

Tratamiento informativo del síndrome de la resignación. Un discurso sobre las familias refugiadas

Informative Treatment of the Resignation Syndrome. A Discourse on Refugee Families

EMAN MHANNA MHANNA

Universidad de Almería/cysoc

Ctra. del Sacramento, s/n. La Cañada de San Urbano (Almería), 04120

emm867@ual.es

<https://orcid.org/0000-0001-5637-0471>

RECIBIDO: 22 DE OCTUBRE DE 2021

ACEPTADO: 27 DE ENERO DE 2022

Resumen: Este trabajo forma parte del proyecto DIPURE, en el que investigadores de las universidades de Almería, Murcia y Cardenal Herrera de Valencia han examinado desde distintas perspectivas el discurso público sobre los refugiados en España. En esta ocasión, nuestro objeto de estudio conjuga lo migratorio con lo sanitario, pues nos hemos ocupado del discurso periodístico sobre el síndrome de la resignación, que, según la escasa investigación que se ha realizado sobre él, afecta únicamente a niños que solicitaron asilo en Suecia. Para examinar el tratamiento del síndrome de la resignación en los medios españoles, hemos observado una muestra de la prensa escrita publicada desde 2015, año en el que empezó a aumentar de forma considerable el número de personas refugiadas en el mundo, hasta junio de 2021. El estudio se enmarca en el hipergénero conocido como *debate social* y los principales resultados del estudio están estructurados en tres dimensiones: la primera afecta al espacio y al tiempo; la segunda, a los actores y la tercera, a las valoraciones y argumentaciones.

Palabras clave: Síndrome de la resignación. Salud. Refugiados. Análisis crítico del discurso. Prensa española.

Abstract: This paper is part of the DIPURE project, in which researchers from the universities of Almería, Murcia and Cardenal Herrera of Valencia have examined the public discourse on refugees in Spain from different perspectives. On this occasion, our object of study combines migration and health, as we have dealt with the journalistic discourse on the resignation syndrome, which, according to the little research that has been done on it, only affects children who applied for asylum in Sweden. To examine the treatment of the resignation syndrome in the Spanish media, we observed a sample of the written press published from 2015, the year in which the number of refugees in the world began to increase considerably, until June 2021. The study is framed within the hypergenre known as *social debate* and the main results of the study are structured in three dimensions: the first affects space and time; the second, actors; and the third, evaluations and arguments.

Keywords: Resignation Syndrome. Health. Refugees. Critical Discourse Analysis. Spanish Press.

Este trabajo forma parte del proyecto FFI2017-89147-R “El discurso público sobre los refugiados en España” (DIPURE), Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, Fondos FEDER. La autora es beneficiaria del contrato predoctoral FPU19/00594, Ministerio de Universidades. Grupo ECCO (HUM-852). CysOC (Centro de investigación Comunicación y Sociedad, Universidad de Almería).

1. INTRODUCCIÓN

A principios de siglo, empezó a despertar el interés de la comunidad científica una condición de salud que afectaba exclusivamente a niños y adolescentes solicitantes de asilo en Suecia y que acabó conociéndose como *síndrome de la resignación*. Von Knorring/Hulterantz (1103) advierten, no obstante, de que sobre este síndrome ya había hablado mucho antes (concretamente en 1958) la psicoterapeuta Anna-Lisa Anell y lo describen como condición de estupor que limita la comunicación de los afectados, sus habilidades motoras y su capacidad para lidiar con las actividades diarias. Aquellos que están en estadios más avanzados, pueden necesitar una sonda nasogástrica para ser alimentados, pues dejan de ser capaces de comer y beber de forma autónoma. Otros autores –hemos de señalar que son pocos los estudios que tratan este tema– relacionan este síndrome con otros más populares, como el que presenta Achotegui como síndrome de Ulises, por ejemplo, y con el que comparte síntomas tales como “ansiedad, perturbación en la cognición y en la memoria, estados depresivos, tendencia al aislamiento, cuadros psicopáticos o de apariencia psicopática”, entre otros (Sánchez 11). El síndrome de la resignación presenta algunas peculiaridades que lo asemejan a las conocidas como enfermedades raras, si lo contemplamos desde un punto de vista discursivo. En ambos casos, la enfermedad afecta a un número limitado de personas (el síndrome de la resignación, incluso, es mucho más restringido, ya que los pacientes tienen un perfil muy concreto: niños pertenecientes a familias solicitantes de asilo ubicadas en Suecia); desde un punto de vista científico, son enfermedades poco exploradas; y, socialmente, son por lo general poco conocidas (Bañón/Solves 63). De ahí que el interés mediático por ellas resulte esporádico y se ofrezca con cierto sensacionalismo. En el caso del síndrome de la resignación, la realidad de una enfermedad poco conocida se conjuga con la situación de refugio que viven sus protagonistas, dando lugar a un marco discursivo en el que lo sanitario se solapa con lo administrativo, y viceversa. En efecto, se ha llegado a hablar de *cura burocrática* (T17),¹ pues la condición de refugiado es la que desencadena el surgimiento de la enfermedad, situada concretamente en el momento en que se comunica a las familias que serán expulsadas de Suecia (von Knorring/Hulterantz), y, del mismo modo, el proceso de cura se inicia cuando reciben la noticia de resolución favorable.

1. El texto se puede localizar recurriendo a las referencias de la primera tabla que se ofrece más adelante.

El propio proceso migratorio inserta al refugiado en un ciclo de circunstancias que albergan *interacción*, *crisis* o *conflicto* y *cambio*, dando lugar a un malestar que desemboca en enfermedad (Heras/otros 223). Es sabido que el proceso migratorio, en general, y muy especialmente el que atraviesan los refugiados, despoja a los individuos de su hogar; por eso, es muy representativa la descripción que hace Sánchez (18) del síndrome de la resignación como “la desesperanza de carecer de hábitat”. En los últimos años, se ha defendido que el estudio de los temas relativos a la salud desde la perspectiva del análisis discursivo es necesario y urgente, puesto que el discurso puede ser una herramienta para la expresión de salud o de enfermedad, pero, sobre todo, en él se reflejará la “construcción social de la salud y de la enfermedad” (Bañón 2007, 190). También se han desarrollado algunas investigaciones ocupadas concretamente de salud y migración: Mogollón/Vázquez; Heras/otros; Olmos; Fornieles/Bañón; Luna/Mejía o Calderón, entre otros. Algunos de ellos están directamente relacionados con el análisis del discurso (Heras/otros; Olmos o Fornieles/Bañón). Si a la salud, que ya es un objeto complejo, le sumamos el factor migratorio, el estudio de esta realidad solo podría realizarse dentro de un marco que pueda comprender toda esta complejidad; por ello, lo incluimos en el hipergénero conocido como debate social (Bañón 2018). Asimismo, creemos que resulta necesario realizar un examen del tratamiento discursivo que recibe nuestro objeto de estudio en el ámbito de los medios de comunicación, que son la fuente más poderosa a la hora de trasladar a la sociedad la imagen de determinada enfermedad. A partir de ahí, para analizar cómo es tratado el síndrome de la resignación en los medios españoles, hemos examinado una muestra de la prensa escrita publicada desde 2015, año en el que empezó a aumentar de forma considerable el número de personas refugiadas en el mundo, hasta junio de 2021, puesto que el corpus fue recopilado en julio de ese mismo año. En lo que sigue, veremos con más detalle cómo fue seleccionado el material y cuál fue la metodología empleada para analizarlo; se presentarán los principales resultados del estudio, que se dividirán en tres dimensiones: la primera afecta al espacio y al tiempo; la segunda, a los actores y la tercera, a las valoraciones y argumentaciones. Por último, se expondrán algunas conclusiones.

