.
- 2.- Conocer bien su ambiente (ventajas e inconvenientes) con el propósito de contribuir a su mejora jugando un papel activo y productivo.
- 3.- Ello supone identificar y asumir un rol social específico con objeto de potenciar su personalidad.

- 4.- Que le permitirá solventar, satisfactoriamente, los conflictos y tensiones que vayan surgiendo.
- 5.- Consiguiendo, finalmente, una adaptación flexible a su medio y al juego de influencias e interacciones que ello comporta.

Sin duda, una de las definiciones sobre salud mental más sencilla, pero, al mismo tiempo, más aplicable a nuestro tema, es la que da la Federación Mundial para la Salud Mental (1962): "el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes", o sea, que apunta al despliegue óptimo de las capacidades del individuo, teniendo en cuenta el contexto donde se halla.

FRANKL (1986), analizando su propia experiencia como psiquiatra en un campo de concentración, señala como indicativo del límite entre normalidad y anormalidad las diferentes respuestas de los individuos ante situaciones similares: "ante una situación anormal, la reacción anormal constituye una conducta normal. Aún nosotros, los psiquiatras, esperamos que los recursos de un hombre ante una situación anormal, como la de estar internado en un asilo, sean anormales en proporción a su grado de normalidad. La reacción de un hombre, tras su internamiento en un campo de concentración, representa, igualmente, un

estado de ánimo anormal, pero juzgada objetivamente es normal, una reacción típica dadas las circunstancias".

Hemos abundado en caracterizar la normalidad de la anormalidad, ya que los límites, entre ambas, no son rígidos ni permanentes, pues, es un hecho admitido que, los conceptos de salud y enfermedad mental, varían según las épocas, los pueblos o las culturas. Por ello, es necesario conocer la mayor información posible de las raíces culturales, la experiencia, y en suma, el ambiente sociocultural que tiene o ha tenido cada individuo, para diagnosticar más eficazmente su psicopatología, es decir, para situar su conducta y sus síntomas en el contexto correcto.

RACK (1982), considerando esta amplitud en el estudio de los trastornos mentales, llega a afirmar que es imposible tratar adecuadamente al paciente sin tener en cuenta las peculiaridades culturales que le influyen, sus habituales respuestas, reacciones al estrés, conceptos de normalidad, desviación y enfermedad y actitudes hacia otras personas, incluyendo el propio médico.

Hasta tal punto es importante la influencia de la cultura en el individuo, que, ESTEVA FABREGAT (1978) nos

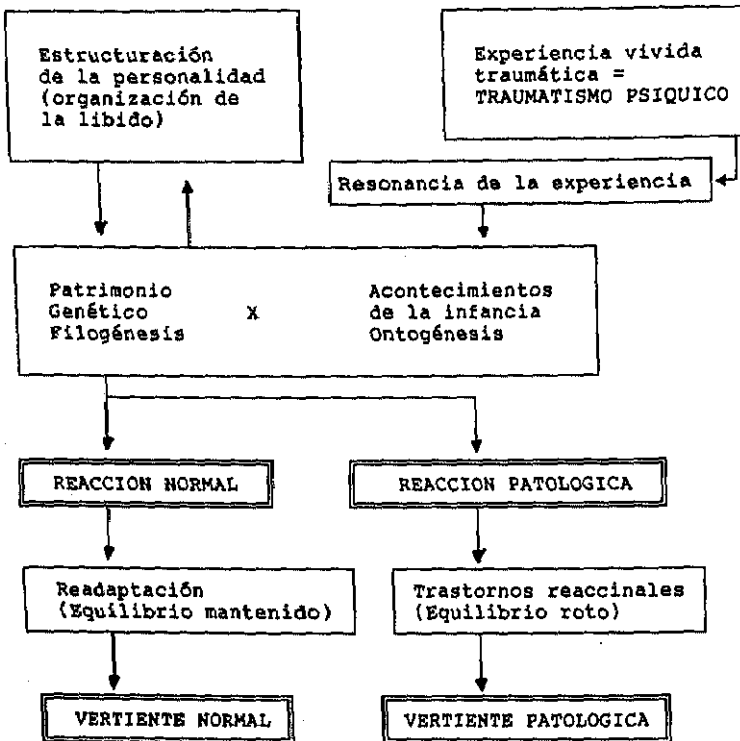
afirma que el punto de partida de la enfermedad mental se encuentra en los estados de tensión, y, su marco de experiencia, es la situación relativa a tiempo-espacio-cultura. Unas sociedades la excitan, otras, la sumergen y, finalmente, otras la reducen.

Las tensiones aparecen, acompañando a necesidades psicológicas y biológicas que no han sido satisfechas, y esto es más cierto en aquellos individuos que carecen de la capacidad social o física, según los casos, para resolver, a menudo, la contradicción existente entre los objetivos y las posibilidades reales de realización con que se cuenta para cumplirlos. El sentido de pertenencia del individuo con su grupo y los estados de seguridad, cooperación, arraigo comunitario y participación o intercambio productivo con otros miembros de la comunidad o del grupo social, son experiencias necesarias para el mantenimiento de la salud mental, o, por lo menos, constituyen una porción importantísima de su desarrollo.

LIBERMAN (1980) define la "reacción normal" como aquella que tiende a mantener la homeostasis psíquica, es decir, el equilibrio de la vida psíquica y la "reacción patológica" constituye una especie de fracaso del sistema de defensa del individuo. Citando a KARLS JASPERS, con-

CUADRO 13

REACCION NORMAL / REACCION PATOLOGICA



LIBERMAN (1980)

sidera como criterios esenciales, para definir la reacción normal, el que ésta no se hubiera producido sin el acontecimiento causal, y está en relación directa y comprensible con él. Además, la reacción desaparece cuando la causa se desvanece. Por el contrario, la reacción patológica es diferente en su expresión temática del traumatismo inicial que la provoca y, su evolución, no depende de la de este traumatismo.

Para ver más claramente la diferencia entre respuesta normal y reacción patológica del individuo ante un estímulo, exponemos, en el CUADRO 13, los factores que determinan una u otra.

Aunque los refugiados pueden padecer, como todo ser humano, cualquier alteración psicológica, hay una serie de cuadros típicos que, por su condición de refugiado y por las circunstancias vividas en los últimos años, pueden presentar estas personas. Vemos, a continuación, esos cuadros.

1) **Trastornos adaptativos.** Como los define el DSM-III-R (1988), la sintomatología esencial de estos trastornos consiste en una reacción desadaptativa ante un estrés psicosocial identificable, que se presenta durante

los tres meses siguientes a la aparición de éste. La naturaleza desadaptativa de la reacción está indicada por dos tipos de características: una, por la incapacitación en la actividad social o laboral (incluida la vida académica); la otra, porque los síntomas son excesivos respecto a la reacción normal o esperable frente al estrés. La alteración no es exclusivamente una forma de hiperreacción ante el estrés, ni tampoco una exacerbación de algún otro trastorno mental. se supone que la alteración remitirá después de que cese el estrés o, si el estrés persiste, cuando se consiga un nuevo nivel de adaptación.

La diferencia con el trastorno por estrés postraumático es que el agente estresante que produce este último es más severo y fuera del rango de las experiencias humanas habitualmente consideradas normales. Los síntomas y complicaciones del trastorno por estrés postraumático, por tanto, serán más severos, de mayor duración y más incapacitantes que los que aparecen en los trastornos adaptativos.

2) Síndrome del estrés postraumático. Este término aparece por primera vez en el DSM-III, pero el concepto es muy antiguo habiéndose denominado de diversas formas: corazón irritable, neurosis traumáticas, neurosis de

guerra, reacciones agudas ante la gran tensión. Casi siempre ha coincidido la abundancia del trabajo sobre el tema o un mayor interés por su estudio, en tiempos de guerras o en las épocas sucesivas: Primera y Segunda Guerras Mundiales o en los Estados Unidos, para calificar los trastornos de conducta que solían aparecer entre los excombatientes de Vietnam. Destacan los trabajos de FIGLEY y SPRENKLE (1978), WILLIAMS (1980) y el trabajo con rehenes recién liberados de SANK (1979).

En 1952, el DSM-I incluía la categoría denominada **reacción aguda ante la gran tensión** describiéndose como la reacción producida por un agente estresante intenso que produce alteración en una personalidad normal, y la consideraba una reacción transitoria y reversible, de forma que si los síntomas persistían debía hacerse otro diagnóstico.

Similar era la definición de la ICD-9, OMS (1978) de **reacción aguda ante la gran tensión**, para designar los trastornos transitorios de cualquier gravedad y naturaleza que aparecen en individuos sin afección mental evidente como reacción a tensión física o mental excepcional, tal como una catástrofe telúrica o una batalla y, generalmente, cediendo dentro de horas o días.

Sin embargo, esta categoría no aparecía en el DSM-II, quizás omitida, porque esta clasificación apareció en una época relativamente tranquila, entre la Segunda Guerra Mundial y la Guerra de Vietnam, según considera ANDREASEN (1984).

Como define el DSM-III-R (1988), la sintomatología esencial de este trastorno consiste en la aparición de síntomas característicos después de un acontecimiento psicológicamente desagradable, que se encuentra fuera del marco normal de la experiencia habitual. El agente estresante productor de este síndrome es marcadamente angustiante para casi todo el mundo y, por lo general, se experimenta con intenso miedo, terror y sensación de desesperanza.

Los síntomas característicos de este trastorno suponen la reexperimentación del acontecimiento traumático, la evitación de los estímulos asociados con él, o bien, una falta de respuesta general y un aumento de la activación. El diagnóstico no debe efectuarse si la alteración dura menos de un mes.

La definición de DSM-III y DSM-III-R difiere de sus

equivalentes del DSM-I e ICD-9 en que reconoce que no todas las víctimas de desastres son necesariamente personalidades normales previas, por lo tanto, se puede usar este diagnóstico en personas que hayan tenido alguna alteración psiquiátrica, además el sujeto puede desarrollar, al mismo tiempo, este síndrome y otro trastorno mental como depresión mayor, trastornos de ansiedad, etc. Y también reconoce que algunos estrés postraumáticos son crónicos o, incluso, de por vida.

Según señalan AYUSO y SAIZ (1981), tras el choque inicial de un desastre natural, la mayoría de los individuos se ajustan rápidamente, pero, aproximadamente un tercio de la población afecta, exhibe el llamado **síndrome del desastre** y se queja de insomnio, ansiedad y trastornos depresivos. NACE (1977) encuentra clínica depresiva en la tercera parte de los soldados veteranos del Vietnam, y MURPHY (1977) encontró, también, que la respuesta psicopatológica más característica del evacuado coincidía plenamente con el síndrome depresivo.

Como nos recuerda el DSM-III-R (1988) es frecuente la aparición de depresión y ansiedad en este trastorno, hasta el punto de que, en algunos casos, estas pueden ser lo suficientemente graves como para merecer el diagnósti-

co de trastorno por ansiedad o depresión.

Aunque este síndrome es bastante frecuente entre los excombatientes de guerras, también se da en otras circunstancias: los agentes estresantes pueden ser también desastres naturales (inundaciones, terremotos), desastres accidentales (accidentes de coche, desastres aéreos, incendios, derrumbamiento de edificios) o desastres causados deliberadamente (torturas, campos de concentración). El trastorno es, aparentemente, más grave y más duradero cuando el agente estresante es de manufactura humana.

En estrecha relación con el síndrome del estrés postraumático se encuentra el síndrome del sobreviviente, que, si bien se suele dar en la misma población que el primero, posee unas características propias que lo definen, como vemos a continuación.

3) Síndrome del sobreviviente. LIFTON y OLSON (1976) lo describieron en términos de cinco categorías:

- 1ª Impresión y ansiedad de la muerte: imágenes indelebles y recuerdos sobre el desastre, incluyendo sueños terroríficos.
- 2ª Culpa de la muerte: autocondenación dolorosa de

los supervivientes por haber vivido, en tanto que otros murieron.

- 3ª Entorpecimiento psíquico: apatía, aislamiento, depresión.
- 4ª Deterioro de las relaciones humanas, en particular, entre marido y mujer, patrón y empleado.
- 5ª Lucha interna por encontrar alguna formulación cognoscitiva del significado del desastre, con frecuencia en términos de convicciones religiosas.

BA THIEN y MALAPERT (1988) destacan, como lo más importante de este síndrome, el profundo sentimiento de culpa: culpa de estar vivos mientras otros no lo están, culpa acerca de lo que ellos tuvieron que hacer para sobrevivir. MERLOO (1963) considera que se trata de una reacción diferida de duelo determinada por la imposibilidad de los prisioneros en la participación en ceremoniales de duelo por los numerosos compañeros fallecidos. Igualmente, CHODOFF (1966) sugiere que, el sentimiento de culpa de muchos supervivientes está en relación con el hecho de que, independientemente, de su conducta individual, han sobrevivido, mientras tantos otros habían muerto, lo que puede ser un factor de importancia psicodinámica en la perpetuación de síntomas depresivos.

Este cuadro fue denominado, por LIFTON (1969), como la enfermedad japonesa de la bomba atómica, que consistía en la sintomatología que presentaban los supervivientes del bombardeo de Hiroshima, años después de la hecatombe: tristeza, fatigabilidad, falta de iniciativa e impulso, déficit de concentración, síntomas psicósomáticos y sentimiento de culpa. Pero, posteriormente, a este conjunto de síntomas se le conoce más comunmente con la denominación del síndrome del superviviente.

El grupo COLAT (1982) define tres elementos constituyentes del síndrome del sobreviviente:

- Depresión reactiva
- Síndrome de ansiedad
- Culpabilidad como superviviente

4) Síndrome post-privación sensorial. Los efectos de una prolongada privación sensorial se han descrito en prisioneros con largos confinamientos, exploradores, marinos, pilotos.

Son clásicos los experimentos de HEBB y sus colaboradores en la Universidad McGill. HEBB (1968) afirma que es fundamental la necesidad de estimulación normal del medio, ya que, sin ella, experimentan grave menoscabo las

funciones de la mente. Los sujetos sometidos a aislamiento se quejaban de incoherencia de pensamiento, un sentimiento de extrañeza corporal, no poder resolver problemas sencillos, la aparición de alucinaciones, quejas somáticas, ansiedad, tensión, incapacidad para concentrarse.

SOLOMON y KLEEMAN (1984) subrayan que es intrigante pensar que, simplemente, el no hacer nada y cortar las conexiones con el mundo exterior pueda conducir a un estado transitorio similar al psicótico.

En términos psicoanalíticos, esta situación se explicaría porque al quedar abolido el proceso secundario bajo las condiciones de privación sensorial emergería el proceso primario.

Parece que, bajo la situación de privación sensorial, no sólo es posible el lavado de cerebro y una actuación negativa sobre la mente del ser humano, sino que, también, se puede actuar de forma positiva o terapéutica. Así, en los últimos años, se han descrito aplicaciones terapéuticas de la privación sensorial. SUEDFELD (1983) describe la técnica denominada REST (Restricted Environmental Stimulation Therapy) útil para dejar de

fumar, beber, tratamiento de enfermedades psicosomáticas o, incluso, utilizada en el autismo.

Los enfermos mentales colocados en situación de privación sensorial, sorprendentemente, en vez de dar lugar a la sintomatología negativa observada en los experimentos de privación sensorial, manifiestan positiva evolución en su mayoría y, al parecer, esta mejoría se mantiene mucho tiempo después del experimento.

Aunque hemos descrito varias utilizaciones terapéuticas del aislamiento, vamos a centrar nuestro estudio solo en los efectos negativos del encarcelamiento prolongado, como situación de privación sensorial.

La falta de estimulación, esto es, el aislamiento, al romper el intercambio sujeto-medio detiene la actividad y produce trastornos en la personalidad. Si es total, estos aparecen de modo brusco y profundo; si es parcial, de modo insidioso y menos profundo, como matiza BUSTAMANTE (1975).

5) Síndrome de Estocolmo. Es una reacción psicológica de los rehenes y secuestrados que consiste en el surgimiento, en las víctimas, de sentimientos de simpatía

e identificación con sus raptos.

El término hizo su aparición en Suecia en 1973, después de un asalto bancario. Los atracadores retuvieron como rehenes a cuatro empleados de la sucursal para hacerse con el botín. Diez días más tarde, cuando se producía la liberación, los rehenes protegían con sus cuerpos a sus secuestradores, para evitar, de este modo, que fueran alcanzados por los disparos de la policía. Después, continuaron manteniendo relaciones y todos se unieron en la misma causa. Dos de las empleadas abandonaron sus puestos de trabajo para convertirse en enfermera y asistente social. Una tercera llegó mucho más lejos: se casó con uno de los asaltantes. Similar fue el caso de Patricia Hearts, quien llegó a identificarse tanto con sus secuestradores que se convirtió en parte de la organización que la había retenido.

Esta reacción fue, posteriormente, observada en numerosos casos de diferente sexo y nacionalidad, lo que hizo que a todos se les englobara bajo el mismo nombre.

En el síndrome de Estocolmo, el factor principal es la dependencia regresiva que domina la conducta del rehén. Para que se produzca, es necesaria una prolongada

duración del secuestro y una intensa comunicación entre ambas partes. Si esto ocurre, es probable que el secuestrado llegue a admitir y justificar los motivos por los cuales ha sido retenido.

En esa dependencia regresiva, intervienen, por igual, un factor de terror continuo, y los sentimientos de gratitud hacia el secuestrador. Esta sensación de agradecimiento y el sentimiento de colaboración que aparecen son motivados por la impotencia de la víctima, su aislamiento y por la creencia de que la supervivencia del cautivo depende de su secuestrador.

Esta dependencia es mucho mayor cuanto más estrecho es el contacto entre ambos. Es explicada por la mayoría de los autores como una especie de identificación del rehén con respecto al otro. Esta "identificación" fue descrita por FREUD (1967) como un mecanismo psicológico que potencia el superyó del niño en su contacto con el padre en la primera infancia. La identificación es conocida en el psicoanálisis como la manifestación más temprana y primitiva de un enlace afectivo a otra persona y además siguiendo una dirección regresiva, se convierte en sustitución de un enlace libidinoso a un objeto, como por introyección del objeto en el yo.

Posteriormente, esta identificación se produce en repetidas ocasiones, generalmente como una identificación ideológica, que refuerza el fanatismo. La situación más propicia, fuera de la infancia, para el desarrollo de este mecanismo de identificación, se produce cuando existe un contacto mantenido con un ser al que se siente un profundo temor.

6) **Trastorno paranoide.** La prevalencia de sintomatología paranoide entre los refugiados hace pensar, como señala HITCH (1983), que la persecución política previa debe tener una notable influencia en el curso del trastorno subsiguiente.

Sin embargo, WICKER y SCHOCH (1988) puntualizan que este aumento de sintomatología paranoide no es exclusivo de los refugiados, sino que afecta también a poblaciones que han sufrido una urbanización forzada o una migración por razones económicas, teniendo éstas unos efectos similares. El aumento de psicosis reactivas entre poblaciones migrantes, debe tener un origen primariamente sociocultural más que político.

El cambio de coordenadas culturales es considerado

por ACHARD y GALEANO (1989) "paranoidizante", porque el desconocimiento práctico de los códigos de comunicación del nuevo medio aumenta en nivel de ambigüedad y contradicción implícito en la información que recibe.

También el DSM-III-R (1988) señala que pueden predisponer al desarrollo del trastorno delirante la inmigración, la emigración, la sordera y el estrés intenso en general.

KAPLAN y SADOCK (1989) observan que los estados paranoicos son comunes en los grupos migratorios e inmigrantes, posiblemente, en razón de las experiencias adaptativas de aprender un nuevo lenguaje y los sentimientos de soledad y aislamiento, cuando emigrantes e inmigrantes vuelven a sus países nativos, frecuentemente, desaparecen las ideas paranoicas.

Los trastornos paranoicos en los inmigrantes (estados paranoicos de origen cultural) y la psicosis de cárcel son los ejemplos más típicos de trastorno paranoico de agudo (precipitado de forma brusca y que desaparece por completo en seis meses).

Como se ha señalado reiteradamente, es frecuente la

aparición de rasgos paranoides en personas que cambian de país de residencia; favoreciendo este fenómeno el hecho de estar rodeados de personas extrañas con diferentes costumbres. Además, el refugiado o el emigrante, por su aspecto suele distinguirse de la población donde vive, y, a veces, es objeto de desprecio o ridículo.

El sentimiento de incertidumbre, que padecen los refugiados, en el nuevo ambiente, suele aumentar su aislamiento del entorno social. KAPLAN y SADOCK (1989) también señalan que la mayor incidencia de trastornos paranoides en los emigrantes puede ser debida a una mayor emigración de personas con personalidad inestable.

Es frecuente encontrar trastornos paranoides en las cárceles. Debido a la frecuencia de abusos criminales, agresiones homosexuales, violencia y, a veces, tortura, que se da en las cárceles, muchas veces es difícil averiguar si las ideas de los presos se basan en la realidad o son, por completo, delirantes. En aquellos pacientes que desarrollan una psicosis paranoide que aparece en el curso de un encierro, el estrés parece actuar como precipitante en la personalidad presicótica.

Cabe destacar, por lo tanto, lo difícil que resulta,

en ocasiones, diferenciar el delirio que supone la paranoia de la realidad que rodea al individuo. A veces, nos resulta complicado discernir, ante las expresiones de temor del paciente, si son producto de su delirio o si, por el contrario, son persecuciones reales. Como observan KORDON y EDELMAN (1987), resulta sumamente difícil poder diferenciar aquello que indica el reconocimiento del peligro real y, por lo tanto, el desarrollo de una conducta adecuada con relación a él, de temores delirantes de carácter paranoide.

La falta de estabilidad, el sentirse como "de paso" (con ilusiones de pronto retorno), explica la carencia de interés, en ciertos casos, para tratar de recuperar su nivel social o profesional anterior; recíprocamente, la degradación social de muchos exiliados aumenta la inseguridad y la persecución, como señala GRINBERG (1984).

7) **Depresión del desarraigo.** Cuadro que describe la sintomatología depresiva que aparece frecuentemente de forma reactiva a cambios de residencia o hábitat. Está incluida, por tanto, dentro de las depresiones reactivas, siendo un tipo concreto de ellas.

Esta denominación de depresiones de desarraigo se

debe a ROJO SIERRA (1983), quien considera que el cambio supone, de alguna forma, romper con el medio social y cortar los lazos objetales establecidos simbólicamente y afectivamente con la antigua casa.

MARTI TUSQUETS (1976) las denominó depresiones de la territorialidad refiriéndose a aquellas que aparecen cuando hay un cambio en la territorialidad más concreta, cambio de vivienda y que con mayor frecuencia se observa en las amas de casa.

En nuestro tema de estudio nos parece más adecuado usar el término de ROJO SIERRA de depresiones del desarraigo, porque no sólo hay un cambio de territorio, sino también, un cambio más amplio en las relaciones sociales y en el medio familiar. Ya hemos señalado, en otras ocasiones, como la situación en que se encuentra el refugiado en el país al que llega es un estado de desarraigo, de falta de raíces en la nueva tierra. Se ha dado, además, una involuntariedad que agrava el cuadro, como señala la OMS (1974), un cambio de casa o de forma de vida puede no ser por sí mismo un peligro para la salud, pero sí que pueden serlo los cambios involuntarios de residencia y de modo de vida para los que no se está debidamente preparado.

El mismo FREUD (1938) describe, en la primera carta que escribió desde su exilio en Londres, dirigida a MAX EITINGON (1938), el sentimiento de tristeza que conlleva el exilio: "La atmósfera de estos días es difícil de captar, por no decir indescriptible. Al sentimiento de triunfo que experimentamos al vernos en libertad, se suma un porcentaje excesivo de tristeza, pues, a pesar de todo, yo amaba grandemente la prisión de la que me han liberado... El dolor de mi corazón se convierte en una inconfundible depresión ".

8) **Psicosis reactiva breve.** Los franceses las denominaron *bouffées délirantes* y, según nos dice EY (1978), pueden aparecer ligadas a diferentes causas desencadenantes inmediatas, entre otras, a los choques emocionales.

BUSTAMANTE (1975) observa que, incluso sujetos normales sometidos a la acción de fuertes tensiones, pueden presentar lo que él denomina *reacción psicótica aguda*. Este autor distingue dos tipos dentro de este cuadro, considera que la reacción psicótica aguda, conocida por los franceses como *bouffée délirante* puede presentar dos modalidades: una, en la que la personalidad histérica y el mecanismo disociativo resultan fundamen-

tales, y el bouffée propiamente dicho, aquél en el que aparece la reacción psicótica aguda como consecuencia de la gran tensión del medio. La primera es la expresión de una personalidad histérica ante ciertas dificultades adaptativas y a través del mecanismo disociativo; la segunda, una psicosis de situación en la que la gran tensión del medio en cualquier tipo de personalidad, incluso normal, puede desencadenar una reacción psicótica aguda por medio de la disociación. BUSTAMANTE denomina psicosis de situación aquellas que se refieren a modalidades concretas; esto es, a una situación determinada, como, por ejemplo, la que ofrecen los sordos, los ciegos, los excluidos del lenguaje, los encarcelados y los refugiados. Como vemos, pon ejemplos de situaciones diferentes que tienen como común denominador el padecer cierta privación sensorial.

El DSM-III-R (1988) define la psicosis reactiva breve en los siguientes términos: la sintomatología esencial de este trastorno consiste en un inicio repentino de la sintomatología psicótica, de una duración de unas horas como mínimo, pero no más de un mes, con una recuperación total del nivel premorbid. Los síntomas psicóticos aparecen poco después de uno o más acontecimientos estresantes que, tanto juntos como por sepa-

rados, podrían provocar claramente un estrés en cualquier persona del mismo medio cultural bajo circunstancias similares. Los acontecimientos precipitantes pueden ser un estrés relevante, como la pérdida de una relación afectiva o un trauma psicológico tras el combate. Siempre hay una alteración emocional caracterizada por rápidos cambios disfóricos en la tonalidad afectiva.

KAPLAN y SADOCK (1989) observan que es más frecuente que se presenten estos cuadros en los países menos desarrollados que en los países industrializados. En los países más desarrollados se dan con más frecuencia en adolescentes y en adultos jóvenes, y, su incidencia, aumenta en condiciones de guerra y desastre.

III. PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL

ALONSO FERNANDEZ (1977) define la Psiquiatría Transcultural como la parte de la Psiquiatría que estudia las enfermedades mentales a lo largo de la escala de las distintas culturas y civilizaciones.

En similares términos ya la habían definido RUESCH (1961) y WITTKOWER (1965) al denominar Psiquiatría Transcultural a una rama de la psiquiatría social, con sus específicas tareas y metodología peculiar, que investiga, fundamentalmente, los efectos que la transculturación produce en el marco de las alteraciones mentales.

A.- TRANSCULTURACION

Según recoge BUSTAMANTE (1975), este término lo utilizó por vez primera Ortiz en 1940 y, en relación con la misma, dice que es de la opinión que la palabra transculturación expresa mejor las diferentes fases del proce-

so de transición de una cultura a otra, a causa de que esta no consiste meramente en la adquisición de otra cultura, que es lo que implica la palabra inglesa "acculturation", sino que este proceso comprende también necesariamente la pérdida o el arrancar de raíz una previa cultura, la cual sería definida como deculturación. Además de esto, lleva consigo la idea de la creación consiguiente de los nuevos fenómenos culturales, lo cual será llamado neoculturación.

La transculturación está formada por el doble proceso de deculturación y neoculturación, en el tránsito de una cultura a otra, como resultado del choque o interacción en un mismo medio de dos o más grupos culturales.

En este sentido, nuestro estudio de una población refugiada procedente de diversas culturas, que se asienta en nuestro país enfrentándose a otra cultura distinta a la originaria, cae dentro del marco de la Psiquiatría Transcultural. En los sujetos que nosotros observamos, se ha dado, recientemente, una transculturación y, así, están realizando el esfuerzo de adaptarse a otro medio cultural distinto al de su origen.

B.- HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL

Si bien hay anticipos geniales en los trabajos de Kraepelin y Bleuler al principio de nuestro siglo, no podemos considerar que surja realmente esta disciplina hasta la década de los cincuenta.

KRAEPELIN, en 1904, al crear un conjunto de entidades nosológicas que ofrecen un orden a la Psiquiatría, destaca que ha notado diferencias sintomáticas en la psicosis entre los habitantes de Java y Alemania.

Más tarde, BLEULER, en 1908, realiza idéntica observación entre ingleses e irlandeses, y entre bávaros y sajones.

A partir de 1928 se empiezan a describir una serie de cuadros como el amok, windigo, latah y otros, que se encontraban en culturas distintas de la occidental y que mostraban unas características típicas.

En 1953, Carothers produce su informe sobre el medio africano que es publicado por la Organización Mundial de la Salud.

En 1955, aparece el International Journal of Social Psychiatry, que es dirigido por J. Bierer y M. Opler.

En 1956, se produce la publicación por M. Opler del libro Culture Psychiatry and Human Values, libro que representa una magnífica expresión de los postulados y fundamentos de la Psiquiatría Transcultural.

En el mismo año 1956, se crea la Sección de Psiquiatría Transcultural en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad McGill, en Montreal, que ha venido desarrollando una gran actividad bajo la dirección de E. Wittkower.

En 1957, se constituyó el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET) que solamente trabajó hasta 1961.

En 1961, se produce el Primer Congreso Pan Africano de Psiquiatría, en Nigeria. Congreso que representa la vinculación de un continente como el africano tan importante para la Psiquiatría Transcultural por razones étnicas e históricas.

En 1963, la Sección de Psiquiatría Transcultural de

la Universidad McGill edita su revista a la que denomina "Transcultural Psychiatric Research", que es la más exhaustiva recopilación y divulgación de las publicaciones mundiales en esta materia.

El mismo año, surge el "Cross Culture Institute", en Washington, que ha sido centro de investigaciones transculturales en los Estados Unidos.

En 1965, surge la revista "Psychopathologie Africaine", órgano de la Sociedad de Psicopatología e Higiene de Dakar, bajo la regencia del doctor H. Collomb. Publicación que es la más alta expresión del medio africano, y desde su aparición ha servido para ofrecer la producción fundamental del continente africano en este terreno.

En 1966, en el IV Congreso Mundial de Psiquiatría en Madrid, se instala a la Psiquiatría Transcultural en una de las sesiones plenarias, lo que ha representado para algunos autores el lograr, dicha disciplina, la mayoría de edad.

Posteriormente, la Asociación Mundial de Psiquiatría crea una Sección de Psiquiatría Transcultural, con lo que queda confirmada la importancia que alcanza ésta.

C.- SINDROMES LIGADOS A LA CULTURA

A partir de 1928 que Hib Van Loon describe en Malaya una entidad a la que denomina amok, comienzan a aparecer una serie de trabajos en los que se describen cuadros psiquiátricos específicos de una determinada cultura. Posteriormente, se observó que estos mismos cuadros se daban también en otras culturas similares.

Haremos un breve resumen de las características de estos síndromes:

a) Amok. Consiste en una súbita y espontánea eclosión que hace que la persona afectada corra locamente, armada con un cuchillo o cualquier otra arma, atacando indiscriminadamente a hombres o animales que encuentra, hasta que el sujeto es inmovilizado o se suicida.

Un factor cultural que favorece la aparición de este cuadro es la creencia en la posesión mágica por demonios y malos espíritus. La vergüenza y el desprestigio, también, actúan como desencadenantes de esta conducta.

El clásico síndrome tal como se describió puede aparecer solo en las culturas consideradas primitivas, pero hay casos muy similares en individuos de la cultura occidental que, a veces, nos impresionan desde los titulares de los periódicos.

b) Latah. Enfermedad descrita por Aberle, en Mongolia, y por Vanloon, en Indonesia. Se da principalmente en las mujeres e implica una situación de espanto, el sujeto se asusta fácilmente y puede gritar. Luego se entrega a un comportamiento compulsivo imitativo, repitiendo actos que ha observado (ecopraxia) o frases que ha oído (ecolalia).

También encontró esta enfermedad PFEIFFER (1971) en Filipinas y Tailandia.

En el Norte del Japón se da una enfermedad parecida a ésta que se conoce con el nombre de Imu.

JAP (1951), psiquiatra chino, realizó un estudio muy documentado sobre el latah malayo y estados afines.

VAN BERGEN (1955) interpreta el amok y el latah a base de mecanismos de utilización de impulsos, considera

el amok cargado de fuerte afectividad o sobreimpulsividad, masculino; mientras que el latah es poco impulsivo, de débil afectividad, femenino. El amok aparece, generalmente, cuando un hombre se traslada a un ambiente extraño que representa para él un cambio brusco como, por ejemplo, de un ambiente rural a una gran ciudad. El latah afecta normalmente a una mujer que ha vivido durante algún tiempo en un ambiente extraño y no ha podido obtener lo que deseaba.

TELLEZ CARRASCO (1952) estudió, también, estos dos cuadros, sin aportar considerables novedades a las investigaciones de estas dos enfermedades psiquiátricas.

c) Koro. Es una reacción de angustia aguda en la que el paciente teme que su pene se encoja y pueda desaparecer en el interior del abdomen. Se ha descrito en el Archipiélago Malayo y en el sur de la China. El síndrome típico es un fenómeno bastante raro.

Se han descrito casos correspondientes a mujeres, que temen el encogimiento de los labios vulvares y las mamas. Se han comunicado, también, algunos casos en personas pertenecientes a la civilización occidental.

FAVAZZA (1984) recoge que en 1982 hubo una epidemia de cientos de personas afectadas de koro que ocurrió en la India, pertenecientes a distintos grupos étnicos rurales y, también, que en sujetos occidentales se han descrito cuadros similares en personas intoxicadas por anfetaminas o con tumores cerebrales de localización frontotemporal.

d) Píblokto. Enfermedad que aparece entre los esquimales y que se ha llamado también histeria del Artico, descrito por WALLACE (1970). Se caracteriza por ataques que dura de una a dos horas, durante las cuales, el paciente, que habitualmente es una mujer, empieza a gritar, llorar y a romper sus ropas. Tras el ataque, la persona parece estar bastante normal y suele tener amnesia de él.

Estos ataques con crisis de huida, curiosamente se producen en época invernal, tiempo en que los esquimales están obligados a la vida comunitaria y a la socialización. Parece que, al verse obligados, durante un tiempo a unas normas y esquemas sociales de conducta rígidos se desencadena el cuadro. No ocurriendo en verano, época en que viven las familias aisladas.

e) **Wihitigo**. Llamada también **windigo**. COOPER (1934) lo describió entre las tribus indias del Nordeste del Canadá. La persona afectada llega a creer que ha sido poseída por el espíritu de un caníbal gigante, presentando síntomas como náuseas, anorexia e insomnio, y además ve que las personas que le rodean se convierten en castores u otros animales comestibles, con lo que se desarrolla en él un impulso antropófago. Suele suceder en épocas de hambre.

MARTI y MURCIA (1988) proponen englobar, todos estos cuadros, bajo el título genérico de enfermedades de adaptación.

ALONSO FERNANDEZ (1977) dice, en relación a estos cuadros psiquiátricos, que puede darse, hoy, por firmemente establecido, no sólo que los distintos tipos de enfermedad psíquica tienen una extensión pancultural, sino, además, que aquellos cuadros clínicos antes mencionados (*amok*, *latah*, *koro*, *imu*, *windigo*) aparecen en el marco de culturas distintas.

Como hemos ido observando, los cuadros psiquiátricos exóticos no son específicos de la primera cultura en que se descubrieron, sino que se han hallado en otras cultu-

ras. En consecuencia, creemos que tiene más interés estudiar la acción de la cultura en los síndromes psiquiátricos, como vamos a ver a continuación, que tratar los síndromes ligados a la cultura.

D.- ACCION DE LA CULTURA EN LOS SINDROMES PSIQUIATRICOS

En relación con los cuadros que acabamos de describir en el epígrafe anterior, comenta ABELLA (1981) que, si bien algunos síndromes exóticos no se presentan en la sociedad occidental, no es seguro, empero, que la pretendida especificidad sea de fondo o nosológica, sino tan sólo patoplástica o formal. Ya que cada cultura puede modificar los síntomas o modelarlos de diferente forma.

Algunas sociedades favorecen más que otras distintos comportamientos, ya que, según las características culturales predominantes las normas de convivencia pueden ser diferentes, incidiendo directamente en la creación del trastorno.

PELICIER (1964) no admite que existan formas clínicas absolutamente características de una cultura dada. Sin embargo, sí el que determinados tipos de comportamiento

puedan ser privilegiados y encontrar en una cultura dada facilitación.

EY, BERNARD y BRISSET (1978) advierten que es necesario preservarse de dos extremos: el uno sería considerar las categorías nosológicas por inmutables y los síndromes psiquiátricos por entidades y, el otro extremo, sería asignar al relativismo cultural y psicopatológico tal lugar que la enfermedad mental no existiría más que como una reacción al medio.

En este último extremo se sitúan las afirmaciones de RUTH BENEDICT (1959) que desarrolló la idea de que lo normal y lo patológico no existen más que con relación a una cultura dada, y esa misma actitud mantiene R. BASTIDE (1967) al considerar que no se es enfermo mental sino en relación con una sociedad dada.

Si bien es una exageración considerar la enfermedad mental como una reacción a las condiciones socioculturales, sí hay que reconocer que es sensible a estas condiciones y, así, la misma enfermedad en distintas culturas puede expresarse de formas diferentes, dando un aspecto distinto aunque la alteración básicamente sea la misma.

A este respecto podemos citar la frase de PFEIFFER (1971): " a través de las culturas los enfermos mentales se parecen más entre sí que los individuos mentalmente sanos".

Aunque las enfermedades psiquiátricas son las mismas para todas las personas, el efecto de la cultura se ejerce principalmente sobre los síntomas, realizando una acción modeladora o acción patoplástica como la denomina ALONSO FERNANDEZ (1977).

Quizás una de las enfermedades que primero se estudió, comparativamente, fue la esquizofrenia.

Ente 1930 y 1945 aparecieron una serie de trabajos que consideraban la esquizofrenia como una locura propia del mundo occidental. Posteriormente, investigaciones rigurosas nos llevan a la firme conclusión de que la esquizofrenia no se halla ausente en ninguna cultura. Así, TOOTH (1950) afirma que no existen datos en apoyo de la hipótesis de que la psicosis es más frecuente en los individuos con mayor cultura de tipo europeo, que en el resto de la población autóctona.

No obstante esta similitud de enfermedades psiquiá-

tricas en distintas culturas, se observa diferente frecuencia de algunos síntomas de unos pueblos a otros.

MARTI y MURCIA (1988) afirman que hay una relatividad cultural de los delirios y alucinaciones y que existe una diferencia en la expresividad de las emociones propias a cada cultura. Es bien conocido que, frente a los delirios de contenidos técnicos que solemos encontrar en las civilizaciones occidentales, se observan, por el contrario, delirios de contenidos religiosos y mágicos en las culturas africanas y asiáticas.

En los países asiáticos y africanos abundan mucho más que entre los europeos las esquizofrenias de comienzo agudo. En la India parecen ser habituales las formas catatónicas de esquizofrenia. En las culturas de tipo primitivo suelen predominar las formas catatónicas y hebefrénicas, en tanto que las paranoideas abundan en las sociedades tecnológicamente desarrolladas. También es curioso observar que las alucinaciones ópticas y los delirios hipocondríacos predominan en culturas primitivas, mientras que en las culturas avanzadas son más frecuentes las alucinaciones auditivas -ALONSO FERNANDEZ (1977) y MARTI y MURCIA (1987)-.

Se han observado, también, diferencias en la sintomatología de la depresión a través de las diferentes culturas. Así, AYUSO y SAIZ (1981) clasifican los síntomas depresivos, según su dependencia cultural, en dos grupos:

1) Síntomas que presentan primordialmente una dependencia cultural:

- Conducta suicida (mayor incidencia en la depresión de la cultura occidental).
- Agitación (más frecuente en las culturas primitivas).
- Sentimiento de culpa (más frecuente en las culturas judeocristianas).
- Ansiedad somática (el predominio es, también, una constante en todas las publicaciones etnopsiquiátricas).
- Todas las formas de delirio.
- Mímica (depresión "sonriente" descrita en Tailandia por TONGYOUK -1972-).

2) Por el contrario, los síntomas que no presentan dependencia cultural son, fundamentalmente, los síntomas somáticos:

- Alteración del sueño.

- Pérdida de apetito.
- Disminución de peso.
- Variación nictemeral.
- Pérdida de la potencia sexual.

Respecto a los cuadros neuróticos, han sido muy estudiados los cambios de constelación sintomatológica a lo largo de las diversas culturas (transcultural) e, incluso, con el paso del tiempo en una misma cultura (transhistórica). Así, la forma más frecuente de neurosis, en anteriores generaciones, era la neurosis histérica; sin embargo, en la actualidad, es más frecuente la neurosis visceral y las enfermedades psicosomáticas, presentándose la neurosis histérica, solamente, en pequeños núcleos agrarios o en poblaciones primitivas.

Hace ya casi treinta años ALONSO FERNANDEZ (1961) se refería a este cambio diciendo que el hombre neurótico de la era atómica es mucho más hipocondriaco que el histérico tradicional. Está más absorbido por la corporalidad. Es casi raro, hoy, ver a un neurótico que no esté convencido de padecer un mal desconocido, incurable o mortífero.

Las enfermedades psiquiátricas, cuya frecuencia

varia más de una cultura a otra, son el alcoholismo y las toxicomanías, afirma ALONSO FERNANDEZ (1977).

Es de destacar los bajos índices de alcoholismo en poblaciones de religión musulmana, ya que ésta es poco o nada permisiva con el consumo de alcohol, por lo que la población afectada acostumbra a encontrarse siempre entre sujetos que no guardan ni la más mínima ortodoxia religiosa y que, por lo tanto, podemos considerar "alienados" de su contexto sociocultural, como señala MARTI y MURCIA (1988).

- - -

Nos ha parecido oportuno señalar algunos datos de la acción de la cultura sobre los cuadros psiquiátricos, ya que en la población que vamos a tratar, al proceder de diferentes culturas, algunas cercanas a la nuestra, pero otras muy lejanas, nos encontraremos situaciones similares a las descritas.

IV. OBJETIVOS DEL TRABAJO

El objetivo de este trabajo es analizar en los refugiados políticos, residentes en Madrid, los siguientes puntos:

- a) La frecuencia con que presenta alteraciones mentales este grupo de población.
- b) Las características peculiares que puede presentar su modo de enfermar.
- c) Buscar la relación que pueda existir entre las diversas patologías y las circunstancias vividas por el sujeto o las características culturales del grupo a que pertenecen.
- d) Estudio de la salud mental de la población infantil de este mismo colectivo.

V. MATERIAL Y METODO

A.- SUJETOS, VARIABLES E INSTRUMENTOS

A.1.- SUJETOS

Las personas que nos interesa estudiar son los refugiados políticos residentes en Madrid, como ya hemos señalado. Para ello decidimos incluir a todos en un mismo grupo, a pesar de las diferencias que presentan por la diversidad de procedencias geográficas. En un momento estuvimos tentados a disgregar los grupos constituidos por las mujeres o los ancianos y tratarlos aisladamente por las características que podían ser específicas; finalmente se decidió incluirlos en el grupo general, pensando que las características comunes tenían más peso que las diferenciales.

No resistimos la tentación de hacer un grupo independiente con una muestra de niños, basándonos no sólo en las características tan peculiares de los niños comparados con los adultos y que no hace falta insistir en

ellas, sino también por otros motivos internos a este trabajo y que exponemos a continuación:

a) La poca representación de los niños en la muestra general, probablemente debido al criterio de selección que se aplicó: personas que asistieron a consulta de Psiquiatría.

b) El rápido aprendizaje del idioma por parte de los niños, nos permite utilizar más pruebas que en los adultos.

A.1.1.- Muestra 1

Población total de refugiados atendida en la consulta de salud mental de la Cruz Roja Española, desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 1988, y que fueron un total de 286 casos.

Se trata de estudiar a las personas que demandan consulta psiquiátrica. Esta parte del estudio epidemiológico está, por tanto, realizado tomando como base la prevalencia tratada, ya que recogemos los datos sobre las personas que han sido atendidas en la unidad de salud mental.

Tenemos la presunción de que disponemos de los datos de todos los casos que han recibido atención psiquiátrica en Madrid, durante ese periodo de tiempo, ya que la unidad de salud mental constituye el único lugar que les presta asistencia psiquiátrica gratuita, y, debido a la escasez de recursos económicos de esta población, no tienen acceso a la medicina privada.

A.1.2.- Muestra 2

Se estudia un grupo de 54 niños, hijos de refugiados, con edades comprendidas entre los 7 y los 11 años, con la finalidad de conocer su situación psicológica.