2. METODOLOGÍA

En primer lugar, para la selección del corpus, hemos recurrido a la herramienta *MyNews*, hemeroteca digital que cuenta con piezas de la prensa española (en línea y escrita) publicadas desde 1996 y a la que está suscrita la Uni-

versidad de Almería, por lo que hemos podido acceder a dicho contenido a través de las credenciales de la institución. En la opción búsqueda avanzada de *MyNews*, hemos introducido las palabras clave *refugiado(s)*, *síndrome* y *resignación* (opción “con todas las palabras”), ajustando los siguientes parámetros: posición: todas; sección: todas; medio: todos. La fecha, como hemos dicho antes, es el periodo que transcurre entre enero de 2015 y junio de 2021. La consulta en la base de datos se realizó de forma individual para cada año. El resultado bruto obtenido fueron 74 piezas publicadas entre el 3 de abril de 2017 y el 27 de mayo de 2021 en los distintos medios impresos y digitales que se pueden consultar en la tabla que aparece en el epígrafe 3.1, pero, con la eliminación de los mismos textos informativos publicadas en más de un medio, nos hemos quedado únicamente con 35 textos. Para la codificación de estos documentos, hemos hecho una lectura con el fin de seleccionar todas las denominaciones asignadas a las personas afectadas por el síndrome de la resignación, que posteriormente han sido divididas, siguiendo un criterio semántico-argumentativo, en las siguientes categorías de elaboración propia: *incapacidad*, *inerencia*, *inacción* e *impasividad*. A continuación, hemos identificado todos aquellos enunciados que describen al propio síndrome, para observar si encontramos elementos semánticos y sintácticos que puedan constituir estructuras descriptivas prototípicas. Finalmente, hemos buscado un último tipo de enunciados, que es el que hace referencia a los antecedentes, al desarrollo y a las consecuencias del padecimiento del síndrome de la resignación, con el objetivo de observar cuáles son las valoraciones y argumentaciones que tanto el periodista como los actores a los que menciona usan para tratar el tema que nos ocupa. Para analizar las valoraciones y las argumentaciones, hemos recurrido a la secuencia lineal que traza la idea de *viaje migratorio*, a través de la cual el vínculo entre la enfermedad y el proceso de solicitud de asilo se aprecia con mayor coherencia y nitidez. De esta forma, hemos podido diferenciar tres etapas en el desarrollo del síndrome en estos niños solicitantes de asilo en Suecia: *la vida anterior a la llegada a Suecia*, *la vida en Suecia* y *la posible expulsión*.

En segundo lugar, para la realización del análisis propiamente dicho, nos hemos basado en la estructuración propuesta por Bañón en distintas aportaciones sobre discurso y salud (una de las más destacadas es la que aparece en el libro *Discurso y salud. Análisis de un debate social*, de 2018), que plantea el estudio del discurso sobre la salud bajo el techo del hipergénero conocido como *debate social* desde las tres dimensiones señaladas en la introducción: *espacio y tiempo*, *actores*, y *valoraciones y argumentaciones*. Hablar de debate social es asumir que

estamos abordando un extenso marco de análisis en el que intervienen “una amplia variedad de actores, de tipos de discurso, de actitudes, etc.” (Bañón 2007, 191). El interés social de ciertos temas, como el que nos ocupa, es el que propicia la diversidad discursiva que hemos mencionado. De ahí que se haga necesario abordar cada uno de los elementos que la componen: en primer lugar, se describen las dimensiones espacio-temporales, que vienen a ser, principalmente, el análisis de la repercusión y el alcance que tienen ciertos temas. En segundo lugar, se encuentran los actores que participan en el debate, que pueden ser, según Bañón (2018), macroactores (responsables políticos e institucionales y profesionales de los medios de comunicación), mesoactores (colectivos sociales y profesionales) y microactores (personas afectadas y sus familiares). Partiendo de este esqueleto, hemos establecido dentro de cada una de las dimensiones una serie de categorías que nos sirvieron para sistematizar el análisis de este complejo marco discursivo. Por último, creemos que el estudio del discurso sobre salud y migración ha de ser objeto de una aproximación interdisciplinar (Temores/otros), por lo que estamos convencidos de que el análisis crítico del discurso es una de las orientaciones más adecuadas para tratarlo.

3. DISCUSIÓN Y RESULTADOS

En distintas aportaciones al estudio de la salud y el discurso, Bañón insistía en que un análisis completo en este ámbito es aquel que contempla el estudio de las dimensiones espacio-temporales, de los actores y de las valoraciones y argumentaciones. Creemos que esta división puede ser muy adecuada para abarcar el examen del objeto de este trabajo.

3.1 *El espacio y el tiempo en el síndrome de la resignación*

En el análisis de las dimensiones espacio-temporales del discurso, Bañón (2018, 69) destaca varios conceptos, entre los cuales se pueden apreciar la *repercusión*, el *alcance*, el *foco*, el *eco*, la *trazabilidad*, la *velocidad*, la *determinación*, la *duración* o la *frecuencia*. Siguiendo este orden, se puede considerar que la repercusión que tiene el síndrome de la resignación es internacional; es decir, estaríamos hablando de una macrodimensión. Sabemos que ocurre solo en Suecia; sin embargo, se está informando de ello en los medios españoles, como refleja nuestro corpus. Ahora bien, el que tenga una repercusión internacional no implica necesariamente que su alcance o su frecuencia, por ejemplo, mantengan esa misma importancia. En el caso concreto del síndrome de la resig-

nación, el primer documento que informa sobre este problema de salud en los medios escritos españoles data de abril de 2017 y, pese a que la frecuencia es muy baja, se mantiene en el tiempo hasta mayo de 2021, teniendo en cuenta que la búsqueda del corpus se cerraba en junio de este último año. Asimismo, la frecuencia de publicación a lo largo de los años no presenta regularidad, a pesar de que los casos detectados existen desde los años 90 y de que el avance en la exploración de la enfermedad no ha evolucionado mucho desde entonces. Examinando nuestro corpus, podemos advertir que hasta abril de 2017 no se informa sobre el síndrome de la resignación en los medios escritos españoles. Hablamos, concretamente, de una noticia publicada en *EcoDiario.es* el 3 de abril de ese año, titulada “«Síndrome de la resignación», el extraño coma de los niños refugiados en Suecia al enterarse de la deportación”. Esta misma noticia se repite en *elEconomista.es*. Eliminando las noticias repetidas (la misma noticia publicada en más de un medio), vemos que a lo largo de 2017 se publica un total de cuatro noticias sobre esta enfermedad.

En 2018 ya sí se observa una tendencia al alza, motivada seguramente por la concesión del primer premio de la categoría *People* en la ceremonia del *World Press Photo*, a mediados de abril (que precisamente es el mes en el que aparecen más piezas), a Magnus Wennman por la fotografía que hizo a dos hermanas refugiadas afectadas por el síndrome de la resignación. Durante ese año, se publican 16 piezas textuales, en las que se informa sobre la imagen ganadora de ese galardón, pero también otras en las que se retoma el debate sobre la propia enfermedad. En 2019, aparecen dos textos informativos aisladas sobre el tema, influidas probablemente por la aparición de un documental de Netflix sobre las familias que sufren esta enfermedad en Suecia. Pero los efectos mediáticos de este documental no se verán hasta 2020, concretamente cuando resulte ganador del Óscar. En 2020 encontramos once noticias sobre el síndrome de la resignación, relacionadas con este último galardón, así como con una nueva imagen ganadora del *World Press Photo*, la de una adolescente armenia que despierta tras ocho meses del estado en el que se encontraba. En el primer semestre de 2021, concretamente en el mes de mayo, esta enfermedad vuelve a despertar el interés de los medios. Varios de ellos publicaron el mismo texto, basado en una investigación sobre el tema, titulada “The Sleeping Beauties”.

En la siguiente tabla, presentamos un esquema del desarrollo de la información sobre el síndrome de la Resignación en nuestro corpus. Se puede ver claramente que la gran mayoría de diarios que se han interesado por este tema son digitales y que los medios tradicionales se preocuparon en menor medida por él.

MHANNA MHANNA. TRATAMIENTO INFORMATIVO DEL SÍNDROME DE LA RESIGNACIÓN

	FECHA	DIARIO(S)	TÍTULO
T1	03/04/2017	EcoDiario.es elEconomista.es	'Síndrome de resignación', el extraño coma de los niños refugiados en Suecia al enterarse de la deportación.
T2	06/04/2017	Rtve.es	La enfermedad de los rechazados.
T3	26/10/2017	Lanacion.com Latercera.com Elmostrador.cl	Síndrome de la resignación: la misteriosa enfermedad que solo ocurre en Suecia. Qué es el síndrome de la resignación, la misteriosa enfermedad que solo ocurre en Suecia.
T4	08/11/2017	Infobae	Síndrome de la resignación, la extraña enfermedad que solo ocurre en Suecia.
T5	23/01/2018	Elpais.com	El misterioso coma de los niños en Suecia.
T6	24/01/2018	Elespectador.com	Niños en coma, el extraño síndrome de los refugiados.
T7	03/02/2018	Elpais.com	¿Conoces a Janeth, Enoch, Ali y Aisha?
T8	10/02/2018	Eldiario.es	Síndrome de resignación.
T9	15/03/2018	Huffingtonpost.es	Síndrome de resignación: el extraño coma de los niños refugiados en Suecia.
T10	13/04/2018	Eltiempo.com	Las fotos ganadoras del <i>World Press Photo</i> 2018.
T11	13/04/2018	Europasur.es	Las imágenes ganadoras del <i>World Press Photo</i> 2018.
T12	15/04/2018 29/04/2018 04/10/2018	Diari de Tarragona Gara Hoy.es	2017. Las mejores fotos. <i>World Press Photo</i> 2018. Las mejores fotos del año.
T13	25/04/2018	La Vanguardia	Magnus Wennman. Fotógrafo.
T14	25/04/2018 26/04/2018	La Vanguardia Lanacion.com.ar	Síndrome de resignación. ¿Qué les pasa a las chicas de la foto? Qué es el síndrome de resignación, una enfermedad que afecta a refugiados.
T15	29/04/2018	Crónica	(No consta).
T16	05/05/2018	El Correo El Diario Vasco Las Provincias La Verdad Sur	El otro síndrome de Estocolmo.
T17	13/05/2018	El Periódico La Voz de Galicia	El síndrome de resignación.
T18	17/05/2018	El País	Síndrome de resignación.

	FECHA	DIARIO(S)	TÍTULO
T19	30/05/2018	Diariovasco.com	El síndrome de resignación.
T20	04/10/2018	Diariosur.es Elcomerciodigital.com Elcorreo.com Eldiariomontanes.es Diariovasco.com Nortecastilla.es Hoy.es Ideal.es Larioja.com Lasprovincias.es Laverdad.es	La paradójica belleza de la tragedia.
T21	20/10/2018	El Correo El Diario Vasco	La realidad llama a las conciencias en Vitoria. <i>World Press Photo</i> apela a las conciencias en Vitoria.
T22	15/06/2019	Latercera.com	La vida me supera, el documental sobre una rara enfermedad que afecta a niños refugiados.
T23	24/10/2019	La Vanguardia Lavanguardia.es	El otro síndrome de Estocolmo. El 'síndrome de resignación' entre niños refugiados reabre el debate en Suecia al conocerse manipulaciones.
T24	04/02/2020	Elperiodicomediterraneo.com Diariodecordoba.com Elperiodicoextremadura.com	Estas son las películas nominadas al <i>Óscar</i> que puedes ver sin salir de casa.
T25	05/02/2020	Clarín.com	<i>Óscar</i> 2020: las películas nominadas que se pueden ver en Netflix.
T26	05/02/2020	El Periódico de Aragón	El cine de <i>Óscar</i> que se puede ver en 'streaming'.
T27	08/02/2020	Hipertextual.com	En dónde ver todos los cortometrajes nominados a los <i>Óscar</i> 2020.
T28	08/02/2020	Perfil.com	Las películas nominadas al <i>Óscar</i> que ya puedes ver en Netflix.
T29	25/02/2020	Elpais.com	Los nominados del <i>World Press</i> 2020.
T30	25/02/2020	Elindependiente.com	<i>World Press Photo</i> 2020: las imágenes candidatas a mejor foto del año.
T31	25/02/2020	Lavanguardia.es Larazon.es	Estos son los seis nominados al <i>World Press Photo</i> 2020.

	FECHA	DIARIO(S)	TÍTULO
T32	27/02/2020	Elmostrador.cl	Las poderosas imágenes nominadas al <i>World Press Photo</i> .
T33	27/02/2020	Infobae.com Lavozdigital.es	Las mejores fotografías nominadas al <i>World Press Photo 2020</i> .
T34	19/06/2020	Eldiario.es	20 de junio, Día Mundial de los Refugiados.
T35	27/05/2021	Elperiodico.com Farodevigo.es Lne.es Laopiniondecoruna.es Laopiniondemalaga.es Sport.es	El misterio de los niños que no despiertan intriga a la ciencia.