El número total de niños, entre estas edades, residentes en Madrid era de 216 sujetos, representando el 3,61% de 5977 personas que componían la población total de refugiados que ese año (1988) estaban registrados en Madrid por los Servicios de la Cruz Roja.

De estos 216 niños se seleccionó una muestra tomando uno de cada cuatro niños. Nos quedamos, así, con un grupo de 54 niños, tal como ya hemos señalado.

En resumen, la primera muestra está formada por personas que asisten a consulta. La segunda, son niños que no asistían a consulta, y que fueron, especialmente, llamados para este estudio; sus padres podían estar o no siendo tratados en nuestro Servicio.

A.2.- VARIABLES

Las variables analizadas son diferentes en cada una de las muestras estudiadas. Solamente hay algunas variables comunes que son las referidas a datos identificativos como edad, sexo o nacionalidad. El resto de las variables son diferentes para cada muestra, como se expone a continuación:

A.2.1.- Muestra 1

Las 14 variables estudiadas son:

- 1 - Nacionalidad
- 2 - Edad
- 3 - Sexo
- 4 - Estado civil

- 5 - Convivencia (solos o acompañados)
- 6 - Existencia de familiares en el país de acogida
- 7 - Profesión
- 8 - Ocupación actual
- 9 - Persecución objetiva: prisión, tortura, violación.
- 10 - Motivo de consulta
- 11 - Diagnóstico
- 12 - Tratamiento en el país de origen
- 13 - Tratamiento actual
- 14 - Tiempo de latencia

Denominamos tiempo de latencia al transcurrido desde la llegada a España de un refugiado o asilado, hasta el momento en que demanda consulta psiquiátrica.

No planteamos la situación económica como variable a estudiar, ya que, en todos estos sujetos, se presenta como una constante, al ser su situación económica de necesidad perentoria. Precisamente, por ello, se hallan atendidos por Cruz Roja.

A.2.2.- Muestra 2: Variables estudiadas

a) Variables familiares:



a.1) Generales:

- 1.- Tiempo de estancia en España
- 2.- Edad de los padres
- 3.- Nacionalidad de origen
- 4.- Religión
- 5.- Actividad
- 6.- Profesión
- 7.- Estudios
- 8.- Actividad política
- 9.- Persecución
- 10.-Consulta psicológica
- 11.-Grado de satisfacción con su situación
- 12.-Relaciones con españoles
- 13.-Estabilidad de la pareja

a.2) Salud mental de la madre.

b) Variables del niño:

b.1) Generales:

- 1.- Sexo
- 2.- Edad
- 3.- Número de hermanos
- 4.- Lugar que ocupa
- 5.- Relación con otros niños
- 6.- Problemas motivados por el exilio

7.- Experiencias de violencia

8.- Consulta psicológica

b.2) Trastornos psicológicos del niño.

A.3.- INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Se han utilizado diferentes instrumentos en cada grupo por tratarse de dos muestras tan diferentes cualitativa y cuantitativamente, como venimos insistiendo, la primera muestra la constituyen las personas que voluntariamente asisten a la consulta de Psiquiatría, en su mayoría son adultos jóvenes y con graves dificultades de expresarse en nuestro idioma. Es una muestra muy heterogénea, tanto por su procedencia o características personales como desde el punto de vista psiquiátrico del diagnóstico o motivos de consulta. El primer grupo es muy numeroso en relación al segundo: 286 frente a 54.

Todo lo señalado nos ha llevado a analizar diferentes variables en cada muestra y, por lo tanto, a utilizar diferentes instrumentos.

A.3.1.- Muestra 1

Elaboramos un protocolo de recogida de datos en el que constan preguntas sobre 12 de las 14 variables estudiadas y que son las siguientes: nacionalidad, edad, sexo, estado civil, convivencia, existencia de familiares en el país de acogida, profesión, ocupación actual, persecución objetiva, motivo de consulta, tratamiento en el país de origen y tiempo de latencia. Las 2 variables excluidas son el diagnóstico y el tratamiento actual. El diagnóstico se definió tras tres entrevistas con el paciente y utilizamos como criterio de clasificación el DSM-III-R.

En la primera entrevista se efectuaban al paciente una serie de preguntas en torno a la sintomatología presentada y otras relativas a antecedentes morbosos, personales y familiares, lo que nos permitía junto con la observación de su conducta hacer una aproximación a la categoría diagnóstica en la que se enmarcaba el trastorno.

En la segunda entrevista, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-III-R para cada trastorno se concretaban las preguntas buscando los datos diferenciales necesarios para llegar al diagnóstico concreto.

En la mayoría de los casos, con los datos obtenidos en las dos entrevistas dirigidas, podíamos llegar a un diagnóstico. En algunos casos más complejos nos quedaba por determinar algún diagnóstico diferencial. También era frecuente que nos faltara algún dato que precisar en las personas que tenían al mismo tiempo más de un diagnóstico, por lo que se insistió en perfilar el cuadro clínico en la tercera entrevista que se llevó a cabo en todos los casos con la finalidad de completar la observación del paciente y preguntar sobre los puntos que ofrecieran dudas.

Cada una de las tres entrevistas realizadas con el refugiado duraban aproximadamente 45 minutos y se empleaba más tiempo cuando el paciente no se expresaba en español y había que realizar la entrevista en inglés o francés y la duración se prolongaba todavía más cuando utilizábamos intérprete, en cuyo caso la entrevista duraba una hora o algo más.

A lo largo de estas entrevistas se realizó una historia clínica completa, donde en sucesivos momentos también se iba reflejando la evolución del sujeto y los tratamientos realizados. A esta historia acudimos para

recoger los datos relativos al tratamiento que se le había ofrecido en nuestro país.

Como ya hemos expuesto en el capítulo 2 al tratar la psicopatología del refugiado, el cuadro más característico que puede diferenciar a esta población frente a otras es el trastorno por estrés postraumático, teniendo en cuenta que gran número de las personas que constituyen esta muestra han sufrido acontecimientos muy traumáticos. Por la importancia de este cuadro nos detendremos en explicar la sistemática seguida en estos casos.

En la primera entrevista, además de recoger el protocolo que nos ofrecía la información sobre las 12 variables descritas al principio de este apartado, se hacían entre otras preguntas las siguientes:

- ¿Ha padecido algún acontecimiento fuera de lo habitual?
- Si es así, descríballo.
- ¿Relaciona la sintomatología actual con dicho acontecimiento?.

Con los datos recogidos en la primera entrevista, podíamos descartar el trastorno por estrés postraumático o bien, al contrario, sospechar que el paciente en estu-

dio puede ser diagnosticado de este trastorno, en cuyo caso, en la segunda entrevista se hacían las preguntas que constan en el Anexo 1 de acuerdo con los criterios diagnósticos para este cuadro del DSM-III-R.

A.3.2.- Muestra 2

Por ser más reducida numéricamente esta muestra y no estar motiva por sí misma para contactar con nosotros, hubo que seguir una estrategia diferente.

Se trata de un grupo homogéneo: niños de 7 a 11 años, todos ellos, a pesar de que algunos llevaban poco tiempo de residencia en nuestro país, podían realizar perfectamente una entrevista en nuestro idioma e, incluso, servían de traductores para relacionarnos con sus padres. Sorprendidos de la capacidad idiomática de los niños, pudimos emplear instrumentos que, en principio, dudábamos de su aplicación idónea en esta muestra. Además, son niños que, en principio, se puede suponer que su mayoría no tiene un trastorno psiquiátrico, ya que no es población que asista a consulta, sino que es una muestra tomada al azar de la población general de niños refugiados. Por todo ello, los datos no se nos ofrecen con la facilidad que lo hacen los de la primera muestra y hemos

utilizado unos instrumentos diferentes y más elaborados.

De los 54 niños, de 7 a 11 años, obtuvimos los datos relativos a las 13 variables de clasificación de la familia y a las 8 variables del niño, a través de un cuestionario, precodificado, aplicado a los padres, y que constaba de dos partes: la primera, de 37 preguntas destinadas a conocer datos de carácter descriptivo de la familia, antecedentes del exilio y situación en nuestro país; la segunda parte, con 16 preguntas, estaba dirigida a conocer datos descriptivos del niño, antecedentes de escolaridad y problemática psicológica en el país de origen y, finalmente, la situación del niño en España.

La mayoría de las preguntas de estos cuestionarios estaban elaboradas con un sistema de respuestas cerradas, existiendo alguna pregunta abierta debido a que por la diversidad de posibles respuestas, no admitían aquella modalidad. (Se incluyen, al final de este volumen -Anexo 2-, los cuestionarios utilizados en el estudio).

La salud mental de las madres se estimó a través del cuestionario de salud general G.H.Q. de GOLDBERG (1972). Se seleccionó este cuestionario por estar considerado como el más elaborado dentro de las técnicas de screening

(métodos de identificación de casos) para estudios epidemiológicos psiquiátricos, según EASTWOOD (1971) y COOPER (1973).

Hemos utilizado la versión más común de 60 ítems, siguiendo la adaptación española de MUÑOZ y colaboradores (1979). Pues, es la más idónea para la identificación de casos psiquiátricos por sus características de fidelidad, validez, sensibilidad y especificidad superiores a las más breves. El cuestionario figura en el Anexo 3.

El método usado de "puntuación G. H. Q." es el que da a las cuatro alternativas de respuesta las siguientes puntuaciones: 0 - 0 - 1 - 1, debido a que es el más utilizado.

La fiabilidad y validez de este cuestionario están ampliamente demostradas en diferentes países, incluyendo el nuestro, donde ha sido traducido, adaptado al castellano y validado por MUÑOZ y col. (1978/1979), tal como ya hemos dicho. Este instrumento es válido para la medida de patología psiquiátrica no psicótica en la población general. Consta de 60 ítems o preguntas sobre el estado en que se encuentra el sujeto en el momento de realizar la prueba y mide la probabilidad de ser un caso psiquiá-

trico. Se utilizó como punto de corte discriminativo entre probables positivos y probables negativos la puntuación 11/12, como recomienda MUÑOZ (1979). Aquellas madres que obtuvieron una puntuación de 12 o superior, se consideraron como posibles casos positivos (probables trastornos psiquiátricos).

Los trastornos psicológicos del niño se detectaron a través de las siguientes pruebas:

- Cuestionarios de Rutter para padres y profesores
- Test de Bender
- Test de Raven
- Pruebas gráficas

Se aplicaron las escalas de conducta infantil de Rutter (children's Behaviour Questionnaire) elaboradas por este autor en 1967. Estas escalas han sido utilizadas ampliamente como herramientas de trabajo para la detección de trastornos psicológicos en diferentes poblaciones de niños en todo el mundo, RUTTER (1967), RUTTER y otros (1970), RUTTER (1973), GARAY 1984).

Las escalas de Rutter están formadas por dos cuestionarios: escala A o cuestionario para padres, y escala B o cuestionario para profesores. Se han aplicado estos

dos cuestionarios, que incluimos en el Anexo 4.

La escala A (cuestionario para padres) tiene 31 enunciados relativos a distintos aspectos de la conducta del niño. Los padres deben indicar si tales conductas suceden siempre, si suceden en parte o si no suceden. Cada enunciado puede tener una puntuación de 0 a 2, de forma que la puntuación de la escala oscila entre 0 y 62 puntos.

Con esta escala podemos obtener 3 puntuaciones: una total de la escala y dos subpuntuaciones, una neurótica y otra antisocial relativas a diferentes enunciados que, según Rutter, describen síntomas considerados como referenciales a los trastornos neuróticos en la infancia o relativos a conductas antisociales. Estas subpuntuaciones pueden variar entre 0 y 10 puntos.

La subpuntuación neurótica se obtiene con la suma de la puntuación obtenida en los 5 ítems siguientes del cuestionario: "se queja de dolores de estómago", "llora al llegar al colegio y no quiere entrar en él", "tiene dificultades en el dormir", "es temeroso y asustadizo ante cosas y situaciones nuevas" y "parece preocupado frecuentemente".

La subpuntuación antisocial se obtiene de la suma de otros 5 ítems: "robos", "romper cosas suyas y de otros con frecuencia", "desobedecer a menudo", "decir mentiras" y "ser intimidador con los otros niños".

En la Escala B (cuestionario para profesores) se describen 26 enunciados relativos a la conducta del niño en la escuela y, al igual que en la escala A, el profesor o tutor debe indicar si tales conductas suceden siempre, en parte o no suceden. Pudiéndose puntuar cada respuesta de 0 a 2 puntos. El total de la escala varía de 0 a 52 puntos, y, al igual que en la escala precedente, es posible obtener dos tipos de puntuaciones: una neurótica o emocional y otra antisocial.

La subpuntuación neurótica, en este cuestionario, se obtiene de la suma de 4 ítems: "parece preocupado", "a menudo parece desgraciado o infeliz", "es temeroso o asustadizo" y "llora al llegar al colegio". La subpuntuación neurótica varía de 0 a 8 puntos.

La subpuntuación antisocial varía de 0 a 12 y es obtenida al sumar las puntuaciones de los 6 ítems siguientes: "rompe cosas suyas y de otros con frecuencia",

"se pelea con los otros", "es a menudo desobediente", "dice mentiras frecuentemente", "roba", e "intimida a los otros niños".

En la escala A, sólo los niños que alcancen una puntuación total de 13 o más puntos, pueden ser considerados como portadores de algún tipo de trastorno. En la escala B, se considera trastorno en los que alcancen 9 o más puntos.

De estos niños, los que su subpuntuación neurótica supere a la antisocial, se considerarán portadores de algún tipo de trastorno neurótico y viceversa.

Además de las mencionadas, a estos 54 niños, se les aplicaron, de forma individual las siguientes pruebas:

- Test gúestáltico visomotor de Bender: Utilizado como prueba de desarrollo para conocer la madurez perceptivo-motriz. El test de Bender considerado, en su puntaje global, se presenta como un test de desarrollo en el transcurso de las edades estudiadas, como señala ZAZZO (1963). Este test lo hemos valorado siguiendo las indicaciones de MÜNSTERBERG KOPFITZ (1981 y 1984).

- Test de matrices progresivas de Raven: Como medida de la inteligencia general no verbal. Por la edad de los niños hemos utilizado la escala especial. Se seleccionó esta prueba, a pesar de sus limitaciones, por su condición de no verbal, tan importante en nuestra muestra para que el conocimiento del idioma no interfiriese en los resultados, RAVEN (1986).

- Pruebas gráficas: figura humana y familia.

B.- SISTEMÁTICA DE RECOGIDA DE DATOS

El proceso seguido en las dos muestras constituyentes de las dos partes de este trabajo fue diferente. En ambos casos, la recogida de datos ha sido realizada por la doctoranda.

B.1.- Muestra 1

Hemos entrevistado personalmente a todos los refu-

giados objeto de este estudio y, como hemos dicho, esta muestra se halla constituida por todos los refugiados que han acudido a consulta de Psiquiatría durante 1988. En la primera entrevista se aplicó el protocolo de recogida de datos que nos aporta información de 12 de las 14 variables estudiadas, descrito en el apartado de instrumentos utilizados de este mismo capítulo. En tres entrevistas sucesivas se elaboró una historia clínica completa y llegamos a un diagnóstico siguiendo los criterios del DSM-III-R. Las tres entrevistas se realizaron siempre en el mismo lugar, el entrevistador fue siempre el mismo y en los casos en que se necesitó intérprete, éste no varió en todas las entrevistas de cada sujeto. Las entrevistas habían sido concertadas previamente y se realizaron todas en la primera parte de la mañana, entre las 9 y las 12 horas. Posteriormente, en dicha historia se fue registrando la evolución del sujeto así como los tratamientos propuestos. Finalmente, acudimos a revisar esas historias para recoger el dato relativo al tipo de tratamiento que ha recibido el paciente. De esta forma obtuvimos los datos de las 14 variables estudiadas elaborando con ellas un cuadro de doble entrada para ser procesado posteriormente en una hoja de cálculo.

B.2.- Muestra 2

Los 54 niños de 7 a 11 años que constituyen la muestra, son sujetos que no solicitan consulta, sino que vamos en su búsqueda.

A través del censo del Servicio de Asistencia a Extranjeros de Cruz Roja, sabemos los niños que hay en esas edades. Seleccionamos, al azar, 1 de cada 4, y elaboramos un listado de las familias que queremos estudiar. Este listado se entregó a los trabajadores sociales que, periódicamente, entrevistan a los refugiados.

El régimen habitual de visitas que, el refugiado, hace al Servicio de Asistencia a Extranjeros, es el siguiente: una vez al mes va a cobrar la prestación económica que tiene establecida, de acuerdo con los convenios existentes con la Administración. El trabajador social, encargado del caso, establece una pauta de entrevistas de seguimiento que suele ser mensual, aunque varía según la problemática social del individuo o familia, habiendo casos que, por iniciativa del trabajador social o del propio refugiado, las entrevistas son más frecuentes.

En colaboración con los trabajadores sociales, elaboramos un calendario de las fechas en que estaban citadas las familias de los niños objetos de nuestro estudio para acudir a entrevista con el trabajador social. Ese día, la doctoranda habla con los padres del niño explicándoles el plan de entrevistas y la finalidad del trabajo. Encontramos una colaboración total por parte de las familias; hay que tener en cuenta que dependen económicamente de la institución en la que solicitamos su participación, y que tienen, en su mayoría, inactividad laboral.

Se aprovechó esta primera entrevista para entregarles el Cuestionario de Rutter para profesores.

Concertamos una segunda entrevista con ambos padres. En ella se aplica el cuestionario elaborado por nosotros, precodificado y que se adjunta en el Anexo 2 de esta obra. Se administra el Cuestionario de Rutter para padres, y, a la madre, se le aplica el G.H.Q. de Goldberg. También se recogía, en esta entrevista, el Cuestionario de Rutter relleno por los profesores.

Aunque lo más frecuente es que, el Cuestionario de Rutter para padres, se use contestando ellos mismos y,

también, el G.H.Q. es aplicable en forma autoadministrada, en nuestro caso, hemos preferido rellenarlos nosotros preguntándoles cada ítem, es decir, lo hemos usado en forma heteroadministrada.

Utilizamos para nuestro estudio los cuestionarios de forma heteroaplicada, para que el problema de la comprensión afecte en menor medida, repercusión importante, teniendo en cuenta las características de esta población: son personas procedentes de distintos países y culturas que llevan poco tiempo residiendo en España y la comprensión del idioma no es, siempre, tan adecuada como nos gustaría, de forma que, a veces, hemos tenido que explicar términos que no comprenden, y, en algunos casos, hemos necesitado la colaboración de algún traductor.

Teniendo en cuenta los límites y problemas de las escalas, según sean autoaplicadas o heteroaplicadas -como vemos reflejados de forma esquemática en el siguiente cuadro-, observamos que, aunque ambas precisan un cierto nivel cultural, esta necesidad es menor en las pruebas administradas por el examinador:

LIMITES Y PROBLEMAS DE LAS ESCALAS *

En pruebas AUTOAPLICADAS:

- Simulación. Disimulación. Sobresimulación.
- Mala comprensión. Mala interpretación.
- Hipervaloración. Hipovaloración.

En pruebas HETEROAPLICADAS:

- Factor de proyección-antiproyección.
- Efecto de error lógico.
- Efecto halo.
- Efecto de contraste.
- Efecto de proximidad.
- Efecto tendencia central.
- Efecto "adiós".
- Efecto de inducción.
- Factor filias y fobias.
- Factor de incomprensión verbal.
- Prejuicio del observador.
- Factor indulgencia masculina/femenina.
- Medio ambiente de respuesta.

- + Ambas precisan de un cierto nivel cultural y de colaboración, aunque esta necesidad es menor en las heteroaplicadas.
- + Ambas requieren baremos de puntuación concisos, pero a veces, estos son muy difíciles de precisar. Ambas pueden presentar el problema del distinto peso de los ítems.

* Tomado de la Tesis doctoral de MARTIN DEL MORAL (1989)

Concertamos, finalmente, la tercera entrevista, a la que asiste el niño y en la que aplicamos las siguientes pruebas: Raven, Bender y Gráficos. A pesar de que, algunas

de las pruebas usadas son susceptibles de aplicación colectiva, en este estudio se ha elegido, siempre, el método de aplicación individual.

C.- TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS

Los datos fueron codificados de modo numérico con miras al análisis de los mismos con el soporte de un ordenador PC IBM AT, los datos se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS/PC 1.1.

Las tablas se desarrollaron a través de la hoja de cálculo LOTUS 123, obteniéndose los datos de la estadística descriptiva. Las figuras gráficas han sido creadas por medio del paquete de programas IBM GRAPHING ASSISTANT versión 2.00.

El procesador de texto utilizado ha sido el WORD PERFECT versión 5.0.

Todos los programas informáticos utilizados han sido realizados por medio del sistema operativo MS DOS versión 3.30.

Los resultados se han expresado en frecuencias absolutas y porcentuales. Se ha utilizado la media aritmética y, como parámetro de dispersión, se ha usado la desviación típica. Los porcentajes se han expresado gráficamente en diagramas sectoriales y en histogramas de barras. Hemos realizado los cruces de las distintas variables entre sí, por medio de una hoja de cálculo, y siempre destacamos los datos que nos parecen más importantes.

Hablaremos de relación estadística en el sentido de variación porcentual conjunta, y no en el sentido de correlación (correlación de Pearson y líneas de regresión). Esta relación es la interinfluencia, que será positiva cuando el incremento de los porcentajes en una suponga el incremento de los de la otra y negativa, cuando el incremento de la primera suponga el descenso de los de la segunda [(+ +) (+ -)].

Para homogeneizar la influencia de una variable sobre la otra, clasificaremos los datos con respecto a esa variable. Para leer los cuadros, así obtenidos, seguiremos la regla de ZEISEL (1962). Obtenemos el porcentaje sobre el total siguiendo la dirección de la variable independiente y comparamos siguiendo la direc-

ción de la variable dependiente. Los porcentajes se calcularán en dirección de la variable independiente y se compararán en la dirección perpendicular a la anterior.

Utilizamos la prueba de Chi-cuadrado como medida de la discrepancia entre los datos empíricos y los datos teóricos correspondientes a una hipótesis determinada, CARRASCO (1986), este test estadístico atiende a la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \sum \frac{(Fe - Ft)^2}{Ft}$$

Fe = Frecuencia empírica

Ft = Frecuencia teórica

Las frecuencias teóricas se hallan mediante la fórmula general:

$$Ft = \frac{\sum (Ff) \cdot \sum (Fc)}{N}$$

Fn = Frecuencia teórica de una casilla

Ff = Suma de todas las frecuencias empíricas de la fila en que está dicha casilla

Fc = Suma de todas las frecuencias empíricas de la columna en que está dicha casilla

N = Número total de casos de la muestra

Cuanto más se aparten las frecuencias empíricas de las teóricas, más grande será Chi-cuadrado.

En nuestro caso, utilizamos esta prueba para saber si dos variables están o no relacionadas. La lógica de estos casos consiste, primero, en suponer que no hay

correlación, que las dos variables son independientes (hipótesis nula), y, en segundo lugar, en poner a prueba esta hipótesis.

En la tabla de distribución de Chi-cuadrado de Pearson, se observan los valores que varían según los grados de libertad. En una tabla de frecuencias de doble entrada se calculan los grados de libertad con el producto $(f - 1)(c - 1)$, donde f es el número de filas, y c es el número de columnas.

Los niveles de significación que se utilizan son 0.05, 0.01 y 0.001. Señalamos, como límite, los casos en que p está comprendido entre 0.05 y 0.10. Los signos gráficos que usaremos, para señalar estos niveles, se presentan en el siguiente cuadro:

SIGNIFICADO DE LOS SIGNOS:

*** = $p < 0.001$
** = $p < 0.01$
* = $p < 0.05$
límite = p de 0.05 a 0.10
n.s. = $p > 0.10$

La prueba de Chi-cuadrado nos permite afirmar que ambas variables están relacionadas. No indica, sin embargo, el grado de correlación. Cuanto mayor es Chi-cuadrado, más es la confianza con que podemos rechazar la

hipótesis de independencia, pero ello no significa que el grado de independencia sea, necesariamente, mayor.

Cuando la tabla tiene un grado de libertad y el total de casos no llega a 200, se ha propuesto la denominada corrección de Yates, consistente en aumentar 0.5 cada una de las frecuencias empíricas que son menores que sus frecuencias teóricas, y en disminuir, en 0.5 las frecuencias empíricas que son mayores que sus correspondientes teóricas. Esta corrección se hace para disminuir la posibilidad de cometer errores.

VI. RESULTADOS

Vamos a exponer, ahora, los datos correspondientes a las dos partes que constituyen este trabajo: A) análisis de la población total atendida en la consulta de Psiquiatría, y B) estudio epidemiológico sobre una población infantil de 7 a 11 años.

A.- ANALISIS DE LA POBLACION ATENDIDA EN CONSULTA

I.- DATOS ESTADISTICOS SOBRE LA POBLACION ATENDIDA.

Durante el año 1988, acudieron a la Consulta de Psiquiatría del Servicio para refugiados de la Cruz Roja en Madrid un total de 286 personas que, en relación con el conjunto de refugiados y asilados atendidos por el Servicio de Asistencia a Extranjeros de Cruz Roja en Madrid, en ese año, (5977) representa un 4,78% del total.

Exponemos la distribución porcentual en cada una de las 14 variables estudiadas.

1) Nacionalidad:

En el Cuadro 14 relacionamos las personas atendidas ese año, clasificados según su nacionalidad de origen y según su sexo. En el Cuadro 15 se relacionan los totales agrupados por áreas geográficas, excepto los pertenecientes a Irán, Cuba, Chile y Polonia que, por su elevado número en relación con el total, figuran independientemente.

2) Edad:

En el Cuadro 16 se exponen los refugiados atendidos distribuidos según las edades, un alto porcentaje de ellos se encuentran comprendidos entre los 28 y 37 años, representando este segmento de edad el 40,20% del total. Si además, tenemos en cuenta que, entre 18 y 47 años se encuentra el 79,70% de todas las personas atendidas en consulta, observamos que se trata de una población joven.

En el Cuadro 17 se expone la distribución por edades de los cuatro grupos nacionales de los que asiste a consulta un mayor número de refugiados, así como la media y desviación típica de la edad de cada uno de estos grupos.

CUADRO 14

Distribución por nacionalidades de los refugiados que asisten a consulta. (AÑO 1988).

NACIONALIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
Irán	57	32	89	31.12
Cuba	21	48	69	24.12
Chile	18	16	34	11.89
Polonia	16	14	30	10.49
Rumanía	7	3	10	3.49
Afganistán	6	0	6	2.09
Marruecos	6	0	6	2.09
Colombia	4	2	6	2.09
Irak	4	1	5	1.74
Palestina	5	0	5	1.74
El Salvador	4	0	4	1.39
Angola	2	2	4	1.39
Argelia	3	0	3	1.04
Hungría	0	3	3	1.04
Paraguay	1	2	3	1.04
Perú	1	2	3	1.04
Siria	2	1	3	1.04
Rusia	1	1	2	0.69
Gana	1	0	1	0.34
TOTAL	159	127	286	100.00

CUADRO 15

Distribución de refugiados que asisten a consulta, agrupados por áreas geográficas.
(Año 1988).

AREA GEOGRAFICA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
Irán	57	32	89	31.12
Cuba	21	48	69	24.12
Chile	18	16	34	11.89
Polonia	16	14	30	10.49
Medio Oriente	17	2	19	6.64
Paises del Este	8	7	15	5.24
América Latina	10	6	16	5.59
Africa	12	2	14	4.89
TOTALES	159	127	286	100.00

CUADRO 16

Distribución de refugiados por edades
(Año 1988).

E D A D	Nº	t
0 - 17	11	3.84
18 - 27	61	21.32
28 - 37	115	40.20
38 - 47	52	18.18
48 - 57	26	9.09
58 - 68	15	5.24
ns / nc	6	2.09
TOTALES	286	100.00

\bar{X}	=	34.73
σ	=	11.34

CUADRO 17

Distribución de refugiados por edades
considerando sus nacionalidades
(sólo valorados los 4 grupos más numerosos)

EDAD	IRAN	CUBA	CHILE	POLONIA
0 - 17 años	1	5	2	-
18 - 27 años	7	14	7	20
28 - 37 años	48	15	16	10
38 - 47 años	21	13	7	-
48 - 57 años	8	11	1	-
58 - 67 años	2	9	1	-
n.s./n.c.	2	2	-	-
TOTAL	89	69	34	30
\bar{X}	35.50	37.50	32.23	25.97
σ	8.64	12.16	10.16	4.84

3) Sexo:

Como vemos, en el Cuadro 18, la distribución por sexo se encuentra muy equilibrada (55,59% de hombres y 44,40% de mujeres). El ligero predominio de varones se explica teniendo en cuenta que, en la población global de refugiados, hay, también, más hombres que mujeres.

CUADRO 18

Distribución de refugiados que asisten a consulta por sexo. (año 1988).

SEXO	NUMERO	%
Hombres	159	55.59
Mujeres	127	44.40
TOTALES	286	100.00

4) Estado civil:

El Cuadro 19 expone la distribución porcentual, según el estado civil. Llama la atención que casi la mitad (47,55%) de las personas atendidas en la consulta de Psiquiatría son solteros.

CUADRO 19

Distribución según el estado civil

ESTADO	NUMERO	%
Solteros	136	47.55
Casados	85	29.72
Viudos	8	2.79
Divorciados	57	19.93
TOTALES	286	100.00

5) Convivencia:

En el Cuadro 20 podemos ver cómo se distribuyen los refugiados según, si conviven con la familia, viven en grupos, generalmente de la misma nacionalidad, o viven solos en pensiones, residencias o albergues.

CUADRO 20

Distribución según convivencia

CONVIVENCIA	NUMERO	%
Familia	165	57.69
Grupos	91	31.82
Solos	30	10.49
TOTALES	286	100.00

6) ~~Existencia de familiares en el país de acogida:~~

El Cuadro 21 nos refleja la distribución de este grupo de personas, según tengan o no algún familiar (próximo o lejano) en el país de acogida.

CUADRO 21

Distribución según posean o no familiares en el país de acogida.

FAMILIARES	NUMERO	%
Sí	194	67.83
No	92	32.16
TOTALES	286	100.00

7) Profesión:

Tenemos en el Cuadro 22 la distribución según la profesión ejercida en su país antes del exilio.

CUADRO 22

Distribución según su profesión

PROFESION	NUMERO	%
Obrero agrícola	2	0.70
Obrero industrial	21	7.34
Técnico cualificado	43	15.03
Administrativo/oficinista	22	7.69
Profesión liberal	12	4.19
Profesor/maestro	19	6.64
Fuerzas armadas	14	4.89
Empleado de servicios	27	9.44
Sus labores	47	16.43
Estudiante	65	22.73
Activo no clasificado	14	4.89
TOTALES	286	100.00

8) Ocupación actual:

En el Cuadro 23 queda distribuida la población, según la ocupación principal que están llevando a cabo en nuestro país. Hay que señalar el elevado porcentaje (48,95%) de personas que dicen no estar realizando ninguna actividad.

CUADRO 23

Distribución según ocupación actual

OCUPACION	NUMERO	%
Estudio/formación	48	16.63
Vendedor ambulante	17	5.94
Servicio doméstico	15	5.24
Transportista	3	1.05
Trabajador de servicios	2	0.70
Otra actividad	2	0.70
Sus labores	59	20.63
Sin actividad	140	48.95
TOTALES	286	100.00

9) Persecución objetiva:

Selañamos en el Cuadro 24 el número y porcentaje de personas que refieren haber sufrido alguna forma objetiva de persecución previa al exilio: prisión, tortura o violación. Es importante subrayar el número de personas que han sufrido alguna o varias de estas situaciones, el 34,97%. Han pasado por la experiencia de encarcelamiento un total de 78 personas, el 27,28% de la población. Del resto, 65,03%, no cabe hablar de persecución en su sentido más extremo, aunque la hayan sufrido de forma indirecta, a través de la persecución sufrida por algún familiar próximo o por otras circunstancias como pérdida de empleo, marginación, insultos, etc.

CUADRO 24

Distribución según persecución sufrida
en su país

PERSECUCION	NUMERO	%
Prisión	32	11.19
Prisión y tortura	41	14.34
Prisión y violación	5	1.75
Tortura	19	6.64
Violación	3	1.05
Nada	186	65.03
TOTALES	286	100.00

10) Motivo de consulta:

Hemos clasificado, en el Cuadro 25, a los refugiados atendidos, según los motivos que les ha traído a consulta. Merece destacar de esta clasificación las cinco primeras causas de consulta, cuyo número se destaca considerablemente del resto atendido. Estos cinco motivos son: sintomatología depresiva, ansiedad, quejas somáticas, insomnio y problemas familiares. Del resto, hemos recogido los principales motivos, subrayando que la relación no es exhaustiva, pues, sería interminable. Es obligado aclarar que, como los motivos de consulta de una persona pueden ser uno o varios, cabe que un mismo individuo figure en varios apartados a la vez, por lo que la suma de porcentajes es superior a 100.

CUADRO 25

<u>Motivo de consulta</u>	<u>%</u>
Sintomatología depresiva	56.64
Ansiedad	31.47
Quejas somáticas	27.62
Insomnio	27.27
Problemas familiares	21.33
Problemas de conducta	11.19
Temor de persecución	10.49
Alteraciones cognitivas	9.79
Alcohol /Droga	9.44
Agresividad	8.39
Alucinaciones	7.69
Intento de suicidio	7.34
Problemas sexuales	3.14

11) Diagnóstico:

En el Cuadro 26 figuran los diagnósticos, según el eje I de la DSM III-R. Igual que en el cuadro anterior, el total de porcentajes es superior a 100, ya que un mismo sujeto puede tener más de un diagnóstico.

En el Cuadro 27 figuran agrupados todos los tipos de trastornos delirantes, de trastornos adaptativos, de trastornos de ansiedad y de trastornos somatoformes.

CUADRO 26

Diagnósticos según el eje I del DSM III-R

DIAGNOSTICOS	NUMERO	%
Depresión mayor: episodio único	2	0.70
Depresión mayor: recurrente	23	8.04
Distimia	44	15.38
Trastorno bipolar	3	1.05
Esquizofrenia paranoide	17	5.94
Trastorno delirante: erotomaniaco	1	0.35
Trastorno delirante: grandioso	2	0.70
Trastorno delirante: persecutorio	4	1.40
Trastorno delirante: somático	2	0.70
Trastorno delirante: celotípico	4	1.40
Trastorno esquizoafectivo	3	1.05
Psicosis reactiva breve	7	2.45
Trastorno por despersonalización	4	1.40
Síndrome delirante orgánico	1	0.35
Trastorno por angustia sin agorafobia	4	1.40
Trastorno por angustia con agorafobia	5	1.75
Trastorno obsesivo-compulsivo	4	1.40
Trastorno por estrés postraumático	34	11.89
Trastorno por ansiedad generalizada	8	2.80
Trastorno dismórfico	4	1.40
Trastorno de conversión	5	1.75
Hipocondría	4	1.40
Trastorno por somatización	15	5.24
Dolor somatoforme	3	1.05
Trastorno por tics crónicos	3	1.05
Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso	23	8.04
Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido	19	6.64
Trastorno adaptativo con alteración mixta de emociones y conducta	4	1.40
Trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos	11	3.85
Trastorno adaptativo con inhibición académica	3	1.05
Trastorno de identidad sexual: homosexual	8	2.80
Disfunción orgásmica masculina	3	1.05
Dependencia alcohólica	32	11.19
Dependencia de múltiples sustancias	9	3.15
Problemas conyugales	21	7.34
Problemas biográficos	10	3.50
Conducta antisocial	6	2.10
Incumplimiento de prescripciones médicas	3	1.05

CUADRO 27

Diagnósticos más frecuentes agrupados
por categorías, Eje I, DSM III-R

DIAGNOSTICOS	NUMERO	%
Depresión mayor	25	8.74
Distimia	44	15.38
Esquizofrenia	17	5.94
Trastornos delirantes	13	4.55
Trastornos por ansiedad	55	19.24
Trastornos somatoformes	31	10.84
Trastornos adaptativos	60	20.98
Dependencia alcohólica	32	11.19
Problemas conyugales	21	7.34

Nos vamos a detener especialmente en el trastorno por estrés postraumático que, como vemos en estos cuadros, se ha diagnosticado en 34 casos, lo que representa el 61,82% del total de trastornos por ansiedad (55 casos) y el 11,89% de los 286 refugiados que constituyen el total de la muestra.

Ya hemos señalado en el capítulo de material y método las preguntas realizadas a las personas que habían pasado por acontecimientos marcadamente fuera de lo habitual, preguntas que figuran en el Anexo 1 y que corresponden a los criterios diagnósticos del DSM-III-R para este cuadro.

Los resultados afirmativos a las preguntas del grupo B han sido los siguientes:

- 1.- Recuerdos desagradables y recurrentes: 18 contestaciones afirmativas, el 52,94% de los 34 casos.
- 2.- Sueños desagradables y recurrentes: 29 afirmativos, el 85,29%.
- 3.- Conductas y sentimientos súbitos como si el

agente traumático operara de nuevo: 9 afirmaciones, el 26,47%.

- 4.- Malestar psicológico ante acontecimientos que simbolizan o recuerdan el trauma: 12 afirmaciones, el 35,29%.

Respecto al grupo C, obtuvimos los siguientes resultados:

- 1.- Esfuerzos para evitar pensamientos o sensaciones asociadas con el trauma: 14 casos afirmativos, el 41,18% de los 34 trastornos por estrés post-traumático.
- 2.- Esfuerzos para evitar actividades o situaciones que recuerdan el trauma: 11 afirmaciones, el 32,35%.
- 3.- Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma: 16 afirmaciones, el 47,06%.
- 4.- Disminución marcada del interés en las actividades significativas: 19 afirmaciones, el 55,88%.

- 5.- Sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás: 8 afirmaciones, el 23,53%.
- 6.- Afecto restringido: 23 afirmaciones, el 67,65%.
- 7.- Sensación de acortamiento del futuro: 21 afirmaciones, el 61,76%.

Y finalmente en el grupo D encontramos los siguientes resultados:

- 1.- Dificultad para conciliar o mantener el sueño: 31 afirmaciones, el 91,18% de los 34 casos de trastorno por estrés postraumático.
- 2.- Irritabilidad o explosiones de ira: 17 afirmaciones, el 50%.
- 3.- Dificultad para la concentración: 25 afirmaciones, el 73,53%.
- 4.- Hipervigilancia: 13 afirmaciones, el 38,24%.
- 5.- Respuesta de alarma exagerada: 10 afirmaciones, el 29,41%.

6.- Reactividad fisiológica frente a acontecimientos que simbolizan o recuerdan el trauma: 14 afirmaciones, el 41,18%.

12) Tratamiento en el país de origen:

En el Cuadro 28, vemos que el 37,41% de esta población había recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico en su país.

CUADRO 28

Distribución según hayan o no recibido tratamiento psiquiátrico en su país.

TRATAMIENTO	NUMERO	%
SI	107	37.41
NO	179	62.59
TOTAL	286	100.00

13) Tratamiento actual:

El Cuadro 29 indica los distintos tratamientos psiquiátricos que han recibido en España. La suma de los porcentajes es superior a 100, ya que, frecuentemente, al mismo sujeto ha recibido simultánea o sucesivamente más de un tipo de terapia.

CUADRO 29

Distribución según los tratamientos recibidos en España.

A) TRATAMIENTO AMBULATORIO U HOSPITALARIO

TRATAMIENTO	NUMERO	%
Ambulatorio	249	87.06
Hospitalización	19	6.64
Sin tratamiento	18	6.29
TOTAL	286	100.00

B) TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO

TRATAMIENTO	NUMERO	%
Farmacológico	213	74.47
Psicoterapia individual	149	52.10
Psicot. de pareja/familia	44	15.38
Psicot. de grupo	32	11.19
Otros	17	5.94

14) Tiempo de latencia:

Denominado de esta forma, el tiempo transcurrido entre su llegada a España y el momento en que se realiza la demanda de consulta psicológica o psiquiátrica. Como vemos, en el Cuadro 30, un importante porcentaje de casos (26,57%) acuden a consulta en los tres primeros meses desde su llegada a nuestro país y un 45,80%, es decir, casi la mitad de la población que atendemos, solicita consulta en los seis primeros meses de estancia en España.

CUADRO 30

Tiempo transcurrido desde su llegada
hasta la demanda de consulta.

TIEMPO	NUMERO	%
Al llegar	21	7.34
1 - 3 meses	76	26.57
4 - 6 "	55	19.23
7 - 9 "	25	8.74
10 - 12 "	18	6.29
1 - 2 años	21	7.34
2 - 3 "	16	5.59
3 - 4 "	24	8.39
+ 4 "	30	10.48
TOTALES	286	100.00

II.- ANALISIS DE LOS GRUPOS MAS NUMEROSOS ATENDIDOS

(Iraníes, cubanos, chilenos y polacos)

En el Cuadro 31 se expone el número de refugiados que asisten a consulta, en relación al total de refugiados atendidos por Cruz Roja, distribuidos según nacionalidades.

CUADRO 31

Refugiados que asisten a consulta de las cuatro nacionalidades más numerosas en relación al total de refugiados atendidos por Cruz Roja

NACIONALIDADES	ASISTEN A CONSULTA	TOTAL EN CRUZ ROJA	%
Irán	89	879	10.12
Cuba	69	721	9.57
Chile	34	354	9.60
Polonia	30	1792	1.67
Otras	64	2231	2.87
TOTAL	286	5977	4.78

Como vemos en los Cuadros 32, 33, 34 y 35, los iraníes, cubanos, chilenos y polacos asisten a consulta en mayor proporción (respecto al número total de ciudadanos de estos países atendidos por Cruz Roja) que el resto de los refugiados, existiendo una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.001$.

CUADRO 32

	IRANÍES QUE ASISTEN A CONSULTA / TOTAL DE REFUGIADOS		
	Consultan	No consultan	Total
Iraníes	89	790	879
Resto	197	4.901	5.098
TOTAL	286	5.691	5.977

CHI-CUADRADO = 63.14 $p < 0.001$

Nota: en esta y las siguientes tablas 2 x 2, los grados de libertad son igual a 1, lo que no repetiremos para no resultar reiterativo.

CUADRO 33

**CUBANOS QUE ASISTEN A CONSULTA /
TOTAL DE REFUGIADOS**

	Consultan	No consultan	Total
Cubanos	69	652	721
Resto	217	5.039	5.256
TOTAL	286	5.691	5.977

CHI-CUADRADO = 40.02 p < 0.001

CUADRO 34

**CHILENOS QUE ASISTEN A CONSULTA /
TOTAL DE REFUGIADOS**

	Consultan	No consultan	Total
Chilenos	34	320	354
Resto	252	5.371	5.623
TOTAL	286	5.691	5.977

CHI-CUADRADO = 18.07 p < 0.001

CUADRO 35

**POLACOS QUE ASISTEN A CONSULTA /
TOTAL DE REFUGIADOS**

	Consultan	No consultan	Total
Polacos	30	1.762	1.792
Resto	256	3.929	4.185
TOTAL	286	5.691	5.977

CHI-CUADRADO = 53.39 p < 0.001

Teniendo en cuenta los países de procedencia, analizamos las cuatro nacionalidades más numerosas: Irán, Cuba, Chile y Polonia. En estos grupos observaremos las siguientes variables:

- Edad
- Inactividad
- Motivo de consulta
- Diagnóstico
- Tratamiento psiquiátrico en su país
- Persecución: prisión, tortura o violación

A) Estudio de la población iraní.

Los refugiados procedentes de Irán constituyen el grupo más numeroso en la asistencia al Servicio de Salud Mental: son 89 personas que representa el 31,12% de los que asisten a consulta. Respecto al total de refugiados que, en Madrid, reciben ayuda de Cruz Roja en el año 1988, los iraníes representan el 14,71%.

Exponemos algunos datos estadísticos de los iraníes que asisten a consulta, comparándolos con el resto de refugiados para ver si hay diferencias estadísticamente significativas:

- 48 personas (53,93%) tienen una edad que oscila entre los 28 y 37 años. Comparando la media de edades del grupo iraní con la del total de refugiados, atendidos en consulta, no hay diferencia estadísticamente significativa:

<u>IRAN</u>	<u>TOTAL</u>
$\bar{X}_1 = 35.50$	$\bar{X}_2 = 34.73$
$\sigma_1 = 8.64$	$\sigma_2 = 11.34$

$$\sigma = \sqrt{\frac{n_1 \sigma_1^2 + n_2 \sigma_2^2}{n_1 + n_2 - 2}} = 10.79$$

$$Sd = \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}} = 1.29$$

$$1.29 \times 1.96 = 2.53$$

$$\bar{x}_1 - \bar{x}_2 = 0.77$$

$$0.77 < 2.53 \quad \text{n.s.}$$

- No desarrollan actividad remunerada 51 sujetos (57,30%). La diferencia con el resto de refugiados está en el límite de significación estadística, como vemos en el cuadro 36.