El concepto de *foco* está relacionado con el espacio; se trata de señalar el lugar en el que tiene su origen el debate (Bañón 2018, 69-70). En el caso que nos ocupa, está claro que el foco es única y claramente Suecia, pero, además, como veremos más adelante, el hecho de que solamente se detecten casos en ese país ha llevado al debate a otros ámbitos alejados del propiamente sanitario. Ya hemos mencionado antes que esta enfermedad empieza a conocerse en los años 90; no obstante, no ha empezado a tener eco mediático hasta hace pocos años, favorecido probablemente por el lanzamiento del documental de *Netflix* o por los galardones del *World Press Photo* que hemos comentado en los párrafos previos. Podemos decir que el debate sobre el tema que nos ocupa tiene sus altibajos, mas su eco sigue resonando de forma esporádica a lo largo de los años.

La *trazabilidad* está relacionada con la expansión espacial del debate y consiste en observar el cambio de categoría que este adopta según la orientación que tome. Hablar del síndrome de la resignación, por ejemplo, trae consigo dos posibles direcciones, que no siempre son paralelas: nos referimos a una categoría propiamente sanitaria y a otra administrativa.

Por último, otras tres ideas que afectan al tiempo son las de *velocidad*, *determinación* y *duración*. La velocidad a la que se desarrolle el debate no puede producirse al margen de la enfermedad, ya que esta última puede estar determinada por categorías como la *urgencia* o la *irreversibilidad*, que requieren una actuación análoga. En el contexto de las enfermedades poco exploradas, como son las enfermedades raras o el síndrome de la resignación, la velocidad del debate es determinante en el desarrollo de la propia enfermedad; si un niño afectado por el síndrome de la resignación no puede tener un control normal de su cuerpo y sus padres o las personas que se encargan de su cuidado no sa-

ben cómo actuar, sufrirá secuelas irreversibles, por poner un ejemplo sencillo. Al mismo tiempo, el progreso será mucho más efectivo si se actúa a una velocidad razonable. Por otro lado, el no saber qué va a ser de ellos o de sus familiares, el no saber cómo evolucionará la enfermedad, el no tener tratamiento o, incluso, remontándonos a fases más iniciales, el no tener diagnóstico produce miedo. Por eso, es importante señalar también la *determinación*, o “posibilidad de establecer o no con claridad el momento de finalización del debate social” (Bañón 2018, 71). Lo más parecido al síndrome de la resignación es el debate social sobre el estado de coma.

Para cerrar este apartado, podemos decir que uno de los conceptos más curiosos es el de *duración*, pues se ha dicho en numerosas ocasiones que esta enfermedad tiene un origen psicológico y una solución burocrática. Dicho en otras palabras, se puede decir que el debate sobre la enfermedad acaba cuando llega la solución al debate burocrático, cuando se resuelve la solicitud de asilo. De hecho, en un texto de *La Voz de Galicia* (T17) se habla explícitamente de “la cura burocrática”.

3.2 Niños refugiados y síndrome de la resignación

La segunda dimensión en la que se detiene nuestro análisis es la de los actores. En el debate social sobre la salud y la enfermedad pueden aparecer distintos tipos de actores que hablan o de los cuales se habla, y que ostentan un acceso al discurso en cierta medida jerarquizado, ya que no todos tienen la misma repercusión y, muchas veces, algunos de ellos ni siquiera tienen acceso a este. El debate social sobre el síndrome de la resignación está compuesto, al menos, de los siguientes actores: los niños/adolescentes afectados, los familiares o cuidadores de esos niños, los profesionales sanitarios y las autoridades suecas. Evidentemente, los niños que sufren esta enfermedad no pueden participar de forma directa en el debate; esto es, no pueden hablar, sino que se habla sobre ellos. Los portavoces lógicos, además de considerarse igualmente afectados, por supuesto, en esta situación, son los padres, si bien hemos de decir que su presencia en el discurso analizado es bastante limitada. De ellos también solo se habla. Es más, los únicos cuya voz aparece en los textos examinados son los profesionales de la salud o los científicos, aunque su discurso tampoco es constante en los textos (hemos identificado únicamente siete enunciados) y, además, la caracterización que de ellos se hace está definida por la incertidumbre, categoría que no conjuga muy bien con el perfil que les solemos asociar:

<i>Tiene desconcertados a los médicos.</i>	T6
<i>(Elisabeth Hultcrantz, doctora de Médicos del Mundo) ha tratado de entender la enfermedad.</i>	T6
<i>Los científicos no tienen respuestas contundentes para explicarlo.</i>	T7
<i>Definirlo es complicado.</i>	T9
<i>Los médicos no consiguen averiguar las causas de su extrañamiento.</i>	T17
<i>Explicación insuficiente.</i>	T35
<i>Intriga a la ciencia.</i>	T35

Finalmente, a las autoridades se alude como posibles responsables de la cura de estos niños, ya que parece demostrado que el *antídoto* es la solución burocrática. Las tres que vemos en la siguiente tabla son las muestras más directas en relación con este acto discursivo:

<i>Meses después de que la familia reciba la noticia de que se puede quedar en zona segura, el niño ya siente esa seguridad y se recupera.</i>	T9
<i>“La mitad sanaría con permiso de residencia” (Yolanda Osorio, psiquiatra coordinadora del Satmi, Servicio de Salud Mental per a Inmigrants de San Joan de Déu).</i>	T13
<i>Los niños suelen despertarse cuando su familia recibe un permiso de residencia.</i>	T35

Aunque también se han podido identificar otros ejemplos que de forma indirecta aluden a esa misma idea:

<i>El niño tiene que sentir que hay esperanza, algo para vivir...</i>	T3
<i>Para que Sophie despierte, el médico dice que ella y su familia deben sentirse seguros.</i>	T3
<i>Se restableció al sentirse ya seguro y a salvo.</i>	T16
<i>La cura burocrática.</i>	T17
<i>La remisión y el regreso gradual a las funciones normales ocurre después de que las circunstancias de vida de los pacientes mejoren.</i>	T31

Lo que está claro es que el actor principal de este debate son los niños o adolescentes afectados por el síndrome de la resignación. Es llamativo el rol que desempeñan en esta representación social de la enfermedad, que llega principalmente a través de los medios, ya que existe una tendencia a dibujar una imagen condescendiente de las personas enfermas; pero esta situación se intensi-

fica si hablamos de personas con las que es imposible comunicarse por su estado de salud que forman parte de familias refugiadas cuya condición legal no es estable. Estas personas, por tanto, serían objeto de una doble estigmatización discursiva. A ello sumamos que aquellos que intervendrían en su nombre, normalmente sus padres, no suelen dominar la lengua del país de acogida y que el niño enfermo era precisamente el mediador entre su familia y la sociedad en el país en el que residen. Los textos analizados reflejan esta última idea y apuntan hacia esta y otras singularidades que caracterizan la enfermedad, como podemos comprobar en los siguientes ejemplos:

<i>Exclusivamente en menores refugiados.</i>	T1
<i>La enfermedad de los rechazados.</i>	T2
<i>Suelen ser los hijos más suecificados de la familia.</i>	T2
<i>Solo sufren este síntoma individuos que oscilan mayormente entre los 7 y los 19 años de edad.</i>	T5
<i>Mal que ataca solo a niños y adolescentes.</i>	T9
<i>Los más vulnerables.</i>	T9
<i>Prácticamente no hay casos entre los niños que han llegado sin sus mayores. Como si no pudieran permitirse enfermar porque nadie se iba a ocupar de su desconexión.</i>	T13
<i>Solo afecta a los niños cuyas familias buscan asilo político en el país.</i>	T17
<i>Principalmente ocurre entre los niños refugiados que esperan en Suecia que se regularice su situación.</i>	T18
<i>Que afectaba solo a niños y adolescentes de familias a las que se les había denegado su solicitud de asilo.</i>	T23
<i>Afecta a niños psicológicamente traumatizados en medio de largos procesos de asilo, y parece más común en niños romaníes y yazidíes, así como en los de los Balcanes.</i>	T31
<i>Hijos de quienes buscan asilo.</i>	T3
<i>Entre los que predominan las niñas.</i>	T35
<i>Muy pocos colectivos específicos de refugiados.</i>	T35

Si buscáramos una definición para estos pacientes, de acuerdo con lo que dicen los medios analizados, el adjetivo más adecuado sería el de *únicos*: un grupo minoritario dentro de otro grupo minoritario. De hecho, si nos fijamos en los ejemplos anteriores veremos que todos ellos recogen adverbios, formas verbales u otros elementos lingüísticos que denotan exclusividad: *exclusivamente en menores refugiados*, *solo afecta a los niños cuyas familias buscan asilo político en el país*,

muy pocos colectivos específicos de refugiados, entre otros. Resulta igualmente llamativo el complemento del nombre en el ejemplo *La enfermedad de los rechazados*. Este añadido no solo señala la particularidad de la enfermedad, sino que además hace una sinergia entre la condición de salud y la condición legal. En definitiva, está claro que el debate legal ha sido asimilado con naturalidad dentro del discurso sobre el síndrome de la resignación. Otra de las exclusividades, como ya hemos mencionado en numerosas ocasiones, es que se trata de una enfermedad que afecta únicamente a niños o adolescentes, hecho que, según Bañón (2013, 20), suele interesar especialmente a los medios de comunicación, ya que es un elemento llamativo y capaz de *espectacularizar* la enfermedad. Pareciera que leyendo algunas de las piezas publicadas sobre esta enfermedad estuviéramos ante un cuento de fantasía en el que aquel que *cae en un profundo sueño* es precisamente el hijo más próspero de la familia, el que mejor domina el idioma del país que los recibe, el que está más integrado y ayuda a sus padres con los trámites, etc. Todo esto lo resume el tercer ejemplo de la tabla: *Suelen ser los hijos más suecificados de la familia*. No cabe duda de que la palabra clave es *suecificados*, que equivale a integrados; y ahí es donde comienza realmente el debate, porque lo razonable sería que aquellos que no estuvieran integrados fueran los potenciales sufridores de lo que en alguna ocasión se ha llamado la “enfermedad de los rechazados”. Sin embargo, sucede todo lo contrario y el que menos capacidad tiene para asimilar el rechazo es precisamente el que ha conseguido encajar con mayor facilidad. Vilar/Eibenschutz (24) hablan del duelo como respuesta natural al exilio, un duelo colectivo; de ahí que una posible interpretación para explicar por qué esos niños en particular son los afectados y no otros podría residir en la omisión de la etapa de duelo, dada su rápida integración en Suecia. De este modo, el contraste que marcan la descripción positiva de los afectados y la negativa de la situación a la que han llegado se matizaría.

En los párrafos anteriores hemos visto las características que se asocian a los niños afectados por el síndrome de la resignación, pero ¿cómo son representados ellos mismos en los textos analizados? Hay una serie de sintagmas que se asocian constantemente a ellos y dan lugar a una caracterización de estos actores. Si bien no es nuestra intención realizar un análisis cuantitativo en este trabajo, sí consideramos relevante hacer un breve apunte de este tipo. En total, hemos identificado 28 enunciados distintos que describen a los niños afectados por el síndrome de resignación y estos han sido divididos en torno a cuatro actos discursivos distintos de acuerdo con su estructura semántico-argumentativa:

1. *Incapacidad*. Este primer acto, que representa el 25% de las muestras, hace referencia a la existencia de un factor real que impide a estos niños participar en la vida cotidiana e incluso realizar las actividades más básicas. Es decir, estaríamos hablando de una relación basada en la idea ‘no hacen porque no pueden’. En esta categoría, encontramos los siguientes ejemplos: *mudos, incapaces de comer, incapaces de beber, incontinentes, insensibles a, carentes de tono, niños en coma*.
2. *Inercia*. Este acto está presente en el 32,1% de las descripciones y se centra, más bien, en el resultado de dicha incapacidad de acción, lo que no hacen (*inmóviles, sin reacción alguna, nula reacción, no reaccionan a nada, no hablan, no comen, no se mueven, totalmente inertes, peso muerto* son los sintagmas encontrados en el corpus) y que se convierte en parte de su definición y los relaciona con aquello que los rodea. Los elementos semánticos de acto generan una argumentación caracterizada por la ambigüedad: el lector no puede saber con certeza si lo que se pretende transmitir es que ‘no hacen porque no pueden’ o ‘porque no quieren’.
3. *Inacción*. Ya en esta categoría (21,4%) se empieza a apreciar con más claridad que el “no hacer” se asocia a un “no querer hacer” o, lo que es lo mismo, a una decisión consciente en la que el individuo se representa como capaz de decidir hacer o no hacer algo: *dormidas, aisladas del mundo, que ponen sus vidas en pausa, durmientes / dormidas, niños que no despiertan*.
4. *Impasividad*. Este cuarto acto (que aparece con la misma frecuencia que el anterior: 21,4%) alude a un nivel más abstracto y extremo, pues no solo “no se hace”, sino que ni siquiera existe voluntad para “pensar hacer” o “no hacer”. Como su propio nombre indica, los afectados se encuentran *impasibles*. Se describen como sujetos *pasivos, apáticos, niños apáticos, adolescentes apáticos, retraídos e impassibles*.