CUADRO 36

IRANIES (INACTIVOS) / TOTAL REFUGIADOS

	Iranies	Resto	Total
Inactivos	51	89	140
Activos	38	108	146
TOTAL	89	197	286

CHI-CUADRADO = 3.14	p = límite
---------------------	------------

- Motivo de consulta:

- . Síntomas depresivos: 50 personas (56,18%). La diferencia con el resto de refugiados que asisten a consulta no es significativa estadísticamente, cuadro 37.
- . Quejas somáticas: 31 personas (34,83%). La diferencia con el resto de refugiados que asisten a consulta está en el límite de significación estadística, cuadro 38.
- . Ansiedad: 24 personas (26,96%). La diferencia con el resto de refugiados no es estadísticamente significativa, cuadro 39.
- . Problemas familiares: 24 personas (26,96%). La diferencia con el resto de refugiados está en el límite de significación estadística, cuadro 40.
- . Insomnio: 24 personas (26,96%). No es significativa estadísticamente la diferencia con el resto de refugiados, cuadro 41.

CUADRO 37

	IRANIES (DEPRESIVOS) / TOTAL REFUGIADOS	
	Iranies	Resto Total
Sínt. depresivos	50	112
No sint. depres.	39	85
TOTAL	89	197

CHI-CUADRADO = 5.08E-4 p = n.s.

CUADRO 38

IRANIES (QUEJAS SOMÁTICAS) / TOTAL REFUGIADOS

	Iraníes	Resto	Total
Quejas somáticas	31	48	79
No quejas somáticas	58	149	207
TOTAL	89	197	286

CHI-CUADRADO = 2.85 p = límite

CUADRO 39

IRANIES (ANSIEDAD) / TOTAL REFUGIADOS

	Iraníes	Resto	Total
Ansiedad	24	66	90
No ansiedad	65	131	196
TOTAL	89	197	286

CHI-CUADRADO = 0.93 p = n.s.

CUADRO 40

IRANIES (PROBL. FAMILIARES) / TOTAL

	Iranies	Resto	Total
Problemas familiares	24	37	61
No problemas familiares	65	160	225
TOTAL	89	197	286

CHI-CUADRADO = 1.98 p = límite

CUADRO 41

IRANIES (INSOMNIO) / TOTAL REFUGIADOS

	Iranies	Resto	Total
Insomnio	24	54	78
No insomnio	65	143	208
	89	197	286

CHI-CUADRADO = 4.24E-3 p = n.s.

- Diagnóstico:

- . Alcoholismo: 19 personas (21,35%). La diferencia con el resto de refugiados es muy significativa estadísticamente, $p < 0.001$ como vemos en el cuadro 42.
- . Trastornos por angustia: 16 (17,97%). La diferencia con el resto de refugiados no es estadísticamente significativa, cuadro 43.
- . Problemas conyugales: 15 (16,85%). La diferencia entre los iraníes que tiene este diagnóstico y el resto de personas que asisten a consulta con este mismo diagnóstico es estadísticamente significativa, con un valor $p < 0.001$, como vemos en el cuadro 44.
- . Alteraciones depresivas (depresión mayor y distimia): 13 personas (14,61%). La diferencia con el resto de refugiados es estadísticamente significativa, $p < 0.01$, cuadro 45.
- . Trastornos esquizofrénicos: 9 (10,11%). La diferencia con el resto de refugiados que tienen este mismo diagnóstico está en el límite de significación estadística, cuadro 46.

CUADRO 42

IRANIES (ALCOHOLISMO) / TOTAL REFUGIADOS

	Iranies	Resto	Total
Alcoholismo	19	13	32
No alcoholismo	70	184	254
	89	197	286

CHI-CUADRADO = 11.98 p < 0.001

CUADRO 43

IRANIES (ANGUSTIA) / TOTAL REFUGIADOS

	Iranies	Resto	Total
Trast. por angustia	16	39	55
No trast. por angustia	73	158	231
TOTAL	89	197	286

CHI-CUADRADO = 3.98E-2 p = n.s.

CUADRO 44

IRANIES (PROBLEMAS CONYUGALES) / TOTAL

	Iranies	Resto	Total
Problemas conyugales	15	6	21
No problemas conyugales	74	191	265
TOTAL	89	197	286

CHI-CUADRADO = 15.21 p < 0.001

CUADRO 45

IRANIES (ALTERACIONES DEPRESIVAS) / TOTAL

	Iranies	Resto	Total
Alteraciones depresivas	13	56	69
No alterac. depresivas	76	141	217
TOTAL	89	197	286

CHI-CUADRADO = 5.66 p < 0.01

CUADRO 46

IRANIES (ESQUIZOFRENIA) / TOTAL REFUGIADOS

	Iranies	Resto	Total
Trast. esquizofrénicos	9	8	17
No trast. esquizofrénic.	80	189	269
TOTAL	89	197	286

CHI-CUADRADO = 3.01 p = límite

- Tratamiento en su país: 62 personas (69,66%) no habían recibido tratamiento psiquiátrico en su país de origen. Comparado con el resto de refugiados de distintas nacionalidades, la diferencia está en el límite de significación estadística, cuadro 47.

CUADRO 47

IRANIES (TRATAMIENTO EN SU PAIS) / TOTAL

	Iranies	Resto	Total
Tratamiento en su país	27	80	107
No tratamiento en su país	62	117	179
TOTAL	89	197	286

CHI-CUADRADO = 2.34 p = límite

- Prisión, tortura o violación: la han sufrido 41 personas (46,06%). Comparado con el número de personas de otras nacionalidades que han pasado por estas circunstancias, existe una diferencia en cuanto que los iraníes han sufrido estos sucesos en mayor porcentaje que el resto, con una diferencia estadísticamente significativa, con un valor $p < 0.01$ como vemos en el cuadro 48.

CUADRO 48

IRANIES (PERSECUCION) / TOTAL REFUGIADOS

	Iraníes	Resto	Total
Persecución	41	59	100
No persecución	48	138	186
TOTAL	89	197	286

CHI-CUADRADO = 6.31 $p < 0.01$

RESUMEN DE LA POBLACION IRANI

Destacamos las variables en las que esta población ha obtenido unos resultados significativamente superiores al total de la muestra estudiada.

En cuanto al diagnóstico, predominan los siguientes:

Alcoholismo

Problemas conyugales

Alteraciones depresivas

En este grupo han pasado por prisión, tortura o violación, una mayor proporción de personas que en el total de la muestra.

B) Estudio de la población cubana:

Los cubanos forman el segundo grupo más numeroso en cuanto a asistencia psiquiátrica. En 1988 se atendieron 69 personas de esta nacionalidad que constituyen el 24,12% del total que asiste a consulta. El grupo cubano representa el 12,06% del total de refugiados que residen en Madrid.

Exponemos, a continuación, algunos datos estadísticos de los cubanos que asisten a consulta:

- 34 personas (49,27%) tiene menos de 37 años, y 20 personas (20,99%) tienen más de 48 años. La media de edad del grupo cubano está por encima de la media de edad de la muestra total, no obstante, la diferencia no alcanza a ser estadísticamente significativa:

<u>CVBA</u>	<u>TOTAL</u>
$\bar{X}_1 = 37.50$	$\bar{X}_2 = 34.73$
$\sigma_1 = 12.60$	$\sigma_2 = 11.34$

$$\sigma = \sqrt{\frac{n_1 \sigma_1^2 + n_2 \sigma_2^2}{n_1 + n_2 - 2}} = 11.53$$

$$Sd = \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}} = 1.50$$

$$1.96 \times 1.50 = 2.94$$

$$\bar{X}_1 - \bar{X}_2 = 2.77$$

$$2.77 < 2.94 \quad \text{n.s.}$$

- No desarrollan actividad alguna remunerada 41 personas (59,42%). Comparado con el resto de refugiados, la diferencia está en el límite de significación estadística, cuadro 49.

CUADRO 49

CUBANOS (INACTIVOS) / TOTAL REFUGIADOS

	Cubanos	Resto	Total
Inactivos	41	99	140
Activos	28	118	146
TOTAL	69	217	286

CHI-CUADRADO = 3.46	p = límite
---------------------	------------

- Motivo de consulta:

- . Síntomas depresivos: 43 personas (62,32%). La diferencia con el resto de refugiados que tienen este mismo motivo de consulta no es significativa estadísticamente, cuadro 50.
- . Ansiedad: 22 personas (31,88%). La diferencia con el resto de refugiados no es significativa estadísticamente, cuadro 51.
- . Problemas familiares: 22 personas (31,88%). Los cubanos asisten a consulta por este motivo con más frecuencia que el resto, con una diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$, cuadro 52.
- . Insomnio: 14 personas (20,29%). La diferencia entre los cubanos y el resto de refugiados que asisten a consulta, por este motivo, está en el límite de significación estadística, cuadro 53.

CUADRO 50

CUBANOS (DEPRESIVOS) / TOTAL REFUGIADOS

	Cubanos	Resto	Total
Sínt. depresivos	43	119	162
No sint. depres.	26	98	124
TOTAL	69	217	286

CHI-CUADRADO = 0.90	p = n.s.
---------------------	----------

CUADRO 51

CUBANOS (ANSIEDAD) / TOTAL REFUGIADOS

	Cubanos	Resto	Total
Ansiedad	22	68	90
No ansiedad	47	149	196
TOTAL	69	217	286

CHI-CUADRADO = 4.03E-3	p = n.s.
------------------------	----------

CUADRO 52

CUBANOS (PROBL. FAMILIARES) / TOTAL

	Cubanos	Resto	Total
Problemas familiares	22	39	61
No problemas familiares	47	178	225
TOTAL	69	217	286

CHI-CUADRADO = 5.24	p < 0.05
---------------------	----------

CUADRO 53

CUBANOS (INSOMNIO) / TOTAL REFUGIADOS

	Cubanos	Resto	Total
Insomnio	14	64	78
No insomnio	55	153	208
	69	217	286

CHI-CUADRADO = 1.79	p = límite
---------------------	------------

- Diagnóstico:

- . Trastornos distímicos: 15 personas (21,73%).
La diferencia con el resto de refugiados no es estadísticamente significativa, cuadro 54.
- . Trastornos adaptativos: 13 personas (18,84%).
La diferencia con el resto de refugiados no es significativa estadísticamente, como vemos en el cuadro 55.

CUADRO 54

CUBANOS (DISTIMIA) / TOTAL REFUGIADOS

	Cubanos	Resto	Total
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Trast. distímicos	15	54	69
No trast. distímicos	54	163	217
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL	69	217	286

CHI-CUADRADO = 0.14	p = n.s.
---------------------	----------

CUADRO 55

CUBANOS (TRASTORNOS ADAPTATIVOS) / TOTAL

	Cubanos	Resto	Total
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Trastornos adaptativos	13	47	60
No trast. adaptativos	56	170	226
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL	69	217	286

CHI-CUADRADO = 0.11	p = n.s.
---------------------	----------

- Habían recibido tratamiento psiquiátrico en su país 34 personas (49,27%). Los cubanos han recibido tratamiento en su país con mayor frecuencia que los procedentes de los demás países, existiendo una diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$, cuadro 56.

CUADRO 56

CUBANOS (TRATAMIENTO EN SU PAIS) / TOTAL

	Cubanos	Resto	Total
Tratamiento en su país	34	73	107
No tratamiento en su país	35	144	179
TOTAL	69	217	286

CHI-CUADRADO = 4.82	$p < 0.05$
---------------------	------------

- No han sufrido prisión ni tortura 45 personas (65,21%). No existe diferencia estadísticamente significativa con el resto de los refugiados, cuadro 57.

CUADRO 57

CUBANOS (PERSECUCION) / TOTAL REFUGIADOS

	Cubanos	Resto	Total
Persecución	24	76	100
No persecución	45	141	186
TOTAL	69	217	286

CHI-CUADRADO = 1.1E-2 p = n.s.

RESUMEN DE LA POBLACION CUBANA

En cuanto al motivo de consulta, destaca el acudir por problemas familiares.

Los cubanos atendidos en España, habían recibido tratamiento psiquiátrico en su país en mayor porcentaje que el total de la muestra.

C) Estudio de la población chilena:

De esta nacionalidad asisten a consulta, en 1988, 34 personas que corresponde al 11,89% del total de refugiados atendidos en consulta. El 5,92% del total de beneficiarios que viven en Madrid son chilenos.

Exponemos algunos datos estadísticos del grupo de chilenos que asisten a consulta:

- Entre 28 y 37 años se encuentra, prácticamente, la mitad del grupo chileno: 16 sujetos (47,06%). Menores de 27 años son 9 sujetos (26,47%). La media de edad de los chilenos está por debajo de la media del total de la muestra atendida en consulta, sin embargo, la diferencia entre las medias no llega a ser estadísticamente significativa:

<u>CHILE</u>	<u>TOTAL</u>
$\bar{X}_1 = 32.23$	$\bar{X}_2 = 34.73$
$\sigma_1 = 10.16$	$\sigma_2 = 11.34$

$$\sigma = \sqrt{\frac{n_1 \sigma_1^2 + n_2 \sigma_2^2}{n_1 + n_2 - 2}} = 11.25$$

$$Sd = \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}} = 2.02$$

$$1.96 \times 2.02 = 3.96$$

$$\bar{X}_2 - \bar{X}_1 = 2.50$$

$$2.50 < 3.96 \quad \text{n.s.}$$

- Ocupación:

- . No desarrollan actividad remunerada: 15 personas (44,12%). La diferencia con el total de refugiados no es estadísticamente significativa, cuadro 58. En el cuadro 59 vemos que comparando con los otros tres grupos de refugiados más numerosos, la diferencia está en el límite de significación estadística, siendo los chilenos los menos inactivos.
- . Estudiantes: 10 personas (29,41%).
- . Vendedores ambulantes: 5 personas (14,70%).

CUADRO 58

CHILENOS (INACTIVOS) / TOTAL REFUGIADOS

	Chilenos	Resto	Total
Inactivos	15	125	140
Activos	19	127	146
TOTAL	34	252	286

CHI-CUADRADO = 0.17	p = n.s.
---------------------	----------

CUADRO 59

CHILENOS (INACTIVOS) / IRANIES-CUBANOS-POLACOS

	Chilenos	Resto (3)	Total
Inactivos	15	116	131
Activos	19	72	91
TOTAL	34	188	222

CHI-CUADRADO = 2.99	p = límite
---------------------	------------

- Motivo de consulta:

- . Sintomatología depresiva: 16 (47,06%). La diferencia con el resto de refugiados que acuden a consulta por este motivo no es estadísticamente significativa, cuadro 60.
- . Ansiedad: 16 personas (47,06%). Los chilenos acuden a consulta por ansiedad con mayor frecuencia que el resto de los refugiados, con una diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$, cuadro 61.
- . Insomnio: 13 personas (38,23%). La diferencia con el resto de refugiados está en el límite de significación estadística, cuadro 62.

CUADRO 60

CHILENOS (DEPRESIVOS) / TOTAL REFUGIADOS

	Chilenos	Resto	Total
Sínt. depresivos	16	146	162
No sint. depres.	18	106	124
TOTAL	34	252	286

CHI-CUADRADO = 1.04	p = n.s.
---------------------	----------

CUADRO 61

CHILENOS (ANSIEDAD) / TOTAL REFUGIADOS

	Chilenos	Resto	Total
Ansiedad	16	74	90
No ansiedad	18	178	196
TOTAL	34	252	286

CHI-CUADRADO = 3.56 p < 0.05

CUADRO 62

CHILENOS (INSOMNIO) / TOTAL REFUGIADOS

	Chilenos	Resto	Total
Insomnio	13	65	78
No insomnio	21	187	208
	34	252	286

CHI-CUADRADO = 1.75 p = límite

- Diagnóstico:

- . Depresión mayor: 7 personas (20,59%). Los chilenos tienen este diagnóstico con más frecuencia que el resto de los refugiados, existiendo una diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$, cuadro 63.
- . Trastornos por angustia: 6 (17,65%). La diferencia no es estadísticamente significativa, comparando con el resto de refugiados que tienen este diagnóstico, cuadro 64.
- . Trastornos delirantes: 5 (14,70%). Los chilenos tienen este diagnóstico con mayor frecuencia que el resto de refugiados, existiendo una diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.01$, cuadro 65.
- . Distimia: 5 personas (14,70%). La diferencia con el resto de refugiados no es estadísticamente significativa, cuadro 66.

CUADRO 63

CHILENOS (DEPRESION MAYOR) / TOTAL REFUGIADOS

	Chilenos	Resto	Total
Depresión mayor	7	18	25
No depresión mayor	27	234	261
	34	252	286

CHI-CUADRADO = 5.21	$p < 0.05$
---------------------	------------

CUADRO 64

CHILENOS (ANGUSTIA) / TOTAL REFUGIADOS

	Chilenos	Resto	Total
Trast. por angustia	6	49	55
No trast. por angustia	28	203	231
TOTAL	34	252	286

CHI-CUADRADO = 3.18E-4 p = n.s.

CUADRO 65

CHILENOS (TRASTORNOS DELIRANTES) / TOTAL

	Chilenos	Resto	Total
Trastornos delirantes	5	8	13
No trastornos delirantes	29	244	273
TOTAL	34	252	286

CHI-CUADRADO = 6.72 p < 0.01

CUADRO 66

CHILENOS (DISTIMIA) / TOTAL REFUGIADOS

	<u>Chilenos</u>	<u>Resto</u>	<u>Total</u>
Distimia	5	39	44
No distimia	29	213	242
TOTAL	34	252	286

CHI-CUADRADO = 1.86E-2 p = n.s.

- Habían recibido tratamiento psiquiátrico en su país 12 personas (35,29%). La diferencia con el resto de refugiados que han recibido tratamiento en sus países no es significativa estadísticamente, cuadro 67.

CUADRO 67

CHILENOS (TRATAMIENTO EN SU PAIS) / TOTAL

	Chilenos	Resto	Total
Tratamiento en su país	12	95	107
No tratamiento en su país	22	157	179
TOTAL	34	252	286

CHI-CUADRADO = 6.92E-3 p = n.s.

- Han sufrido prisión, tortura o violación 16 personas (47,05%). La diferencia con el resto de refugiados está en el límite de significación estadística, como vemos en el cuadro 68.

CUADRO 68

CHILENOS (PERSECUCION) / TOTAL REFUGIADOS

	Chilenos	Resto	Total
Persecución	16	84	100
No persecución	18	162	186
TOTAL	34	252	286

CHI-CUADRADO = 1.92 p = límite

RESUMEN DE LA POBLACION CHILENA

Destaca que presenten como motivo de consulta, sintomatología ansiosa.

En cuanto al diagnóstico, son mas frecuentes que la muestra total:

Depresión mayor

Trastornos delirantes

D) Estudio de la población polaca:

Los refugiados que asisten a consulta de este país son 30 que representan el 10,49% de todos los refugiados atendidos en la consulta de Salud Mental. De todos los que en 1988, recibieron ayuda en Madrid por parte de la Cruz Roja Española, los polacos son el grupo más numeroso (29,98%).

Exponemos, a continuación, algunos datos estadísticos de los polacos que asisten a consulta:

- Tienen una edad entre 18 y 27 años 20 personas (66,66%), el resto tienen entre 28 y 37 años. No hay mayores de 38 años. Los polacos son más jóvenes que el resto de la muestra: así, comparando las medias de edad de los polacos y del total de la muestra, vemos que hay una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.001$.

POLONIA

TOTAL

$$\bar{X}_1 = 25.97$$

$$\bar{X}_2 = 34.73$$

$$\sigma_1 = 4.84$$

$$\sigma_2 = 11.34$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{n_1 \sigma_1^2 + n_2 \sigma_2^2}{n_1 + n_2 - 2}} = 10.92$$

$$Sd = \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}} = 2.07$$

$$1.96 \times 2.07 = 4.06$$

$$2.58 \times 2.07 = 5.34$$

$$3.29 \times 2.07 = 6.81$$

$$\bar{X}_2 - \bar{X}_1 = 8.76$$

$$8.76 > 6.81 \quad p < 0.001$$

- Actividad:

- . No realizan actividad remunerada: 24 (80%). En el cuadro 69 vemos que, comparado con el total de refugiados, los polacos están más inactivos con una diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.001$. En el cuadro 70 comparando los polacos con los tres grupos más numerosos, los polacos están más inactivos con una diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$.
- . Estudiantes: 5 personas (16,66%)

CUADRO 69

POLACOS (INACTIVOS) / TOTAL REFUGIADOS

	Polacos	Resto	Total
Inactivos	24	116	140
Activos	6	140	146
TOTAL	30	256	286

CHI-CUADRADO = 11.58	p < 0.001
----------------------	-----------

CUADRO 70

POLACOS (INACTIVIDAD) / IRANIES-CUBANOS-CHILENOS

	Polacos	Resto (3)	Total
Inactivos	24	107	131
Activos	6	85	91
TOTAL	30	192	222

CHI-CUADRADO = 5.36	p < 0.05
---------------------	----------

- Motivo de consulta:

- . Sintomatología depresiva: 14 (46,66%). La diferencia con el resto de refugiados no es estadísticamente significativa, cuadro 71.
- . Quejas somáticas: 14 personas (46,66%). La diferencia con el resto de refugiados que asisten a consulta por este mismo motivo es estadísticamente significativa, $p < 0.05$, cuadro 72.
- . Insomnio: 12 personas (40%). La diferencia con el resto de refugiados que asisten a consulta por este motivo está en el límite de significación estadística, cuadro 73.

CUADRO 71

POLACOS (DEPRESIVOS) / TOTAL REFUGIADOS

	Polacos	Resto	Total
Sínt. depresivos	14	148	162
No sint. depres.	16	108	124
TOTAL	30	256	286

CHI-CUADRADO = 0.94	p = n.s.
---------------------	----------

CUADRO 72

POLACOS (QUEJAS SOMÁTICAS) / TOTAL REFUGIADOS

	Polacos	Resto	Total
Quejas somáticas	14	65	79
No quejas somáticas	16	191	207
TOTAL	30	256	286

CHI-CUADRADO = 5.06	p < 0.05
---------------------	----------

CUADRO 73

POLACOS (INSOMNIO) / TOTAL REFUGIADOS

	Polacos	Resto	Total
Insomnio	12	66	78
No insomnio	18	190	208
	30	256	286

CHI-CUADRADO = 2.07	p = límite
---------------------	------------

- Diagnóstico:

- . Trastornos por angustia: 9 sujetos (30%). La diferencia con el resto de refugiados está en el límite de significación estadística, cuadro 74.
- . Trastornos adaptativos: 8 personas (26,66%). La diferencia con el resto de refugiados no es estadísticamente significativa, cuadro 75.
- . Trastornos por somatización: 6 (20%). La diferencia con el resto de refugiados, con este mismo diagnóstico, está en el límite de significación estadística, cuadro 76.
- . Trastornos delirantes: 4 personas (13,33%). Los polacos tienen este diagnóstico con más frecuencia que el resto de refugiados, existiendo una diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$, cuadro 77.

CUADRO 74

POLACOS (ANGUSTIA) / TOTAL REFUGIADOS

	Polacos	Resto	Total
Trast. por angustia	9	46	55
No trast. por angustia	21	210	231
TOTAL	30	256	286

CHI-CUADRADO = 1.79 p = límite

CUADRO 75

POLACOS (TRASTORNOS ADAPTATIVOS) / TOTAL

	Polacos	Resto	Total
Trastornos adaptativos	8	52	60
No trast. adaptativos	22	204	226
TOTAL	30	256	286

CHI-CUADRADO = 0.33 p = n.s.

CUADRO 76

POLACOS (TRASTORNOS POR SOMATIZACION) / TOTAL

	Polacos	Resto	Total
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Trast. somatización	6	25	31
No trast. somatización	24	231	255
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL	30	256	286

CHI-CUADRADO = 1.95 p = límite

CUADRO 77

POLACOS (TRASTORNOS DELIRANTES) / TOTAL

	Polacos	Resto	Total
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Trastornos delirantes	4	9	13
No trastornos delirantes	26	247	273
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL	30	256	286

CHI-CUADRADO = 3.92 p < 0.05

- Han recibido tratamiento psiquiátrico en su país 23 sujetos (76,66%). Los polacos habían recibido tratamiento en mayor frecuencia que el resto de refugiados, con una diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.001$, cuadro 78.

CUADRO 78

POLACOS (TRATAMIENTO EN SU PAÍS) / TOTAL

	POLACOS	Resto	Total
Tratamiento en su país	23	84	107
No tratamiento en su país	7	172	179
TOTAL	30	256	286

CHI-CUADRADO = 20.22 $p < 0.001$

- No han sufrido prisión, tortura ni violación 20 personas (66,66%). La diferencia con el resto de refugiados no es estadísticamente significativa, cuadro 79.

CUADRO 79

POLACOS (PERSECUCION) / TOTAL REFUGIADOS

	Polacos	Resto	Total
	_____	_____	_____
Persecución	10	90	100
No persecución	20	166	186
	_____	_____	_____
TOTAL	30	256	286

CHI-CUADRADO = 1.80	p = n.s.
---------------------	----------

- Los polacos constituyen el grupo que solicita asistencia psiquiátrica más precozmente. 15 personas (50%) asisten a consulta en los 3 primeros meses desde su llegada. La diferencia con el resto de refugiados es estadísticamente significativa, $p < 0.01$, cuadro 80.

CUADRO 80

POLACOS (TIEMPO LATENCIA) / TOTAL REFUGIADOS

	Polacos	Resto	Total
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
0 - 3 meses	15	61	76
más de 3 meses	15	195	210
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL	30	256	286

CHI-CUADRADO = 8.13 $p < 0.01$

RESUMEN DE LA POBLACION POLACA

Destacamos las variables en las que esta población ha obtenido unos resultados significativamente superiores al total de la muestra estudiada.

La edad media de los polacos está por debajo de la del total de la muestra.

La inactividad de este grupo es mayor que la del conjunto de la muestra y que la inactividad de los otros tres grupos mayoritarios de asistencia a consulta.

En cuanto al motivo de consulta, destaca en este grupo las quejas somáticas.

En el diagnóstico, destacan los trastornos delirantes.

Este grupo había recibido en su país, tratamiento psiquiátrico en mayor porcentaje que el total de la muestra.

El tiempo de latencia desde su llegada a España y el momento de asistencia a consulta es más breve que en el resto de refugiados.

III.- ANÁLISIS DE LAS RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES

Del cruce, entre sí, de las 14 variables relacionadas en el primer apartado de este capítulo, *comentaremos los aspectos más representativos y que han dado unos resultados más relevantes.*

a) Nacionalidad / Edad

Los grupos polaco y africano son los más jóvenes, el 100% de los sujetos tienen entre 18 y 37 años. En el Cuadro 81 vemos la media de edad de estos dos grupos, comparadas con la media del total de la muestra son significativamente menores: $p < 0.001$.

Los chilenos tienen una edad media ligeramente menor que la media del total de la muestra. Esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Los iraníes tienen la media de edad poco más elevada que la media de edad del total de la muestra, con una diferencia estadísticamente no significativa.

Los cubanos son los que tienen la media de edad más elevada, la diferencia con la media de edad del total de la muestra no llega a ser significativa estadísticamente.

CUADRO 81

EDAD DE LAS DISTINTAS NACIONALIDADES
(MEDIA Y DESVIACION TIPICA)

NACIONALIDADES	MEDIA	DESV. TIPICA
Irán	35.50	8.64
Cuba	37.50	12.16
Chile	32.23	10.16
Polonia	25.97	4.84
Africa	24.50	4.13
Resto	39.36	9.87
TOTAL	34.73	11.34

b) Nacionalidad / Tratamiento en su país

Los polacos son los que, respecto a la población total atendida tienen un mayor porcentaje en cuanto a sujetos tratados, previamente, en su país de origen. En segundo lugar, son los cubanos los que tienen un porcentaje elevado de sujetos tratados en su país. Le sigue, en tercer lugar, el grupo procedente de Chile, y, en cuarto lugar, los procedentes del resto de países del Este, excluida Polonia. A continuación, están los procedentes de Irán y los iraquíes y sirios que forman el grupo denominado, globalmente, Medio Oriente. Estos datos podemos verlos en el Cuadro 82.

Los 4 grupos más numerosos estudiados, considerados en conjunto, han recibido tratamiento psiquiátrico, en su país, en mayor proporción que el resto, existiendo una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.001$, como vemos en el Cuadro 83.

Los africanos no han recibido tratamiento psiquiátrico en sus respectivos países de origen.

En el cuadro 84 se refleja el resumen de los resultados del cruce de estas dos variables.



CUADRO 82

TRATAMIENTO PREVIO EN SUS PAISES

PAISES	TRATAMIENTO PREVIO	TOTAL ATENDIDO EN ESPAÑA	%
Irán	27	89	30.34
Cuba	34	69	49.27
Chile	12	34	35.29
Polonia	23	30	76.66
Medio Oriente	4	19	21.05
Países Este	5	15	33.33
América Latina	2	16	12.50
Africa	0	14	0
TOTAL	107	286	37.41

CUADRO 83

IRANIES-CUBANOS-CHILENOS-POLACOS (TRATAMIENTO
EN SU PAIS) / TOTAL REFUGIADOS

	4 paises	Resto	Total
Tratam. en su país	96	11	107
No trat. en su país	126	53	179
TOTAL	222	64	286

CHI-CUADRADO = 13.31	p < 0.001
----------------------	-----------

CUADRO 84

NACIONALIDAD / TRATAMIENTO EN SU PAIS

	Irán	Cuba	Chile	Polonia
Trat. en su país	límite	*	n.s.	***

*** = p < 0.001
 * = p < 0.05
 límite = p de 0.05 a 0.10
 n.s. = p > 0.10

c) Nacionalidad / Ocupación actual

Existe diferencias, en cuanto a la ocupación actual, por nacionalidades, como vemos en el cuadro 85.

El grupo de los polacos presenta el mayor índice de inactividad (80%), seguido por el grupo de América latina y el grupo africano.

En conjunto, los 222 sujetos pertenecientes a las 4 nacionalidades más numerosas presentan mayor inactividad que el resto, existiendo una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.001$, como se ve en el cuadro 86.

El colectivo más ocupado es el de los chilenos, con una inactividad del 44,12%, siendo, asimismo, este grupo el que presenta mayor proporción de sujetos dedicados al estudio y formación (29,41%) y a la venta ambulante (14,70%).

En el cuadro 87 se resume el resultado estadístico del cruce de estas dos variables.

CUADRO 85

**INACTIVIDAD
(IRANIES-CUBANOS-CHILENOS-POLACOS)**

	Iranies	Cubanos	Chilenos	Polacos	Total
Inactivos	51	41	15	24	131
Activos	38	28	19	6	91
TOTAL	89	69	34	30	222

CHI-CUADRADO = 8.69 p < 0.05

CUADRO 86

**IRANIES-CUBANOS-CHILENOS-POLACOS (INACTIVIDAD) /
TOTAL REFUGIADOS**

	4 paises	Resto	Total
Inactivos	131	9	140
Activos	91	55	146
TOTAL	222	64	286

CHI-CUADRADO = 38.38 p < 0.001

CUADRO 87

NACIONALIDAD / OCUPACION ACTUAL				
	<u>Iranies</u>	<u>Cubanos</u>	<u>Chilenos</u>	<u>Polacos</u>
Inactivos				***
Activos	límite	límite	n.s.	

*** = $p < 0.001$
 límite = p de 0.05 a 0.10
 n.s. = $p > 0.10$

d) Nacionalidad / Motivo de consulta

No observamos grandes diferencias entre los grupos analizados, en cuanto al motivo de consulta.

Los iraníes tienen tendencia a presentar más sintomatología depresiva, quejas somáticas, ansiedad y problemas familiares, como ya hemos señalado al estudiar la población que constituye este grupo.

Los cubanos consultan por síntomas depresivos, ansiedad, problemas familiares e insomnio, como vimos al analizar los sujetos de este grupo.

Los chilenos tienen tendencia a quejarse de síntomas depresivos, ansiedad e insomnio, como ya vimos al analizar este grupo.

El grupo de los polacos presenta sintomatología depresiva, quejas somáticas e insomnio, como se vió anteriormente al analizar este grupo.

Los africanos consultan por quejas somáticas y por insomnio, como se ve en los cuadros 88 y 89.

En el cuadro 90 se resume el significado estadístico del cruce de estas dos variables.

CUADRO 88

AFRICANOS (QUEJAS SOMÁTICAS) / TOTAL

	Africanos	Resto	Total
Quejas somáticas	9	70	79
No quejas somáticas	5	202	207
TOTAL	14	272	286

CHI-CUADRADO = 8.06	p < 0.01
---------------------	----------

CUADRO 89

AFRICANOS (INSOMNIO) / TOTAL REFUGIADOS

	Africanos	Resto	Total
Insomnio	6	72	78
No insomnio	8	200	208
TOTAL	14	272	286

CHI-CUADRADO = 1.07	p = n.s.
---------------------	----------

CUADRO 90

NACIONALIDAD / MOTIVO DE CONSULTA

	Irán	Cuba	Chile	Polonia	Africa
Síntomat. depresiva	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	
Quejas somáticas	límite			*	**
Ansiedad	n.s.	n.s.	*		
Problemas familiares	límite	*			
Insomnio	n.s.	límite	límite	límite	n.s.

** = $p < 0.01$ * = $p < 0.05$ límite = p de 0.05 a 0.10n.s. = $p > 0.10$

e) Nacionalidad/ Diagnóstico

En relación a la población total estudiada, en los iraníes predominan los sujetos diagnosticados con trastornos por angustia, depresiones mayores, alcoholismo, problemas conyugales y trastornos esquizofrénicos, como pudimos ver al estudiar este grupo.

En los cubanos, predominan los individuos diagnosticados con trastornos adaptativos y distimia, datos que hemos señalado al analizar el grupo cubano.

En los chilenos, predominan los sujetos diagnosticados con depresión mayor, trastornos por angustia, trastornos delirantes y distimia, como se observó al describir los datos de este colectivo.

En los polacos, predominan las personas diagnosticadas con trastornos por ansiedad, trastornos adaptativos, trastornos por somatización y trastornos delirantes, lo que se describió anteriormente.

En los africanos, predominan los sujetos diagnosticados con trastorno por angustia y trastorno por somatización, como podemos ver en los cuadros 91 y 92, siendo la

CUADRO 91

AFRICANOS (ANGUSTIA) / TOTAL REFUGIADOS

	Africanos	Resto	Total
Trast. por angustia	8	47	55
No trast. por angustia	6	225	231
TOTAL	14	272	286

CHI-CUADRADO = 11.18 p < 0.001

CUADRO 92

AFRICANOS (TRASTORNOS POR SOMATIZACION) / TOTAL

	Africanos	Resto	Total
Trastornos somatización	7	24	31
No trastor. somatización	7	248	255
TOTAL	14	272	286

CHI-CUADRADO = 19.29 p < 0.001

diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.001$, al compararlos con los refugiados diagnosticados con estos trastornos en el total de la muestra.

En el Cuadro 93 se resumen los resultados del cruce de estas dos variables.

CUADRO 93

NACIONALIDAD / DIAGNOSTICO

	Irán	Cuba	Chile	Polonia	Africa
Trast. adaptativo		n.s.		n.s.	
Trast. angustia	n.s.		n.s.	límite	***
Distimia	**	n.s.	n.s.		
Depresión mayor			*		
Alcoholismo	***				
Probl. conyugales	***				
Trast. esquizofr.	límite				
Trast. delirantes			**	*	
Trast. somatización				límite	***

*** = $p < 0.001$

** = $p < 0.01$

* = $p < 0.05$

límite = p de 0.05 a 0.10

n.s. = $p > 0.10$

f) Diagnóstico / Existencia de familiares en España

Los sujetos diagnosticados de esquizofrenia tienen familiares en España en menor porcentaje que los sujetos con otros diagnósticos, como vemos en el cuadro 94, con una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.05$.

Los sujetos diagnosticados con trastornos por angustia presentan un índice también alto de ausencia de familiares residiendo en España, existiendo una diferencia en el límite de significación estadística, que observamos en el cuadro 95.

Los sujetos diagnosticados con problemas familiares son los que tienen más familiares en España, con una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.05$, lo que se refleja en el Cuadro 96.

Los sujetos diagnosticados de depresión mayor tienen, también, más familiares que los de otros diagnósticos, pero la diferencia no es significativa estadísticamente: Cuadro 97.

En el cuadro 98 se resume el significado estadístico del cruce de estas dos variables.

CUADRO 94

FAMILIA EN ESPAÑA (ESQUIZOFRENIA) / TOTAL

	Familia	No familia	Total
Esquizofrenia	7	10	17
No esquizofr.	187	82	269
TOTAL	194	92	286

CHI-CUADRADO = 4.66 p < 0.05

CUADRO 95

FAMILIA EN ESPAÑA (TRASTORNO POR ANGUSTIA) /
TOTAL REFUGIADOS

	Familia	No familia	Total
Trastorno por angustia	31	24	55
No trast. por angustia	163	68	231
TOTAL	194	92	286

CHI-CUADRADO = 3.48 p = límite

CUADRO 96

FAMILIA EN ESPAÑA (PROBLEMAS FAMILIARES) /
TOTAL REFUGIADOS

	Familia	No familia	Total
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Problemas familiares	19	2	21
No probl. familiares	175	90	265
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL	194	92	286

CHI-CUADRADO = 4.26	p < 0.05
---------------------	----------

CUADRO 97

FAMILIA EN ESPAÑA (DEPRESION MAYOR) /
TOTAL REFUGIADOS

	Familia	No familia	Total
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Depresión mayor	19	6	25
No depresión mayor	175	86	261
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL	194	92	286

CHI-CUADRADO = 0.48	p < n.s.
---------------------	----------

CUADRO 98

DIAGNOSTICO / FAMILIARES EN ESPAÑA

	<u>Familiares</u>	<u>No familiares</u>
Esquizofrenia		*
Trastorno por angustia		límite
Problemas familiares	*	
Depresión mayor	n.s.	

* = $p < 0.05$
 límite = p de 0.05 a 0.10
 n.s. = $p > 0.10$

g) Diagnóstico / Ocupación

En las personas que se observa un menor índice de actividad es en los diagnosticados con trastornos esquizofrénicos: de un total de 20 personas (17 diagnosticadas de esquizofrenia paranoide y 3 de trastorno esquizoafectivo), sólo un 15% de éstos se dedica al estudio o a la venta ambulante, datos que se analizan en el cuadro 99, y como vemos hay una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.001$.

Las personas más ocupadas en actividades específicas son las diagnosticadas con problemas conyugales, como se ve en el cuadro 100, existiendo una diferencia significativa estadísticamente: $p < 0.001$.

En los sujetos diagnosticados con trastornos por ansiedad (55 personas), observamos que hay más personas ocupadas en alguna actividad que en los que tienen otros diagnósticos, existiendo una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.001$, Cuadro 101. Se dan también los mayores porcentajes de personas ocupadas en el estudio y la formación: 25,45%, comparado con el total de la muestra, está en el límite de significación estadística, Cuadro 102.

CUADRO 99

**TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS (INACTIVIDAD) /
TOTAL REFUGIADOS**

	Activos	Inactivos	Total
Trast. esquizofrénicos	3	17	20
No trast. esquizofrén.	143	123	266
TOTAL	146	140	286

CHI-CUADRADO = 9.69 p < 0.001

CUADRO 100

**PROBLEMAS CONYUGALES (INACTIVIDAD) /
TOTAL REFUGIADOS**

	Activos	Inactivos	Total
Problemas conyugales	19	2	21
No probl. conyugales	127	138	265
TOTAL	146	140	286

CHI-CUADRADO = 12.45 p < 0.001

CUADRO 101

**TRASTORNO POR ANSIEDAD (INACTIVIDAD) /
TOTAL REFUGIADOS**

	Activos	Inactivos	Total
Trastorno ansiedad	38	17	55
No trast. ansiedad	108	123	231
TOTAL	146	140	286

CHI-CUADRADO = 8.00 p < 0.001

CUADRO 102

**TRASTORNO POR ANSIEDAD (ESTUDIO) /
TOTAL REFUGIADOS**

	Estudio	No estudio	Total
Trastorno ansiedad	14	41	55
No trast. ansiedad	34	197	231
TOTAL	48	238	286

CHI-CUADRADO = 2.94 p = límite

En las personas diagnosticadas con trastornos adaptativos (60 sujetos), hay, también, mayor porcentaje de actividad laboral que en el resto de los sujetos estudiados, existiendo una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.001$, como vemos en el Cuadro 103. Hay un 25% dedicados al estudio, lo que está por encima del porcentaje hallado en el resto de los sujetos, pero la diferencia se halla en el límite de significación estadística, como podemos observar en el Cuadro 104.

En el cuadro 105 se resume el significado estadístico del cruce de estas dos variables.

CUADRO 103

**TRASTORNOS ADAPTATIVOS (INACTIVIDAD) /
TOTAL REFUGIADOS**

	Activos	Inactivos	Total
Trastornos adaptativos	42	18	60
No trast. adaptativos	104	122	226
TOTAL	146	140	286

CHI-CUADRADO = 9.97 p < 0.001

CUADRO 104

**TRASTORNOS ADAPTATIVOS (ESTUDIO) /
TOTAL REFUGIADOS**

	Estudio	No estudio	Total
Trastornos adaptativos	15	45	60
No trast. adaptativos	33	193	226
TOTAL	48	238	286

CHI-CUADRADO = 2.96 p = límite

CUADRO 105

DIAGNOSTICO / OCUPACION

	Activos	Inactivos	Estudiantes
Trast. esquizofr.		***	
Problem. conyugales	***		
Trast. ansiedad	**		límite
Trast. adaptativos	***		límite

*** = p < 0.001
 ** = p < 0.01
 límite = p de 0.05 a 0.10

h) Diagnóstico / Persecución (prisión-tortura)

Los refugiados que refieren altos índices de persecución, en el sentido de haber sufrido encarcelamiento y tortura, son los casos diagnosticados con trastornos por angustia, como vemos en el Cuadro 106, existiendo una diferencia con el resto de la muestra estadísticamente significativa: $p < 0.001$.

En segundo lugar, han sufrido persecución los sujetos diagnosticados con trastornos esquizofrénicos, pero la diferencia con los sujetos que tienen otros diagnósticos y que, también han sufrido persecución, no es estadísticamente significativa, como vemos en el Cuadro 107.

Los que refieren menos persecución, en el sentido señalado, son los sujetos que se diagnostican con trastornos distímicos, como se ve en el cuadro 108, estando en el límite de significación estadística la comparación con el resto de la muestra.

En el cuadro 109 se resumen los resultados del cruce de estas dos variables.

CUADRO 106

TRASTORNOS POR ANGUSTIA (PERSECUCION) /
TOTAL REFUGIADOS

	Persecución	No persec.	Total
Trastorno angustia	43	12	55
No trast. angustia	57	174	231
TOTAL	100	186	286

CHI-CUADRADO = 53.60 p < 0.001

CUADRO 107

TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS (PERSECUCION) /
TOTAL REFUGIADOS

	Persecución	No persec.	Total
Trast. esquizofrén.	9	11	20
No trast. esquizofr.	91	175	266
TOTAL	100	186	286

CHI-CUADRADO = 0.54 p = n.s.

CUADRO 108

**TRASTORNOS DISTIMICOS (PERSECUCION) /
TOTAL REFUGIADOS**

	Persecución	No persec.	Total
Distimia	11	33	44
No distimia	89	153	242
TOTAL	100	186	286

CHI-CUADRADO = 1.78 p = límite

CUADRO 109

DIAGNOSTICO / PERSECUCION

	Persecución	No persecución
Trast. angustia	***	
Trast. esquizofr.	n.s.	
Trast. distímicos		límite

*** = p < 0.001
límite = p de 0.05 a 0.10
n.s. = p > 0.10

1) Diagnóstico / Tratamiento país de origen

Los sujetos que presentan porcentajes más altos de tratamiento previo en su país de origen son los diagnosticados con trastornos esquizofrénicos y con depresión mayor, lo que se analiza en los cuadros 110 y 111, existiendo unas diferencias estadísticamente significativas: $p < 0.05$ y $p < 0.001$, respectivamente.

Las personas que en menos porcentaje han sido tratadas en su país, son las diagnosticadas de trastornos por angustia, como vemos en el Cuadro 112, la diferencia con el resto de la muestra es estadísticamente significativa $p < 0.01$. Le siguen los refugiados diagnosticados de trastornos adaptativos que han estado tratados en su país con menos frecuencia que el resto de la muestra, siendo la diferencia estadísticamente significativa $p < 0.05$, como vemos en el Cuadro 113. Y finalmente los diagnosticados de problemas conyugales también habían sido tratados en menor número que el resto de la muestra, pero la diferencia en este caso está en el límite de significación estadística, como se ve en el Cuadro 114.

En el cuadro 115 se resume el cruce de estas dos variables.

CUADRO 110

**TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS (TRATAMIENTO PREVIO) /
TOTAL REFUGIADOS**

	Trat. previo	No trat. previo	Total
Trast. esquizofrénico	12	8	20
No trast. esquizofr.	95	171	266
	107	179	286
TOTAL	107	179	286

CHI-CUADRADO = 3.71 p < 0.05

CUADRO 111

**DEPRESION MAYOR (TRATAMIENTO PREVIO) /
TOTAL REFUGIADOS**

	Trat. previo	No trat. previo	Total
Depresión mayor	18	7	25
No depresión mayor	89	172	261
	107	179	286
TOTAL	107	179	286

CHI-CUADRADO = 12.42 p < 0.001

CUADRO 112

**TRASTORNOS POR ANGUSTIA (TRATAMIENTO PREVIO) /
TOTAL REFUGIADOS**

	Trat. previo	No trat. previo	Total
Trastornos angustia	11	44	55
No trast. angustia	96	135	231
TOTAL	107	179	286

CHI-CUADRADO = 7.92 $p < 0.01$

CUADRO 113

**TRASTORNOS ADAPTATIVOS (TRATAMIENTO PREVIO) /
TOTAL REFUGIADOS**

	Trat. previo	No trat. previo	Total
Trastornos adaptativos	15	45	60
No trast. adaptativos	92	134	226
TOTAL	107	179	286

CHI-CUADRADO = 4.34 $p < 0.05$

CUADRO 114

**PROBLEMAS CONYUGALES (TRATAMIENTO PREVIO) /
TOTAL REFUGIADOS**

	Trat. previo	No trat. previo	Total
Problemas conyugales	4	17	21
No problemas conyugales	103	162	265
	107	179	286
TOTAL	107	179	286

CHI-CUADRADO = 2.47 p = límite

CUADRO 115

DIAGNOSTICO / TRATAMIENTO EN SU PAIS DE ORIGEN

	Tratamiento	No tratamiento
Trast. esquizofrénicos	*	
Depresión mayor	***	
Problemas conyugales		límite
Trast. angustia		**
Trast. adaptativo		*

*** = p < 0.001
 ** = p < 0.01
 * = p < 0.05
 límite = p de 0.05 a 0.1

j) Diagnóstico / Tratamiento actual

Los individuos diagnosticados con trastornos esquizofrénicos y trastornos distímicos suelen recibir en gran parte tratamiento ambulatorio con uso de fármacos y terapia individual, como vemos en los cuadros 116 y 117, existe una diferencia que está en el límite de significación estadística en el caso de los esquizofrénicos, y con una diferencia significativa estadísticamente: $p < 0.01$ para los trastornos distímicos.

Con terapia individual ambulatoria, pero sin uso de fármacos, se suele tratar a un alto porcentaje de sujetos con trastornos adaptativos, lo que se observa en el cuadro 118, existiendo diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.001$ al compararlos con el resto de sujetos tratados.

El Cuadro 119 resume el resultado del cruce de estas dos variables.

CUADRO 116

TRASTORNOS ESQUIZOPR. (TRAT. FARMACOL. AMBULATORIO) /
TOTAL REFUGIADOS

	Trat. farmacol. ambulatorio	Otros	Total
	_____	_____	_____
Trast. esquizofrénicos	14	6	20
No trast. esquizofrénicos	135	131	266
	_____	_____	_____
TOTAL	149	137	286

CHI-CUADRADO = 2.04 p = límite

CUADRO 117

TRASTORNOS DISTÍMICOS (TRAT. FARMACOL. AMBULATORIO) /
TOTAL REFUGIADOS

	Trat. farmacol. ambulatorio	Otros	Total
	_____	_____	_____
Trastornos distímicos	31	13	44
No trastornos distímicos	118	124	242
	_____	_____	_____
TOTAL	149	137	286

CHI-CUADRADO = 6.18 p < 0.01

CUADRO 118

TRASTORNOS ADAPTATIVOS (TRAT. AMBULAT. SIN FARMA.) /
TOTAL REFUGIADOS

	Trat. ambulato. sin fármacos	Otros	Total
Trastornos adaptativos	47	13	60
No trastornos adaptativos	90	136	226
TOTAL	137	149	286

CHI-CUADRADO = 26.65 p < 0.001

CUADRO 119

DIAGNOSTICO / TRATAMIENTO ACTUAL

	Tratamiento ambulatorio	
	Farmacológico	No farmacológico
Trast. esquizofr.	límite	
Trast. distímicos	**	
Trast. adaptativos		***

*** = p < 0.001

** = p < 0.01

límite = p de 0.05 a 0.10

k) Motivo de consulta / Ocupación actual

No se observan grandes diferencias en los porcentajes del cruce de estas variables.

Habría que destacar que los refugiados que presentan como motivo de consulta alucinaciones y trastornos cognitivos son los que padecen un índice más alto de inactividad, como se ve en los cuadros 120 y 121, existiendo, en ambos casos, una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.001$ al compararlos con el resto de la muestra.

El cuadro 122 resume el significado estadístico del cruce de estas dos variables.

CUADRO 120

ALUCINACIONES (INACTIVIDAD) / TOTAL REFUGIADOS

	Activos	Inactivos	Total
Alucinaciones	3	19	22
No alucinaciones	143	121	264
TOTAL	146	140	286

CHI-CUADRADO = 11.78 $p < 0.001$

CUADRO 121

ALTERACIONES COGNITIVAS (INACTIVIDAD) / TOTAL

	Activos	Inactivos	Total
Alteraciones cognitivas	6	22	28
No alterac. cognitivas	140	118	258
TOTAL	146	140	286

CHI-CUADRADO = 9.62	p < 0.001
---------------------	-----------

CUADRO 122

MOTIVO DE CONSULTA / OCUPACION ACTUAL

	Activos	Inactivos
Alucinaciones		***
Trast. cognitivos		***

*** = p < 0.001

1) Motivo de consulta / persecución

Los que presentan una proporción más alta y antecedentes de persecución, son los sujetos que refieren como motivo de consulta alucinaciones, trastornos cognitivos, insomnio, ansiedad y quejas somáticas. Datos que se analizan en los cuadros 123, 124, 125, 126 y 127. Como vemos las diferencias no son estadísticamente significativas en ninguno de ellos.

El cuadro 128 resume los resultados del cruce de estas dos variables.

CUADRO 123

ALUCINACIONES (PERSECUCION) / TOTAL REFUGIADOS

	Persecución	No persec.	Total
Alucinaciones	10	12	22
No alucinaciones	90	174	264
TOTAL	100	186	286

CHI-CUADRADO = 0.71	p = n.s.
---------------------	----------

CUADRO 124

TRASTORNOS COGNITIVOS (PERSECUCION) / TOTAL

	Persecución	No persec.	Total
Trastorno cognitivo	11	17	28
No trast. cognitivo	89	169	258
TOTAL	100	186	286

CHI-CUADRADO = $8.77E-2$ p = n.s.

CUADRO 125

INSOMNIO (PERSECUCION) / TOTAL REFUGIADOS

	Persecución	No persec.	Total
Insomnio	31	47	78
No insomnio	69	139	208
TOTAL	100	186	286

CHI-CUADRADO = 0.81 p = n.s.

CUADRO 126

ANSIEDAD (PERSECUCION) / TOTAL REFUGIADOS

	Persecución	No persec.	Total
Ansiedad	33	57	90
No ansiedad	67	129	196
TOTAL	100	186	286

CHI-CUADRADO = 7.59E-2 p = n.s.

CUADRO 127

QUEJAS SOMATICAS (PERSECUCION) / TOTAL

	Persecución	No persec.	Total
Quejas somáticas	28	51	79
No quejas somáticas	72	135	207
TOTAL	100	186	286

CHI-CUADRADO = 1.15E-3 p = n.s.

CUADRO 128

MOTIVO DE CONSULTA / PERSECUCION

	Persecución
Alucinaciones	n.s.
Trast. cognitivos	n.s.
Insomnio	n.s.
Trast. por ansiedad	n.s.
Quejas somáticas	n.s.

n.s. = $p > 0.10$

m) Nacionalidad / persecución

Como se ve en el Cuadro 129, en el grupo formado por los cuatro países de mayor asistencia a consulta, hay más individuos con antecedentes de persecución que en el resto de la población estudiada y esta diferencia es estadísticamente significativa: $p < 0.001$.

CUADRO 129

IRANIES-CUBANOS-CHILENOS-POLACOS (PERSECUCION) /
TOTAL REFUGIADOS

	Persecución	No persec.	Total
4 países	91	131	222
Resto	9	55	64
TOTAL	100	186	286

CHI-CUADRADO = 14.68 p < 0.001

RESUMEN DE LAS RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES

Vamos a destacar los datos que han resultado estadísticamente significativos comparando cada grupo con el total de la muestra estudiada.

Los grupos polaco y africano son los más jóvenes.

Los cuatro grupos que, con mayor frecuencia, asisten a consulta en nuestro país, habían recibido tratamiento psiquiátrico en su país en mayor proporción que el resto de la muestra.

Los africanos y polacos consultan por quejas somáticas. Los chilenos, por ansiedad. Y los cubanos, por problemas familiares.

En cuanto al diagnóstico por nacionalidades, los iraníes son diagnosticados de alcoholismo, problemas conyugales y distimia en mayor proporción que el resto de refugiados. Los chilenos reciben los diagnósticos de depresión mayor y trastornos delirantes con mayor frecuencia que otras nacionalidades. Los polacos superan al resto en trastornos delirantes. Y los africanos, en trastornos por angustia y trastornos por somatización.

Los sujetos diagnosticados de esquizofrenia, carecen de familiares en nuestro país en mayor proporción que el resto de los refugiados.

Las personas con problemas familiares son los que tienen más familiares en España.

Los esquizofrénicos son los que tienen un índice de inactividad más elevado.

Las personas que tienen menor inactividad son las diagnosticadas de problemas conyugales, trastornos por ansiedad y trastornos adaptativos.

Los diagnosticados con trastornos por angustia son los que tienen mayor porcentaje de persecución en sus antecedentes.

Teniendo en cuenta los motivos de consulta, los que acuden por alucinaciones o por trastornos cognitivos son los que tienen mayor inactividad.

Han sido tratados en su país predominantemente los refugiados que tienen diagnóstico de depresión mayor o de esquizofrenia.

Los trastornos adaptativos reciben tratamiento farmacológico en menor proporción que el resto de personas atendidas.

Los cuatro grupos nacionales que asisten a consulta con mayor frecuencia tienen, en conjunto, mayor proporción de antecedentes de persecución que el resto de la muestra estudiada.

IV. - TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Del total de 286 refugiados que asisten a consulta en el año 1988, 55 de ellos (el 19,24%) son diagnosticados de alguno de los tipos existentes de trastorno de ansiedad. De estos 55 refugiados, el grupo más numeroso lo constituyen los diagnosticados de trastorno por estrés posttraumático (en adelante TEP): 34 personas, lo que supone el 11,89% del total de la muestra y el 62,96% de los trastornos por ansiedad.

En la muestra de 286 refugiados encontramos, como ya se señaló, 100 personas que habían sufrido persecución objetivable intensa: 32 prisión, 41 prisión y tortura, 5 prisión y violación, 19 tortura y 3 violación.

Como ya vimos los refugiados que refieren intensa persecución son diagnosticados de trastornos por ansiedad con mayor frecuencia que el resto de la muestra de refugiados, existiendo una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.01$ (Cuadro 106).

Consideradas también en conjunto todas las personas diagnosticadas de trastornos por ansiedad, habían recibido tratamiento psiquiátrico en su país en menor proporción que

el total de la muestra. Estando la diferencia en el límite de significación estadística.

Nos vamos a detener en los 34 casos diagnosticados de TEP que constituye uno de los cuadros más específico de la población objeto de este estudio.

Los refugiados diagnosticados de TEP tienen entre sus antecedentes una intensa persecución objetiva con mayor frecuencia que el resto de la muestra, siendo la diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.001$, como vemos en el Cuadro 130.

CUADRO 130

T. E. P. (PERSECUCION) / TOTAL REFUGIADOS

	Persecución	No persec.	Total
T. E. P.	31	3	34
Resto muestra	69	183	252
TOTAL	100	186	286

CHI-CUADRADO = 50.85 $p < 0.001$

Los refugiados diagnosticados de TEP comparados con los que son diagnosticados de algún otro tipo de trastorno de ansiedad, han padecido persecución con mayor frecuencia, existiendo una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.01$, como vemos en el Cuadro 131.

CUADRO 131

T. E. P. (PERSECUCION) /
OTROS TRASTORNOS POR ANGUSTIA

	Persecución	No persec.	Total
T. E. P.	31	3	34
Trast. angustia	12	9	21
	43	12	55
TOTAL	43	12	55

CHI-CUADRADO = 6.93 $p < 0.01$

Respecto al tratamiento psiquiátrico previo los refugiados diagnosticados de TEP han recibido tratamiento psiquiátrico en su país en menor proporción que el resto de la muestra: $p < 0.01$, como queda expuesto en el Cuadro 132.

CUADRO 132

T. E. P. (TRATAMIENTO PREVIO) /
TOTAL REFUGIADOS

	Tratamiento	No tratam.	Total
T. E. P.	4	30	34
Resto muestra	103	149	252
TOTAL	107	179	286

CHI-CUADRADO = 9.63 $p < 0.01$

Comparados con el resto de trastornos de angustia, los refugiados diagnosticados de TEP han recibido tratamiento psiquiátrico en su país con menor frecuencia que aquellos, estando la diferencia en el límite de significación estadística, lo que se puede observar en el Cuadro 133.

CUADRO 133

T. E. P. (TRATAMIENTO PREVIO) /
OTROS TRASTORNOS POR ANGUSTIA

	Tratamiento	No tratam.	Total
T. E. P.	4	30	34
Trast. angustia	7	14	21
TOTAL	11	44	55

CHI-CUADRADO = 2.55 p = límite

Aplicando la escala de readaptación social de HOLMES y RAHE que se incluye en el Cuadro 12 de este trabajo, y puntuando cada suceso de la vida como ahí se indica, tenemos que los 34 refugiados diagnosticados con TEP tienen unas puntuaciones que oscilan entre 350 y 441, con una media aritmética de 393,24. De los 34 refugiados diagnosticados con TEP, 31 han sufrido en su país persecución objetiva (10 prisión, 8 prisión y tortura, 5 prisión y violación, 5 tortura y 3 violación). Solamente 3 refugiados diagnosticados de este trastorno han tenido un acontecimiento fuera del marco habitual de experiencias humanas que no tenía relación directa con persecución: en 2 casos se trataba de destrucción súbita del propio hogar y parte importante de su ciudad por bombardeo, y el otro caso sufrió mutilación en el frente y simultáneamente vio cómo fallecía su hermano que estaba a su lado.

El grupo formado por los refugiados que han sufrido persecución objetiva y que no han recibido el diagnóstico de TEP, lo constituyen 69 personas que obtienen puntuaciones en la escala de HOLMES y RAHE entre 78 y 405 con una media aritmética de 222,57.

La diferencia entre las medias de estos dos grupos es

estadísticamente significativa: $p < 0.001$, como vemos a continuación:

GRUPO DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO	GRUPO CON OTROS DIAGNOSTICOS
--	---------------------------------

$\bar{X}_1 = 393,24$	$\bar{X}_2 = 222,57$
$\sigma_1 = 26,42$	$\sigma_2 = 84,40$
$n_1 = 34.-$	$n_2 = 69.-$

$$\bar{X}_1 - \bar{X}_2 = 170,67$$

$$Sd = 11,13$$

$$170,66 > 11,13 \times 3,29$$

$$p < 0.001$$

Estos datos nos indican que los 34 refugiados diagnosticados de TEP obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en la escala de readaptación social de HOLMES y RARE que los 69 sujetos que, habiendo sufrido persecución objetivable reciben otros diagnósticos.

En cuanto al tipo de persecución sufrida por los refugiados diagnosticados de TEP, comparando con el total de la muestra, tenemos los siguientes datos:

	TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO	TOTAL MUESTRA
Prisión	10 personas	32
Prisión y tortura	8 personas	41
Prisión y violación	5 personas	5
Tortura	5 personas	19
Violación	3 personas	3

Analizando particularmente cada tipo de experiencia persecutoria encontramos que, en cuanto a los antecedentes de prisión existe una mayor incidencia en el grupo diagnosticado con TEP que en el resto de la muestra, con una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.001$, como vemos en el Cuadro 134:

CUADRO 134

TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMÁTICO /
RESTO DE LA MUESTRA

	Est. Post.	Resto	Total
PRISION	23	55	78
NO PRISION	11	197	208
TOTAL ABSOLUTO	34	252	286

Chi-cuadrado = 29.44 g.l. = 1 $p < 0.001$

La diferencia es estadísticamente significativa en el sentido de que existe antecedente de encarcelamiento con mayor frecuencia en los refugiados que son diagnosticados de TEP que en el resto de la muestra.

Si tenemos en cuenta las experiencias de tortura sufridas, bien acompañadas o no de encarcelamiento, y

comparamos el grupo diagnosticado con TEP con el resto de la muestra, vemos que hay una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.01$ entre el grupo diagnosticado de TEP y el resto de la muestra, como se observa en el Cuadro 135:

CUADRO 135

TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO /
RESTO DE LA MUESTRA

	Est. Post.	Resto	Total
TORTURA	13	47	60
NO TORTURA	21	205	226
TOTAL ABSOLUTO	34	252	286

Chi-cuadrado = 5.8 g.l. = 1 $p < 0.01$

La diferencia es estadísticamente significativa en el sentido de que los refugiados diagnosticados con TEP tienen más frecuentemente antecedentes de tortura que el resto de la muestra.

Finalmente vemos como todos los refugiados que han pasado por la experiencia de ser violados, pudiendo existir o no además antecedentes de encarcelamiento, reciben el diagnóstico de TEP y son en total 8 personas.

Analizando el eje IV del DSM-III-R: Gravedad del estrés psicosocial, podemos comparar las puntuaciones obtenidas por el grupo diagnosticado de TEP y el resto de la muestra, valorando este eje tal como indica el Manual:

1	Ausente
2	Leve
3	Moderado
4	Grave
5	Extremo
6	Catastrófico
0	Información inadecuada o ausencia de acontecimientos estresantes.

En el siguiente cuadro podemos ver el número de refugiados diagnosticados con cada uno de estos códigos en el grupo de TEP y en el resto de la muestra:

<u>CODIGO</u>	<u>T.E.P.</u>	<u>RESTO</u>
0	0	3
1	0	10
2	0	29
3	0	78
4	4	91
5	11	28
6	19	13
TOTAL	34	252

La diferencia entre las medias de estos dos grupos es estadísticamente significativa: $p < 0.001$ como vemos a continuación:

GRUPO DIAGNOSTICADO
CON TRASTORNO POR
ESTRES POSTRAUMATICO

GRUPO CON
OTROS DIAGNOSTICOS

$$\begin{aligned}\bar{X}_1 &= 5,44 \\ \sigma_1 &= 0,70 \\ n_1 &= 34.-\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\bar{X}_2 &= 3,55 \\ \sigma_2 &= 1,12 \\ n_2 &= 252.-\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\bar{X}_1 - \bar{X}_2 &= 1,89 \\ Sd &= 0,14\end{aligned}$$

$$1,89 > 0,14 \times 3,29$$

$$p < 0.001$$

Como se ve, la diferencia es estadísticamente significativa a favor de que el grupo diagnosticado con TEP ha sufrido estrés psicosocial en mayor intensidad que el resto de la muestra de refugiados.

Considerando las puntuaciones obtenidas en el eje V del DSM-III-R que permite realizar una evaluación global del sujeto teniendo en cuenta la actividad psicológica, social y laboral de la persona, gracias al empleo de la escala de evaluación global (escala G A F) podemos comparar el grupo diagnosticado de TEP con el resto de la muestra.

A continuación vemos el número de refugiados diagnosticados con cada uno de los códigos siguientes en ambos grupos:

CODIGO	T. R. P.	RESTO
90-81	0	28
80-71	0	33
70-61	1	42
60-51	13	49
50-41	15	53
40-31	2	24
30-21	1	11
20-11	1	7
10-1	1	5
TOTAL	34	252

La diferencia entre las medias de estos dos grupos no es estadísticamente significativa, como vemos a continuación:

GRUPO DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMÁTICO	GRUPO CON OTROS DIAGNOSTICOS
--	---------------------------------

$\bar{X}_1 = 48.97$
 $\sigma_1 = 13.72$
 $n_1 = 34.-$

$\bar{X}_2 = 55.02$
 $\sigma_2 = 19.01$
 $n_2 = 252.-$

$\bar{X}_2 - \bar{X}_1 = 6.23$
 $Sd = 2.64$

$6.23 < 2.64 \times 2.6$

n.s.

La diferencia no es estadísticamente significativa lo que quiere decir que el grupo diagnosticado de TEP, obtiene puntuaciones similares en la escala G A F que el resto de la muestra.

En el Anexo 1 se incluyen los criterios para el diagnóstico de TEP que figuran en el DSM-III-R.

El Criterio B consiste en la reexperimentación del acontecimiento traumático, por lo menos en una de las cuatro formas descritas. La frecuencia obtenida en nuestra muestra en cada forma la exponemos a continuación:

- 1: Recuerdos desagradables recurrentes . . . 18
- 2: Sueños desagradables recurrentes 29
- 3: Conductas y sentimientos súbitos como si
el agente traumático operara de nuevo . . . 9
- 4: Malestar intenso ante acontecimientos que
sinbolizan o recuerdan el suceso 12

Como se ve, la suma de frecuencias es superior a 34, ya que la mayoría de las personas presentaban más de una forma de reexperimentación del suceso traumático. Hemos encontrado las siguientes asociaciones con las frecuencias que respectivamente se señalan:

<u>SINTOMAS CLAVE</u>	<u>FRECUENCIAS CASOS</u>
1	2
2	6
1 + 2	9
1 + 3	1
1 + 4	1
2 + 3	2
2 + 4	5
1 + 2 + 3	2
1 + 2 + 4	2
1 + 3 + 4	1
2 + 3 + 4	3

El criterio C, evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma, puesto de manifiesto por al menos 3 de los siguientes fenómenos. A continuación, la frecuencia hallada para cada uno:

- 1: Esfuerzos para evitar los pensamientos o sensaciones asociadas con el trauma . . . 14
- 2: Esfuerzos para evitar actividades o situaciones que recuerdan el trauma 11
- 3: Amnesia psicógena del trauma 16
- 4: Disminución marcada del interés en las actividades significativas 19
- 5: Sensación de distanciamiento respecto a los demás 8
- 6: Afecto restringido 23
- 7: Sensación de acortamiento del futuro . . . 21

Las asociaciones que se han hallado y la frecuencia con que se presentan se exponen a continuación:

<u>SINTOMAS CLAVE</u>	<u>FRECUENCIAS CASOS</u>
1 + 2 + 3	1
1 + 2 + 4	1
1 + 2 + 6	3
1 + 2 + 7	1
1 + 4 + 6	1
1 + 4 + 7	2
1 + 6 + 7	1
2 + 3 + 4	2
2 + 4 + 6	1
2 + 6 + 7	1
3 + 4 + 7	2
3 + 5 + 6	2
3 + 5 + 7	1
3 + 6 + 7	2
4 + 5 + 6	2
4 + 5 + 7	1
4 + 6 + 7	2
5 + 6 + 7	2
1 + 2 + 3 + 4 + 6 + 7	1
1 + 3 + 4 + 6 + 7	2
1 + 3 + 6 + 7	1
3 + 4 + 6 + 7	2

El criterio D son síntomas persistentes de aumento de la activación puesto de manifiesto por al menos dos de los siguientes fenómenos, en los que se indica también la frecuencia encontrada en nuestra muestra:

- 1: Dificultad para conciliar o mantener el sueño 31
- 2: Irritabilidad o explosiones de ira . . . 17
- 3: Dificultad para concentración 25
- 4: Hipervigilancia 13
- 5: Respuesta de alarma exagerada 10
- 6: Reactividad fisiológica frente a aconte-
cimientos que simbolizan el trauma . . . 14

Exponemos las asociaciones de síntomas encontradas así como la frecuencia con que aparecen en nuestra muestra:

<u>SINTOMAS CLAVE</u>	<u>FRECUENCIAS CASOS</u>
1 + 3	1
1 + 4	2
1 + 2 + 3	7
1 + 2 + 5	3
1 + 2 + 6	2
1 + 3 + 4	2
1 + 3 + 4	1
1 + 3 + 6	4
1 + 5 + 6	1
2 + 3 + 4	1
2 + 3 + 6	1
3 + 5 + 6	1
1 + 2 + 3 + 4	2
1 + 4 + 5 + 6	1
1 + 3 + 4 + 5	1
1 + 3 + 4 + 6	2
1 + 3 + 4 + 5 + 6	1
1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6	1

En resumen, podemos decir que encontramos como antecedentes de trastorno por estrés postraumático acontecimientos de intensa persecución objetivable e, incluso, se observa que a mayor intensidad del trauma sufrido más tendencia a que la persona reciba el diagnóstico de TEP. También es importante señalar que los refugiados diagnosticados de TEP tienen con menos frecuencia patología psiquiátrica previa que el resto de la muestra.

B.- ESTUDIO DE LA POBLACION INFANTIL

I.- EVALUACION DEL ENTORNO FAMILIAR

I.A.- DATOS DEL CUESTIONARIO GENERAL

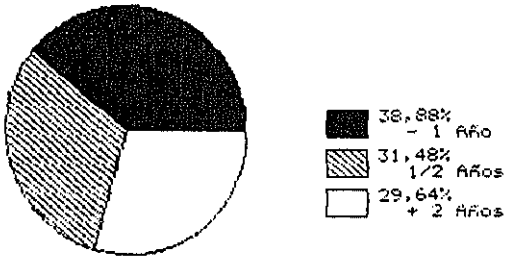
Exponemos las características de las 54 familias y de sus respectivos hijos. Ofrecemos los porcentajes de las diversas alternativas a cada pregunta.

1) Tiempo de estancia en España (Cuadro 136):

- El 38,88% lleva menos de 1 año
- El 31,48% entre 1 y 2 años
- El 29,63% lleva más de 2 años

CUADRO 136

TIEMPO DE ESTANCIA EN ESPAÑA



2) Edad de los padres:

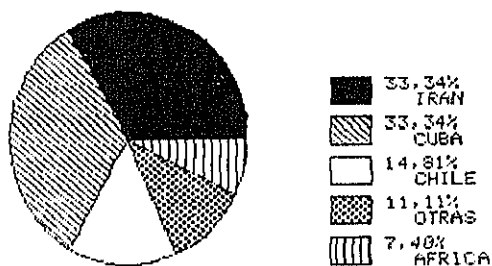
Las madres son ligeramente más jóvenes que los padres. La mayoría de las madres, el 44,44%, tienen entre 26-30 años. La mayoría de los padres, el 37,03%, tienen entre 31-35 años.

3) Nacionalidad de origen (Cuadro 137):

- 33,33% de Irán
- 33,33% de Cuba
- 14,81% de Chile
- 7,40% de Africa
- 11,11% de otras nacionalidades.

CUADRO 137

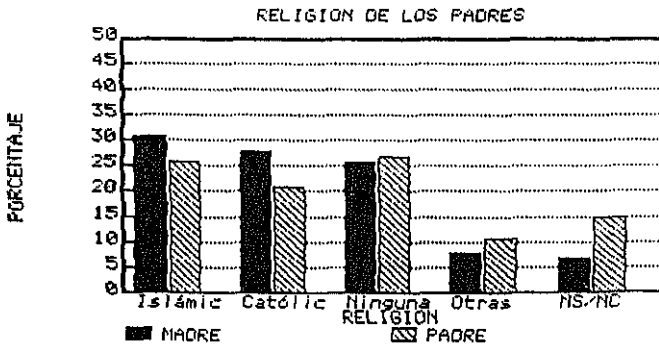
NACIONALIDAD DE ORIGEN



4) Religión (Cuadro 138):

- El 31,48% de las madres se declaran islámicas
- El 27,78%, católicas
- El 25,93%, no pertenecen a ninguna religión.
- En cuanto a los padres, muestran porcentajes menores en 5 puntos tan sólo, aumentando el número de NS/NC.

CUADRO 138



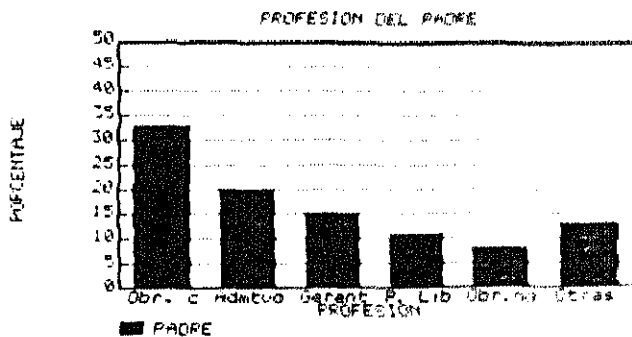
5) Actividad desarrollada:

- El 31,48% de los padres están inactivos
- El 44,44%, activos
- El 24,08%, NS/NC.

6) Profesión de los padres (Cuadro 139):

- El 33,33% se declaran obreros cualificados
- El 20,37%, administrativos
- El 14,81%, gerentes
- El 11,11%, profesiones liberales.

CUADRO 139



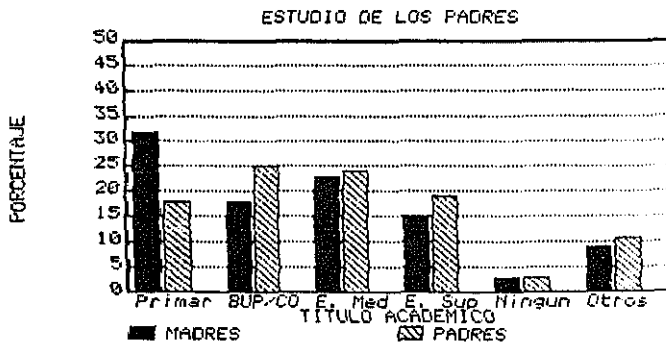
7) Estudios de los padres (Cuadro 140):

Los estudios están medidos por el título académico que poseen, en los padres encontramos:

- 25,93% con estudios semejantes al COU-BUP
- 24,07% con estudios técnicos medios
- 18,52% con estudios técnicos superiores
- 16,16% con estudios primarios completos.
- 11,11% otros.

Las madres están ligeramente por debajo, excepto en estudios primarios.

CUADRO 140



8) Actividad política:

El 50,00% de los padres han estado muy o bastante comprometidos en la oposición política de su país. Ahora, en España, sólo el 18,52% continúa con actividad política.

9) Persecuciones sufridas:

- El 79,63% se han sentido perseguidos en su país, incluyéndose los que tenían un menor compromiso político, llegando a peligrar su vida, el 14,81%.
- El 66,66% han pasado por la pérdida de derechos y de bienes.
- El 25,93% de los padres y madres han tenido experiencia personal de violencia física.
- El 31,48% de los padres han sido detenidos y el 25,93% han estado en la cárcel.
- El 11,11% de los padres han sufrido tortura.
- El 11,11% de las madres y el 16,66% de los padres han sufrido intentos de asesinato.

10) Consulta psicológica:

El 12,96% de los padres y el 14,81% de las madres habían consultado, alguna vez en su país, por motivos psicológicos. Los porcentajes de consulta aumentan en nuestro país a un 22,22% de los padres y un 29,63% de las madres que han asistido alguna vez a consulta en nuestro país por motivos psicológicos.

11) Satisfacción de su situación actual:

Su optimismo, en lo que se refiere a su situación actual de vida, es escaso: sólo el 14,81% de los padres opinan que las cosas les van bien. La mayoría, el 75,93% de estas familias, se encuentran insatisfechas en cuanto a su actividad, a su tiempo libre, a su economía. Esto hace, quizás, que un 22,22% desee marcharse a otro país.

12) Relaciones con españoles:

Más de la mitad, el 61,11%, mantiene relaciones estables con españoles, llegando a considerarlas de amistad en un 44,44% de los casos. No obstante, continúan estableciendo más contactos con sus compatriotas (74,07%), la mayoría en forma de amistad, y sólo un 5,55% en asociación.

13) Estabilidad de la pareja:

Un alto porcentaje, del grupo estudiado, muestra un cierto grado de insatisfacción personal y social, lo que incide, seguramente, en su inestabilidad adaptativa y en su desorganización social, familiar y, lógicamente, en su situación de pareja. Poco más de la mitad de los padres continúan unidos: el 57,41%.

I.B.- CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG.

Se aplicó a las madres de estos 54 niños. Aquellas madres que obtuvieron una puntuación de 12 o superior se consideraron como posibles casos positivos, es decir, madres con probables trastornos psiquiátricos. Fueron un total de 34 madres, que representa el 62,96% del total. Sin duda, es un porcentaje muy elevado de casos positivos.

II.- CARACTERISTICAS DE LOS NIÑOS

II.A.- DATOS DEL CUESTIONARIO DE LOS NIÑOS.

Exponemos las características de los 54 niños a través de los porcentajes de las diversas posibilidades de cada respuesta:

1) Sexo:

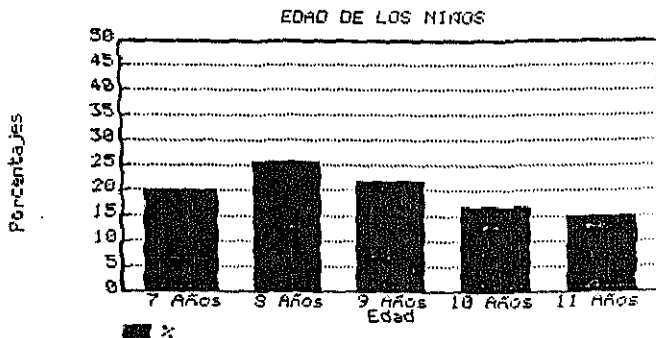
- El 57,41% son varones
- El 42,59% son hembras

2) Edad (Cuadro 141):

- 7 años: el 20,37%
- 8 años: el 25,93%
- 9 años: el 22,22%
- 10 años: el 16,66%
- 11 años: el 14,81%

$$\bar{X} = 8.80, \text{ desviación típica} = 1.34$$

CUADRO 141

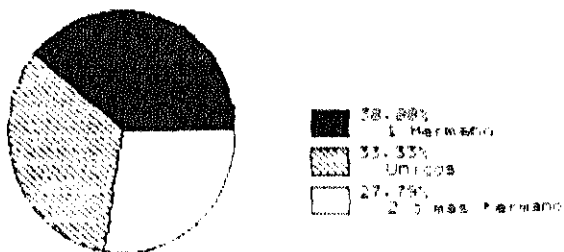


3) Número de hermanos (Cuadro 142):

- El 33,33% son hijos únicos
- El 38,88% tienen un solo hermano
- El 27,78% tiene 2 ó más hermanos

CUADRO 142

NÚMERO DE HERMANOS



4) Lugar que ocupa:

El lugar ocupado por el entrevistado, entre los hermanos, es:

- 51,85% de los niños, son los primogénitos
- 20,37% de los niños, son intermedios

5) Relación con otros niños:

El 77,77% de los niños tiene poca o ninguna relación con compatriotas. Con niños españoles se relacionan todos.

Llama la atención este 77,77% que dice no tener ninguna o poca relación con compatriotas. Aunque puede pensarse que la relación con los niños del país de acogida puede ayudarle en su integración a través de la escuela y el barrio, la falta de contactos con compatriotas puede llevar al niño a un distanciamiento cultural con los padres.

6) Problemas motivados por el exilio:

Los padres observan problemas motivados por el exilio en el 27,78% de los niños. Entre ellos, destaca la falta de amigos en un 14,81% de los casos.

7) Experiencias de violencia:

En cuanto a las experiencias vividas por los niños, cabe señalar que el 35,18% han pasado por situaciones de violencia física. El 20,37% han sufrido violencia dentro de la familia, y el 14,81% han tenido situaciones de violencia externas a la familia. Sólo en un caso se ha observado violencia contra la familia.

8) Consulta psicológica:

El 5,55% de los niños ha ido a consulta de algún psicólogo o psiquiatra en su país. Las nacionalidades de los niños que han acudido a consulta son: 1 iraní, 1 cubano y 1 chileno. En España el porcentaje sube a 12,96%.

II.B.- EVALUACION PSICOLOGICA DE LOS NIÑOS A TRAVES DE
DIVERSAS PRUEBAS.

a) Cuestionarios de Rutter:

De la población de 54 niños se detectaron, por el cuestionario de padres o el de profesores, 19 niños (12 niños y 7 niñas) con probables trastornos. Esta cifra representa un 35,18% del total.

Por medio del cuestionario de conducta para profesores se detectaron 16 casos (10 niños y 6 niñas) que suponen un 29,63% de la población. Estos 16 niños obtuvieron una puntuación de 9 o más en la escala de profesores.

A través del cuestionario de conducta para padres se detectaron a 12 niños (7 niños y 5 niñas), lo que supone un 22,22% del total. Estos niños son los que obtuvieron 13 o más puntos en el cuestionario de padres.

El acuerdo en la detección de casos entre padres y profesores fue elevado: los niños que fueron detectados por ambos cuestionarios a la vez fueron 9, lo que representa un 16,66%, del total de la muestra.

El hecho de ser detectado por los dos cuestionarios no

implica mayor gravedad del trastorno.

Como señalábamos anteriormente, el total de detectados por uno de los cuestionarios o por ambos, fue de 19 sujetos, 35,18% de la muestra de 54 niños. Los sujetos detectados como casos positivos, en alguno de los cuestionarios, se definen como neuróticos si la subpuntuación neurótica es mayor que la antisocial; por el contrario, se definen antisociales cuando la subpuntuación antisocial es mayor que la neurótica; y se consideran con un trastorno mixto, cuando las dos subpuntuaciones son iguales. El niño que había sido definido por uno de los cuestionarios como antisocial y, en el otro cuestionario, como neurótico o mixto, se le califica con un trastorno final mixto. Sin embargo, si ambos cuestionarios coinciden en el tipo de trastorno que definen, como en el caso de que los dos cuestionarios califiquen al niño como neurótico, a este sujeto se le considera, finalmente, con un trastorno neurótico. No necesariamente tiene que haber sido por los dos cuestionarios como ya hemos dicho. Si un niño sólo ha sido detectado por uno de los cuestionarios se le sigue considerando con el mismo tipo de trastorno con que se le ha identificado en el cuestionario que lo ha detectado.

Exponemos, ahora, los porcentajes de niños que se les ha detectado algún tipo de trastorno a través de los cuestionarios de Rutter, distribuidos por sexos:

TIPO DE TRASTORNO	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Neurótico	2	(16,66)	2	(28,57)	4	(21,05)
Antisocial	7	(58,33)	3	(42,85)	10	(52,63)
Mixto	3	(25,00)	2	(28,57)	5	(26,31)
TOTALES	12	(100,00)	7	(100,00)	19	(100,0)

Los 19 niños quedaron distribuidos y clasificados en los tres distintos tipos de trastornos. Contemplando la tabla, se observa claramente que el mayor número de niños se definen como antisociales (52,63%). De ellos, el 70,00% eran varones, por lo que está claro que, este tipo de trastorno es más común entre los chicos. Del total de las niñas detectadas, un 28,57% fueron calificadas de neuróticas. Sin embargo, de los niños detectados, sólo el 16,66% se les define con este trastorno, es decir, que el trastorno neurótico es más característico de las niñas que de los niños. Estos datos coinciden con los resultados de otras investigaciones, como las realizadas por RUTTER (1967) y GARAY (1984).

Definidos, finalmente, con el trastorno mixto han sido el 25,00% de los niños y el 28,57% de las niñas. Este tipo de trastorno ha resultado con una frecuencia similar en los dos sexos.

b) Test de Bender:

Con la aplicación de esta prueba, a los 54 niños, obtuvimos el siguiente resultado: 45 niños, el 83,33% del total, tienen buena coordinación oculomanual y un nivel de desarrollo adecuado a su edad; mientras que el resto, 9 niños, el 16,66%, obtienen un resultado inferior al esperado para su edad.

c) Test de Raven:

Se ha usado la escala del test de matrices progresivas de Raven. La puntuación obtenida por cada niño se ha transformado en percentiles, según las indicaciones del Manual del test. Como hemos indicado más arriba, esta prueba fue elegida, para medir la inteligencia general, por su carácter no verbal, dadas las dificultades que, con otro tipo de prueba, habiéramos tenido al estudiar un grupo de niños con diferentes niveles de conocimiento de nuestro idioma.

III.- ANALISIS DE LAS RELACIONES ENTRE LAS DISTINTAS VARIABLES DEL ESTUDIO

Del cruce de las distintas variables que acabamos de relacionar vamos a comentar los aspectos más representativos. Realizaremos cuatro apartados:

- 1) Marco sociofamiliar en relación con las vivencias y opiniones de los padres.
- 2) Variables vivenciales en relación con los resultados de la salud mental a) del hijo y b) de la madre.
- 3) Relación entre el marco sociofamiliar y la salud mental.
- 4) Relación entre los datos del niño (variables objetivas y vivenciales) y la salud mental.

1) MARCO SOCIOFAMILIAR EN RELACION CON LAS VIVENCIAS U
OPINIONES DE LOS PADRES.

a) Llegada a España / consulta psicológica

(Cuadros 143 y 144)

A mayor tiempo transcurrido desde la llegada a España, corresponde mayor número de consultas psicológicas. Es decir, quienes más tiempo llevan aquí, son quienes más han consultado por problemas psicológicos. Esto se observa tanto en las madres como en los padres, encontrándose la diferencia en el límite de significación estadística en el caso de las madres, y no significativa estadísticamente para los padres.

CUADRO 143

TIEMPO DE LLEGADA / CONSULTA DE LA MADRE

	Menos 1 año	1 - 2 años	Más 2 años	TOTAL GENERAL
CONSULTAN	14,28	29,41	50,00	29,63
NO CONSULTAN	85,71	70,59	50,00	70,37
TOTAL ABSOL.	21	17	16	54

Chi-cuadrado = 5.55 g.l. = 2 p = límite

CUADRO 144

TIEMPO DE LLEGADA / CONSULTA DEL PADRE

	Menos 1 año	1 - 2 años	Más 2 años	TOTAL GENERAL
CONSULTAN	14,28	23,53	31,25	22,22
NO CONSULTAN	85,71	76,47	68,75	77,77
TOTAL ABSOL.	21	17	16	54

Chi-cuadrado = 1.54	g.l. = 2	p = n.s.
---------------------	----------	----------

b) Llegada a España / insatisfacción

(Cuadro 145)

A más tiempo de estancia en España, hay más insatisfacción con la salud. Quienes llevan más tiempo, son quienes están más insatisfechos, existiendo una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.05$.

CUADRO 145

TIEMPO DE LLEGADA / SATISFACCION DE SU SALUD

	Menos 1 año	1 - 2 años	Más 2 años	TOTAL GENERAL
SATISFECHO	76,19	47,05	37,50	55,55
INSATISFECHO	23,81	52,94	62,50	44,44
TOTAL ABSOL.	21	17	16	54

Chi-cuadrado = 6.23	g.l. = 2	p < 0.05
---------------------	----------	----------

c) Llegada a España / separaciones conyugales

(Cuadro 146)

A más tiempo desde la llegada, más separaciones conyugales. Las personas que están separadas, de las que hace más de dos años que llegaron a España, superan, en un 21,43% al número de personas separadas de las que hace menos de un año que llegaron a nuestro país, aunque la diferencia no es significativa estadísticamente.

Dentro de las parejas separadas se encuentran dos situaciones: las que llegaron ya a España separadas y las que vinieron unidos y se separaron después de residir unos meses en nuestro país. Este segundo grupo pertenece, casi totalmente, a Irán.

CUADRO 146

TIEMPO DE LLEGADA / SITUACION DE LA PAREJA

	Menos 1 año	1 - 2 años	Más 2 años	TOTAL GENERAL
UNIDOS	71,43	58,82	43,75	59,25
SEPARADOS	28,57	41,18	56,25	40,74
TOTAL ABSOL.	21	17	16	54

Chi-cuadrado = 2,88 g.l. = 2 p = n.s.

d) Nivel de estudios / nivel de satisfacción

(Cuadro 147)

Quienes tienen más estudios son los que están más satisfechos de su situación en nuestro país, siendo la diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.05$.