Pareciera que las cuatro categorías presentan aspectos distintos de la enfermedad o de sus fases; no obstante, resulta más lógico pensar que de lo que se trata aquí es de atribución o no de responsabilidad a los afectados, dado el acto de habla que produce cada uno de ellos. Si nos detenemos en la categoría de *incapacidad*, se puede ver con claridad que no se atribuye ninguna responsabilidad a la persona que está enferma. Es interesante observar cómo cambia la interpretación del núcleo *niños* según el sintagma que se le agregue. Cuando se habla de *niños en coma*, por ejemplo, ese *niños* no tiene

las mismas asociaciones que se pueden desprender de otros sintagmas como *niños que no despiertan* o *niños apáticos*. En estos dos últimos se puede, incluso, relacionar ‘el no despertar’ o la ‘apatía’ con un ‘juego de niños’ por medio del cual pretendan asustar a los adultos o presionarlos para conseguir un objetivo. Este resultado se desprende del encuadre discursivo (*framing*) creado principalmente a partir de la selección léxica, pues supone, como apuntan Enguix/Gallardo, la base cognitiva en la que se apoya la comunicación y que está ligada a los principios de cooperación y capacidad intersubjetiva. De acuerdo con esta exégesis, la responsabilización de quienes sufren el síndrome de la resignación se puede ver con más claridad. Otero dice, con respecto a la responsabilización o culpabilización de los afectados, que se trata de una estrategia que suele emplearse cuidadosamente con el fin de justificar la no atención y cuidado de los grupos inmigrantes. Parecidos a este son los ejemplos de *bellas durmientes* o *bellezas dormidas*. Aquí no se trata tanto de un “juego de niños”, como sucedía con los anteriores, sino de que dicha denominación favorece la construcción de un encuadre relacionado con lo ficticio; es decir, con algo que no es real o que no puede suceder. El peligro de este tipo de denominaciones es que pueden alejar al lector de la dimensión sanitaria del problema e insertarlo en otra en la que prima lo ficticio. La dimensión léxica será, aquí, la que propicie, nuevamente, este tipo de encuadre.

3.3 Valoraciones y argumentaciones del síndrome y de los niños afectados

La narración elaborada sobre el síndrome de la resignación en los medios analizados se puede estructurar en diferentes etapas incluidas dentro de unas fases generales del proceso migratorio, por lo que hablaríamos de la enfermedad como *proceso*. En este sentido, y a partir de la idea de la migración como viaje, basada en el trabajo de Kirkwood/otros, Bañón (2007) señaló la existencia de una serie de fases que describen dicho viaje: *salida, travesía, frontera, llegada, permanencia, retorno* o *expulsión*. Más recientemente, se ampliaron estas fases para poder abarcar la situación específica del viaje que atraviesan concretamente las personas refugiadas, por lo que hablaríamos de *presalida, salida (con o sin persecución), travesía, frontera, llegada, prepermanencia, permanencia, inclusión, retorno* o *expulsión* (Mhanna/Bañón). Partiendo de esta clasificación, nuestro corpus contemplaría una estructuración específica de estas etapas; de este modo, todas las fases anteriores a la *prepermanencia* (la *presalida*, la *salida*,

la *travesía*, la *frontera* y la *llegada*) formarían parte de un gran bloque resumido en la *vida anterior a la llegada a Suecia*, marcada fundamentalmente por el trauma sufrido por la guerra y sus consecuencias. Un segundo bloque estaría formado por la *permanencia* y las dos fases que la colindan, la *prepermanencia* y la *inclusión*; es decir, la etapa de *la vida en Suecia*. El tercer bloque alude a la incertidumbre relacionada con las fases que se pueden dar con posterioridad a la *inclusión* (el *retorno* y la *expulsión*); en este caso específico, no hablaremos de *retorno*, ya que claramente el abandono del país en el que estas personas solicitan asilo no es voluntario, sino obligatorio. Dentro de este último bloque, que podemos resumir como *posible expulsión*, distinguimos las siguientes etapas: el *desencadenante de la enfermedad*, el *proceso de enfermedad* y el *tratamiento de la enfermedad*.

Antes de exponer con más detalle cada una de estas etapas, hemos de examinar las manifestaciones concretas que describen de forma genérica la enfermedad; esto es, las distintas denominaciones que se usan para mencionarla. Una de las más repetidas se construye a partir del adjetivo *extraño* y sus variantes, que tiene una frecuencia de uso del 27,2% (en total, hemos hallado 33 enunciados con combinaciones distintas) uniéndose este con sustantivos como *síndrome*, *enfermedad*, *síntomas*, *coma*, *mal* o *condición*. Algunas de estas denominaciones añaden, incluso, complementos que especifican su singularidad, como es el caso de *extraño síndrome de los refugiados*, o sus consecuencias: *extraño síndrome que deja inmóviles a los niños*. Los síntomas, por su parte, también son descritos como extraños: *extraños síntomas*. En otros ejemplos, al adjetivo *extraño* se le suma otro que refuerza ese marco “enigmático” en el que se suele encuadrar el síndrome de la resignación. Vemos, por ejemplo, cómo el adjetivo *desconocida* (que solo aparece una vez) intensifica esta idea en *extraña y desconocida condición*. Si la palabra *extraño* infiere ‘rareza’ o ‘singularidad’, describir la enfermedad como *misteriosa* implica dar un paso más allá, de tal forma que ya no se sugiere el “encuadre enigmático”, sino que se confirma. Es más, hasta las publicaciones especializadas en salud hablan de “*mysterios psychiatric disorder*” (Butler 334). En nuestro corpus, hemos hallado varias combinaciones elaboradas a partir de este adjetivo: *misteriosa enfermedad*, *misterioso coma*, *misterioso síndrome* e incluso hemos encontrado una alusión al síndrome de la resignación en la que se usa directamente el sustantivo misterio: *un misterio*. El uso de esta, no obstante, al ser más directo, tiene una frecuencia menor en el corpus, 12,1%. Este “encuadre enigmático”, en el que lo desconocido conduce a la incertidumbre, se ultima

con otras composiciones entre las que podemos encontrar usos de palabras cuya carga léxica alude de forma directa al terreno de lo enigmático: el propio sustantivo *enigma* (*enigma sin respuesta*) o adjetivos como *inexplicable* (*inexplicable coma*), pero también otras construcciones que de forma indirecta marcan el carácter desconcertante de esta enfermedad, como, por ejemplo, aquellos sintagmas que empiezan por *especie de* (*especie de coma* o *especie de limbo*). Estos últimos ejemplos ocupan también el 12,1% de las muestras analizadas.