CUADRO 147

NIVEL DE ESTUDIOS / SATISFACCION DE SU SITUACION

	Primaria	BUP-COU	Técnic. Medios	Técnic. Superi.	Otros	Ninguno
SATIS.	77,77	78,57	84,61	90,00	33,33	0
INSATIS.	22,22	21,43	15,38	10,00	66,66	100,00
TOT. ABS.	9	14	13	10	6	2

Chi-cuadrado = 13.18 g.l. = 5 p < 0.05
--

RESUMEN DE ESTE APARTADO

A más tiempo de estancia en España, mayor insatisfacción con su salud.

A mayor nivel de estudios, mayor satisfacción de su situación en nuestro país.

2) VARIABLES VIVENCIALES EN RELACION CON LOS RESULTADOS
DE LA SALUD MENTAL:

2.1) DEL HIJO:

a) Inactividad padre / Estimación de problemas
psicológicos en el hijo.

(Cuadro 148)

Los padres que no desarrollan ningún tipo de actividad, observan más problemas en sus hijos, provocados por el exilio: el 35,29% frente al 27,78% del total, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

CUADRO 148

INACTIVIDAD PATERNA / PROBLEMAS PSICOLOGICOS

	Activos	Inactivos	NS/NC	Total
PROBLEMAS	20,83	35,29	30,76	27,78
NO PROBLEMAS	79,16	64,70	69,23	72,22
TOTAL ABSOL.	24	17	13	54

Chi-cuadrado = 1.11 g.l. = 2 p = n.s.

b) Violencia sufrida / apreciación de trastornos psicológicos

(Cuadro 149)

Las madres que han sufrido experiencias de violencia física son las que tienden a observar menos posibles problemas psicológicos en el hijo motivados por el exilio. Hay un 18,21% más de madres que han pasado por experiencias violentas que de madres que no lo han hecho que no observan problemas. La diferencia no es estadísticamente significativa.

CUADRO 149

VIOLENCIA SUFRIDA / TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

	Con violencia	Sin violencia	Total general
TRASTORNOS	14,28	32,50	27,78
NO TRASTORNOS	85,71	67,50	72,22
TOTAL ABSOLUTO	14	40	54

Chi-cuadrado = 0.93 g.l. = 1 p = n.s.

c) Violencia sufrida / Cuestionarios de Rutter

Cuando las madres han pasado experiencia de violencia física, los hijos tienen tendencia a presentar trastornos neuróticos en los cuestionarios de Rutter y, sin embargo, no suelen presentar trastornos antisociales. Por el contrario, se observa que los hijos de las madres que no han pasado este tipo de experiencia tienden a presentar trastornos antisociales. Hay un 15,50% más de madres sin experiencia violenta, que de madres con ella que tienen el hijo con trastornos antisociales en los cuestionarios de Rutter.

d) Pérdidas familiares / Trastornos psicológicos

(Cuadro 150)

Existe interacción entre el hecho de sufrir pérdidas de familiares previas al exilio, y el no observar problemas psicológicos en el hijo. Hay un 18,50% más de madres que han sufrido pérdida de seres queridos, que de madres que no lo han sufrido que no observan problemas psicológicos en el hijo, motivados por el exilio. No obstante, no llega a ser estadísticamente significativa.

CUADRO 150

PERDIDA DE FAMILIARES / TRASTORNOS PSICOLOGICOS

	Con pérdida	Sin pérdida	Total general
CON TRASTORNOS	15,79	34,29	27,78
SIN TRASTORNOS	84,21	65,71	72,22
TOTAL ABSOL.	19	35	54

Chi-cuadrado = 1.28	g.l. = 1	p = n.s.
---------------------	----------	----------

e) Consulta de la madre en su país / Cuestionarios de Rutter

(Cuadro 151)

Existe interacción en el sentido de que las madres que han consultado en su país por motivos psicológicos, tienen más hijos con los cuestionarios de Rutter positivos y, además, de tipo neurótico, lo que resulta estadísticamente significativo: $p < 0.05$.

CUADRO 151

CONSULTA DE LA MADRE EN SU PAIS / CUEST.DE RUTTER

	Consulta la madre	No consulta la madre	Total general
POSITIVO	75,00	28,26	35,19
NEGATIVO	25,00	71,74	64,81
TOTAL ABSOL.	8	46	54

Chi-cuadrado = 4.64 g.l. = 1 $p < 0.05$

f) Consulta del padre en su país / Trastornos psicológicos en el hijo.

(Cuadro 152)

Hay una interacción en el sentido de que los padres que, en su país, han consultado por motivos psicológicos, tienden a no observar en el hijo problemas psicológicos motivados por el exilio. Hay un 15,50% más de padres que no han consultado, que de padres que sí lo han hecho, que observan problemas psicológicos en los hijos. No alcanza a ser significativo estadísticamente.

CUADRO 152

CONSULTA DEL PADRE EN SU PAIS / TRASTORNOS PSICOLOGICOS

	<u>Consulta</u>	<u>No consulta</u>	<u>Total</u>
TRASTORNOS	14,29	29,78	27,78
SIN TRASTORNOS	85,71	70,21	72,22
TOTAL ABSOL.	7	47	54

Chi-cuadrado = 0.16 g.l. = 1 p = n.s.

g) Consulta del padre en su país / Cuestionarios de Rutter

(Cuadro 153)

Los padres que, en su país, han consultado por problemas psicológicos propios, tienen tendencia a tener hijos con los cuestionarios de Rutter positivos y de tipo antisocial. Se encuentra en el límite de significación estadística.

CUADROS 153

CONSULTA DEL PADRE EN SU PAIS / CUEST.DE RUTTER

	Consulta	No consulta	Total
POSITIVO	71,42	29,79	35,18
NEGATIVO	28,57	70,21	64,81
TOTAL ABSOL.	7	47	54

Chi-cuadrado = 2.99 g.l. = 1 p = límite

h) Consulta de la madre en España / Cuestionarios de Rutter

Las madres que acuden a consulta psiquiátrica, en España, tienen tendencia a tener hijos con los cuestionarios de Rutter positivo, tanto de tipo neurótico como antisocial o mixto. La diferencia no es estadísticamente significativa.

i) Consulta de la madre en España / Trastornos psicológicos en el hijo

(Cuadro 154)

Las madres que no consultan tienen tendencia a observar más problemas psicológicos causados por el exilio en sus hijos, que las que sí consultan por sus propios problemas (31,58% frente al 18,75% de las segundas). La diferencia no es estadísticamente significativa.

CUADRO 154

CONSULTA DE LA MADRE EN ESPAÑA /
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN EL HIJO

	Consulta	No consulta	Total
TRASTORNOS	18,75	31,58	27,78
NO TRASTORNOS	81,25	68,42	72,22
TOTAL ABSOL.	16	38	54

Chi-cuadrado = 0.39 g.l. = 1 p = n.s.

j) Consulta del padre en España / Cuestionarios de Rutter

Los padres que asisten a consulta psiquiátrica, en España, tienen tendencia a tener hijos con los cuestionarios de Rutter positivos, tanto de tipo neurótico como antisocial o mixto. Lo que es congruente con lo observado al considerar el grupo de padres que consultan en su país. La diferencia no es estadísticamente significativa.

k) Consulta del padre en España / Trastornos psicológicos en el hijo

Los padres que asisten a consulta psiquiátrica en España, tienen tendencia a no observar problemas psicológicos en el hijo, motivados por el exilio. Al igual comentábamos al considerar los padres que consultan en su país. La diferencia no es significativa estadísticamente.

1) Test de Goldberg / Cuestionarios de Rutter

(Cuadro 155)

Las madres que tienen un cuestionario de Goldberg negativo tienen en su mayoría hijos cuyos cuestionarios de Rutter son, también, negativos, sin embargo, no alcanza a ser estadísticamente significativo.

CUADRO 155

CUEST. DE GOLDBERG / CUEST. DE RUTTER

	<u>Goldberg +</u>	<u>Goldberg -</u>	<u>Total</u>
RUTTER +	41,18	25,00	35,18
RUTTER -	58,82	75,00	64,81
TOTAL ABSOL.	34	20	54

Chi-cuadrado = 0.82 g.l. = 1 p = n.s.

m) Relación con españoles / Trastornos psicológicos

(Cuadro 156)

Los padres que más dicen relacionarse con españoles son los que tienen tendencia a observar menos problemas psicológicos en el niño, relacionados con el exilio. No es estadísticamente significativo.

CUADRO 156

RELACION CON ESPAÑOLES /
TRASTORNOS PSICOLOGICOS EN EL NIÑO

	Mucho	Bastante	Poco	Total
TRASTORNOS	20,83	22,22	38,09	27,78
NO TRASTORNOS	79,17	77,77	61,90	72,22
TOTAL ABSOL.	24	9	21	54

Chi-cuadrado = 1.83 g.l. = 2 p = n.s.

n) Relación con españoles / Cuestionarios de Rutter
(Cuadro 157)

Los padres que dicen tener más relación con españoles tienen hijos que tienden a tener los cuestionarios de Rutter negativos. No es estadísticamente significativo.

CUADRO 157

RELACION CON ESPAÑOLES / CUEST. DE RUTTER

	<u>Mucho</u>	<u>Bastante</u>	<u>Poco</u>	<u>Total</u>
POSITIVO	29,17	33,33	42,86	35,18
NEGATIVO	70,83	66,66	57,14	64,81
TOTAL ABSOL.	24	9	21	54

Chi-cuadrado = 0.94 g.l.=2 p = n.s.

R) Separación conyugal / Consulta del niño

(Cuadro 158)

Entre las parejas separadas se da, con mayor frecuencia, tener hijos que han asistido a consulta psiquiátrica en su país o en España. No es significativa estadísticamente.

CUADRO 158

SEPARACION CONVUGAL / CONSULTA DEL NIÑO

	Unidos	Separados	Total
CONSULTAN	9,68	17,39	12,96
NO CONSULTAN	90,32	82,61	87,04
TOTAL ABSOL.	31	23	54

Chi-cuadrado = 0.18 g.l. = 1 p = n.s.

2.2) DE LA MADRE

a) Inactividad del padre / Cuestionario de Goldberg de la madre

(Cuadro 159)

La falta de actividad del padre se relaciona con mayores trastornos psicológicos de la madre: el 70,59% de esposas cuyos maridos están inactivos dieron un resultado positivo en la prueba de Goldberg frente al 58,33% que dieron positivo en las mujeres cuyo esposo realizó alguna actividad. La diferencia, no obstante, no llega a ser significativa estadísticamente.

CUADRO 159

INACTIVIDAD PATERNA/CUEST. DE GOLDBERG -MADRE-

	Activos	Inactivos	NS/NC	Total
POSITIVO	58,33	70,59	61,54	62,96
NEGATIVO	41,66	29,41	38,46	37,04
TOTAL ABSOL.	24	17	13	54

Chi-cuadrado = 0.66 g.l. = 2 p = n.s.

b) Compromiso político / Cuestionario de Goldberg

(Cuadro 160)

Hay una interacción positiva, ya que a mayor grado de compromiso político, hay mayor tendencia al cuestionario de Goldberg positivo de la madre. Hay un 23,68% más de madres muy comprometidas, que de madres sin ningún compromiso que tienen el cuestionario de Goldberg positivo. La diferencia no es significativa estadísticamente.

CUADRO 160

	COMPROMISO POLITICO / CUEST. DE GOLDBERG				
	Ninguno	Algo	Bastante	Muy com- prometido	Total
POSITIVO	50,00	58,33	61,53	73,68	62,96
NEGATIVO	50,00	41,66	38,46	26,31	37,04
TOTAL ABS.	10	12	13	19	54

Chi-cuadrado = 1.78 g.l. = 3 p = n.s.

c) Violencia sufrida / Cuestionario de Goldberg

(Cuadro 161)

El hecho de que la madre haya sufrido violencia física conlleva una tendencia hacia el cuestionario de Goldberg positivo, es decir, que las madres que han pasado por este tipo de experiencias tienen más trastornos psicológicos. Hay un 21,07% más de madres que han pasado por experiencias violentas, que de madres que no han sufrido que tienen el cuestionario de Goldberg positivo. La diferencia no es estadísticamente significativa.

CUADRO 161

VIOLENCIA SUFRIDA / CUEST. DE GOLDBERG

	Con violencia	Sin violencia	Total general
POSITIVO	78,57	57,50	62,96
NEGATIVO	21,43	42,50	37,04
TOTAL ABSOL.	14	40	54

Chi-cuadrado = 1.17	g.l. = 1	p = n.s.
---------------------	----------	----------

d) Consulta del padre en su país / Cuestionario de Goldberg

(Cuadro 162)

Hay una relación en el sentido de que los padres que han consultado, en su país, por algún trastorno psicológico tienen esposas con el cuestionario de Goldberg positivo. No obstante, la diferencia no es significativa estadísticamente.

CUADRO 162

CONSULTA DEL PADRE EN SU PAIS / CUEST.DE GOLDBERG

	Consulta	No consulta	Total
POSITIVO	71,42	61,70	62,96
NEGATIVO	28,57	38,30	37,03
TOTAL ABSOL.	7	47	54

Chi-cuadrado = 0.006 g.l. = 1 p = n.s.

e) Consulta de la madre en España / Cuestionario de Goldberg

(Cuadro 163)

Las madres que han asistido a consulta psiquiátrica en España tienen el cuestionario de Goldberg positivo en un 87,50%. Significativo estadísticamente: $p < 0.05$.

CUADRO 163

CONSULTA DE LA MADRE EN ESPAÑA / CUEST.DE GOLDBERG

	Consulta	No consulta	Total
POSITIVO	87,50	52,63	62,96
NEGATIVO	12,50	47,36	37,04
TOTAL ABSOL.	16	18	54

Chi-cuadrado = 4.47 g.l. = 1 $p < 0.05$

f) Consulta del padre en España / Cuestionario de Goldberg de la madre

Los padres que asisten, en España, a consulta psiquiátrica tienen, en su mayoría, esposas con cuestionario de Goldberg positivo. Lo mismo que observamos en los padres que asisten a consulta en su país.

g) Relación con compatriotas / Cuestionario de Goldberg

(Cuadro 164)

Entre las personas que declaran no tener relación con compatriotas, hay una tendencia a que el cuestionario de Goldberg sea positivo. No obstante, no llega a ser significativa estadísticamente.

CUADRO 164

RELACION CON COMPATRIOTAS / CUEST. DE GOLDBERG

	Relación	No relación	Total
POSITIVO	57,50	78,57	62,96
NEGATIVO	42,50	21,43	37,04
TOTAL ABSOLUTO	40	14	54

Chi-cuadrado = 1.17 g.l. = 1 p = n.s.

n) Relación con españoles / Cuestionario de Goldberg
(Cuadro 165)

Las familias que menos se relacionan con españoles son aquellas en las que la madre tiene más tendencia a dar un resultado positivo en el cuestionario de Goldberg. Hay un 26,79% más de personas que dicen relacionarse poco con españoles, que de personas que dicen relacionarse mucho que tienen el test de Goldberg positivo. La diferencia está en el límite de significación estadística.

CUADRO 165

RELACION CON ESPAÑOLES / CUEST. DE GOLDBERG

	Mucho	Bastante	Poco	Total
POSITIVO	50,00	55,55	80,95	62,96
NEGATIVO	50,00	44,44	19,05	37,04
TOTAL ABSOL.	24	9	21	54

Chi-cuadrado = 4.85 g.l. = 2 p = límite

i) Separación conyugal / Cuestionario de Goldberg

(Cuadro 166)

Las madres que están separadas tienen, en su mayoría, el cuestionario de Goldberg positivo. Diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.05$.

CUADRO 166

SEPARACION CONYUGAL / CUEST. DE GOLDBERG

	Unidos	Separados	Total
POSITIVO	48,38	82,61	62,96
NEGATIVO	51,61	17,39	37,04
TOTAL ABSOL.	31	23	54

Chi-cuadrado = 5.24	g.l. = 1	p < 0.05
---------------------	----------	----------

RESUMEN DE ESTE APARTADO

Destacaremos sólo los datos que hayan resultado estadísticamente significativos.

Las madres que han asistido a consulta psiquiátrica en su país, tienen hijos con alteraciones neuróticas a través de los cuestionarios de Rutter, en mayor proporción que las madres que no han consultado.

Los padres que consultaron en su país, tienden a tener hijos con cuestionarios de Rutter de tipo antisocial.

Las madres que han asistido a consulta psiquiátrica en nuestro país, han sido detectadas a través del cuestionario de Goldberg, como probables casos psiquiátricos.

Los padres que asistieron a consulta en su país o en España, tienen esposas con probables trastornos psiquiátricos a través del cuestionario de Goldberg, con mayor frecuencia que los padres que no han consultado.

Entre las madres que están separadas, se detectaron más casos psiquiátricos a través del cuestionario de Goldberg que entre las que no lo están.



3) RELACION ENTRE EL MARCO SOCIOFAMILIAR Y LA SALUD MENTAL:

3.1) DEL HIJO

a) Permanencia en España / Cuestionarios de Rutter
(Cuadro 167)

A mayor tiempo de estancia en España se observan más niños con trastornos psicológicos de tipo neurótico antisocial o mixto a través del Rutter: de los niños que llevan más de 2 años de estancia en España, el 50,00% presenta algún trastorno; sin embargo, de los niños que llevan menos de 1 año de estancia, sólo el 23,80% presenta algún trastorno. La diferencia no llega a ser significativa estadísticamente.

CUADRO 167

	PERMANENCIA EN ESPAÑA / CUEST. DE RUTTER			
	- 1 año	1-2 años	+ 2 años	Total
POSITIVO	23,80	35,29	50,00	35,18
NEGATIVO	76,19	64,71	50,00	64,81
TOTAL ABSOL.	21	17	16	54

Chi-cuadrado = 2.73 g.l. = 2 p = n.s.

b) Nacionalidad / Cuestionario de Rutter

(Cuadro 168)

Los niños de nacionalidad cubana son los que presentan mayor porcentaje de Rutter positivos, tanto neuróticos como antisociales o mixtos. Sin embargo, los niños africanos, son los que con mayor frecuencia presentan los cuestionario de Rutter negativos. No obstante, las diferencias en los resultados del Rutter por nacionalidades no llegan a ser estadísticamente significativas.

CUADRO 168

NACIONALIDAD / CUEST. DE RUTTER						
	Irán	Cuba	Chile	Africa	Otros	Total
POSITIVO	27,77	44,44	37,50	25,00	33,33	35,18
NEGATIVO	72,22	55,55	62,50	75,00	66,66	64,81
TOTAL ABSOL.	18	18	8	4	6	54

Chi-cuadrado = 1.32 g.l. = 4 p = n.s.

c) Nivel de estudios de los padres / Cuestionarios d
Rutter

(Cuadro 169)

Existen una interacción negativa, de forma que a má estudios de los padres, los cuestionarios de Rutter del niñ tienden a ser negativos, es decir, menos trastorno psicológicos. Aunque la diferencia no alcanza a se significativa estadísticamente.

CUADRO 169

NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PADRES / CUEST. DE RUTTE

	Ningu.	Primar.	BUP/COU	Téc.M.	Téc.S.	Otros	Total
POSITIVO	50,00	44,44	35,71	30,77	30,00	33,33	35,18
NEGATIVO	50,00	55,55	64,28	69,23	70,00	66,66	64,81
TOTAL ABS.	2	9	14	13	10	6	54

Chi-cuadrado = 0.77 g.l. = 5 p = n.s.

d) Nivel de estudios de los padres / Test de Bender
(Cuadro 170)

Hay una interacción positiva, es decir, que a menos estudios de los padres, los hijos tienen tendencia a estar por debajo de la edad en los resultados del test de Bender. Hay un 22,22% más de madres con estudios primarios que con estudios técnicos superiores, que tienen hijos cuyo test de Bender está por debajo de su edad cronológica. La diferencia, no obstante no llega a ser estadísticamente significativa.

CUADRO 170

NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PADRES / TEST DE BENDER

	Ningu.	Primar.	BUF/COU	Téc.M.	Téc.S.	Otros	Total
INFRA	50,00	22,22	21,42	7,69	0,0	33,33	16,66
NORMAL	50,00	77,77	78,57	92,31	100,0	66,66	83,33
TOTAL ABS.	2	9	14	13	10	6	54

Chi-cuadrado = 5.98 g.l. = 5 p = n.s.

2.2) DE LA MADRE:

a) Permanencia en España / Cuestionario de Goldberg
(Cuadro 171)

A más tiempo de estancia en España, mejor es la salud mental de las madres, en cuanto resultados en cuestionario de Goldberg: entre las que llevan más de años, el 56,25% de las madres tienen trastornos psicológicos; y de las que llevan menos de 1 año, el 66,66% de las madres tienen trastornos psicológicos, es decir un 10,4% más. La diferencia, no obstante, no alcanza a ser significativa estadísticamente.

CUADRO 171

PERMANENCIA EN ESPAÑA / CUEST. DE GOLDBERG

	<u>- 1 año</u>	<u>1-2 años</u>	<u>+ 2 años</u>	<u>Tota</u>
POSITIVO	66,66	64,70	56,25	62,9
NEGATIVO	33,33	35,29	43,75	37,0
TOTAL ABSOL.	21	17	16	54

Chi-cuadrado = 0.45 g.l. = 2 p = n.s.

b) Edad de la madre / Cuestionario de Goldberg

El 73,33% de las madres mayores de 35 años y menores de 26 años, tienen trastornos psicológicos, según el cuestionario de Goldberg. Sin embargo, de las madres que tienen entre 26 y 35 años, sólo el 58,97% tienen el cuestionario de Goldberg positivo.

c) Nacionalidad / Cuestionario de Goldberg

(Cuadro 172)

Las madres de nacionalidad africana son las que con mayor frecuencia tienen un resultado negativo en el cuestionario de Goldberg. Diferencia no significativa.

CUADRO 172

NACIONALIDAD / CUEST. DE GOLDBERG

	Irán	Cuba	Chile	Africa	Otros	Total
POSITIVO	61,11	66,66	75,00	25,00	66,66	62,96
NEGATIVO	38,88	33,33	25,00	75,00	33,33	37,04
TOTAL ABSOL.	18	18	8	4	6	54

Chi-cuadrado = 3.14 g.l. = 4 p = n.s.

4) RELACION ENTRE LOS DATOS DEL NIÑO Y LA SALUD MENTAL

4.1) DEL HIJO:

a) Relación con niños compatriotas / Cuestionario de Rutter

(Cuadro 173)

La interrelación es negativa, es decir, que los niños que más se relacionan con otros compatriotas tienen tendencia a obtener una puntuación negativa en los cuestionarios de Rutter. A menor relación los niños tienden a presentar problemas de tipo neurótico. Los que se relacionan más con compatriotas tienden a presentar menos problemas y, cuando muestran trastornos psicológicos, son de tipo antisocial. Los que no tienen ninguna relación con compatriotas, tienden a presentar trastornos de tipo mixto. La diferencia no alcanza a ser significativa estadísticamente.

CUADRO 173

RELACION CON NIÑOS COMPATRIOTAS / CUEST. DE RUTTER

	Relación	No relación	Total
POSITIVO	16,66	40,47	35,18
NEGATIVO	83,33	59,52	64,81
TOTAL ABSOLUTO	12	42	54

Chi-cuadrado = 1.39 g.l. = 1 p = n.s.

b) Experiencia violenta en el niño / Trastornos psicológicos

(Cuadro 174)

Se observa que los niños que no han sufrido experiencias de violencia física, tienen menos problemas psicológicos causados por el exilio. La diferencia se encuentra en el límite de significación estadística.

CUADRO 174

EXPERIENCIA VIOLENTA EN EL NIÑO/TRASTORNOS PSICOLOGICOS

	Violencia	No violencia	Total
TRASTORNOS	42,10	20,00	27,78
NO TRASTORNOS	57,89	80,00	72,22
TOTAL ABSOLUTO	19	35	54

Chi-cuadrado = 2,00 g.l. = 1 p = límite

c) Experiencia violenta en el niño / Cuestionarios de Rutter

(Cuadro 175)

Los niños que no han pasado por experiencias de violencia, tienen tendencia a obtener una puntuación negativa en los cuestionarios de Rutter. Los niños que sí han experimentado violencia física, presentan más altos porcentajes de trastornos neuróticos y antisociales. Los niños cuya experiencia de violencia ha sido externa a la familia, presentan menos problemas psicológicos que los niños que han sufrido experiencia violenta intrafamiliar. La diferencia, no obstante, no llega a ser estadísticamente significativa.

CUADRO 175

EXPERIENCIA VIOLENTA EN EL NIÑO/CUEST. DE RUTTER

	Violencia	No violencia	Total
POSITIVO	47,36	28,57	35,18
NEGATIVO	52,63	71,43	64,81
TOTAL ABSOL.	19	35	54

Chi-cuadrado = 1.17 g.l. = 1 p = n.s.

d) Sexo del niño / Cuestionarios de Rutter

(Cuadro 176)

Las niñas tienen, con mayor frecuencia, que los niños, los cuestionarios de Rutter negativos. Las niñas son, con menor frecuencia, antisociales, aunque igualan a los niños en trastornos mixtos e, incluso, les superan en trastornos neuróticos. La diferencia no llega a ser estadísticamente significativa.

CUADRO 176

	SEXO DEL NIÑO / CUEST. DE RUTTER		
	Varones	Mujeras	Total
POSITIVO	38,71	19,43	35,18
NEGATIVO	61,29	69,56	64,81
TOTAL ABSOLUTO	11	23	54

Chi-cuadrado = 0,13 $\chi^2_{1, 1} = 1$ $p = n.s.$
--

e) Número de hermanos / Trastornos psicológicos

(Cuadro 177)

A mayor número de hermanos, se da una menor observación por parte de los padres, de problemas psicológicos en el niño, causados por el exilio. La diferencia no es significativa estadísticamente.

CUADRO 177

NUMERO DE HERMANOS / TRASTORNOS PSICOLOGICOS

	Unicos	1 hermano	2 ó más	Total
TRASTORNOS	22,22	28,57	33,33	27,78
NO TRASTORNOS	77,77	71,43	66,66	72,22
TOTAL ABSOL.	18	21	15	54

Chi-cuadrado = 0.51 g.l. = 2 p = n.s.

F) Número de hermanos / Cuestionarios de Rutter
(Cuadro 178)

Los niños de familias con tres hijos son los que, con menor frecuencia, presentan trastornos a través del Rutter. No obstante, la diferencia no es estadísticamente significativa.

CUADRO 178

NUMERO DE HERMANOS / CUEST DE RUTTER

	Unicos	1 hermano	2 ó más	Total
POSITIVO	38,88	38,09	26,66	35,18
NEGATIVO	61,11	61,90	73,33	64,81
TOTAL ABSOL.	18	21	15	54

Chi-cuadrado = 0,66 g.l. = 2 p = n.s

4.2 DE LA MADRE:

a) Relación con niños compatriotas / Cuestionario de Goldberg
 (Cuadro 179)

Hay una interacción negativa, de forma que a más relación del hijo con otros niños compatriotas, la madre tiene tendencia a dar resultado negativo en el cuestionario de Goldberg. De tal manera que se puede decir que los hijos cuyas madres no tienen trastornos psicológicos se relacionan más con otros niños de su misma nacionalidad. Aunque la diferencia no alcanza a ser significativa estadísticamente.

CUADRO 179

RELACION CON NIÑOS COMPATRIOTAS / CUEST. DE GOLDBERG

	<u>Relación</u>	<u>No relación</u>	<u>Total</u>
POSITIVO	50,00	66,66	62,96
NEGATIVO	50,00	33,33	37,04
TOTAL ABSOLUTO	12	42	54

Chi-cuadrado = 0.51 g.l. = 1 p = n.s.

b) Sexo del niño / Cuestionario de Goldberg
(Cuadro 180)

Los niños varones tienen, con mayor frecuencia, madres con cuestionario de Goldberg positivo. Así, las madres de los niños tienen un 11.22% más Goldberg positivos que las madres de las niñas. La diferencia no llega a ser estadísticamente significativa.

CUADRO 180

SEXO DEL NIÑO / CUEST. DE GOLDBERG

	Varones	Mujeres	Total
POSITIVO	67.74	56.52	62.96
NEGATIVO	32.26	43.48	37.04
TOTAL ABSOLUTO	31	23	54

Chi-cuadrado = 0.31 g.l = 1 p = 0.58

c) Número de hermanos / Cuestionario de Goldberg

(Cuadro 181)

Las madres que tienen un solo hijo, presentan con mayor frecuencia un resultado negativo en el Goldberg que las madres con tres o más hijos. La diferencia no es estadísticamente significativa.

CUADRO 181

NUMERO DE HERMANOS / CUEST. DE GOLDBERG

	Unicos	1 hermano	2 ó más	Total
POSITIVO	55,55	61,90	73,33	62,96
NEGATIVO	44,44	38,09	26,66	37,04
TOTAL ABSOL.	18	21	15	54

Chi-cuadrado = 1.13 g.l. = 2 p = n.s.

IV.- TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO EN NIÑOS

Como ya hemos señalado al hablar de las experiencias de violencia que habían sufrido los 54 niños que constituyen la muestra, encontrábamos que 11 niños (20,37%) han sufrido violencia dentro de la familia. De este grupo no nos ocupamos ahora ya que entraría más en el capítulo de malos tratos.

Han sufrido experiencia de violencia externa a la familia 8 niños (14,81%). De éstos, sólo en un caso la violencia era dirigida contra su familia, y los otros 7 han experimentado situaciones de violencia dirigidas hacia ellos mismos. Dentro de esta muestra hay además 4 niños que han vivido otros acontecimientos fuera del marco habitual y distintos de la violencia que cumplen el criterio A para el diagnóstico de TEP. Con lo cual, en nuestra muestra de 54 niños, hay 12 (el 22,22%) que han sufrido acontecimientos desagradables fuera del marco habitual y entre los que sólo hay 5 (41,66%) que reúnen los restantes criterios para diagnosticarlos de TEP.

En los 5 niños diagnosticados de TEP, los síntomas que más se repiten son:

- Sueños desagradables y recurrentes.

- Juegos relacionados con el tema.
- Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma.
- Irritabilidad.

Al ser un número tan reducido de niños no podemos hacer generalizaciones, sino solamente resaltar algunos datos: de estos 5 niños, 3 eran varones y 2 niñas; todos ellos habían sido detectados a través de los cuestionarios de Rutter como portadores de trastornos psicológicos: de los 3 varones, 2 tenían trastorno antisocial y 1 trastorno mixto; de las 2 niñas, una tenía trastorno neurótico y la otra trastorno antisocial. De los 5 niños diagnosticados de TEP, 2 realizaron un test de Bender por debajo de lo esperado para su edad.

Ante situaciones de violencia o acontecimientos fuera del marco habitual, los niños son diagnosticados de T.E.P. con una frecuencia similar a la que son diagnosticados los adultos. Así, si en la primera muestra veíamos que de 100 personas con antecedentes de prisión, tortura o violación, 31 eran diagnosticadas de T.E.P., es decir, el 31%, de la misma forma en la segunda muestra vemos que de los niños que han sufrido acontecimientos desagradables fuera del marco habitual, el 41,66% reúnen los criterios para el diagnóstico de T.E.P.

VII. DISCUSION

Hemos visto, en el capítulo anterior, datos estadísticos de la población estudiada, distribución porcentual en cada una de las variables analizadas y cruce entre las diversas variables. Vamos, ahora, a analizar el significado de estos datos.

Cualquier estudio sobre el nivel de salud de una colectividad humana, debe ir precedido de un conocimiento profundo de su estructura socio-demográfica, no sólo por la influencia que ésta tiene sobre aquél, sino porque siguiendo a SAN MARTIN (1986) al entender la salud en su sentido más amplio, las características demográficas y sociales de una comunidad son, en sí mismas, parte del complejo entramado de relaciones que forman el nivel de salud. En este sentido, hemos incluido en la introducción la descripción de la población objeto de este estudio.

Como se habrá observado, a lo largo de este trabajo, el nivel económico no se plantea como variable dado que para todos los refugiados atendidos por Cruz Roja Española es una constante: todos se hallan en situación de extrema necesidad y, precisamente por ello, son atendidos

por este organismo.

A.- POBLACION ATENDIDA EN CONSULTA

Como hemos señalado, al exponer los Resultados, se han atendido en la consulta de salud mental, durante el año 1988, a 286 refugiados, lo que representa un 4,78% del total de refugiados que, durante ese periodo de tiempo, tenía censados Cruz Roja como beneficiarios de sus programas en Madrid.

Considerando que la prevalencia durante un año es la razón entre el número de casos que se atienden y la población expuesta en ese mismo periodo de tiempo, tenemos que 4,78 es la tasa de prevalencia tratada en la población de refugiados.

En el año 1987, varios colaboradores del Servicio de Asistencia a Extranjeros presentamos un análisis de los casos tratados en consulta psiquiátrica en el periodo de tiempo comprendido entre Enero de 1986 y Marzo de 1987, DOCUMENTO Servicio Asistencia a Extranjeros (1977). Estos casos representaban el 3% de la población total de refugiados atendidos por Cruz Roja en dicho periodo.

Como vemos, en el Cuadro 182, comparando los casos atendidos en consulta psiquiátrica en 1986 y en 1988 en relación al total de refugiados existentes en esos periodos de tiempo, la diferencia es estadísticamente significativa: $p < 0.001$.

CUADRO 182

ASISTENCIA A CONSULTA /
AÑOS 1986 - 1988

	Asisten	No asis.	Total
AÑO 1986	99	3061	3160
AÑO 1988	286	5691	5977
TOTAL	385	8752	9137

Chi-cuadrado = 13.57 g.l. = 1 $p < 0.001$

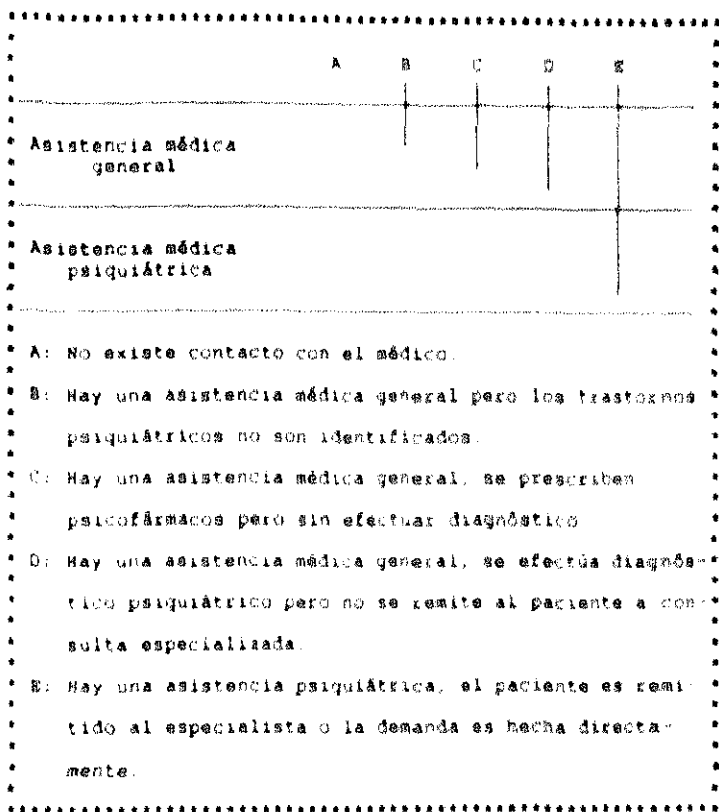
El aumento de prevalencia puede estimarse que es debido a uno de estos dos motivos:

- a) El incremento de los refugiados que asisten a consulta responde a un respectivo aumento de trastornos psiquiátricos en este colectivo.

b) El incremento de los que asisten a consulta en el segundo año estudiado puede responder a la mayor difusión del Servicio de Salud Mental, creado en 1984, bien porque ellos mismos se lo recomiendan unos a otros, o bien porque es mayor la derivación por parte de los médicos generales, a medida que aumenta el tiempo de funcionamiento del Servicio.

Como bien es sabido, el número de casos que se atienden en consulta no es, ni mucho menos, el número total de casos psiquiátricos existentes en una comunidad, más bien se ha considerado solamente la punta del iceberg. En este sentido, SERIGO (1974) cree que en la mayoría de los casos con trastornos psiquiátricos menores el peso de la asistencia recae en los médicos generales. Incluso la O.M.S. (1984), en un estudio multinacional sobre la atención de salud mental, encontró que a mayor adiestramiento de los médicos generales en la atención de los problemas de salud mental, se podían detectar más casos psiquiátricos.

Si tenemos en cuenta el esquema de COOPER Y MORGAN (1973) que exponemos a continuación:



esta primera parte de nuestro estudio está realizada sobre los casos E que acuden a consulta psiquiátrica.

Es difícil conocer, en cualquier población, cuál es el número total de casos A que teniendo trastornos psiquiátricos

lógicos no llegan ni siquiera a ponerse en contacto con el médico general. KIESLER (1982) y, concretamente en nuestro medio, SEVA DIAZ (1983) aceptan que, alrededor de un 15% de la población de una sociedad industrial, necesita alguna forma de tratamiento psicoterapéutico.

A través de múltiples estudios realizados mediante escalas de síntomas se encuentran cifras de prevalencia de trastornos psíquicos entre un tercio y un quinto de la población, como recogen ERON y PETERSON (1982) comparando diversas investigaciones.

VAZQUEZ y colaboradores (1982), en Navarra, encuentran una prevalencia total de enfermedad psíquica de un 23,8% de la población, resultados similares a los anglosajones. Estas cifras de prevalencia son entre 10 y 15 veces superiores a la cantidad de sujetos que están en tratamiento.

SHEPHERD (1960) encuentra que sólo un enfermo mental de cada diez es enviado a un hospital. Este mismo autor (1976), sobre una muestra de 15.000 pacientes expuestos a riesgo, sólo aproximadamente uno de cada veinte pacientes había sido remitido a un hospital o a instalaciones para pacientes externos.

Estudiando el número de sujetos que estaban en tratamiento psiquiátrico en una ciudad americana HOLLING-SHEAD y REDLICH (1958) obtienen datos de alrededor del 1% de la población total.

BEISER (1978) calcula que un 1,2% de la población de Estados Unidos estaba en un Hospital Psiquiátrico o asistía a consulta ambulatoria, además un millón de personas, aproximadamente, tenían terapia privada. Lo que en total significaba que, entre el 1,9% y el 2% de la población tenía contacto con algún profesional de salud mental. Cifras similares se encuentran en otros lugares.

En nuestro país, PAEZ y colaboradores (1986), en un barrio de Bilbao, tienen inscritos en sus registros el 1,4% de la población.

Teniendo en cuenta las cifras de prevalencia tratada, que señalan los autores descritos, podemos decir que la prevalencia encontrada en la población objeto de este estudio (4,78) es muy elevada, lo que corresponde a lo esperado, ya que, como hemos insistido varias veces a lo largo de este trabajo, nuestra población, por sus circunstancias personales y sociales, tiene mayor riesgo que otras de presentar trastornos psíquicos.

WICKER y SCHOCH (1988), trabajando en Suiza con 9000 refugiados procedentes del sudeste asiático (Vietnam, Campuchea y Laos), encuentran que fuera de su ambiente nativo, traumatizados por los sucesos antes, durante y después de los desplazamientos, los refugiados se hacen altamente susceptibles de trastornos psicológicos. Recordemos las palabras de BERRY (1986): "desde el punto de vista de los principios generales y procesos de aculturación y adaptación psicológica, los refugiados y solicitantes de asilo tienen claramente más riesgo en cuanto a consecuencias negativas para su salud".

En una serie de estudios realizados en Noruega con refugiados, EITINGER (1958, 1959, 1960 a y b) comprueba que la tasa de alteraciones psiquiátricas entre los refugiados procedentes de países del Este es cinco veces más alta que entre la población nativa. Al mismo tiempo sugiere que la alta incidencia de psicosis reactivas entre los refugiados tenderá a desaparecer conforme progresa la integración y se reestablezca una identidad personal. Años más tarde, sin embargo, la razón era todavía de cuatro a una, EITINGER y GUNFELD (1966).

En nuestro caso, si comparamos la prevalencia hallada en nuestro estudio: 4.78 con la cifra de PAEZ y col. (1986) que encuentran una prevalencia de 1.4, la tasa de

alteraciones psiquiátricas de los refugiados es tres veces más alta que la de la población general.

1) Nacionalidad:

Siguiendo la sencilla clasificación que GENTILINI y DUPLÓ (1977) hacen de la patología de los emigrantes del tercer mundo en los países desarrollados, que exponemos a continuación:

- a) patología de aportación: parasitosis y otras infecciones "exóticas".
- b) patología de adquisición.
- c) patología de adaptación: debida al cambio cultural y de las condiciones de vida.

aunque esta clasificación la hicieron para el ámbito global de la salud, también es aplicable a nuestra área concreta de la salud mental, donde la patología de aportación puede evaluarse cuantitativamente a través del índice de personas que habían consultado por su salud mental en el país de origen y que, en la población objeto de nuestro estudio, constituye el 33,92% de los sujetos que aquí asisten a consulta.

No cabe duda que el apartado c) de la clasificación, es decir, la patología de adaptación es importante al estudiar la salud en general, pero su interés aumenta y llega a constituir un factor etiológico considerable en

el terreno de la salud mental. Así, en el eje I del DSM-III-R, reciben diagnóstico de trastorno adaptativo 60 sujetos en el grupo estudiado, lo que equivale al 20,98%, incluyendo todos los subtipos de trastornos adaptativos.

Como señalan KASL y BERKMAN (1983), la "distancia" entre las culturas de origen y del lugar donde se emigra es un determinante mayor del proceso de adaptación. Esto se observa en nuestro estudio de tal manera que, si comparamos los diagnósticos de trastornos adaptativos en los principales grupos por nacionalidades, observamos que los polacos reciben este diagnóstico en un 26,66% frente al 17,64% de los chilenos.

No obstante, esta diferencia a favor de los polacos no alcanza a ser estadísticamente significativa como vemos en el Cuadro 183:

CUADRO 183

	TRASTORNOS ADAPTATIVOS / POLACOS - CHILENOS		
	Polacos	Chilenos	Total
TRAST. ADAPT.	8	6	14
NO TRAST. ADAPT.	22	28	50
TOTAL	30	34	64

Chi-cuadrado = 0.32 g.l. = 1 p = n.s.

En cuanto a la distribución por nacionalidades, cabe destacar el hecho de que no ha asistido a consulta ninguna persona procedente del sudeste asiático, hecho recogido como una constante en otros estudios epidemiológicos realizados en nuestro país sobre esta población: BASTOS (1987 y 1988) y DOCUMENTO Servicio Asistencia a Extranjeros (1987). También se encuentran situaciones similares en trabajos realizados en otros países; así, trabajando con refugiados en Francia, ROCHE (1988) puntualiza: "es frecuente observar que los asiáticos expresan su enfermedad con más reticencia y con menos síntomas físicos que los africanos o latinoamericanos, quienes exteriorizan sus problemas más fácilmente".

HORVATH-LINDBERG (1986), en Suecia, observa distinta forma de definir el sufrimiento en función de la cultura del sujeto. Así, los sudamericanos saben que necesitan un psicólogo, pero los kurdos o los africanos raramente demandan por sí mismos tratamiento psicológico, se quejan de problemas de memoria y concentración o de problemas psicósomáticos acudiendo habitualmente al médico general.

Lógicamente el asumir que se tienen problemas psicológicos depende del conocimiento y experiencia que el sujeto tenga de los trastornos psicológicos y el tratamiento que se les dé en su país. Así, es de esperar que

en los países que más desarrolladas estén la Psiquiatría y la Psicología, los refugiados procedentes de allí harán demanda de consulta por su propia iniciativa, sin embargo, en países como la mayoría de los africanos es excepcional que sea el refugiado el que solicite el tratamiento y cuando acuden a consulta es porque han sido remitidos por los médicos generales o por los trabajadores sociales.

2) Edad:

Comparando los porcentajes de distribución por edades de los refugiados que asisten a consulta y de la población total de refugiados, observamos (Cuadro 184): una mayor tendencia a consultar en las personas mayores de 28 años, siendo ésta más acusada en los sujetos cuya edad está comprendida entre 28 y 37 años. Por debajo de 27 años, la tendencia a consultar por problemas psicológicos es menor, lo que se acentúa, sobre todo, en las personas cuya edad está por debajo de los 18 años, quienes en pocas ocasiones llegan a consultar.

CUADRO 184

**PORCENTAJES POR EDADES DE PERSONAS QUE ASISTEN
A CONSULTA Y DE LA POBLACION TOTAL**

EDAD	CONSULTA	TOTAL
0 - 18	3,84	17
18 - 27	21,32	31
28 - 37	40,20	30
38 - 47	18,18	14
48 - 57	9,09	5
58 - 68	5,24	3
NS - NC	2,09	0

3) Sexo:

En la distribución por sexos de las personas que asisten a consulta, comparado con la población total, tenemos los siguientes porcentajes:

	Consulta	Total
Hombres	55,59%	68,39%
Mujeres	44,40%	31,60%

Como vemos en el Cuadro 185, la diferencia de asistencia a consulta por sexos, en relación al total de refugiados de cada sexo es estadísticamente significativa: $p < 0.001$, en el sentido de que las mujeres tienden a asistir más a consulta que los hombres.

CUADRO 185

	ASISTENCIA A CONSULTA / HOMBRES - MUJERES		
	Hombres	Mujeres	Total
ASISTEN	159	127	286
NO ASISTEN	3929	1762	5977
TOTAL	4088	1889	6263

Chi-cuadrado = 22.15 g.l. = 1 p < 0.001

Aunque de todas las personas que consultan, el porcentaje de hombres está ligeramente por encima del porcentaje de mujeres, observamos, sin embargo, que en la población general hay más del doble de varones que de hembras, de forma que, considerando el porcentaje de personas de cada sexo que asisten a consulta referido a la población total de hombres y mujeres, obtenemos una proporción por sexos de asistencia a consulta cercanas a 1/2 de predominio del sexo femenino. Es decir, que las mujeres tienen casi el doble de tendencia a acudir a consulta, como podemos ver en el siguiente cuadro:

	Pobl. total	Consultan	Percent.	Relación
Hombres	4.088	159	3.891	1
Mujeres	1.889	127	6.721	1.73

La relación hombres/mujeres es 1/1.73, razón que es similar a la encontrada en otros estudios realizados en distinto tipo de poblaciones, como se observa en los datos que ofrecen GOVE y TUDOR (1979):

	Hombres	Mujeres	Relación Hombre/Mujer
A. EVALUACIONES CLINICAS			
.....			
Primrose 1962:	4,7	14,7	1/3
.....			
Hagnnell 1966:	6,0	15,6	1/2,6
B. ENCUESTAS ESTANDARIZADAS			
.....			
Public Health Service (1970)	14,9	34,2	1/2,3
.....			
Bradburn et Caplovitz (1965)	31	54	1/1,7
.....			
Bradburn (1969)	20,3	38,9	1/1,9
C. FUENTES COMBINADAS			
Hagnnell 1966	6,0	15,6	1/2,6

Teniendo en cuenta los tratamientos ambulatorios GOVE y TUDOR (1979) obtienen una relación hombre/mujer de 1/1,60, es decir, que el número de mujeres tratadas sería casi el doble que el de hombres. Otros autores también confirman una presencia más importante de mujeres en tratamiento, dando una relación de 2 hombres por cada 3 mujeres, según CHESSLER (1979).

Con todos estos datos podemos señalar que, en nuestra población procedente de diversas culturas, se mantiene la relación por sexos de asistencia a consulta, con predominio del sexo femenino, muy similar a la encontrada por otros autores estudiando culturas de tipo occidental.

4) Inactividad:

Al exponer los resultados destacábamos que un elevado número de las personas que asisten a la consulta de psiquiatría no están realizando ninguna actividad laboral ni formativa, llegan a alcanzar el 48,95%.

Hay que señalar, por una parte, que en la escala de readaptación social de HOLMES y RAMÉ (1967), que reproducimos en el Capítulo II, aparece en el lugar 8 la pérdida de trabajo, con una puntuación de 47, y en el lugar 16 el cambio en el estado financiero, con una puntuación de 18.

La situación en que se encuentran el 48,95% de nuestros sujetos es la de no realizar ninguna actividad y, además, también se da un cambio en el estado financiero, no sólo en ellos, sino en toda la población de refugiados, con gran deterioro en sus condiciones económicas.

Al no disponer de los datos de inactividad de la población total de refugiados, podemos comparar el porcentaje de inactividad de las personas que asisten a consulta (1ª muestra) con el de otro subgrupo de esta misma población: los padres con hijos de 8 a 11 años que constituyen la segunda parte (2ª muestra) de este traba-

jo. En el cuestionario de padres contestan que están inactivos el 31,48% de ellos. Si consideramos este dato, de alguna forma, representativo de la población general, podemos decir que la población que asiste a consulta tiene una mayor tasa de inactividad que la población general. El 48,95% frente al 31,48%.

Como vemos en el Cuadro 186, son más inactivos los de la primera muestra, es decir, las personas que asisten a consulta.

CUADRO 186

INACTIVIDAD EN LAS DOS MUESTRAS

	Activos	Inactiv.	Total
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
MUESTRA 1	146	140	286
MUESTRA 2	37	17	54
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL ABSOLUTO	183	157	340

Chi-cuadrado = 4.90 g.l. = 1 p < 0.05

Llegado a este punto, nos podemos plantear dos hipótesis explicativas del fenómeno:

- a) las personas que no encuentran ningún tipo de trabajo ni realizan ninguna otra actividad van perdiendo

la confianza en sí mismos y en su futuro y van cayendo, poco a poco, en situaciones de deterioro psicológico que les lleva a consultar con síntomas depresivos o de ansiedad. No tener permitido el acceso al trabajo puede tener un efecto desmoralizador en las personas. Ven su situación sin esperanza.

b) Las personas con mayor problemática psicológica previa, suelen tener al llegar a nuestro país, una mayor dificultad para encontrar trabajo y organizar su vida laboral y académica.

En la población objeto de nuestro estudio, probablemente, tengan un importante peso explicativo las dos hipótesis, pues, no podemos olvidar que un 17,41% de las personas que asisten a nuestra consulta ya habían tenido algún tipo de tratamiento en su país.

Se puede hablar de 4 grupos diferentes en la población de refugiados y solicitantes de asilo y refugio en relación a la inactividad, como ya expusimos en nuestro anterior trabajo, BRIK y MARTINEZ LADRON (1989):

1) El primer grupo es aquél que supuestamente viene con un estado de salud físico-psíquico aceptable, como para poder hacer frente al impacto que significa el

refugio en otro país, pero que no pueden acceder al trabajo porque no tienen las condiciones legales para ello al no tener respuesta a su solicitud de asilo o refugio, pudiendo, incluso, demorarse hasta 2 ó 3 años.

Se observa que con facilidad entran en la ilegalidad, y en los casos más serios, incluso, en la venta de droga. Hay que tener presente que la oferta de trabajo para estos colectivos son de asistentes o cuidadoras de niños para las mujeres y, en el caso de los hombres, camareros, obreros de la construcción y algunos otros oficios bajos en la clasificación social, muchos de ellos temporales, dada su condición de ilegales.

2) Un segundo grupo que, habiendo conseguido el asilo o refugio, que son mínimos, ya que la mayoría son solicitantes sin contestar que llevan meses e, incluso, años esperando la respuesta a su solicitud, tienen permiso de trabajo pero encuentran trabas siendo discriminados como extranjeros.

Tanto en el primero como en el segundo grupo, la patología psíquica que con frecuencia se observa es sintomatología de ansiedad, depresiva, insomnio, síntomas psicósomáticos, inicio de conductas adictivas, deterioro de las relaciones de pareja e, incluso, puede haber

intentos de suicidio.

1) Un tercer grupo se ubicaría entre aquellos que, en su país de origen, ocupaban una posición económica-social y/o intelectual respetable y que no están en disposición de elaborar el duelo de la pérdida de estatus y de hacer otra actividad, rememoran todo el tiempo lo que eran y buscan la ayuda de las agencias sociales de forma sostenida hasta que se les brinda la hipotética realidad que satisfaga sus deseos. Se produce en ellos una profunda herida narcisista. Renunciar a su identidad profesional es amputarles una parte suya. Con frecuencia demoran los trámites burocráticos, no realizan las solicitudes pertinentes y no es raro el que aparezca sintomatología depresiva, ansiosa, alcoholismo e, incluso en algunos casos, episodios psicóticos.

4) Un cuarto grupo es el que, habiendo tenido ya en sus países de origen tratamientos o consultas psiquiátricas y con las condiciones de exilio que agravan su situación actual, aparece un incremento sustancial de su patología en situación de inactividad forzada, presentando trastornos afectivos unipolares, trastornos maniaco-depresivos, esquizofrenia, alcoholismo y otras alteraciones.

Considerando los grupos más numerosos, según los países de procedencia, encontramos los siguientes porcentajes de inactividad:

Irán	57,30%
Cuba	59,42%
Chile	44,12%
Polonia . . .	80,00%

con lo que, si bien el bajo porcentaje encontrado en los chilenos y el alto de los polacos, nos pueden sugerir explicaciones del tipo de proximidad cultural o idiomática, en el sentido de favorecer la integración laboral de los chilenos, sin embargo, queda descartado al contemplar el porcentaje de cubanos inactivos que iguala e, incluso, supera al de iraníes.

Los grupos polaco y cubano que, como decimos, son los que tienen mayor índice de inactividad, curiosamente son los que tienen un mayor porcentaje en cuanto a sujetos tratados previamente en su país.

En el grupo que se observa un menor índice de actividad es en los diagnosticados con trastornos esquizofrénicos, solo el 15% de ellos realiza alguna actividad.

El desempleo es un factor que afecta a la morbilidad psiquiátrica. PLATT y KREITMAN (1985) muestran una aso-

ciación positiva y altamente significativa entre los índices de desempleo y para-suicidio que se mantenía a lo largo del tiempo y zonas geográficas. El mayor riesgo relativo se halló en quienes llevaban mucho tiempo en paro, pero también había un notable aumento de para-suicidios entre quienes habían perdido su empleo recientemente en comparación con los que tenían trabajo. El índice de para-suicidio era casi siempre 10 veces mayor en desempleados que en gente con trabajo.

La serie NUFFIELD/NASH (1985) da cuenta de un estudio realizado por la Unidad de Psicología Aplicada y Social de Sheffield, en el cual se evaluó el estado de salud mental de una muestra de jóvenes al terminar la enseñanza secundaria y nuevamente, tras haber permanecido en el mercado laboral entre 12 y 18 meses. Se halló que la salud mental de quienes estaban en paro después de 18 meses era peor que la de los que tenían trabajo.

Esta serie plantea que puede existir correlación entre la recepción de servicios de salud mental y el desempleo. Extienden las observaciones de una relación entre índices sociales y tasas de para-suicidio a su probable consecuencia, un aumento de los contactos e ingresos en unidades psiquiátricas. No se sugiere que haya correlaciones directas entre las estimaciones de

salud mental de la población y los niveles de desempleo, pero parece que sí la hay entre el desempleo y las admisiones en unidades de salud mental. Por tanto, parece que el aumento de admisiones posteriores al desempleo no refleja, necesariamente, un empeoramiento de la salud mental, puede que, por ejemplo, reflejen que se tienen más oportunidades de solicitar tratamiento. Alternativamente se señala que el desempleo puede hacer que a las otras personas les resulte más difícil tolerar o apoyar los síntomas de un individuo y les pueden presionar para que se pongan en tratamiento.

Estudiando a los refugiados en Dinamarca, JEPSEN (1988), hace la siguiente observación: "lo que es realmente perjudicial para la salud mental de los solicitantes de asilo es la espera. Es la peor cosa de todas: esperar, no saber, no ser capaces de cuidar de uno mismo, ser totalmente dependientes del personal de Cruz Roja, no estar escolarizados los hijos, una vida no estructurada, no permitirseles trabajar, la completa dependencia".

5) Persecución, tortura o violación:

En nuestra primera muestra, se hallan antecedentes de este tipo en el 34,97% de las personas. En relación al antecedente de haber sido encarcelado encontramos en el primera muestra que la frecuencia (27,27%) es ligeramente

superior a la frecuencia con que han sufrido prisión los padres de los niños que constituyen la segunda muestra (25,93%). Pero la diferencia no es estadísticamente significativa, como se ve en el siguiente Cuadro 187:

CUADRO 187

EXPERIENCIA DE ENCARCELAMIENTO / 1ª Y 2ª MUESTRA

	Prisión	No prisión	Total
1ª MUESTRA	78	208	256
2ª MUESTRA	14	40	54
TOTAL ABSOL.	92	248	340

Chi-cuadrado = 0.001 g.l. = 1 p = n.s.
--

Estos datos nos permiten pensar que el hecho de haber sido encarcelados no es factor determinante de asistencia a consulta excepto en el grupo diagnosticado de TEP, como vemos en el Cuadro 188:

CUADRO 188

EXPERIENCIA DE ENCARCELAMIENTO /
T E P - 2ª MUESTRA

	Prisión	No pris.	Total
T E P	23	11	34
2ª MUESTRA	14	40	54
TOTAL ABSOLUTO	37	51	88

Chi-cuadrado = 13.24 g.l. = 1 p < 0.001

Sin embargo, en relación al antecedente de haber padecido tortura encontramos una diferencia en el límite de significación estadística entre ambas muestras. En la primera muestra han padecido tortura el 20,98% de las personas y en la segunda, el 11,11%. En el Cuadro 189 vemos estos datos:

CUADRO 189

EXPERIENCIA DE TORTURA / 1ª Y 2ª MUESTRA

	Tortura	No tort.	Total
1ª MUESTRA	60	226	286
2ª MUESTRA	6	48	54
TOTAL ABSOLUTO	66	274	340

Chi-cuadrado = 2.23 g.l.=1 p = límite

Comparando las personas diagnosticadas de TEP de la primera muestra y el grupo de los padres de los niños de la segunda muestra respecto al antecedente de haber padecido tortura encontramos una diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.01$, como vemos en el Cuadro 190.

CUADRO 190

EXPERIENCIA DE TORTURA /
T E P - 2ª MUESTRA

	Tortura	No tort.	Total
T E P	13	21	34
2ª MUESTRA	6	48	54
TOTAL ABSOLUTO	19	69	88

Chi-cuadrado = 7.54 g.l. = 1 p < 0.01

JEPSEN (1988), en un estudio randomizado de los refugiados en Dinamarca estima que el 25% de la población total ha sufrido estas experiencias. Considerando el grupo de varones mayores de 15 años, el porcentaje sube al 31%.

HORVATH-LINDBERG (1988), en Suecia, señala que las estadísticas que obtienen los médicos generales que atienden a los refugiados son: el 20% ha estado en prisión y el 23% han sido torturados, y de los que acuden a tratamiento psicológico, por encima del 35%, han sido torturados o sometidos a prácticas inhumanas.

Este porcentaje es muy similar al encontrado en nuestro trabajo.

También observamos que los trastornos por angustia son el diagnóstico que con mayor frecuencia reciben las personas con antecedentes de importante persecución objetiva.

BARUDY et al. (1977) encontraban porcentajes superiores: el 60% de los adultos exiliados han sido sometidos a alguna forma de tortura física o psíquica en el momento de su detención, y viven las consecuencias de esto. Debemos aclarar, no obstante, que ellos se refieren, exclusivamente, a exiliados latinoamericanos.

Si bien hay que insistir en que no toda persona sometida a estas experiencias debe de sufrir necesariamente problemas psicológicos, hay que tener en cuenta, por otra parte, las experiencias que recogimos en el Capítulo II en las que se observaba que las consecuencias psicológicas pueden estar ocultas durante más o menos tiempo y aparecer muchos años después, como se ha observado en los supervivientes de la Segunda Guerra Mundial.

De todas las personas que asisten a consulta han estado encarcelados el 27.28%, la mayoría durante periodos breves de tiempo -días, semanas o meses-. Sin embargo, alrededor de la décima parte, 9 sujetos (3,14% de todos los que consultan), han estado encarcelados por

periodos muy prolongados de tiempo y, casi todos, en condiciones de aislamiento comparables a las descritas en el Capítulo II en los experimentos de privación sensorial.

Hemos encontrado casos de encarcelamientos prolongados, hasta el extremo de que una de las personas atendidas había vivido encarcelado 25 años, los 12 primeros incomunicado, y los últimos años con una visita mensual de la familia, siempre en celda individual pequeña con luz artificial y con lectura. Tuvimos oportunidad de entrevistarle la primera semana de estancia en nuestro país donde llegó, por vía diplomática, casi directamente desde la cárcel, tras dos días de estancia en el consulado de un país próximo al suyo.

Los otros ocho restantes habían estado encarcelados menos tiempo -entre 2 y 5 años-.

Hemos observado que, sobre todo las personas que han estado mucho tiempo incomunicadas, tienen dificultades en las relaciones humanas, incluso en el contexto familiar. Hay un cambio en la personalidad del sujeto, lo que unido al cambio de estructura familiar que se ha ido reestructurando y acostumbrándose a su ausencia hace que siempre surjan problemas familiares. Coincidimos totalmente con

las observaciones de HORVATH-LINDBERG (1988) basadas en su experiencia de trabajo en el Centro de Rehabilitación de Torturados de Estocolmo: "Con frecuencia tienen problemas en el contexto familiar... Muestran un alta incidencia de agresión hacia miembros de la familia o hacia la sociedad o hacia ellos mismos. Personas que antes de su encarcelamiento y tortura tenía una familia y una vida profesional normales, podemos observar que, después de salir de la cárcel, tienen dificultades en controlar sus impulsos agresivos tanto hacia su familia como hacia la sociedad... El cambio en la personalidad causado por las experiencias a las que ha sido sometido el sujeto puede ser el mayor problema".

En nuestro caso, hemos podido observar cómo las familias, generalmente, se quejan de las conductas agresivas o autoritarias y controladoras del sujeto, así como de desconfianza o actitudes paranoides que no les caracterizaban previamente.

En las entrevistas, hemos visto directamente, en los sujetos aislados durante periodos prolongados de tiempo, la dificultad de mantener la atención en el hilo de la conversación, su mente salta de un tema a otro y no son capaces de sostener entrevistas prolongadas a pesar de tener un adecuado nivel intelectual y cultural.

Es frecuente observar en las personas torturadas el que aparezcan una serie de quejas somáticas difusas relacionadas con la parte del cuerpo que ha sido torturada y que, en la actualidad, desde el punto de vista físico, está totalmente bien. Así por ejemplo, una mujer angoleña que había recibido golpes en la cabeza acude a consulta con unos terribles dolores de cabeza; el que ha pasado muchas horas de pie, consulta por dolores musculares en los muslos; el que ha recibido fuertes impresiones emocionales, con frecuencia acude por dolor precordial; los que han sufrido torturas de tipo auditivo, con frecuencia consultan por zumbidos, etc.

Esta misma sintomatología la observan SCHLAPOBERSKY y BAMBER (1988) trabajando en Londres con refugiados.

También es frecuente observar, en personas que han estado aisladas, el temor que manifiestan a la soledad; buscan siempre la compañía de alguien, tienen necesidad de estar acompañados. BARUDY et al. (1982), también, señalan este temor a la soledad, así como una especie de hiperactividad acompañada de una incapacidad permanente de poder relajarse, son personas que están, a menudo, tensos, siempre en actividad y que presentan, además, trastornos en el sueño.

LIRA y WEINSTEIN (1984) también encuentran que la sintomatología predominante presentada abarcaba la angustia, insomnio, sensación de desintegración, fallos de concentración y memoria, melancolía y abatimiento, temores específicos o generalizados, retraimiento, agitación, irritabilidad, pérdida de apetito, síntomas psicósomáticos, delirios y alteración de las funciones ideó-asociativas.

El GRUPO COLAT (1982) señala que, la experiencia de prisión, implica el cuestionamiento de una parte constitutiva central de la identidad personal: la identidad sexual. No es casual que haya un porcentaje elevado de trastornos sexuales en los ex-presos.

Respecto a la violación, hay que señalar que las 8 personas que habían sido violadas, y consituyen el 2,80% de los que atendimos, todas ellas asisten a consulta planteando como uno de los motivos los problemas sexuales, constituyendo casi el total de sujetos que consultan por este motivo. De las 9 personas (3,14%) que consultan por problemas sexuales, 8 habían sido violadas. Es decir, que de todos los que consultan por problemas sexuales, el 88,88% han sido violados.

En el mismo sentido se encuentran las observaciones

de HORVATH - LINDBERG (1988) quienes puntualizan: "cuando los hombres o mujeres han sido sexualmente torturados tienen dificultades para vivir una vida sexual normal después, bien con la pareja que tenían previamente, o bien con otra nueva. Se observa que tienden a aislarse (tanto física como psicológicamente), surgen roturas matrimoniales e inevitablemente hay repercusiones en los hijos".

KHUONG (1988), estudiando la población del sudeste asiático, señala que los efectos inmediatos de la violación, más comúnmente observados en las mujeres, son los siguientes:

- Retraimiento social.
- Miedo de estar embarazada, incluso después de recibir la confirmación de que no lo está.
- Miedo de los exámenes médicos y de los instrumentos ginecológicos.
- Miedo de esterilidad durante toda la vida.
- Poner excesiva atención en lavarse.
- Pérdida del placer por la comida (observado con frecuencia). Una persona cayó en la anorexia.
- Pesadillas e insomnio (muy frecuentes).

Es muy frecuente observar que las personas que han pasado experiencias humillantes experimentan gran difi-

cultad en comunicarlás y es habitual que no se mencionen en el curso de las primeras entrevistas. También describen estas observaciones KHUONG (1988) y LIRA y WEINSTEIN (1984), considerando, estas últimas, que los sujetos temen abrumar a las personas contándoles lo ocurrido y también temen verse disminuidos o despreciados, o, simplemente, les produce tal conmoción recordarlo que no pueden contarlo.

KORDON y EDELMAN (1986) describen que también es frecuente que los sujetos sometidos a este tipo de experiencias desarrollan ansiedades de tipo fóbico o paranoide.

De las 8 personas que refieren haber sido violadas, 6 eran mujeres, y 2, hombres, que fueron sometidos a prácticas homosexuales, desarrollando posteriormente cuadros de impotencia, observación realizada también por BARUDY (1982): los ex-prisioneros hombres sometidos a prácticas homosexuales durante sesiones de tortura han producido, posteriormente, cuadros de impotencia secundaria.

No hemos observado ningún caso, entre los sujetos torturados, que haya desarrollado posteriormente dependencia o admiración por los secuestradores, semejante a

lo descrito en el llamado **síndrome de Estocolmo**. Puede influir, también, el que, desde el momento de la tortura hasta la consulta, haya pasado cierto tiempo que facilite su autocrítica.

6) Motivo de consulta:

Los cinco principales motivos de asistencia a consulta de salud de los refugiados son:

- sintomatología depresiva
- ansiedad
- quejas somáticas
- insomnio
- problemas familiares.

La sintomatología depresiva destaca entre todos los demás, hasta el punto de que más de la mitad consultan por este motivo.

BREYER (1988) trabajando en Alemania con refugiados observa: "la depresión es un fenómeno que vemos en muchos refugiados. Hay muchas formas leves de depresión que se manifiestan por cansancio, trastornos de sueño, inercia o por quejas psicósomáticas como cefaleas, dispepsia o síntomas cardíacos. Normalmente, estos casos de depresión son reactivos, es decir, que aparecen en personas que, previamente, estaban libres de síntomas y que no son

capaces de hacer frente a los problemas que se les presentan. Hay tres causas importantes de depresión reactiva: duelo causado por la muerte de alguien cercano, sentimientos de culpa y sentimientos de incapacidad".

El segundo motivo de consulta en frecuencia es la sintomatología de la ansiedad. Probablemente relacionado con el término acuñado por OBERG (1960) como choque cultural: ansiedad que resulta de la pérdida de todos nuestros signos y símbolos familiares de comunicación social. Este concepto fue criticado por HIGGINBOTHAM y TANAKA-MATSUMI (1981) quienes, aplicando las ideas de THARP y WETZEL (1969) del asesoramiento transcultural redefinen el choque cultural como las experiencias y conductas específicas del individuo en un ambiente nuevo.

El tercer motivo de consulta, por frecuencia, es el denominado quejas somáticas, entendidas éstas en la línea conceptual de LIN et al. (1985) en sus trabajos sobre una población, también, de refugiados. Estos autores definen la somatización como "la expresión de malestar personal y social en un idioma de quejas somáticas y búsqueda de atención médica". Esta definición se hace operativa al considerar los casos en que habiendo quejas somáticas en un paciente, existe bien una alteración psiquiátrica o bien ausencia de una etiología física evidente.

TYZON GARCIA y SALAMERO I BARO (1989) plantean la hipótesis de que la somatización es una expresión típica del duelo migratorio insuficientemente elaborado y aportan datos que parecen probarla.

En cuarto lugar de frecuencia de motivos de consulta aparece el insomnio, que muchas veces está asociado con sintomatología depresiva, ansiedad o ambas. Otros autores como ACHARD y GALEANO (1989), aunque refiriéndose a emigrantes en general, no específicamente a refugiados, también encuentran con frecuencia problemas relacionados con el sueño: aumento de los periodos, sueño agitado por la presencia de figuras persecutorias y el insomnio.

En quinto lugar de frecuencia, han consultado por problemas familiares. La tasa de divorcios en esta población es muy elevada, no sólo entre los que acuden a consulta psiquiátrica, sino en toda la población de refugiados, como vemos al exponer los resultados de una muestra de padres que tienen hijos entre 8 y 11 años. En esta muestra se encuentran separados un 42,60% de los padres. Entre los que asisten a consulta, como podemos comprobar en el Cuadro 18, el 29,72% están casados, y, el 19,93%, divorciados. HORVATH-LINDBERG (1988), en Suecia, encuentra que, entre los refugiados en tratamiento, el 70% de los latinoamericanos están divorciados.

Según el GRUPO COLAT (1982), estudiando los exiliados latinoamericanos en países europeos, encuentran un porcentaje muy elevado de separaciones de pareja que supera el 50%; en múltiples casos los miembros de una pareja toman caminos diferentes siendo imposible la vida común.

GRINBERG y GRINBERG (1984) señalan que las tensiones del exilio inciden en la vida familiar creando nuevos conflictos o reactivando los ya existentes. Surgen, en este ámbito, los sentimientos de culpa por haber involucrado a los familiares en un destino tan duro y pueden ser causa de intenso sufrimiento o bien ser proyectados sobre la pareja dando lugar a mutuas acusaciones de haber desprotegido a los hijos, exponiéndolos a un futuro incierto y difícil. El escritor exiliado BENEDETTI (1982) describe las mismas observaciones con otros términos: "como el exilio aplana y tritura a alguien hay que achacarle la culpa de toda frustración, de toda angustia y, por supuesto, se machaca al contiguo, al prójimo más próximo". Esta es la situación que pone a punto de ruptura a muchas parejas, cuando no a rupturas definitivas.

CASALET (1989), trabajando con refugiados en México, dice: "nos interesa destacar de esta investigación la comprobación del recrudecimiento de la violencia en las

relaciones sociales familiares, como consecuencia de la inestabilidad general de la situación del refugiado.

Los problemas relacionados con el abuso del alcohol o la drogadicción van aumentando en esta población en los últimos años. Así en el DOCUMENTO del Servicio de Asistencia a Extranjeros (1987) vemos que éste era el motivo de consulta en el 4,20% de los sujetos atendidos en 1986, sin embargo, en porcentaje en el año 1988 es de 9,44%, más del doble del anterior.

Resultados similares se encuentran en otros países. Como muestra recogemos las palabras de JEPSEN (1988) que halla entre los refugiados en Dinamarca que la drogadicción es realmente un problema en aumento, además, cierto número de solicitantes de asilo abusan del alcohol o los tranquilizantes.

Entre otros motivos de consulta, figuran también, los intentos de suicidio. Durante el año 1988 no hubo ningún suicidio consumado, en otros periodos de tiempo, sí los ha habido.

RANGARAJ (1988), trabajando con refugiados del sudeste asiático, se encuentra muy frecuentemente con este problema, hasta el punto de que al plantearse cuáles

son los problemas psicológicos de los refugiados, responde que los principales síntomas que observa en los campos de refugiados son las quejas somáticas, seguido de los intentos de suicidio. Además, hay conductas anormales, como conductas antisociales y, por supuesto, casos de ansiedad y depresión. Como se observa, el orden de motivos de consulta se presenta en los trabajos de este autor con una frecuencia invertida a los presentados en nuestro estudio.

WICKER y SCHOCH (1988), también con experiencias basadas en refugiados del sudeste asiático en Suiza, señalan que hay unas altas tasas de suicidio entre los refugiados, resultantes de su desesperación.

7) Diagnóstico:

Hemos analizado los diagnósticos según el eje I del DSM-III-R; como podemos observar en el Cuadro 26 que refleja los diagnósticos más frecuentes agrupados por categorías, aparecen con mayor asiduidad los trastornos del estado de ánimo, seguidos de los trastornos adaptativos, trastornos por ansiedad, dependencia alcohólica, trastornos somatoformes, problemas conyugales, esquizofrenia y trastornos delirantes.

Encontramos, con poca frecuencia en nuestra consul-

ta, trastornos de conducta y conducta antisocial, a diferencia de los hallazgos de otros autores: RANGARAJ (1988) y BREYER (1988).

BREYER (1988), revisando estudios sobre la incidencia de enfermedad mental en refugiados, llega a las siguientes conclusiones:

- 1.- Un elevado número de refugiados tienen problemas de conducta o están en peligro de desarrollarlos o están mentalmente enfermos.
- 2.- La tasa de suicidio está creciendo entre los refugiados en la República Federal Alemana y en otros países similares.
- 3.- Numerosos refugiados muestran síntomas psicósomáticos.
- 4.- El número de casos no detectados es presumiblemente alto.

Las causas de trastorno psicológico arraigan, no sólo en las experiencias traumáticas que ocurren en relación con el escapar del país de origen (guerra, pérdida de miembros de la familia), sino, también, surgen

de las dificultades de integración y adaptación en el país de asilo.

CHALAKANI (1989), trabajando en Méjico con refugiados, entrevistó a 80 asilados de los cuales 50 habían solicitado tratamiento psiquiátrico. Encontró: recrudecimiento de la violencia en las relaciones conyugales, incremento de la violencia con los hijos, problemas de inestabilidad, sentimientos de amenaza por parte de una ciudad grande y desconocida, cierta ruptura de lazos de amistad con antiguos conocidos.

En relación al alcoholismo se ha señalado un aumento en el mundo occidental en la actualidad que ALONSÓ FERNANDEZ (1982) lo asocia con el aumento de frecuencia de las vivencias de soledad, aislamiento y desesperanza, que son su base psicológica.

Se ha descrito un aumento en las tasas de alcoholismo en poblaciones migrantes como se ve en los estudios de TARNOPOLSKI (1977) en Buenos Aires. Este autor encontró un 24,3% de alcohólicos entre los emigrantes, frente al 11,4% de los nacidos en la ciudad. Lo corroboran, en Barcelona, MARTI y MURCIA (1984), encontrando que el 77% de los varones integrantes de una muestra de 5.439 pacientes alcohólicos, habían nacido fuera de esta ciudad.

La dependencia alcohólica es uno de los diagnósticos que aparece con frecuencia en la población de refugiados objeto de nuestro estudio. En 32 sujetos (11,19%) aparece este cuadro. Hay que destacar que, de ellos, 19 son iraníes, el 21,35%. Nos parece muy interesante esta constatación, ya que, como sabemos, la religión musulmana es poco o nada permisiva con el consumo de alcohol, por lo que se han encontrado bajas tasas de alcoholismo en la comunidad musulmana y la población afectada acostumbra a encontrarse en sujetos que no guardan la ortodoxia religiosa (MARTI y MURCIA -1988-).

Como vemos en el Cuadro 37, la diferencia entre la tasa de alcoholismo en los iraníes que asisten a nuestra consulta y el resto de sujetos de la muestra estudiada, es estadísticamente significativa: $p < 0.01$.

En la población de nuestro estudio comprobamos esta afirmación, ya que los refugiados procedentes de Irán, además de salir de su país por motivos políticos, sobre todo antes de finalizar el conflicto bélico con Irak, también salen, por motivo religioso a causa de la intolerancia del gobierno con los sujetos que no sigan el integrismo islámico. En la población iraní refugiada en nuestro país que no siguen las normas del Corán o lo hacen de forma muy liberal, encontramos un aumento de la

tasa de alcoholismo, hasta el punto de que es la nacionalidad que más alto porcentaje de alcoholismo presenta.

MIDGLEY (1981) observa que, en la comunidad musulmana, la prevalencia de alcoholismo es netamente masculina. En la población refugiada también se da una presencia casi exclusivamente masculina de alcoholismo, de forma que de los 32 sujetos con dependencia alcohólica, 31 son varones y solamente hay una mujer procedente de un país sudamericano. Los alcohólicos procedentes de países musulmanes son todos varones.

ALONSO FERNANDEZ (1982) señala que la razón por sexos de alcoholismo ha cambiado en la población española, antes había 10 ó 12 hombres alcohólicos por cada mujer, ahora la proporción es de 4 a 1, siendo, en Inglaterra, de 3 a 1, y, en E.E.U.U., de 2,5 a 1. Esto lo explica en función de la debilitación de un código moral permisivo para los hombres e inflexible para las mujeres.

La población de refugiados procedente de países con un código moral más rígido para las mujeres, como el musulmán, muestra también una ausencia de patología alcohólica en las mujeres.

Debemos destacar que todas las esquizofrenias diag-

nósticadas son de tipo paranoide, lo que unido a la frecuencia con que se encuentran en este grupo los trastornos delirantes, en sus diferentes tipos, nos hace ver la importancia que en esta población tiene el factor paranoide.

Los refugiados, con frecuencia, muestran desconfianza de los representantes de la autoridad: policías, militares e, incluso, cualquier persona uniformada.

En un estudio dirigido por HITCH (1983) en Bradford, ciudad australiana con gran concentración de refugiados procedentes de Polonia y de Ucrania, comparaba la primera hospitalización de los sujetos diagnosticados de esquizofrenia en europeos del Este y australianos, encontrando una razón de 4 a 1 entre los hombres, y de 5 a 1 en las mujeres. Resultados similares encontró DAVIDSON (1983) en un estudio sobre refugiados judíos asentados en Israel después de la Segunda Guerra Mundial.

El incremento de susceptibilidad a los trastornos psicológicos relacionados con sintomatología paranoide no es exclusivo de los refugiados, sino que, también, se ha observado en las poblaciones sometidas a migración y urbanización por motivos económicos como observan, en Cataluña, TIZON GARCIA y SALAMERO I BARO (1989) al estu-

diar los trastornos psicopatológicos del inmigrante, encontrando con frecuencia elementos paranoides o ansiedades persecutorias casi conscientes.

Esta situación es aún más acentuada en el refugiado que en el emigrante. ROCHE (1988) hace un fino análisis del sentimiento de persecución en el exiliado desde el punto de vista antropológico:

- a) En cualquier época, en cualquier sociedad, un exceso de violencia física o psicológica favorece el desarrollo de sentimientos persecutorios.
- b) En cualquier cultura hay individuos que desarrollan sentimientos persecutorios en ausencia de persecuciones reales, externas, observables (papel de la imaginación).
- c) En cualquier cultura, el sentimiento persecutorio resultante de una persecución real se enriquece de elementos imaginativos provenientes del inconsciente individual (reactivación de ansiedades primarias, elaboración de fantasmas) y del inconsciente colectivo (papel de los mitos, arquetipos). La cultura alimenta las vivencias individuales y reelabora los acontecimientos.

d) Real o imaginaria la persecución es fuente de un malestar profundo y verdadero, pues, afecta a la víctima desde un punto de vista narcisístico (representación de uno mismo, imagen corporal, autovaloración y autoestima) e, incluso, su existencia se pone en cuestión (alienación, riesgo de muerte).

Trabajando con personas procedentes de diversos países y culturas y, sobre todo, en la medida que sean más lejanas y desconocidas, a veces resulta sumamente difícil poder diferenciar lo que indica el reconocimiento del peligro real y, por lo tanto, el desarrollo de una conducta adecuada con relación a él, de temores delirantes de carácter paranoide. También KORDON y EDELMAN (1986) han planteado esta dificultad.

GUINSBERG (1989) recoge la descripción que BARUDY et al. (1982) hacen de la situación paranoide del exiliado recién llegado al país de acogida: "en un primer momento, el de las primeras semanas en el país de acogida, exiliado presenta, sobre todo, una reacción de desconfianza frente a lo que le rodea. Esta desconfianza, no sólo está dirigida a los habitantes del nuevo país, sino que también él desconfía de sus propios compañeros. A través de esta vivencia, a veces impregnada con rasgos paranoides

(de sentirse perseguido), él siente su identidad fuertemente amenazada por el nuevo sistema de valores y costumbres que rigen la sociedad de acogida y también por el comportamiento y modo de vida de los compañeros que llegaron antes que él. En este periodo el recién llegado y su familia son inundados de un tremendo sentimiento de soledad y temor a lo desconocido. El no poder comunicarse por el no manejo de la lengua, cierra este dramático cuadro de desconfianza, aislamiento, temor y soledad".

ACHARD y GALEANO (1989), hablando en general del inmigrante, no específicamente del refugiado, nos dicen que la situación objetiva en la que se encuentran es *paranoidizante*, porque el desconocimiento práctico de los códigos de comunicación del nuevo medio aumenta el nivel de ambigüedad y contradicción implícito en la información que recibe.

DELGUEIL (1989), en concreto en el refugiado, señala que, a veces, los sentimientos persecutorios son tales que algunas personas llegan a la consulta con un apodo y pasa un cierto tiempo hasta que se atreven a dar su nombre.

CASALET (1989) señala que, entre los refugiados residentes en la ciudad de México, la desconfianza se

manifestaba en un dato bastante interesante: el 80% de los entrevistados manifestó no frecuentar a sus antiguos amigos residentes en la misma ciudad. La desconfianza se generalizaba y adoptaba mil formas amenazantes: unas veces era la ciudad, otras la antigua organización política y, otras, las mismas instituciones de ayuda a los refugiados.

MARTI Y MURCIA (1988) recogen el hecho de que los estados paranoides se dan con más frecuencia en áreas urbanas, apareciendo, frecuentemente, en grupos nómadas o emigrantes, constituyendo lo que se ha dado en llamar **paranoia de los desplazados**. Es, también, frecuente ver este cuadro en aquellos lugares caracterizados por el enclaustramiento y pérdida de libertad, como prisiones o campos de concentración.

BARUDY et al. (1982) afirman que, la tendencia a desarrollar actitudes regresivas, a asumir conductas de aislamiento o desconfianza frente al medio, es mucho más grande en la misma medida en que la obligación de migración es violenta.

Diversos autores han dedicado atención al tema de los factores culturales que favorecen el desarrollo de la sintomatología paranoide. Además de la importancia, como

acabamos de señalar, que tiene el desplazamiento, cambio cultural o desarraigo en el desarrollo de actitudes paranoides, también se ha considerado que determinadas culturas, como la europea, facilitarían más que otras este tipo de sintomatología.

Desde hace años se han descrito este tipo de factores, así SULLIVAN (1956) creía que nuestra cultura occidental favorece la transferencia de acusaciones a otras personas.

Al comparar los porcentajes de distribución de los diferentes tipos de esquizofrenia en distintas culturas, desde hace varias décadas se viene señalando que, en las culturas africanas o asiáticas, la incidencia de esquizofrenia paranoide es menor que en la cultura occidental.

CAROTHERS (1948) estudiando a los indígenas de Kenia diagnosticados de esquizofrenia, vió que la mayoría eran hebefrénicos y los pocos diagnosticados de tipo paranoide habían vivido en un ambiente extraño, es decir, estaban más o menos destrribalizados. Carothers atribuye esta circunstancia al estrés adicional de los requerimientos impuestos por una cultura ajena, llegando a la conclusión de que la europeización contribuye al desarrollo o a la expresión de mecanismos paranoides.

A la misma conclusión llega SMARTT (1956) estudiando un grupo de psicóticos en Africa Oriental, y TOOTH (1950) en Africa Occidental.

En nuestra muestra encontramos que todas las esquizofrenias diagnosticadas son de tipo paranoide y como explicación, podemos plantearnos dos hipótesis:

- La influencia de los factores culturales que acabamos de describir hace que bajo las circunstancias en que se encuentran los refugiados que estudiamos, la forma de manifestarse la esquizofrenia sea siempre de tipo paranoide.
- Las personas que sufren una esquizofrenia paranoide o que tienen predisposición a padecerla, al sentirse perseguidos, tienen mayor tendencia a abandonar su país, mientras que las formas hebefrénicas y catatónicas permanecen en él.

Entre los diagnósticos que merece la pena destacar, según vemos en el Cuadro 26, aparece la psicosis reactiva breve en 7 sujetos, el 2,45%. Como ya señalamos en el Capítulo 2, la aparición de este trastorno está asociada a una situación estresante.

De los 55 casos (19,24%) diagnosticados de trastornos por ansiedad, 34 (11,89%) son trastornos por **estrés postraumático**, como queda reflejado, también, en el Cuadro 26. Por lo tanto, del total de trastornos por ansiedad, el 61,82% son trastornos por estrés postraumático. Los refugiados que han padecido intensa persecución objetiva se diagnostican de trastornos por ansiedad con mayor frecuencia que el resto de la muestra. Los refugiados diagnosticados de T.E.P. han padecido persecución con mayor frecuencia que los diagnosticados de otro tipo de trastornos por angustia.

Considerando a los refugiados que han sufrido persecución objetiva, un tercio son diagnosticados de T.E.P., los dos tercios restantes reciben otros diagnósticos. El grupo diagnosticado de T.E.P. tiene puntuaciones significativamente más elevadas en la escala de readaptación social de HOLMES y RAHE que el grupo que habiendo sufrido persecución objetivable recibe otros diagnósticos.

La probabilidad de padecer T.E.P. depende de las características de la gente estresante, así vemos que las personas que han sido violadas de nuestra muestra, todas ellas recibieron diagnóstico de T.E.P. También depende de la intensidad del estrés. En nuestra muestra los refugiados diagnosticados de T.E.P. tienen patología psíquica

previa con menos frecuencia que el resto de refugiados que asisten a consulta.

BOMAN (1986) cita que, el estrés postraumático, ha sido diagnosticado en el 46% de los ex-combatientes de Vietnam que siguieron tratamiento psiquiátrico.

KLUZNIZ et. al. (1986) recogen una cifra más elevada, el 67% de los ex-prisioneros de la Segunda Guerra Mundial.

En ambos casos son cifras más elevadas que las nuestras.

DAVIDSON y BRAUN (1986) señalan que la aparición de este cuadro está determinado por cuatro factores principales:

- a) Personalidad premórbida o predisposición a la enfermedad.
- b) Cambios fisiológicos que pueden ser el resultado de la exposición al agente estresante.
- c) Características del agente estresante.
- d) Soporte social.

El GRUPO COLAT (1982) expone unas conclusiones similares: el impacto que el pasaje por la prisión y la tortura tiene en el psiquismo de la víctima y en su personalidad, depende de una multiplicidad de factores, donde el sustrato biológico, la historia personal, el componente ideológico político juegan un rol importante. Junto con estos factores, el carácter de determinadas experiencias traumáticas nos parece que juega, también, un rol importante.

MENCHON (1987) resume estas conclusiones afirmando que, el origen y el contexto sociocultural del paciente, pueden influir en la *sintomatología y pronóstico* del trastorno por estrés postraumático.

Ya hemos indicado, con anterioridad, que se ha diagnosticado, con frecuencia, la existencia de problemas conyugales: 21 casos, el 7,34% de los que asisten a consulta. De ellos, la mayoría son de nacionalidad iraní. Son de este país la mayor parte de las parejas que se separan, como se señala en el DOCUMENTO del Servicio de Asistencia a Extranjeros (1988) y coincidiendo con OZERTURGURT-JURTDAS (1983) y BLANCH SOLAZ (1989), se observa en las parejas procedentes de países musulmanes una occidentalización de la mujer más rápida que el marido. En la *distribución de roles sexuales*, la mujer está más

beneficiada por las pautas occidentales, y tiende a asimilarlas más rápidamente que el marido, lo que conduce a conflictos de pareja.

Por la situación laboral descrita, la mayoría de estas personas no tienen acceso legal al trabajo, resultándoles más fácil encontrar ocupación, generalmente, a las mujeres como empleadas de hogar, ya que no les suelen exigir el permiso de trabajo, sin embargo, a los hombres sí se lo piden. Así, se da una inversión de los roles que venían desempeñando los miembros de la pareja: la mujer sale a trabajar y el marido se queda en casa, siendo, este cambio, también, fuente de conflictos y tensiones entre ellos.

CORRAL (1982) encuentra una situación parecida entre los refugiados latinoamericanos en Europa: la estructura social de los países de acogida europeos permiten que sea, a veces, la mujer la que encuentra trabajo más fácilmente que el hombre. La inversión de roles que, esta situación, provoca, no es asumida, a veces, tan fácilmente por la pareja. La mujer obtiene un cierto poder económico y se siente gratificada con la sensación de seguridad que le da el verse capaz de enfrentar una situación difícil, pero al mismo tiempo se siente amenazada frente al problema suscitado dentro de su familia. El miedo a

perder su espacio de seguridad le hace cuestionar la validez del nuevo rol que está asumiendo.

Esta situación de crisis, con frecuencia, lleva al desenlace de la separación.