Evidentemente, el sustantivo *enfermedad* también es usado para construir distintas denominaciones y ocupa un lugar considerable en el corpus: 21,1%. En la introducción de este trabajo, comentábamos las semejanzas que existen entre las conocidas como enfermedades raras y el síndrome de la resignación, y justamente el adjetivo *raro*, y sus variantes, son usados a la hora de designar nuestro objeto de estudio: en el corpus encontramos combinaciones como *rara enfermedad* o *enfermedad tan rara*, si bien hemos de señalar que este adjetivo apenas aparece en el 6% de los casos. Al igual que sucede con el adjetivo *misterioso*, la producción científica también recurre a la palabra *raro(a)* para describir la enfermedad: “*rare condition*” (Duarte/otros). A su vez, el adverbio *tan* resulta rentable en las combinaciones creadas a partir del núcleo *enfermedad*; es el caso del enunciado anterior, *enfermedad tan rara*, o de *enfermedad tan fascinante como extraña*, por ejemplo. Otro tipo de construcciones a partir de la palabra *enfermedad* son las que especifican la clase y la causa: *enfermedad del espíritu producto del tiempo que vivimos*. En el contexto que estamos estudiando, el sustantivo *enfermedad* comparte el terreno con otro vinculado a él, *síndrome* (21,2%), si bien cada una de ellas tiene un matiz distinto, y tiende a complementarse en nuestro corpus con elementos que crean un juego cognitivo en el que se recurre a los nombres de famosos síndromes insertados en este nuevo contexto para rescatar uno de los aspectos que puedan compartir con la situación que afecta a los niños refugiados; nos referimos al síndrome de Blancanieves y al de Estocolmo. Si bien la condición de los niños refugiados afectados nada tiene que ver con ninguno de estos dos síndromes, el hecho de que estén “desconectados” del mundo sirve a los medios para hablar de síndrome de Blancanieves; de hecho, se llega a describir su situación del siguiente modo: “son como Blancanieves; simplemente se alejan del mundo” (T17). Asimismo, el hecho de que esta situación solo se dé en Suecia impulsa la denominación *el otro síndrome de Estocolmo*. Pero, probablemente, la combinación más llamativa con el núcleo *síndrome* es la de *síndromes de indignación*,

que lleva consigo la idea de reacción o, más concretamente, el acto de “protestar por algo”. Aquí, nuevamente, como mencionábamos en el apartado de los actores, la responsabilidad de la enfermedad recae directamente en el enfermo, presentándose este como sujeto con determinación para enfermar o sanar, favorecida por el propio acto de habla producido a partir del verbo *indignar*.

El resto de las denominaciones halladas en el corpus presentan mayor heterogeneidad, mas, entre ellas, podemos identificar una especie de progreso, por medio del cual se muestra la enfermedad en mayor o menor gravedad. Así pues, el *sueño* (3%) ocuparía el escalón más bajo en esa línea progresiva y a él sucederían, en orden de gravedad, la *resignación* (3%), la *apatía* (9%) –*apatía* fue durante un tiempo la denominación coloquial de la enfermedad en Suecia (Sallin/otros)–, la *inconsciencia*, la *letargia*, la *histeria* y, por último, la *muerte* (todas ellas con una frecuencia del 3% de usos). Nuevamente, nos encontramos con que no existe acuerdo en la denominación de la enfermedad, pero, ahora, incluso resulta imposible conjugar todas esas denominaciones para describir una misma realidad, ya que no se puede hablar de etapas de una enfermedad, sino más bien de definiciones subjetivas que bien rescatan únicamente uno de los síntomas que la caracterizan (*estado de letargia, resignación sangrante e incapacitante, apatía extrema o extrema apatía, profundo sueño interminable, inconsciencia permanente*) o bien la asemejan a otras patologías más conocidas, despojándola de sus características singulares (*histeria epidémica*). Es cierto que, como hemos dicho, el *sueño* o la *inconsciencia*, por ejemplo, se sitúan en escalas inferiores de riesgo; sin embargo, este último sigue siendo visible debido al valor que le suman los adjetivos *interminable* y *permanente* en *profundo sueño interminable* e *inconsciencia permanente*, que ya sí alertan de la necesidad de actuación, porque no se trataría de un simple sueño del que el individuo vaya a despertar en algún momento cercano o de una inconsciencia pasajera, sino de un estado que no tiene solución conocida. En este sentido, estas dos denominaciones y la de *muerte en vida* no estarían tan alejadas. En efecto, como dice Bañón (2020), el hablar de *vida* sirve para atenuar la *muerte*, y viceversa. Junto a estas, señalamos la existencia de algunas construcciones cuyo foco sigue siendo el origen que causa la enfermedad (6%), como podemos comprobar en el siguiente ejemplo: *un nuevo y dramático efecto del exilio forzado en la salud de los refugiados*. En último término, también hemos de mencionar que en lo relativo al síndrome de la resignación no solo se habla de enfermedad, sino que a veces se alude a la “no

enfermedad”, la no existencia explícita de una enfermedad: *sin evidencia de enfermedad subyacente*.

Realizadas estas anotaciones sobre la denominación de la enfermedad en el corpus, examinaremos las valoraciones y argumentaciones usadas en cada una de las tres fases que hemos señalado anteriormente: *vida anterior a la llegada a Suecia, vida en Suecia y posible expulsión*. En Mhanna/Bañón, hablábamos de *legitimación* como estrategia argumentativa usada para justificar las causas explícitas que provocan la huida forzosa de los individuos, que son aquellas que están relacionadas con la violencia y la persecución, principalmente. En el caso concreto de los refugiados que sufren el síndrome de la resignación, también se puede hablar de legitimación cuando se menciona su vida antes de llegar a Suecia, aunque hemos de decir que los enunciados asociados a esta primera fase son los que tienen la menor presencia en el corpus: apenas representan el 2,7%; es decir, dos enunciados de los 74 hallados en total. La identificamos, por ejemplo, en *Testigos de violencia extrema*, en donde se apunta explícitamente hacia la violencia como el motivo que los llevó a abandonar su tierra y, con ella, todo aquello que conocen, para insertarse en un mundo desconocido, que ha sido el origen primero del proceso de enfermedad. Dicha legitimación se puede apreciar también en el uso del adjetivo *inseguro* en *ambiente profundamente inseguro*, pero también en la propia denominación de los afectados como *niños refugiados*, pues el propio hecho de ser refugiado implica la existencia de los motivos que ya señalábamos. A pesar de todo esto, y tal y como está diseñado el relato sobre el síndrome de la resignación en los medios, no se muestran estas causas como el origen (traumático) de la enfermedad, sino que esta se podría describir, más bien, como una montaña rusa, en la que se producen altibajos a lo largo de las distintas fases y que van sumando o restando motivos para el desencadenamiento de la enfermedad o la recuperación. La imagen que se dibuja de la segunda fase, la vida en Suecia, representa un punto alto, en el que las valoraciones son positivas y la argumentación gira en torno a la integración: estos niños son representados como personas capaces de adaptarse a lo que se designa como *nueva vida* o *nueva realidad*. Sin embargo, las muestras que pertenecen a esta categoría son muy escasas. Hemos podido encontrar, como hemos mencionado antes, estas dos únicamente:

<i>Hablan el idioma y están bien ajustados a sus nuevas vidas nórdicas.</i>	T3
<i>Cuando ya están en proceso de integrarse en su nueva realidad y cuando, sobre todo, han alcanzado una garantía de seguridad que les es vital.</i>	T9