En otros casos, la pareja ha vivido separada un tiempo previo al exilio, generalmente por encarcelamiento de uno de ellos y es. al llegar al país de asilo, cuando se reúnen. Aparece, entonces, dificultades y problemas muy bien señalados por MARTENS (1982): "cuando los esposos se reencuentran en el exilio, se enfrentan con el desafío de integrar las diferentes experiencias personales dentro de la pareja y del cambio vivido a nivel de los roles, y, así, muchas veces tienen tendencia a retomar el modelo relacional que existía antes de la separación".

Respecto a los cuadros exóticos, hemos de señalar que no hemos visto ninguno equiparable a los descritos en el Capítulo III, lo que sí se observa es la influencia cultural en la expresión de la sintomatología. Cabe señalar que hemos encontrado, frecuentemente, entre los iraníes, sobre todo en las mujeres, la convicción de comunicaciones telepáticas y de sueños premonitorios. Entre los africanos, hemos observado alucinaciones visua-

les. En los cubanos, se da mayor incidencia de homosexualidad que en los otros grupos. Dos sujetos norteafricanos han desarrollado conductas de tragar objetos metálicos punzantes, de cierta similitud con el típico tragador de sables, hasta el punto de que, uno de ellos, hubo de ser intervenido quirúrgicamente dos veces en un mes, extrayéndosele navajas, cuchillas de afeitarse, monedas y otros objetos metálicos.

8) Tratamiento psiquiátrico en el país de origen:

Teniendo en cuenta los países de procedencia más numerosos representados en la población que asiste a consulta, podemos comparar el porcentaje de sujetos que, de cada grupo, habían recibido tratamiento psiquiátrico en su país:

Polonia . . .	76,66%
Cuba	49,27%
Chile	35,29%
Irán	30,33%

Los africanos no habían recibido, ninguno, tratamiento psiquiátrico en sus respectivos países. Del resto de países de procedencia, bastantes personas habían tomado psicofármacos, pero prescritos, en su mayoría, por el médico general, sin asistir a consulta de psiquiatría.

Como ya hemos señalado anteriormente, estos datos, más que indicarnos la morbilidad psiquiátrica de los refugiados antes de salir de sus países, nos dan información sobre el desarrollo y extensión de la Psiquiatría en esas zonas geográficas.

Afirmación que surge si comparamos la población cubana que asiste a nuestra consulta, de los que la mitad habían estado tratados en su país, y, revisando los diagnósticos, vemos que la mayoría son trastornos distímicos y trastornos adaptativos, mientras que de los iraníes que nos consultan, menos de la tercera parte habían consultado en su país, y, sin embargo, entre los diagnósticos más frecuentes se encuentran: alcoholismo, trastornos por angustia, problemas conyugales, alteraciones depresivas y trastornos esquizofrénicos.

En cuanto a diagnósticos, como era de esperar, los que más frecuentemente han sido tratados en su país, son los sujetos diagnosticados con trastornos esquizofrénicos y depresión mayor.

9) Tratamiento actual:

En este apartado, únicamente, queremos señalar que, aunque las hospitalizaciones no han sido muy numerosas, solamente 19 personas de las 286 han estado ingresadas a

lo largo de 1988, muchas veces la determinación de ingreso ha sido, más que por la gravedad de la alteración psiquiátrica, por las circunstancias socio-familiares: vivir solo o con familiares incapaces de cuidar al enfermo por la edad o por otras características, por ejemplo, es el caso de una madre que vive en España con hijos menores sin esposo ni otros familiares o amigos.

VAZQUEZ BARQUERO y DIEZ MANRIQUE (1982) creen suficientemente demostrado que la emigración, el modo de vida urbano, la clase social baja y la pertenencia a una estructura familiar desintegrada propician la hospitalización.

10) Tiempo de latencia:

Llamado así el tiempo transcurrido entre la llegada a España y la consulta. Casi la mitad consultan en los seis primeros meses desde su llegada.

B.- ESTUDIO DE LA POBLACION INFANTIL

Se seleccionó una muestra de 54 niños de edades comprendidas entre los 7 y 11 años, en los que se estudia su situación socio-familiar y psicológica a través de cuestionarios y pruebas.

Llama la atención el hecho de que, mientras los padres se relacionan con compatriotas (74,07%), aunque también se relacionan con españoles (61,11%), la situación es totalmente diferente en los niños, ya que el 77,77% de ellos tienen poca o ninguna relación con compatriotas. Sí se relacionan, en cambio, todos los niños exiliados con niños españoles, al estar escolarizados en su totalidad.

En la primera parte de este trabajo vimos los efectos de la inactividad en el estado de ánimo de la persona que la padece. En esta segunda parte, observamos que, no sólo influye en el mismo sujeto, sino, también, en el resto de los miembros de la familia.

Los padres que están inactivos tienden a observar en sus hijos más problemas psicológicos provocados por el exilio. Las esposas de hombres sin actividad laboral o formativa tienen, también, con más frecuencia problemas

de salud medidos por el cuestionario de Goldberg que las esposas de hombres con alguna actividad.

Hemos visto que, en el cuestionario de salud de Goldberg, han obtenido puntuación, por encima del punto de corte, 34 madres (62,96%), lo que supone un porcentaje muy elevado. GARAY (1984), utilizando el mismo cuestionario en 122 madres, encontró que, sólo 15, el 12,29%, obtuvieron una puntuación por encima del punto de corte.

Comparando las madres que han sufrido experiencias de violencia física antes o durante la salida de su país frente a las que no las han sufrido, observamos que las primeras tienen con más frecuencia problemas de salud (Goldberg positivo) y que, sus hijos, tienen más tendencia a presentar trastornos neuróticos a través de los cuestionarios de Rutter. Sin embargo, al preguntarles a ellas directamente, tienen menos tendencia a reconocer problemas psicológicos relacionados con el exilio en el hijo que las madres sin experiencias violentas.

Las madres que han padecido pérdida de algún familiar, tienen menos tendencia a observar problemas psicológicos en el hijo que las que no han perdido familiares.

Los padres que han recibido tratamiento psiquiátrico

tienen más tendencia a tener hijos con trastornos antisociales, a través del cuestionario de Rutter, que los padres que no han asistido a consulta.

Tanto las madres como los padres que han asistido a consulta por sus propios problemas psicológicos, tienden a no observar en los hijos problemas psíquicos, a pesar de que, según los cuestionarios de Rutter, estos niños tienen más alteraciones que los hijos de padres que no han asistido a consulta.

Las madres que asisten a consulta tienen más frecuentemente el Goldberg positivo que las que no consultan. Los padres que consultan tienen, con más frecuencia, esposas con Goldberg positivo que los padres que no consultan. Las madres con Goldberg negativo tienen tendencia a tener hijos con Rutter negativo.

GARAY (1984), utilizando estos mismos cuestionarios en una muestra de niños madrileños, observó que la salud mental de las madres resultó tener relación estadísticamente significativa con el tipo de trastorno que padecían las hijas, no los hijos. En los niños con trastorno neurótico, el porcentaje de madres con problemas de salud mental fue superior al de los otros grupos. Nuestros datos nos hacen pensar que existe bastante

interacción entre el estado de salud mental de los miembros de la familia.

Parece que las parejas cuya problemática psíquica es mayor: han asistido a consulta psiquiátrica uno de ellos o ambos, han pasado por experiencias de violencia o han perdido familiares, tienden a no observar problemas psicológicos en el hijo relacionados con el exilio, a pesar de que, a través del cuestionario de Rutter, hay más casos de positivos en este grupo. Podemos decir que los padres con más indicadores de problemas psíquicos son menos capaces de apreciar los problemas psicológicos en sus hijos cuando se les pide su opinión, comparándolos con el resto de los padres, a pesar de que estos niños tienen datos de poseer más trastornos que el resto.

Las madres con Goldberg positivo son, con más frecuencia, pertenecientes a familias que dicen relacionarse poco con españoles y con compatriotas que al resto de familias. Encontramos, también, con mayor frecuencia Goldberg positivo en las madres que están separadas y en las que llevan menos tiempo de estancia en nuestro país.

El nivel de estudios de los padres se relaciona de forma que a mejor nivel hay mayor satisfacción de su situación en nuestro país, el cuestionario de Rutter de

los hijos tiende a ser negativo y el resultado en el test de Bender es mejor que en el resto.

Los niños que han pasado por situaciones vitales fuera del marco habitual son 12. De ellos 5 son diagnosticados de T.E.P., los cuales habían sido detectados como portadores de trastorno psicológico a través de los cuestionarios de Rutter.

Los niños que no han pasado experiencias de violencia física tienen con mayor frecuencia una puntuación negativa en el cuestionario de Rutter, y los padres no suelen observar problemas psicológicos, en ellos, causados por el exilio en la medida que ocurre a los niños que sí han sufrido violencia.

Las niñas tienen el resultado negativo en el cuestionario de Rutter con mayor frecuencia que los niños. Las niñas vemos que son, con menor frecuencia, antisociales aunque igualan a los niños en trastornos mixtos e, incluso, les superan en trastornos neuróticos.

Nuestros resultados son, totalmente, concordantes con los hallados por RUTTER (1970) quien observó que los trastornos antisociales se daban con mayor frecuencia en los niños que en las niñas, sin embargo, los trastornos

de tipo neurótico eran más característicos de las niñas.

Resultados similares obtiene GARAY (1984) en nuestro país, utilizando los mismos cuestionarios en niños de 7 a 13 años: podemos afirmar que en el sexo masculino se detectaron más sujetos con trastorno psiquiátrico que en las niñas, y que el tipo de trastorno que padecían en su mayoría los varones era de tipo antisocial, mientras que en las niñas predominaba la sintomatología neurótica.

Mc CALLIN (1988), trabajando en niños refugiados con una muestra seleccionada de 36 niños de 8 a 11 años, a los que aplicó un cuestionario que había elaborado para detectar alteraciones psicológicas, observa que, si bien en conjunto no hay diferencia significativa entre niños y niñas, el análisis de las frecuencias de ciertos ítems señala las diferencias entre los dos grupos: los chicos se presentan con mayor frecuencia irritables, susceptibles, coléricos y con enuresis nocturna. Las niñas aparecen más tranquilas, retraídas y con temor a la oscuridad. Ambos grupos se quejan de algias y dolores y tienen necesidad de afecto, aprobación y apoyo.

Como vemos, utilizando otros términos, al emplear distinto instrumento de evaluación, los resultados son totalmente congruentes con los descritos en nuestro

trabajo. Los niños tienen alteraciones conductuales o trastornos antisociales, y, las niñas, alteraciones emocionales o trastornos neuróticos.

A través de los cuestionarios de Rutter se detectaron 19 niños con probables trastornos, lo que representa el 35,18% del total de niños estudiados. Este porcentaje es muy elevado si lo comparamos con los que se suelen encontrar en poblaciones generales.

De los 19 casos detectados en nuestro estudio, 16 lo fueron a través del cuestionario de profesores, y, 12, a través del cuestionario para padres, teniendo en cuenta que 9 niños se detectaron por ambos cuestionarios. Como vemos, el número de niños con probable trastorno detectados a través de los profesores es mayor que los observados a través de los padres. Este dato es totalmente opuesto a las observaciones de RUTTER et. al. (1970): "se ha comprobado que, cuando se utiliza la información de los padres, el número de niños identificados es superior que cuando se utiliza la información de los maestros". Los padres de los niños de nuestro estudio parece que son peores observadores de la salud mental de sus hijos que los padres de otras poblaciones.

Dado el valor comparativo para una mejor apreciación

de nuestros resultados, exponemos, a continuación, los porcentajes encontrados por algunos autores que han utilizado los mismos cuestionarios u otros similares en estudios de poblaciones generales infantiles en distintos países:

AUTORES	PORCENTAJES
ULLMAN (1952)	5 - 12%
MINISTERIO EDUCACION INGLES (1955)	5 - 12%
BREMER (1951)	25%
BRANDON (1960)	25%
DAVIDSON (1961)	25%
RUTTER (1967) -Isla Wigth-	13%
RUTTER et. alt. (1975 a y b) -Londres-	19,1%
KOLVIN et. alt. (1977 b)	17%
ZIMMERMAN et. alt. (1978)	17,4%

Observamos con cierta frecuencia, en los niños, el hecho de que el mayor de los hermanos toma responsabilidades de adulto, cuida a los hermanos pequeños e, incluso, al aprender nuestro idioma más rápidamente que los padres, les

acompañan para traducirles a las entrevistas con los trabajadores sociales, con la policía o a la consulta del médico. Nosotros, siempre, hemos desaconsejado a los padres, en la consulta de Psiquiatría, el uso de los hijos menores de edad como intérpretes y, entre todos, se ha buscado otra solución.

MARTENS (1982) encuentra una situación similar. El hecho de que el padre estuviera ausente ocasionó que, muchos niños, se hicieran grandes a la fuerza. Cuando vuelve el padre a vivir con la familia, los niños también sufren un cambio de roles. Como están los padres de nuevo en su rol tradicional, los niños están un poco perdidos, ya no tienen que ser "grandes", pero no saben cómo hay que ser "pequeño".

La ausencia de los padres o, bien, su falta de destrezas en la nueva sociedad de acogida, hace que los niños tengan que crecer con rapidez y tomar responsabilidades de adulto.

BARUDY (1984, 1988) insiste, en varios trabajos, en el papel del hijo mayor que a los 10 años asume tareas parentales actuando como el portavoz de la familia, creciendo obligado por las circunstancias. En este contexto toman sentido sus palabras: "La forma más apropiada

y creativa de ayudar al niño es hacerle capaz de recuperar su confianza en los adultos", BARUDY (1988).

Se tiende a creer, en general, que los niños tienen menos problemas de adaptación que los adultos, y, una visión superficial del tema, nos puede llevar a esta conclusión. En nuestro caso, vemos que los niños consultan muy poco por problemas psicológicos, según el análisis de la población total que consulta, pero, cuando estudiamos un grupo de niños, observamos que, el hecho de no acudir a consulta, no significa ausencia de problemas, sino, en muchos casos, incapacidad de los padres para reconocerlos.

Mc CALLIN (1988), a propósito de la supuesta más fácil adaptación de los niños que los adultos, comenta: "no estoy segura en qué se basa esa afirmación, pero sospecho que, en el aprendizaje más rápido del idioma del país de acogida del niño, en comparación con los adultos, lo que es utilizar un criterio muy pobre".

Los niños, con más frecuencia que los adultos, se encuentran sometidos más directamente a la confrontación entre dos culturas.

Los niños refugiados, con frecuencia, tienen difi-

cultades en la escuela, principalmente aquellos que deben aprender otro idioma, y se escolarizan al poco tiempo de su llegada asistiendo a un aula donde nadie conoce su lengua y donde el niño no sabe nada del idioma en que se habla.

BA THIEN y MALAPERT (1988) encuentran que 22, de 30 niños estudiados, presentan dificultades en la escuela.

Hemos podido observar en nuestro país, DOCUMENTO Serv. Asist. a Extr. (1988), que, los niños que llevan más tiempo de estancia en nuestro país, lo más frecuente es que lleven un curso de retraso en la escolaridad, si proceden de países hispanohablantes, y, dos cursos de retraso escolar, cuando han tenido que aprender nuestro idioma.

VIII. CONCLUSIONES

A través de este estudio, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- 1.- La prevalencia tratada de refugiados, en consulta psiquiátrica durante 1988, ha sido 4,78. Comparada con la prevalencia tratada de otros grupos es muy elevada.
- 2.- Aunque el total de hombres que consulta es mayor que el de mujeres, teniendo en cuenta que, en la población total de refugiados hay una presencia numérica bastante más elevada de hombres que de mujeres, obtenemos una relación por sexos hombres/mujeres de 1/1.73. Razón que es similar a la encontrada en estudios realizados en otro tipo de poblaciones.
- 3.- Las personas inactivas tienen más tendencia a acudir a consulta que las que están realizando algún tipo de actividad laboral o formativa.
- 4.- Los esquizofrénicos son las personas que, en mayor porcentaje, están inactivos en relación a otros diagnósticos.

5.- En las personas encarceladas o torturadas, el 34,97% de los sujetos que asisten a consulta, se ha observado que:

- El aislamiento produce:

- * Dificultad en relaciones sociales
- * Problemas familiares
- * Temor a la soledad

- La tortura produce:

- * Quejas somáticas difusas relacionadas con la parte del cuerpo torturada.

- La violación produce:

- * Problemas sexuales

Las personas que han atravesado cualquiera de estas experiencias sufren:

- * Dificultad o inhibición para comunicar sus experiencias
- * Desconfianza o actitudes paranoides que no les caracterizaban previamente.

6.- Los motivos de consulta mas frecuentes son: sintomatología depresiva, ansiedad y quejas somáticas.

- 7.- Los diagnósticos más frecuentes son: trastornos del estado de ánimo, trastornos adaptativos y trastornos por ansiedad.
- 8.- De todas las personas diagnosticadas de trastornos de ansiedad, más de la mitad son trastornos por estrés postraumático.
- 9.- La prevalencia de alcoholismo es netamente masculina.
- 10.- La prevalencia de alcoholismo es mayor en los exiliados de países musulmanes que en el resto.
- 11.- Todas las esquizofrenias diagnosticadas son de tipo paranoide.
- 12.- Las personas diagnosticadas de esquizofrenia se exilian con frecuencia solos, no en compañía de familiares.
- 13.- La presencia de rasgos paranoides en esta población es muy importante.
- 14.- Al considerar los antecedentes de tratamiento psi-

- quiátrico en su país, hay que tener en cuenta cuál es el país de origen.
- 15.- La mitad de las personas que vienen a consulta, lo hacen en los 6 primeros meses de su llegada.
- 16.- En un elevado porcentaje de las madres de los niños estudiados, se detectaron trastornos psiquiátricos a través del cuestionario de salud general de Goldberg.
- 17.- Las madres con cuestionario de salud general de Goldberg negativo tienden a tener hijos con cuestionarios de Rutter negativos.
- 18.- Los niños a pesar de su rapidez de adquisición del nuevo idioma y la baja tasa de consulta psiquiátrica no están exentos de dificultades de adaptación, como vemos por sus problemas escolares y por resultados de los cuestionarios de Rutter.
- 19.- Las madres que han consultado por motivos psicológicos, tienden a tener hijos con cuestionario de Rutter de tipo neurótico.

- 20.- Los padres que han consultado por motivos psicológicos, tienden a tener hijos con cuestionario de Rutter de tipo antisocial.
- 21.- Las familias que no se relacionan con españoles, tienen mayor tendencia a que las esposas tengan un cuestionario de Goldberg positivo.
- 22.- Las madres que están separadas, tienen mayor tendencia a obtener una puntuación positiva en el cuestionario de Goldberg.
- 23.- Las madres con experiencia de violencia física tienen a tener cuestionario de salud de Goldberg positivo.
- 24.- Los niños sin experiencia de violencia física, tienden a tener menos problemas psicológicos causados por el exilio.

A N E X O I

**CUESTIONARIO APLICADO A LAS PERSONAS QUE REFERIRAN
HABER SUFRIDO UN ACONTECIMIENTO MARCADAMENTE ESTRE-
SANTE**

- A. Son personas que cumplen el criterio A para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático del DSM-III-R.
- B. 1.- ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del acontecimiento?
- 2.- ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento?
- 3.- ¿Experimenta sentimientos súbitos como si el agente estresante actuara de nuevo o experimenta la sensación de revivir la experiencia?
- 4.- ¿Siente malestar psicológico ante acontecimientos que recuerdan algún aspecto del agente traumático?

En el caso de, al menos, una respuesta afirmativa a alguna de estas cuatro preguntas pasamos a explorar la evitación de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existente antes del trauma) y que constituye el criterio C del DSM-III-R.

- C.
- 1.- ¿Se esfuerza en evitar los pensamientos o sensaciones asociados con el trauma?
 - 2.- ¿Se esfuerza en evitar las actividades o situaciones que le recuerdan el trauma?
 - 3.- ¿Tiene incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma?
 - 4.- ¿Ha disminuido su interés por actividades significativas?
 - 5.- ¿Se siente distanciado o extraño respecto de los demás?
 - 6.- ¿Se ha restringido su afectividad?
 - 7.- ¿Siente acortamiento del futuro?

En el caso de que, al menos, 3 de las 7 preguntas tengan respuesta afirmativa, continuamos con el siguiente grupo de preguntas relativas a síntomas persistentes de aumento de la activación no existentes antes del trauma.

- D. 1.- ¿Tiene dificultad para conciliar o mantener el sueño?
- 2.- ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?
- 3.- ¿Tiene dificultad para concentrarse?
- 4.- ¿Está hipervigilante?
- 5.- ¿Se alarma de forma exagerada en relación al acontecimiento que le provoca esta respuesta?
- 6.- ¿Presenta síntomas fisiológicos como sudoración o taquicardia en situaciones que simbolizan o le recuerdan el trauma?

Cuando hay respuesta afirmativa a 2 ó más de estas 6 preguntas y los síntomas descritos en estos tres apartados (B, C y D) duran, al menos, un mes, nos encontramos con un cuadro que se diagnosticará de trastorno

por estrés postraumático. Solamente queda por especificar si el comienzo es demorado o no, preguntándole al paciente el tiempo transcurrido entre el trauma y el inicio de los síntomas.

QUESTIONARIO GENERAL

- nº cuestionario-
- Nº Expediente (1)(2)
- P1. Tipo de documentación: 1Solicitante Refugio
2Solicitante Asilo
3Refugio
4Asilo (3)
- P2. Está Ud. en tránsito? 1- SI
2- No (4)
- P3. ¿Cuánto tiempo hace que llegaron a España?:
1- Menos de 1 año.
2- Entre 1 y 2 años. madre (5) padre (5)
3- Más de 2 años.
- P4. ¿Cuántos años tiene cumplidos?
1- menos de 21 años
2- entre 21 y 25 "
3- " 26 y 30 "
4- " 31 y 35 "
5- " 36 y 40 "
6- más de 40 años. madre (7) padre (8)
- P5. Por favor, ¿Cuál es su nacionalidad de origen?
Padre (9)
- P6. ¿Qué profesión tiene? madre padre
..... (10)(11) (12)(13)
- P7. Puede decirnos cuál es su ocupación principal actual? madre padre
..... (14) (15)
- P8. Por favor, ¿puede decirnos cuántos años de estudio tiene realizados? madre padre
..... (16)(17) (18)(19)
- P9. ¿Qué título académico posee?
1- Enseñanza primaria incompleta
2- Estudios primarios completos
3- Estudios medios (tipo BUP o FP)
4- Estudios Técnicos Medios
5- Estudios Técnicos Superiores-Universitarios
6- Otros
7- Ninguno
8- No contesta. madre padre
(20) (21)
- P10. Por favor, ¿cuál es su religión? madre padre
..... (22) (23)

P11. ¿ Puede indicarnos el grado de compromiso que Ud. ^{o su familia} tiene en la oposición al régimen de su país?

- 1- Ninguno
- 2- Algo
- 3- Bastante
- 4- Muy comprometido
- 5- No contesta (24)

P12. ¿ En este momento ?

- 1- Ninguno
- 2- Algo
- 3- Bastante
- 4- Muy comprometido
- 5- No contesta (28)

P13. ¿ Se sintió Ud. perseguido en su país ?

- 1- Sí
- 2- No
- 3- No contesta (26)

P14. Si es sí, por favor, ¿ puede decirnos en qué grado?

- 1- Algo
- 2- Bastante
- 3- Muy perseguido
- 4- En peligro de muerte (27)

P15. ¿ Ha tenido experiencia personal de :

	Sí	No	No contesta	Suma	Por %
1- Pérdida de derechos	1	2	3	(26)	(44)
2- Pérdida de bienes o de trabajo	1	2	3	(30)	(51)
3- Violencia física	1	2	3	(12)	(20)
4- Detención	1	2	3	(14)	(23)
5- Cárcel	1	2	3	(30)	(50)
6- Tortura	1	2	3	(10)	(16)
7- Amenaza o intento de muerte	1	2	3	(10)	(16)
8- Pérdida de seres queridos	1	2	3	(12)	(20)

P16. ¿ Han quedado en tu país personas muy queridas y que echas de menos ?

- 1- Sí
- 2- No (44) (45)
- 3- No contesta.

P17. Por favor, ¿ Ha consultado alguna vez a algún psicólogo o/ y psiquiatra?

- A) En su país: 1- Sí madre padre (46) (47)
- 2- No
- B) En España: 1- Sí (48) (49)
- 2- No

P18. En general, ¿ cómo le van las cosas actualmente?

- 1- Muy bien
- 2- Bien
- 3- Regular
- 4- Mal
- 5- Muy mal madre padre
- 6- No contesta (50) (51)

P19. En relación con cada uno de estos aspectos de su vida ¿podría decirnos si está satisfecho o insatisfecho? y si cree que cada uno de esos aspectos mejorará, empeorará o no cambiará en el futuro.

	Satisfecho	Insatisfecho	No sabe/No contesta		Mejorará	No cambiará	Empeorará	No sabe/No contesta			
- Su Salud _____	1	2	3	(52)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	(53)	<input type="checkbox"/>
- Su Familia _____	1	2	3	(54)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	(55)	<input type="checkbox"/>
- Su vivienda _____	1	2	3	(56)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	(57)	<input type="checkbox"/>
- Su actividad _____	1	2	3	(58)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	(59)	<input type="checkbox"/>
- Sus posibilidades económicas...	1	2	3	(60)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	(61)	<input type="checkbox"/>
- Su tiempo libre _____	1	2	3	(62)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	(63)	<input type="checkbox"/>

P20. Por favor, ¿ puede decirnos si se siente libre en España ?

1-Sí

2-No

3-Ne/No contesta (64)

P21. En general ¿Está Ud. satisfecho del trato que recibe en España?

(Léanse las)
todas

1-Muy satisfecho

2-Bastante satisfecho

3-Poco satisfecho

4-Bastante insatisfecho

5-Muy insatisfecho (65)

6-No contesta

P22. Sobre la posibilidad de sufrir algún tipo de amenaza ¿qué grado de seguridad tiene Ud. ahora?

(Léanse las)

1-Ninguna seguridad

2-Muy poca "

3-Poca "

4-Normal

5-Mucha seguridad

6-Totalmente seguros

7-N.S.-No contesta (66)

P23. En comparación con el año pasado ¿se siente más o menos seguro?

1-Más seguro

2-Igual de seguro

3-Menos seguro

4-No sabe/No contesta (67)

P24. Pueden decirnos si tenían algún conocido en España que les han ayudado a su llegada?

- 1-Sí
2-No
3-No contesta (68)

P25. ¿Actualmente conocen o se relacionan con gente de su propio país de origen?

- 1-Sí
2-No
3-No contesta (69)

P26. En caso afirmativo, es en forma de:

- 1-Asociación
2-Grupo de conocidos- amigos
3-Otra (70)

P27. Se relaciona Vd. con españoles:

- 1-Mucho
2-Bastante
3-Poco
4-No contesta (71)

P28. Cómo considere a estas relaciones?

- 1-Como amigos
2-Simplemente conocidos.
(72)

P29. Por favor, puede decirnos si está Vd. satisfecho con la realización de sus tradiciones culturales en España?

(Léanse las)

- 1-Muy Satisfecho
2-Bastante "
3-Poco "
4-Bastante insatisfecho
5-Muy insatisfecho

(73)

P30. ¿Desearían marchar a otro país?

- 1-Sí
2-No (74)

P31. ¿Tiene familiares en ese país?

- 1-Sí
2-No (75)

Por favor, podría indicarnos algunos datos de su alojamiento?

P32. La vivienda es:

- 1-Propia
2-Alquilada
3-Compartida
4-Pensión u hostel
5-Otra
6-No contesta (76)

P33. ¿Cuántos metros cuadrados tiene aproximadamente?

..... (77)

P34. ¿Cuántas habitaciones?

..... (78)



P35. Indíquenos si tiene:

	SI	NO	N.C.	
- Asco	1	2	3	(79)
- Baño	1	2	3	(80)
- Frigorífico	1	2	3	(81)
- Lavadora	1	2	3	(82)
- TV blanca/n.	1	2	3	(83)
- Teléfono	1	2	3	(84)
- TV color	1	2	3	(85)

P35. Cuántas personas viven juntas?

..... (86)

Muchas gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO NIÑO

Nº Expediente de la familia:.....

Nº de cuestionario

(1)(2)

Nº de cuestionario general de sus padres

(3)(4) P1. Tiempo de estancia en España:

- 1- menos de nueve meses
- 2- de nueve a quince "
- 3- entre quince y 24 "
- 4- más de 24 meses .

(5) P2. Sexo

- 1- Hombre
- 2- Mujer

(6) P3. Edad

- 1- 7 años cumplidos
- 2- 8 " "
- 3- 9 " "
- 4- 10 " "
- 5- 11 " "

(7) P4. Número de hermanos (sin incluirse)

- 1- Ningún hermano
- 2- uno
- 3- Dos
- 4- Tres
- 5- más de tres hermanos

(8) P5. ¿Qué lugar ocupa entre ellos?

- 1- Mayor
- 2- Intermedio
- 3- menor

(9) P6. ¿Ha estado escolarizado en su país de origen?

- 1- Sí
- 2- No

(10) P7. ¿Está escolarizado en España?

- 1- Sí
- 2- No

(11) P8. Si así es, ¿cuántos meses tiene de escolarización?

- 1- menos de tres meses
- 2- entre tres y nueve "
- 3- más de nueve meses

(12) P9. Si no lo está, ¿por qué causa?

- 1- Porque nos vamos a marchar
- 2- " " el niño es pequeño
- 3- Por enfermedad
- 4- Por falta de plaza
- 5- Por problemas de idioma
- 6- Otros

(13)

P10. ¿Se relaciona con otros niños de su país de origen?

- 1- Mucho
2- Poco
3- Nada (14)

P11. Los niños con los que normalmente juega ¿Son españoles?

- 1- Sí
2- No (15)

P12. ¿Observan que el niño tiene problemas motivados por el exilio?

- 1- Sí
2- No (16)

P13. Si es así, puede enumerar los principales?

.....
.....
..... (17)

P14. ¿Ha vivido u observado el niño situaciones de violencia física?

- 1- Sí
2- No (18)

P15. Si es así, esta violencia fue :

- 1- Externa a la familia
2- Contra la familia en algún miembro
3- Entre la propia familia
(19)

P16. ¿Ha ido el niño a consulta de algún psicólogo y/o psiquiatra?

- 1- Sí
2- No (20)

Gracias por su colaboración .

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

(General Health Questionnaire, 60 items, by Prof. Goldberg)

	1	2		3	4	5	6		7	8
Proyecto										
Caso n°										
Puntuación										

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Nos gustaría saber si Ud. ha tenido algunas molestias o trastornos y como ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor conteste a **TODAS** las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que a su juicio se acercan más a lo que siente o ha sentido Ud. Recuerde que queremos conocer los problemas recientes y actuales, no los que ha tenido en el pasado.

Es importante que trate de responder a **TODAS** las preguntas.

Muchas gracias por su colaboración.

ULTIMAMENTE

- | | | | | |
|--|-----------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1) ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma? | Mejor que lo habitual | Igual que lo habitual | Peor que lo habitual | Mucho peor que lo habitual |
| 2) ¿Ha tenido la sensación de que necesita un recordatorio? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 3) ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 4) ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 5) ¿Ha sufrido dolores de cabeza? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 6) ¿Ha estado sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 7) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía? | Mejor que lo habitual | Igual que lo habitual | Menos que lo habitual | Mucho menos que lo habitual |
| 8) ¿Ha tenido temor a darse desmayado en un sitio público? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 9) ¿Ha tenido olvidos de calor o escalofríos? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 10) ¿Ha notado que sudaba mucho? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |

ULTIMAMENTE:

11) ¿Se ha dado cuenta que se despierta demasiado temprano y se incapaz de volverse a dormir?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
12) ¿Se despierta Vd. cansado?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
13) ¿Se ha sentido tan cansado que no tenía fuerza ni para comer?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
14) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
15) ¿Se ha sentido con la cabeza más clara y despejada?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos despejada que lo habitual	Mucho menos despejada que lo habitual
16) ¿Se ha notado lleno de energía?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos energía que lo habitual	Con mucho menos energía que lo habitual
17) ¿Ha tenido dificultades para coger o conciliar el sueño?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
18) ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
19) ¿Ha venido teniendo sueños que le asustan o le son desagradables?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
20) ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
21) ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
22) ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
23) ¿Ha perdido interés en sus actividades habituales?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
24) ¿Ha perdido interés en su apariencia personal?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
25) ¿Se ha preocupado menos acerca de su vesdiz?	Más preocupado que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos preocupado que lo habitual	Mucho menos preocupado
26) ¿Ha salido de casa tanto como tiene costumbre?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
27) ¿Se las ha arreglado tan bien como la mayoría de la gente lo haría en sus circunstancias?	Mejor que la mayoría	Más o menos lo mismo que la mayoría	Bastante peor que la mayoría	Mucho peor que la mayoría

ULTIMAMENTE

18) ¿Ha sentido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo	Pior que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
19) ¿Se ha sentido retrasado para comenzar a trabajar y para ponerse a hacer las cosas de la casa?	No en absoluto	No más retraso que lo habitual	Sustante más retraso que lo habitual	Mucho más retraso que lo habitual
20) ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más satisfecho	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho
21) ¿Ha sido capaz de sentir calor y aliento por los que le rodean?	Más que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
22) ¿Le ha resultado fácil entenderse con la gente?	Más fácil que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
23) ¿Ha pasado mucho tiempo charlando con la gente?	Más tiempo que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
24) ¿Ha tenido miedo de decir ciertas cosas a la gente, porque tiene la impresión de que va a hacer el ridículo?	No en absoluto	No más que lo habitual	Sustante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
25) ¿Ha sentido que está jugando un papel así en la vida?	Más tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos así que lo habitual
26) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos capaz que lo habitual
27) ¿Se ha sentido que no es capaz de hacer cosas?	No en absoluto	No más que lo habitual	Sustante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
28) ¿Ha notado que se agusta ante cualquier cosa que tiene que hacer?	No en absoluto	No más que lo habitual	Sustante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
29) ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	No en absoluto	No más que lo habitual	Sustante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
30) ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	No en absoluto	No más que lo habitual	Sustante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
31) ¿Ha vivido bajo la impresión de que la vida es una lucha continua?	No en absoluto	No más que lo habitual	Sustante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
32) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
33) ¿Se ha tomado las cosas demasiado a pecho?	No en absoluto	No más que lo habitual	Sustante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
34) ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	No en absoluto	No más que lo habitual	Sustante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

ULTIMAMENTE:

45) ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
46) ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos capaz que lo habitual	Mucho menos capaz que lo habitual
47) ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
48) ¿Ha tenido la sensación de que la gente le mira?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
49) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
50) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
51) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
52) ¿Ha vivido viendo la vida totalmente sin esperanza?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
53) ¿Ve su futuro con esperanza?	Más que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Con mucha menos esperanza que lo habitual
54) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
55) ¿Se ha notado nervioso y a punto de explotar constantemente?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
56) ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirla?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
57) ¿Ha pensado en la posibilidad de equitarse de en medio?	Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
58) ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
59) ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
60) ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a su cabeza?	Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

PARA USO
EXCLUSIVO DEL
CORRECTORESCALA A 121
PARA CONTESTAR POR LOS PADRES

NOMBRE/NIA

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Colegio:

Dirección:

FORMA DE CONTESTAR

En este cuestionario figuran preguntas acerca de varias clases de conductas que pueden tener los niños en cualquier momento. Por favor de la respuesta según la forma en que se haya comportado su hijo durante los pasados 12 meses.

PROBLEMAS DE SALUD

Debajo hay una lista de problemas menores de salud que la mayoría de los niños tienen en algún momento. Por favor con una cruz en la casilla correspondiente.

	Nunca	Ocasionalmente, pero menos de una vez por semana	Al menos una vez por semana	PARA USO EXCLUSIVO DEL CORRECTOR
A. Se queja de dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Tiene dolores de estómago o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Ataques de sueño o fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Mole la cama o los pantalones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Se queja de perder el control de los intestinos manchando la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Tiene rabietas (pierde el dominio de sí mismo por completo, con gritos y movimientos de colera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Cuando va al colegio, se niega a entrar en él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Hace meritos en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COSTUMBRES: Por favor ponga una cruz en la casilla correspondiente.		PARA USO EXCLUSIVO DEL COARCTOR
I. ¿Tartamudea e Balbucea?	<input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Si, moderadamente <input type="checkbox"/> Si, intensamente	<input type="checkbox"/>
II. ¿Tiene alguna otra dificultad en el habla que no sea tartamudear e balbucear?	<input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Si, moderada. <input type="checkbox"/> Si, intensa.	
Si se tiene por favor explique:		
.		
III. ¿Se roba alguna vez?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, ocasionalmente. <input type="checkbox"/> Si, frecuentemente	<input type="checkbox"/>
Si es "SI" ocasionalmente o frecuentemente		
Definido		
<input type="checkbox"/> robos pequeños, de lápices, caramelos, sumas pequeñas de dinero, etc.		
<input type="checkbox"/> robos de cosas mayores		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> robos de ambas cosas (pequeñas y mayores).		
Los robos están hechos:		
<input type="checkbox"/> en la casa.		
<input type="checkbox"/> Fuera de la casa.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> en ambos sitios.		<input type="checkbox"/>
Los robos los han hecho:		
<input type="checkbox"/> él solo.		
<input type="checkbox"/> con otros chicos e adultos.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> una vez solo y otras acompañado.		<input type="checkbox"/>
IV. ¿Tiene alguna dificultad comiendo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, moderadamente <input type="checkbox"/> Si, intensa.	<input type="checkbox"/>
Si es que "SI"		
<input type="checkbox"/> es caprichoso.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> come poco.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> come demasiado.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> otros problemas, por favor explique:		<input type="checkbox"/>
.		<input type="checkbox"/>
.		<input type="checkbox"/>
V. ¿Tiene alguna dificultad en el dormir?	<input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Si, moderada. <input type="checkbox"/> Si, intensa.	<input type="checkbox"/>
Si es "SI", son estas dificultades en:		
<input type="checkbox"/> conciliar el sueño.		
<input type="checkbox"/> se despierta durante la noche.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> se despierta muy pronto por la mañana.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> otros dificultades, explique por favor:		<input type="checkbox"/>
.		
.		

Debe haber una serie de descripciones de comportamiento que con frecuencia muestran los niños. Después de cada enunciado hay tres columnas: "No sucede", "Sucede en parte", "Sucede". Si su hijo muestra claramente el comportamiento descrito en el enunciado coloque una cruz en el recuadro situado debajo de la columna "Sucede". Si su hijo muestra el comportamiento descrito en el enunciado pero en un grado inferior o con menor frecuencia situe por favor una cruz debajo de la columna "Sucede en parte". En el caso de que su hijo no muestra este comportamiento coloque una cruz en la columna "No sucede".

FORMA UNO
ENCUESTA
DE
COMPORTAMIENTO

Por favor ponga una sola cruz en cada enunciado.

ENUNCIADO	No sucede	Sucede en parte	Sucede	
1. Muy inquieto. No puede estar mucho tiempo sentado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Adopta posturas e movimientos extraños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Juega como los niños de otros frecuentemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se pelea a menudo o busca pelear con los otros chicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No se le ven a los otros chicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Parece preocupado frecuentemente se preocupa por muchas cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tiende a estar solo. Es bastante solitario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Irritable. Pierde los estribos fácilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Frecuentemente se muestra desgraciado, infeliz, lloroso o afligido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tiene contracciones nerviosas, manías, tics en la cara, o en el cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Frecuentemente se chupa el pulgar o los otros dedos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Frecuentemente se muende las uñas o dedos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Desobedece a menudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. No puede entretenerse mucho tiempo con una cosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tiende a ser temeroso y susceptible ante los castigos o situaciones nuevas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es un niño temeroso o melancólico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Dice mentiras frecuentemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Intimida a los otros niños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿HAY ALGUN OTRO PROBLEMA?

Firma Sr./Sra.

MUCHISIMAS GRACIAS POR SU AYUDA

ESCALA B (2)
PARA COMPLETAR POR PROFESORES

NOMBRE/NÍMERO

Colegio/Clase:

Nombre del niño:

Dirección:

Fecha:

Fecha de nacimiento:

Debe haber una serie de descripciones de comportamientos que con frecuencia muestran los niños. Después de cada enunciado hay tres columnas: "No sucede", "Sucede en parte", "Sucede". Si el niño muestra claramente el comportamiento descrito por el enunciado coloque una cruz en el recuadro situado debajo de la columna nº 2. Si el niño muestra el comportamiento descrito por el enunciado pero en grado inferior o con menor frecuencia sitúe una cruz debajo de la columna nº 1. En el caso de que el niño no muestra el comportamiento coloque una cruz en la columna nº 0.

Por favor complete esto basándose en el comportamiento del niño en el último año.

Forme una cruz en cada enunciado. Gracias.

ENUNCIADOS	PARA USO EXCLUSIVO DEL CORRECTOR		
	0 No sucede	1 Sucede en parte	2 Sucede
1. Muy inquieto, no puede estar mucho tiempo sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hace ruidos en la escuela,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Adopta posturas o movimientos extraños,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rompe cosas suyas o de otros con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se pelea frecuentemente o busca peleas con los otros chicos,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No les cae bien a los otros chicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Parece preocupado frecuentemente, se preocupa por muchas cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Triste y estar solo, se encuentra solitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Irritable, susceptible, "Pierde los nervios fácilmente"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se muestra a menudo desagrado, infeliz, lioso o afligido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tiene contracciones nerviosas, manerismos, tics faciales o corporales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Frecuentemente se chupa el pulgar y los otros dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Frecuentemente se muerde las uñas y los dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENUNCIADOS	0 No sucede	1 Sucede en parte	2 Sucede	PARA SU REGISTRAR O OBTENER PUNTAJE
14. Suele fallar o estar por razones técnicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Es o menudo desobediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. No puede estar mucho tiempo entretenido con la misma cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tiende a ser temeroso o inquietado ante las cosas o situaciones nuevas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Es un niño ruidoso o melindroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Dice mentiras frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ha robado cosas en una o mas ocasiones en los últimos meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Insensible a espanto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Suele quejarse de dolores o achaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ha llorado al llegar al colegio o no ha querido entrar en él en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Taramudas o Babucos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Cuando se le corrige o amonesta se muestra agresivo u ofendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Intimida a los otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(Hay algún otro comportamiento no usual que se dé en este niño? - Hay otros comentarios que le gustaría hacer?</p>				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Firma: Sr./Sra./Srta.

Fecha:

MUCHISIMAS GRACIAS POR SU AYUDA

B I B L I O G R A F I A

ABELLA, D.: *Psiquiatría fonamental*, Edicions 62. Barcelona, 1981.

ACHARD DE DEMARIA, L. y GALEANO MASSERA, J. P.: *Vicisitudes del inmigrante en Consecuencias psicosociales de las migraciones y el exilio*. Casalet Ravena, M. y Comboni Salinas, S. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 1989.

ACNUR: *Revista Refugiados*, Madrid, Febrero 1980.

ACNUR: *Revista Refugiados*, Madrid, Diciembre 1986.

AISENSTEIN, M. D.: *Stress and Psychopathology in children of international employees*. *Archives of General Psychiatry*. Vol. 44 nº 8 August 1987.

ALLODI, F. y ROJAS, A.: *The health and adaptation of victims of political violence from Latin America*. Congreso Mundial de Psiquiatría. Viena, 1983.

ALMEIDA, A.: *Les perturbations mentales chez les mi-*

grants. Information psychiatrique., 1975, 51-3 pp 249-281.

ALONSO FERNANDEZ, F.: El hombre neurótico de hoy. Archivos de Neurobiología 25, 1962, pp 357 y ss.

ALONSO FERNANDEZ, F.: Psiquiatría Sociológica. Paz Montalvo. Madrid, 1974.

ALONSO FERNANDEZ, F.: Fundamentos de la psiquiatría actual. Paz Montalvo. Madrid, 1976.

ALONSO FERNANDEZ, F.: Fundamentos de la psiquiatría actual. Vol. II. Paz Montalvo. Madrid, 1977.

ALONSO FERNANDEZ, F.: Psicología médica y social. Paz Montalvo, 3ª edición. Madrid, 1977.

ALONSO FERNANDEZ, F.: Formas actuales de neurosis. Ed. Pirámide. Madrid, 1981.

ALONSO FERNANDEZ, F.: Compendio de Psiquiatría. Ed. Oteo, 2ª Edición. Madrid, 1982.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R). Masson. Barcelona, 1988.

AMNESTY INTERNATIONAL REPORT 1988. Pub. por Amnistía Internacional. Londres, 1988.

ANDREASEN, N. C.: Posttraumatic stress disorder en Comprehensive textbook of Psychiatry. Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. Williams & Wilkins. Londres, 1984.

ANDREASSEN, D.: Refugees and Asylum Seekers Coming to Europe Today en Refugees - The Trauma of Exile. Miserez, D. Martinus Nijhoff Publishers Netherlands, 1988.

ANGST, J.: La dépression masquée du point de vue transcultural en La dépression masquée. Kielholz P. (Ed.) Berna, Hans Huber, 1973.

ASSICOT, N. M.: Causes principales de morbidité psychiatrique chez les musulmans algériens. Hygiène Mentale. 5, 261-86, 1961.

ASUNI, T.: Suicide in Western Nigeria. Brit. Med. J. 2, 1091. 1962.

AYUSO GUTIERREZ, J. L. y SAIZ RUIZ, J.: Las Depresiones. Nuevas perspectivas clínicas etiopatogénicas y terapéuticas. Interamericana. Madrid, 1981.

- BAHADUR SINGH, TEJ: An epidemiological study of mental health problems among handicapped school going children. National Institute for the visually handicapped. India. 1986.
- BAKER, R. (Ed): The psychosocial problems of refugees. The British Refugee Council & European Consultation on Refugees & Exiles, London, 1985.
- BARKWICK, J. M.: Psicología de la mujer. Un estudio de conflictos bio-culturales. Alianza, Madrid, 1983.
- BARUDY, J., SERRANO, J. y MARTENS, J.: Los problemas psíquicos provocados por la tortura en los refugiados chilenos y latinoamericanos. Ed. Colat, 1977.
- BARUDY, J.: La realidad psicosocial del niño exiliado latinoamericano en Europa. Escritos, nº 2: La realidad psicosocial del exiliado político latinoamericano. Ed COLAT, 1979.
- BARUDY, J. y otros: Así buscamos rehacernos. Represión, exilio, trabajo psicosocial. COLAT y CELADEC, Bruselas 1980.
- BARUDY, J.: Los niños exiliados políticos latinoamericanos: una aproximación a su realidad psicosocial (Así

- buscamos rehacernos), CELADEC, Lima, 1981.
- BARUDY, J., SERRANO, J., MARTENS, J. y DURAN, E.: El mundo del exiliado político latinoamericano. En COLAT (Ed): Psicopatología de la tortura y el exilio. Fundamentos, Madrid, 1982, pp 97-110.
- BARUDY, J. y VIEYTES, C.: El dolor invisible de la tortura: nuestras experiencias terapéuticas con ex-prisioneros políticos y sus familias. COLAT, Ediciones Franja, 1984.
- BASTIDE, R.: Sociología de las enfermedades mentales. Siglo veintiuno, México, 1967.
- BASTOS AMIGO, J. A.: Morbilidad en Refugiados. Tesina de Licenciatura, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, 1987.
- BASTOS AMIGO, J. A.: Problemas de salud en refugiados. Estudios del C.E.S.S.A.R., Enero-Junio, 1988, pp 26-37.
- BA THIEN, K. N. and MALAPERT, B.: Problemas psychopathologiques consecutifs aux traumatismes de guerre et de migration. Hospital Trousseau, Paris. 1983.

- BA THIEN, K. N. and MALAPERT, B.: **The psychological Consequences for Children of War Trauma and Migration en Refugees - The Trauma of Exile.** Miserez, D. Martinus Nijhoff Pub. 1988, pp 248-286.
- BEISES, M.: **Psychiatric Epidemiology en The Harvard Guide to Moderne Psychiatric.** Nicholi A. (Ed.). Harvard University Press, 1978.
- BENEDETTI, M.: **Primavera con una esquina rota.** Alfaguara, Madrid, 1982.
- BENEDICT, R.: **Patterns of cultura.** Mentor Books. Nueva York, 1959.
- BERGEN, C. van: **The interpretation of the Amok-Latah symptom from the Hypothetical wiewpoint of comparative mechanisms of impulse utilisation.** Z. Psychother, 1955, 3 pp. 83-86.
- BERTHELIER, Robert: **L' échec scolaire des enfants de migrants: un probleme de langue?** Migration Sante, n° 49, 4° trimestre 1986.
- BERRY, J. W.: **The acculturation process and refugee behavior en Refugee mental health in resettlement countries.** Williams y Westermeyer (eds.). Hemisphere, Washington, 1986.

- BERRY, J. W. y KIM, U.: *Acculturation and mental health en Health and cross-cultural Psychology: Towards applications*. Dassen, Berry y Sartorius (eds.), Sage, Londres, 1987.
- BETTELHEIM, B.: *La Forteresse vide*. Gallimard, París, 1967.
- BETTELHEIM, B.: *El corazón bien informado*. F. C. E., México, 1973.
- BETTELHEIM, B.: *Sobrevivir*. Grijalbo, Barcelona, 1983.
- BION, W. R.: *Experiencias en grupos*. Paidós. Buenos Aires, 1963.
- BLANCH SOLAZ, A.: *La pareja en el exilio*. Congreso de Psicopatología de la marginación. Zaragoza, Mayo 1989.
- BOMAN, B.: *Combat stress, post-traumatic stress disorder, and associated psychiatric disturbance*. *Psychosomatics*, 1986, 27, pp. 567 - 573.
- BOSCH-MARIN, J.: *El niño entre dos culturas. La migración como causa de marginación y desajuste en infancia y adolescencia*. Asociación UNICEF - España. Madrid 1984.

- BOWLBY, J., AINSWORTH, M. y BOSTON, M.: **The effects of mother-child separation: a follow-up study.** Brit. J. Med. Psychol 29, 211-247. 1956.
- BRANDON, S.: **An epidemiological study of maladjustment in childhood.** M. D. Thesis, University Durham, 1960.
- BREMER, J.: **A social Psychiatric investigation of a small Community in Northern Norway.** Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 62, 1951.
- BRESLEY, C. C. y PAGES, B. J.: **Boatlift refugees.** Congreso Mundial de Psiquiatría. Viena, 1983.
- BREYER, U.: **Living in a vacuum: psychological problems of refugees and asylum seekers en Refugees the trauma of exile, D. Miserez (Ed.).** Martinus Nijhoff Publishers. Netherlands, 1988.
- BRIK, E.: **Asistencia psicológica y psiquiátrica de los refugiados latinoamericanos en España.** Estudios del CESERAD. Madrid, Enero-Junio 1985. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- BRIK, E. y MARTINEZ LADRON, J.: **Inactividad forzada como causa de trastornos psicológicos en los refugiados.**

Congreso de Psicopatología de la Marginación. Zaragoza, Mayo 1989.

BUCHER, R.: La différenciation dépression-mélancolie a la lumière des recherches transculturelles. *Psychopathologie Africaine*, 11, 2, 217-237. 1975.

BUSTAMANTE, J. A., SANTA CRUZ, A.: *Psiquiatría transcultural*. Ed. Científico-Técnica. La Habana, 1975.

CABEZAS, B.: Estudio sobre la problemática social de los hijos de los refugiados en España. Servicio de Asistencia a Extranjeros, Servicios Sociales de la Cruz Roja Española. Madrid, 1986.

CAMARERO SANTAMARIA, J.: Planificación de servicios sociales para refugiados en la comunidad. *Estudios CESERAD*. Enero-Junio 1984, nº 1.

CAMPOS S., Armando: Salud mental en comunidades de refugiados. *Estudios del CESERAD*, pag. 27-47. Enero-Julio, Madrid 1984.

CAPLAN, G.: *Principios de Psiquiatría preventiva*. Paidós. Barcelona, 1985.

- CARBONELL, C.: Aspectos epidemiológicos y transculturales. *Pathos*, 65, 1984, pp. 33-38.
- CAROTHERS, J. C.: A study of mental derangement in africans and an attempt to explain its peculiarities more especially in relation to the African attitude to life. *Psychiatry*, 1948, 11, pp. 47-85.
- CASALET RAVENA, M., COMBONI SALINAS, S. y otros: Consecuencias psicosociales de las migraciones y el exilio. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 1989.
- CASALET RAVENA, M.: Seminario migración y exilio: un problema de nuestro tiempo, en Consecuencias psicosociales de las migraciones y el exilio. Casalet Rávena y Comboni Salinas Ed. Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1989, pp. 141 - 144.
- CASTLES, S. y KOSACH, G.: Los trabajadores inmigrantes y la estructura de clases en la Europa Occidental. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1984.
- CHALAKANI S.: El exilio: proceso de muerte y renacimiento, en Consecuencias psicosociales de las migraciones y el exilio. Casalet Rávena y Comboni Salinas Ed. Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1989, pp. 135 - 140.

CHAMBERS, J., YERAGANI, V. K. y KESHAVAN, M. S.: Fobias en la India y en el Reino Unido. Un estudio transcultural. Acta Psiquiátrica Scandinávica, 1986, 74 (4), pp. 388 - 391.

CHANCE, N. A. A cross-cultural study of social cohesion and depression. Transcult. Psychiat. Res. Rev. 1, 2 1964.

CHESSLER, P.: Paciente y patriarca: las mujeres en la relación psicoterapéutica en Mujer, Locura y Feminismo. C. Sáez, Dédalo S.A. Madrid, 1979.

CHODOFF, P.: Effects of extreme coercive and oppressive forces: brainwashing and concentration camps en American Handbook of Psychiatry. Ariety, S. (Ed.). Vol. III, Basic Books. Nueva York, 1966.

COLECTIVO IOE.: Inmigrantes extranjeros en España. Investigación sociológica. 1 fase. Ed. Cáritas, Madrid. Febrero, 1985.

COLMENERO, A.: Autoevaluación del servicio de refugiados de la Cruz Roja Española. Estudios del RAD, Enero-Junio 1984, nº 1.

COOPER, B. y MORGAN, H.: Epidemiología psiquiátrica. PANAP, 1973.

- COOPER, J.M.: **Mental disease situations in certain cultures.** J. Abnorm. Soc. Psychol. 29, 1934, pp. 10-17.
- CORMAN, L.: **El test del dibujo de la familia.** Ed. Kapelusz. Buenos Aires, 1967.
- COROMINAS, J. y FARRE, J. M.: **Contra la tortura.** Ed. Fontanella. Barcelona 1978.
- CORRAL, N. y PAEZ, D.: **Las crisis de las parejas en el exilio Latinoamericano.** Ed COLAT, 1978.
- CORRAL, N.: **Reflexiones sobre la problemática de la mujer en el exilio.** En COLAT (Ed): **Psicopatología de la tortura y el exilio.** Fundamentos, Madrid, 1982.
- COSLIN, P. C. y WINNYKAMEN, F.: **Presence et evolution de stereotypes ethniques chez des enfants et des adolescents.** Communication au Congrès International de Neuro-Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, Juillet, 1986.
- COVARMA, S.: **Problems of marital relationships in Asian Americans.** Congreso Mundial de Psiquiatría. Viena, 1983.
- COX, J.: **Aspects of Transcultural Psychiatry.** British

Journal of Psychiatry, vol. 130, pp. 211-221.

CRAIF, C., BRESLEY, M. D. & BELTRAN, J.: **Boatlift refugees**, Dep. of Psychiatry, Univ. of Miami, School of Medicine, Miami, Florida (U.S.A.). Presentado al Congreso Mundial de Psiquiatría, Viena. 1983.

CRISPIN SANCHIS, D.: **La población extranjera en España. Evolución reciente y situación actual.** Memoria de Licenciatura (inédita). Facultad de Geografía e Historia. Universidad Complutense. Madrid. Septiembre, 1986.

CURTIS, J. H: **Psicología social.** Martínez Roca, Barcelona, 1973.

DAVIDSON, L. M. y BAUM, M.: **Chronic stress and posttraumatic stress disorders.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1986, 54, pp. 303 - 308.

DAVIDSON, M.: **Einege untersuchungsergebnisse über psychologische störungen bei kindern.** Prax. Kinderpsychol, 10, 1961, pp. 273-278.

DAVIDSON, S.: **The clinical effects of massive psychic trauma in families of holocaust survivors.** Journal of Marital and Family Therapy. 1980, 6, pp 11-21.

- DAVIDSON, S.: **The Psychological Aspects of Holocaust Trauma in the Life Cycle of Survivor Refugees and Their Families**, en *The Psychosocial Problems of Refugees*, Baker, R. (Ed.). The British Refugee Council and The European Consultation on Refugees & Exiles. Londres, 1983.
- DELGUEIL, M. C.: **Una experiencia psicoterapéutica con exiliados** en *Consecuencias psicosociales de las migraciones y el exilio*. Casalet M. y Comboni S. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 1989, pp 87-95.
- DERECHO de Asilo y de la condición de refugiados**. Ley 5/84. Textos legales. Dirección General de Acción Social. Servicio de Publicaciones, Madrid, 1985.
- DOCUMENTO - Serv. Asistencia a Extranjeros: **Análisis de los trastornos psiquiátricos en refugiados, asilados y solicitantes atendidos en Cruz Roja Española**. Pub. C. R. E., Madrid, 1987.
- DOCUMENTO - Servicio Asistencia a Extranjeros: **Programa para la detección de alteraciones psicológicas en hijos de refugiados en España**. Pub. C. R. E., Madrid, 1988.
- DUCHE, D. J.: **La psiquiatría del niño**. Oikos - Tau, S.A.

ediciones. Barcelona, 1977.

DUSHANKOSOVICK: **Inmigrants psychiatric problems**. Congreso Mundial de Psiquiatría. Viena, 1983.

EASTWOOD, M. R.: **Screening for psychiatric disorder**. Psychological Medicine, 1971.

EDUCATION, Ministry of: **Report of the Committee on Maladjusted Children**. Chairman, J. E. A. Underwood, HMSO, Londres, 1955.

EITINGER, L.: **Psychiatric Investigations Among Refugees in Norway**, Oslo University Press. Oslo, 1958.

EITINGER, L.: **The incidence of mental disease among refugees in Norway**. Journal of Mental Science, 1959 Vol. 105, pp. 326-338.

EITINGER, L.: **The symptomatology of Mental Illness Among Refugees in Norway**, Journal of Mental Science, 1960-a, vol. 106, pp. 947-966.

EITINGER, L.: **Psychiatric Investigations Among Refugee Patients in Norway**, Mental Hygiene, 1960-b, vo. 44, pp. 91-106.

- EITINGER, L. y GRUNFELD, B.: *Psychosis Among Refugees in Norway*, Acta Psychiatrica Scand., 1966, vol. 42, pp. 315-328.
- EPSTEIN, H.: *Children of the holocaust. Conversations with sons and daughters of survivors*. Putnam, Nueva York, 1980.
- ERON, L. y PETERSON, R.: *Abnormal Behavior: Social Approaches*, U.S.A., A.R.P. 1982.
- ESER, U. y PFEIFFER, W. R.: *Problems on oriental migrants as clients of west german health service*. Congreso Mundial de Psiquiatría, Viena, 1983.
- ESTEVA FABREGAT, C.: *Cultura, sociedad y personalidad*. Promoción Cultural, S. A. Barcelona, 1978.
- EY, H., BERNARD, P. y BRISSET, CH.: *Tratado de Psiquiatría*. Toray Masson, Barcelona, 1978.
- FAVAZZA, A. R.: *Anthropology and psychiatry en Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4ª Ed. Kaplan y Sadock. Williams & Wilkins. Londres, 1984.
- FEDERATION MONDIALE POUR LA SANTE MENTALE: *Prospective internationale de la santé mentale*. P. U. F., Paris, 1962.

- FIGLEY, C. R. y SPRENKLE, D. H.: *Delayed stress response syndrome: Family therapy implications*. Journal of Marriage and Family Counseling. 1978, 4, pp 53-60.
- FOMBONNE, E.: *Psychopathologie des enfants antillais: une approche épidémiologique*. Psychologie Médicale, 1987, 19, 1, pp. 103-105. Paris.
- FRANKL, V. E.: *El hombre en busca de sentido*. Herder. Barcelona, 1986.
- FREUD, A.: *Normalidad y patología en la niñez*. Paidós, Buenos Aires, 1984.
- FREUD, A.: *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Paidós, 1985.
- FREUD, S. (1938): *Letter to Max Eitingon en Letters of Sigmund Freud*. Selected and Edited by E. L. Freud Basic Books. Nueva York, 1960.
- FREUD, S.: *Psicología de las masas en Obras Completas*, Vol. I, Biblioteca Nueva. Madrid, 1967.
- FROMM, E.: *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. F.C.E. México, 1956.

- GARAY MATA, M. V.: **Niveles de salud mental en una población infantil escolarizada y factores de riesgo.** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Complutense. Madrid, 1984.
- GENTILINI, M. y DUFLO, B.: **Medicine Tropicales**, 2ª edición. Flammarion, Medicine-Sciences. París, 1977.
- GEORGE, P.: **Geopolítica de las minorías.** Oikos-Tau, Barcelona. 1985.
- GOLDBERG, D. P.: **The detection of psychiatric illness by questionnaire.** Oxford University Press. Londres, 1972.
- GOLDBERG, D. P., COOPER, B., y otros: **A standardised interview for use in community surveys.** B. J. Prev. Soc. Med. 24, 1970.
- GOVE, W. y TUDOR, J.: **Roles sexuales adultos y enfermedad mental en Mujer, Locura y Feminismo.** C. Sáez, Dédalo S.A. Madrid, 1979.
- GRAVES GWEN, D., TONGE, B. y otros: **Transcultural problems in the assessment of the psychological health of indochinese children.** Senior Research Psychologist mental Health Research Institute. Australia.

GRINBER, L. y GRINBERG, R.: *Identidad y cambio*. Paidós, 1980.

GRINBERG, L. y GRINBERG, R.: *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Alianza, 1984.

GRUPO COLAT: *Psicopatología de la tortura y el exilio*. Fundamentos. Madrid, 1982.

GUINSBERG, E.: *Problemática psicosocial del exilio en Consecuencias psicosociales de las migraciones y el exilio*. Casalet Rávena y Comboni Salinas Ed. Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1989, pp. 17 - 31.

HANCK, CH., COLLOMB, H. y BOUSSAT, M.: *Depressions masquées psychotiques ou masque noir de la dépression*. Acta Psychiatrica Belgica, 16, 26-45. 1976.

HANCK, CH., AYUSO GUTIERREZ, J. L. y SAINZ RUIZ, J.: *Symptomatología depresive et culture: une étude comparative*. Acta Psychiatrica, Bélgica, 77, pp 747-753. 1977.

HEBB, D. O.: *Psicología*. Ed. interamericana. México, 1968.

HERBERT, M.: **Trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia.** Ed. Paidós, Barcelona, 1983.

HERTZ, D. G.: **Psychosomatic and Psychosocial implications of environmental changes on immigrants (a review of contemporary theories and findings).** Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 1982. Vol. 19, nº 4, pp. 329-338.

HIGGINBOTHAM, H. N. y TANAKA-MATSUMI, J.: **Behavioural approaches to counselling across cultures en Counselling across cultures.** Pedersen et al. (eds.) University of Hawaii Press Honolulu, 1981, pp. 247-274.

HILL, O. W. y PRICE, J. S.: **Childhood bereavement and adult depression.** Brit J. Psychiatry, 113, pp 743-751. 1967.

HILL, R. (Ed.): **Families under stress.** Harper. Nueva York, 1949.

HITCH, P.: **The mental health of Refugees: A Review of Research en The Psychological Problems of Refugees.** Baker R. (Ed.). The British Refugee Council and The European Consultation on Refugees & Exiles. Londres, 1983.

- HOLLINGSHEAD, A. y REDLICH, F.: **Social class and mental illness**. John Wilen. Nueva York, 1958.
- HOLMES, T. H. y RAHE, R. H.: **The Social Readjustment Rating Scale**. Journal of Psychosomatic Research, 1967, 11 (2), pp 213-218.
- HORVATH - LINDBERG, J.: **The Swedish Red Cross centre for tortured refugees en Refugees the trauma of exile**, D. Miserez (Ed.). Martinus Nijhoff Publishers. Netherlands, 1988.
- HULL, D.: **Migration, adaptation and illness: a review**. Social Sciencies and Medicine. Enero, 1979. Vol. 56, nº 1, pp. 129-141.
- HUYCK, E. E. y FIELDS, R.: **Impact of Resettlement on Refugee Children**. Vol. 15 nº 1 International Migration Review 1981.
- INGSLEY, Davis: **La sociedad humana**. Editorial Universitaria de Buenos Aires. EUDEBA, 1984.
- IZARDUY, Elva: **El niño refugiado. Problemas psicológicos**. A.S.I. Madrid, Junio 1983.

- JEPSEN, S.: **The General Health of Asylum Seekers en Refugees - The Trauma of Exile.** Miserez D. Martinus Nijhoff Publishers. Netherlands, 1988.
- KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J.: **Comprehensive textbook of Psychiatry, 4ª edición.** Williams & Wilkins. Londres, 1984.
- KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J.: **Compendio de Psiquiatría, 2ª edición.** Salvat, Barcelona, 1989.
- KASL, S. V. y BERKMAN, L.: **Health consequences of the experience of migration.** Annual Review of Public Health. 1983. Vol. 4, pp. 69-90.
- KEMPE, R. S. y KEMPE, C. H.: **Niños maltratados.** Morata, Madrid, 1982.
- KHUONG, D. T.: **Victims of violence in the South China Sea en Refugees the trauma of exile,** D. Miserez (Ed.). Martinus Nijhoff Publishers. Netherlands, 1988.
- KIESLER, C.: **Public and Professional Miths about Mental Hospitalization.** American Psychologist 1982. V.37, n.12 pp. 1323-1339.

KLUZNIK, J. C., SPEED, N., VAN VALKENBURG, C., y MAGRAW, R.: **Forty-year follow-up of United States prisoners of war.** American Journal of Psychiatry, 1986, 143, pp. 1443 -1446.

KOLVIN, I., GARSIDE, R. F., NICOL, A. R., MC MILLAN, A., WOLSTENHOLME, F. y LEITCH, I.: **Familial and Sociological and correlates of behavioural and sociometric deviance in 8 year old children.** Epidemiological of Psychiatric disorders of childhood (ed. P. Graham). Academic Press, 1987 (a).

KOLVIN, I., GARSIDE, R. F., NICOL, A. R., MC MILLAN, A. y LEITCH, I.: **Screening schoolchildren for high risk of emotional and educational disorder.** British Journal of Psychiatry, 131, 1977 (b), pp. 192-206.

KOOS, E. L.: **Families in trouble.** King's Crown Press. Nueva York, 1946.

KORDON, D. R., EDELMAN, L. I. y otros: **Efectos psicológicos de la represión política.** Sudamericana/Planeta. Buenos Aires, 1987.

KREISLER, L., FAIN, M. y SOULE, M.: **El niño y su cuerpo.** Amorrortu, 1977.

- KRENZ, F.: **La definición del Refugiado.** Estudios del CESERAD. Enero-Junio 1984, nº 1.
- LAHEY, B. B. y KAZDIN, A. E.: **Advances in clinical Child Psychology.** Plemun Vol. I 1977, Vol. II 1979, Vol. III 1980, Vol. IV 1981, Vol V 1982 y Vol. VI 1986.
- LAMBO, T.: **Further neuro-psychiatric observations in Nigeria.** Brit. Med. J., 2, pp 1696-1704. 1960.
- LANCET (THE): **The Health of refugees** (editorial). Marzo, 1985. Vol. 1, nº 8430, pp. 673-674.
- LIBERMAN, R.: **Los hijos ante el divorcio.** Hogar del Libro, Barcelona, 1980.
- LIFTON, R. J.: **Death in life.** Vintage Books. Nueva York, 1969.
- LIFTON, R. J. y OLSON, E.: **Death inprint in Buffalo Creek en Emergency and disaster management: A mental health sourcebook.** Parad (Ed.). Charles Press. Maryland, 1976.
- LIGA de Sociedades Cruz Roja Diana Miserez / John Lloyd
Note Sur les enfants refugies. EC/SCP/46. 9 juillet 1987.

- LIN, E. et al.: An exploration of somatisation among Asian refugees and inmigrants in primary care. American Journal of Public Health. Septiembre, 1985. Vol. 75, nº 9, pp. 1080-1084.
- LINTON, R.: The cultural background of personality. Appleton-Century Crofts. New York, 1945.
- LIRA, E., WEINSTEIN, E. y otros: Psicoterapia y ~~reacción~~ política. Ediciones Siglo XXI, México, 1984.
- LLUIS FONT, J. M.: Test de la familia. Oikos - tav.
- LOBO, A. y PEREZ ECHEVERRIA, M. J.: Aportaciones para el uso en España de la versión en escalas del BHQ. XIV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Valladolid, 1981.
- LOBO, A.: "Screening" de trastornos psíquicos en la práctica médica. GHQ/ Mini-Examen. Universidad de Zaragoza, Zaragoza 1987.
- LOPEZ-IBOR ALIÑO, J. J.: Los equivalentes depresivos. Paz Montalvo. Madrid, 1976.
- MARTENS, J.: El mundo relacional de la pareja y de la

familia en exilio, en *Psicopatología de la tortura y el exilio*. Grupo Colat. Ed. Fundamentos, Madrid, 1982.

MARTI TUSQUETS, J. L.: *Psiquiatría social*. Herder. Barcelona, 1976.

MARTI TUSQUETS, J. L., y MURCIA GRAU, M.: *La variable inmigración como factor de riesgo en la enfermedad alcohólica*. *Psicopatología*, 4, 4, 1984, pp. 407 - 420.

MARTI TUSQUETS, J. L., y MURCIA GRAU, M.: *Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica*. Herder. Barcelona, 1987.

MARTI TUSQUETS, J. L. y MURCIA GRAU, M.: *Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e investigación*. Anthropos. Barcelona, 1988.

MARTIN, P.: *Inmigrantes extranjeros en España*. Círculos Españoles, Madrid 1985.

MARTIN DEL MORAL, M.: *Determinación cuantitativa de aspectos clínicos de la enfermedad depresiva mediante la aplicación del CET-DE*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina. Madrid, 1989.

MATEO MARTIN, Ildefonso y otros: *Guía para la elaboración del Programa de Salud Mental y Atención Primaria de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio de Publicaciones, Madrid, nov. 1985.

MAUSNER, J. y BAHN, A.: *Epidemiología*. Interamericana. Buenos Aires, 1979.

MC CALLIN, M.: *Trauma amongst refugee children: the work of the international catholic child bureau en Refugees*. The trauma of exile, D. Miserez (Ed.), Martinus Nijhoff Publishers. Netherland, 1988.

MEERLOO, J.: *Delayed mourning in victims of extermination camps*. Journal of the Hillside Hospital, 12, 96, 1963.

MEMORIA de la Cruz Roja Española. Servicio de Asistencia a Extranjeros, 1985.

MEMORIA de la Cruz Roja Española. Servicio de Asistencia a Extranjeros. 1986.

MEMORIA de la Cruz Roja Española. Servicio de Asistencia a Extranjeros. 1988.

- MENCHON, J. M.: **Estrés post-traumático. Investigación Médica Permanente - Psiquiatría, 1/1987.**
- MIDGLEY, J.: **Drinking and attitudes toward drinking in a Muslim community. Quart. Journal Stu. Alc. n° 32, 1971, pp. 148 - 158.**
- MINDE, K. K.: **Psychological problems in Uganda school children: a controlled evaluation. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 16, 1976, pp. 49-59.**
- MINDE, K. K.: **Children in Uganda: rates of behavioural deviations and psychiatric disorders in various school and clinic populations. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 18, 1977, pp. 23-37.**
- MIRA, V., MADARIAGA, L. M., ARGAYA, A. y ARRANZ, B.: **Manifestaciones agresivas en pacientes depresivos. Medicina Española, 72, 20-26, 1974..**
- MISEREZ, D. (Ed.): **Refugees - The Trauma of Exile. Martinus Nijhoff Publishers. Netherlands, 1988.**
- MOVIMIENTO SOLIDARIO DE SALUD MENTAL: **Terrorismo de Estado.. Efectos psicológicos en los niños. Paidós. Buenos Aires, 1987.**

- MÜNSTERBERG KOPPITZ, E.: *El test guesstáltico de Bender*.
Ed. Oikos - Tau, Barcelona 1981.
- MÜNSTERBERG KOPPITZ, E.: *El test guesstáltico visomotor
para niños*. Ed. Guadalupe, Buenos Aires 1984.
- MUÑOZ, L.: *Exile as Bereavement. Socio-Psychological
Manifestations of Chilean Exiles in Great Britain*.
British Journal of Medical Psychology, vol. 53, pp.
227-232.
- MUÑOZ, P. E. y VAZQUEZ, J. L.: *Study of the validity of
Goldberg's 60 items G.H.Q. in its spanish version*.
Social Psychiatry, 13, pp. 99-104, 1978.
- MUÑOZ, P. E. y col.: *Adaptación española del General
Health Questionnaire (G. H. Q.) de D. P. Goldberg (un
método de identificación de casos psiquiátricos en la
comunidad)*. *Archivos de Neurobiología*. Tomo XLII.
Marzo-Abril 1979, Madrid 1979.
- MURPHY, H. B. M., WITTKOWER, E.D. y CHANCE, N.: *A cross-
cultural inquiry into the symptomatology of depres-
sion: a preliminary report*. *Int. J. Psychiat*, 3, 6 .
1967.

- MURPHY, H. B. M.: **Migration, Culture and Mental Health.**
J. Psychol Med. Nov. 4: pp 677-684. 1977.
- MURPHY, J. M.: **War Stress and civilian Vietnamese.** Acta
Psychiat. Scand., 56, pp 92-108. 1977.
- NACE, E. P., MEYERS, A. L., O'BRIEN, CH. P., REAM, N. y
MINTZ, J.: **Depression in veterans two years after
Vietnam.** Am. J-Psychiatry, 134, pp 167-170. 1977.
- NGUYEN, Anh Nga, M. D.: **Living Between two cultures:
Vietnamese children in the USA.** The University of
Oklahoma, 1986.
- NICKEL, Horst: **Psicología del desarrollo de la infancia
y de la adolescencia.** Herder, Barcelona 1976.
- NUFFIELD/NASH, Portfolio series: **Folio número 9.** Nuffield
Provincial Hospital Trusts, 1985.
- OSBERG, K.: **Cultural shock: adjustment to new cultural
environments,** Practical Anthropology nº 7, 1960, pp.
177-183.
- O. M. S.: **Aplicaciones de la epidemiología en los progra-
mas de vivienda y en la planificación de asentamientos**

- urbanos. S. I. T. n° 544. Ginebra, 1974.
- O. M. S.: **Manual of the International Classification of Diseases, injuries and causes of death rev. 9.** Ginebra, 1978.
- O. M. S.: **Atención de salud mental en los países en desarrollo: análisis crítico de los resultados de las investigaciones.** S.I.T. n° 698, Ginebra, 1984.
- OPLER, M. K.: **Culture, psychiatry and human values.** Ch. Thomas. Springfield, 1956.
- O. P. S.: **Trastornos depresivos en diferentes culturas.** Pub n° 458. Washington, 1983.
- OSTWALD, P. and BITTNER, E.: **Life adjustment after severe Persecution.** Am. J. Psych, n° 124, pp. 87-94. 1968.
- OZAMIZ, J. A. y otros: **Psico-sociología de la salud mental.** Tartalo S.A., San Sebastián, 1988.
- OZERTURGURT - JURTDAS, H.: **Muslim women in highly industrialised societies, the case of Turkish women in the F.R.G.** Congreso Mundial de Psiquiatría. Viena, 1983.

PAEZ, D. y CORRAL, N: *Las crisis de las parejas en el exilio*, en *Escritos nº 2: La realidad psicosocial del exiliado político latinoamericano*. Ed. Colat, 1979, pp. 58 - 65.

PALM, R. J.: *Effects of imprisonment and isolation*. Congreso Mundial de Psiquiatría. Viena, 1983.

PALM, R. J.: *Victims of torture and their Rehabilitation*. Congreso Mundial de Psiquiatría. Viena, 1983.

PARRA, J., y GOMEZ, P.: *Los refugiados económicos*. Mundo amigo, Madrid. 1984.

PAYKEL, E. S., MYERS, J. K., DIENELT, M. N., KLERMAN, G. L., LINDENTHAL, J. J. y PEPPER, M. P.: *Life events and depression: A controlled study*. Arch. Gen. Psychiatr. 21, 753-760. 1969.

PELICIER, Y.: *Intégration des données sociologiques à la psychiatrie clinique en Rapport au Congrès de Psychiatrie et de neurologie de Langue Francaise*. Masson, París, 1964.

PFEIFFER, S. I.: *Clinical Child Psychology*. Brune & Stratton, London 1985.

- PFEIFFER, W. M.: *Transkulturelle Psychiatrie*. Thieme. Stuttgart, 1971.
- PLATT, S. y KREITMAN, N.: *Parasuicide and unemployment among men in Edinburgh 1968-1982*. *Psychological Medicine*, 1985, 15, pp. 113-123.
- RACK, P.: *Race, culture and mental disorder*. Tavistock. Londres, 1982.
- RANGARAJ, A. G.: *The health status of refugees in south East Asia*, en *Refugees - The trauma of exile*. D. Miserez (ed.). Martinus Nijhoff Publishers. Netherlands, 1988.
- RAUSCH DE TRAUBENBERG: *Etude psychologique des adolescents vietnamiens apport du Rorschach. Specificite culturelle, vecu traumatique, modalites d'adaptation*. Undécimo Congreso de la Asociación Internacional de la Psiquiatría del niño y del adolescente. Paris, Julio, 1986.
- RAVEN, J. C.: *Test de matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual (de sujetos de 4 a 11 años)*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1986.

REFUGEES IN 1984: Dossier Refugees. Enero 1984, núm. 1
pp. 21 - 28.

REFUGIADOS: Resumen general de 1986. Rev. Refugiados,
Diciembre 1986, núm. 24 pp. 20 - 27.

REID, D. D.: La méthode épidémiologique dans l'étude des
troubles mentaux. O. M. S., C. S. P. n° 2. Ginebra,
1960.

RICO FRANCIA, M. T.: Los refugiados políticos en Madrid.
Localización de los principales grupos de refugiados
en Madrid. Estudios del C.E.S.S.A.R., Enero-Junio,
1988, pp 5-25.

RIESMAN, N. G. y DENNEY, R.: La muchedumbre solitaria.
Paidós. Barcelona, 1981.

ROCHE, J. L.: A multidimensional approach to the exile's
persecution experience en Refugees - The Trauma of
Exile. D. Miserez, Ed. Martinus Nijhoff Publishers
Netherlands, 1988.

ROJAS BALLESTEROS, L. y ROJO SIERRA, M.: Síndromes más
frecuentes observados en los emigrantes. Comunicación
al VII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Pamplona,
1962.

- ROJO SIERRA, M.: *La psiquiatría transcultural o la relatividad del esquema clásico de la psiquiatría*. Hospital General, 1970, 10, pp 59-67.
- ROMO, E.: *Comentarios a la nueva ley de asilo*. Estudios del CESERAD. Enero-Junio, 1984, nº 1.
- ROMO, E.: *Refugiados del Sudeste Asiático en España: un balance necesario*. Julio-Diciembre 1985. Estudios del CESSAR, Madrid.
- ROMO, E.: *Realidad y perspectivas de los servicios sociales para refugiados en España*. Revista C.A.S., Madrid 1986.
- ROUSSEL, H.: *La rencontre avec le migrant sous l'angle de l'hétérogénéité culturelle du milieu d'accueil*. Undécimo Congreso de la Asociación Internacional de Psiquiatría del niño y adolescente. Paris, Julio, 1986.
- RUESCH, J.: *Transcultural Psychiatry*. International Journal of Social Psychiatry. V. 7, Londres, 1961.
- RUSSELL, A.: *Late Psychosocial consequences in concentration Camp Survivor Families*. American J. Orthopsychiatry, nº 44, pp. 611-619. 1974.

RUTTER, M.: Clasificación and categorisation in child psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 6, 1965, pp. 71-83.

RUTTER, M.: A children's Behaviour Questionnaire for completion by teachers: Preliminary Findings. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 8, 1967, pp. 1-11.

RUTTER, M., TIZARD, J. y WHITMORE, K.: Education, health and behaviour. Lonpmans, Londres, 1970.

RUTTER, M., COX, A., BERGER, J. y YULE, M.: Attainment and adjustment in two geographical areas. I.- The prevalence of Psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 126, 1975, pp. 493-509.

RUTTER, M., BERGER, M. y YULE, W.: Attainment and adjustment in two geographical areas. II.- The prevalence of specific reading retardation. *British Journal of Psychiatry*, 126, 1975, pp. 510-609.

RUTTER, M.: *Psiquiatría del Desarrollo*. Salvat. Barcelona, 1985.

SAINSBURY, M. J.: *Introducción a la Psiquiatría*. Morata. Madrid, 1978.

SAMEROFF, A. et Alia: Early Indicators of developmental Risk: Rochester longitudinal study. Schizophrenia Bulletin. Vol. 13 nº 3, 1987.

SAMEROFF, A. J. y otros: Intelligence Quotient Scores of 4-year-old children: social environmental Risk Factors. Pediatrics. Vol. 79 nº 3, Marzo 1987.

SAN MARTIN, H.: Salud y enfermedad. Ed. La prensa médica mexicana, México 1981.

SAN MARTIN, H. et al.: Epidemiología: teoría, investigación, práctica. Díaz de Santos, Madrid. 1986.

SANK, L. I.: Community disasters: Primary prevention and treatment in a health maintenance organization. American Psychologist, 1979, 34, pp 334-338.

SCHLAPOBERSKY, J. y BAMBER, H.: Rehabilitation work with victims of torture in London en Refugees the trauma of exile, D. Miserez (Ed.). Martinus Nijhoff Publishers, Netherlands, 1988.

SELYE, H.: The stress of life. McGraw Hill Book Co. Nueva York, 1976.

SERIGO SEGARRA, A.: El papel del médico general en el

- tratamiento y asistencia de los trastornos psiquiátricos en Psiquiatría Sociológica, Alonso Fernández. Paz Montalvo, Madrid, 1974.
- SERRANO, J.: L'accueil des refugies politiques et des demandeurs d'asile. Problemes psicho-sociaux. Ligue Bruxelloise Francophone pour la Sante Mental. Bruxelles, 1986.
- SERRANO, J. A.: Langaje et insertion sociale du jeune migrant. Revue internationale de l'enfant. N° 64/65.
- SERRANO, J. A.: Familial et familier: au carrefour d'une errance. Neuropsychiatrie de l'enfance. 1980, 28(9), pp. 417-425.
- SEVA DIAZ, A. y colaboradores: El alma del asfalto. La salud mental en la población urbana de Zaragoza. Universidad y Ayuntamiento de Zaragoza, 1983.
- SHACKMAN, J.: Speaking through Others: A study of the use and Training of interpreters. Refugee Action Leeds Jorks. U.K. 1982.
- SHEPHERD, M.: The epidemiology of neurosis, International Journal Social Psychiatry, 1960, 5 págs. 26.

- SHEPHERD, M.: Aplicación del método epidemiológico en psiquiatría en Enseñanza de la salud mental en las escuelas de salud pública, O.P.S., publicación nº 321, Washington, 1976.
- SLAIKEU, K. A.: Intervención en crisis. Manual moderno. México, 1988.
- SMARTT, C. G. F.: Mental adjustment in the East Africans. Journal of Mental Sciences, 1956, 102, pp. 441-466.
- SOLOMON, P. y KLEEMAN, S. T.: Sensory deprivation en Comprehensive textbook of Psychiatry. Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. Williams & Wilkins. Londres, 1984.
- SUEDFELD, P., BALLARD, E. J. y MURPHY, M.: Water immersion and flotation: from stress experiment to stress treatment. J. Environ. Psychol. 3, 147. 1983.
- SULLIVAN, H. S.: Clinical studies in Psychiatry. New York, W.W. Norton, 1956.
- TARNOPOLSKY, A. y col.: Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en un suburbio industrial de Buenos Aires. Acta Psiq. y Psicol. de America Latina 23, 1977.

- TEICHER, M.: **Windigo psychosis**. Amer. Ethnol Society. California, 1960.
- TEJA, J. S., NARANG, R. C. y AGARWAL, A. K.: **Depression across cultures**. Br. J. Psychiatr, 119, 253. 1971.
- TELLEZ CARRASCO, P. J.: **Amok y latah**. Actas luso-españolas de Neuropsiquiatría. 11, 1952, pp. 250-260.
- THARP, R. G. y WETZEL, R. J.: **Behavior modification in the natural environment**. Academic Press, Nueva York y Londres, 1969.
- TIJON GARCIA, J. L. y SALAMERO I BARO, M.: **Migraciones y salud mental: una revisión del tema desde la población inmigrante a Cataluña**. Comunicación al Congreso sobre Psicopatología de la Marginación. Zaragoza, mayo 1989.
- TONGYOUK, J.: **Depressions in Thailand in the perspective of comparative transcultural psychiatry**. J. Psychiat. Ass. Thailand, 17. 1972, pp. 44 y ss.
- TOOTH, G.: **Studies in mental illness in the Gold Coast**. Research Publications n° 6 H.M.S.O. Londres, 1950.
- TORO, J.: **Stress y enfermedad**. En BALLUS, C.: ~~Psicobiolo-~~

- gía: interrelación de aspectos experimentales y clínicos. Herder, Barcelona, 1983.
- TORRAS, E.: Depresión, hipocondría y psicósomática. Jornadas de Psicósomática, Barcelona, 1985.
- TYHURST, J. S.: The role of transition states-including disasters-in mental illness en Symposium of preventive social psychiatry. U. S. Government Printing Office. Washington. 1958, pp 149-169.
- TYHURST, L.: Displacement and Migration. Amer J. Psychiatry, nº 107 Feb. pp. 561-568. 1951.
- TYHURST, L.: Psychosocial First Aid For Refugees. Mental Health and Society. Vol. 4, pp. 319-343. 1977.
- ULLMAN, C. A.: Teachers peers and tests as predictors of adjustment. Journal of Educational Psychology, 48, 1957, pág. 257.
- USOBIAGA, I. y ZUBIRI, M.: Tratamiento del enfermo psicósomático en grupo. J. de Psicósomática, Barcelona, 1985.
- VASQUEZ, Ana.: Le temps social: enfants étrangers à

- l'école française. *Enfance* n° 3 - 1980.
- VASQUEZ, Ana: *Se nourrir de nostalgie. La conduite alimentaire à l'école, aspect de la socialisation des enfants étrangers.* *Enfance*, n° 1 - 1986.
- VASQUEZ, A. y RICHARD, G.: *Problemas de adaptación de a hijos de refugiados del cono Sur de América Latina a Francia.* Ed. CIMADE, 1978.
- VAZQUEZ, B. J. et al.: *The influence of the process of urbanisation on the prevalence of neurosis.* *Acta Psych. Scandiv.* 1982, 65, pp. 161-170.
- VAZQUEZ BARQUERO, J. L. y DIEZ MANRIQUE, J. F.: *Las fuentes de información en la investigación epidemiológica en Psiquiatría.* *Psiquis* 3, 1982, pp. 23 - 30.
- VERDROSS, A: *Derecho Internacional Público.* Aguilar. Madrid, 1973.
- VINEY, L. L.: *The concept of crisis: A tool for clinical psychologists.* *Bulletin of the British Psychological Society.* 1976, 29, pp 387-395.
- WALLACE, A. F.: *Culture and personality.* Random House. Nueva York, 1970.

- WALLACE, A. F.: *Antropología y Psiquiatría en Tratado de Psiquiatría*. Freedman, Kaplan y Sadock. Salvat, Barcelona, 1982.
- WALLON, Henry: *La evolución psicológica del niño*. Editorial Crítica. Barcelona 1976.
- WICKER, H. R. y SCHOCH, H. K.: *Refugees & mental health: south east Asian refugees in Switzerland en Refugees The Trauma of Exile*. Miserez D. Nijhoff Pub. Netherlands, 1988.
- WILLIAMS, T. (Ed.): *Post-traumatic stress disorders of the Vietnam veteran. Disabled American Veteran, National Headquarters*. Ohio, 1980.
- WINNICOTT, D. W.: *La familia y el desarrollo del individuo*. Hormé, Buenos Aires, 1980.
- WITKOWER, E. D.: *Recent development in transcultural Psychiatry en Transcultural Psychiatry*. Ciba Foundation Symposium. Churchill, J. A. Londres, 1965.
- YAP, P. M.: *Mental diseases peculiar to certain cultures: A survey of comparative Psychiatry*. *Journal Ment. Sci.* 97, 1951, pp. 313-327.

ZEISEL, H.: **Diálogo con los números**. Fondo de cultura económica. México, 1962.

ZIMMERMANN-TANSELLA, C., MINGUETTI, S., TACCONI, A. y TANSELLA, M.: **The children's behaviour questionnaire for completion by teachers in an Italian sample preliminary results**. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 1978, pp. 167-173.

ZUBIN, J. y SPRING, B.: **Vulnerability a new view of schizophrenia**. *Journal of Abnormal Psychology*. 1977, 86, pp 103-126.