La etapa que sí ocupa un espacio destacado (79,7%) en los medios analizados es la última, la de posible expulsión, y que alberga tanto el desencadenante de la enfermedad como el proceso mismo de enfermar. La gran mayoría de los enunciados asociados a lo que hemos llamado etapa de *desencadenante de la enfermedad* incluyen un elemento que marca el valor temporal. La estructura es recurrente: hay una etapa anterior superada (los traumas de la guerra o de los motivos que los obligaron a abandonar sus países), pero, una vez resuelto este primer desafío, ya no pueden seguir luchando, por lo que se desencadenaría la enfermedad. Se suele presentar como un punto que rompe el desarrollo del proceso que debería conducir hacia la inclusión en Suecia para abrir el paso a la incertidumbre que causa la idea de poder ser expulsados:

<i>al enterarse de la deportación</i>	T1
<i>caen en la desesperanza tras la noticia de la deportación</i>	T1
<i>después de ser informados de que sus familias serían deportadas</i>	T4
<i>entran en coma luego de que les anuncian que serán deportados</i>	T6
<i>luego de conocer que sus familias serían deportadas de manera inminente</i>	T4
<i>tras informar a sus familias de que deben ser deportadas</i>	T5
<i>cuando se enteran de que el país en el que buscan refugio les rechaza y van a ser deportados con sus familias</i>	T8
<i>cuando su lucha por sobrevivir es estéril e ineficaz. Es entonces cuando se muestra dócil, se inhibe de la situación ante el convencimiento de que ya no puede hacer nada para evitarlo</i>	T16
<i>cuando el permiso de residencia de la familia fue denegado y su hermana mayor, Ibadeta, escuchó la noticia, empezó a temblar y a llorar</i>	T17

Si nos detenemos en el quinto enunciado (*tras informar a sus familias de que deben ser deportadas*), podremos apreciar que estos niños, además de ser receptores de la noticia de la posible deportación, son ellos mismos quienes deben trasladar la noticia a sus padres, por lo que son reflejados en el discurso como actores con responsabilidad. Esta propia responsabilidad se manifiesta como uno de los desencadenantes del decaimiento; recordemos que al principio del trabajo veíamos cómo se aludía a ellos como *los hijos más suecificados de la familia*. Algunos ejemplos muestran de forma explícita este escenario: *Los niños se sacrifican por sus familias perdiendo la conciencia de forma involuntaria* (T17). En otras ocasiones, los autores de los textos responsabilizan abiertamente a las familias por su “incapacidad de hacer”, como podemos ver en la siguiente muestra:

<i>Considera que todos estos niños, entre los que predominan las niñas, sufrieron traumas antes de caer en este trastorno, por lo que podría tratarse de una forma de estrés postraumático, reforzado, tal vez, por la incapacidad de los padres de atenderlos adecuadamente en un contexto familiar tan caótico.</i>	T35
---	-----

El punto temporal al que nos hemos referido antes se completa, en la etapa de desencadenamiento de la enfermedad, con otro de *reacción* o *respuesta*; son justamente estas dos palabras las que usarán para relatar ese acto:

<i>respuesta a un doble trauma</i>	T9
<i>una respuesta al desamparo</i>	T18
<i>supone una reacción a los acontecimientos traumáticos vividos</i>	T21
<i>respuesta al estrés</i>	T35
<i>reacción a una presión ambiental, cultural o social externa</i>	T35

A ellas se pueden agregar otros sintagmas que contemplan, a su vez, el acto de “reaccionar” o “responder a”, como en los ejemplos resaltados en la siguiente tabla:

<i>una forma de autoprotección</i>	T6
<i>se sacrifican por sus familias perdiendo la conciencia</i>	T17
<i>mecanismos de defensa ante una vida incierta y hostil</i>	T22
<i>un mecanismo de defensa contra la incertidumbre</i>	T27
<i>habían decidido retirarse de la vida</i>	T35

La etapa de desencadenante de la enfermedad es seguida del proceso mismo de enfermar. En este, cabe la interpretación de dos dimensiones diferentes, desde un punto de vista semántico, en las cuales será la selección léxica la que determine si la responsabilidad recaerá en la enfermedad o en el propio enfermo, por lo que podemos distinguir entre la estructura *el enfermo hace x* y *la enfermedad hace x al enfermo*. En esta última, el enfermo no asumiría la responsabilidad discursiva, sino que esta sería atribuida a las consecuencias de la enfermedad, lo que esta le produce a él; las muestras de este grupo son muy escasas en el corpus, y entre ellas podemos citar los elementos que están resaltados en la siguiente tabla:

<i>caen en la más absoluta apatía y pueden llegar a morir</i>	T2
<i>el síndrome de resignación convierte a los niños en seres pasivos, inmóviles, mudos, incapaces de comer y beber, incontinentes e insensibles al estímulo físico</i>	T31
<i>les impide realizar funciones corporales y la comunicación con su alrededor</i>	T35

Claramente, el sentido de los verbos *caer*, *ser convertidos* o *ser impedidos* representa a los niños que padecen el síndrome de la resignación como sujetos pasivos que sufren las consecuencias de un mal, ya que bien su significado alberga, por su naturaleza, involuntariedad, como es el caso de *caer*, o bien porque el que realiza la acción de dicho verbo es un sujeto ajeno, en esta ocasión, la enfermedad, como vemos en los dos últimos ejemplos. No obstante, el resto de las muestras halladas en los textos analizados trasladan la imagen contraria, aquella en la que por medio de distintas estrategias semánticas y gramaticales se atribuye la responsabilidad a la persona enferma. *Dejar de hacer algo*, *aislarse* o *desconectar* son acciones que incluyen la propia consciencia o voluntad del sujeto, por lo que, naturalmente, lo responsabilizan. A continuación, exponemos los ejemplos del corpus que se incluyen en este grupo:

<i>Dejan de caminar y hablar, o de abrir los ojos.</i>	T3
<i>Aislamiento completo.</i>	T3
<i>Aislamiento del mundo.</i>	T3
<i>Los niños desconectan la parte consciente de su cerebro.</i>	T17
<i>Se ha vuelto hacia sí misma.</i>	T24
<i>Entran en coma luego de que les anuncian que serán deportados.</i>	T6
<i>Somatizan el sufrimiento de sus familias mediante el coma.</i>	T5
<i>Dejan de hablar, de participar en las actividades habituales y se aprecian fallos de comunicación no verbal.</i>	T14
<i>Dejar de hablar y dejar de comer es absoluto y repentino.</i>	T14
<i>Nada ni nadie la hacen reaccionar.</i>	T16
<i>De la noche a la mañana se muestran “totalmente pasivos”.</i>	T14
<i>Entran misteriosamente en coma.</i>	T17
<i>Los niños empiezan a mostrarse pasivos y a desinteresarse por los juegos.</i>	T17
<i>Hultcrantz sostiene que estos niños “desconectan”.</i>	T17

<i>Permanecen sin reaccionar.</i>	T20
<i>Tumbadas en la cama con vías respiratorias. No comen, no beben, sufren incontinencia.</i>	T21
<i>Dejan de hablar y comer, solo duermen y luego entran en una especie de coma.</i>	T16
<i>Entran en letargo.</i>	T1
<i>Entran en un estado catatónico.</i>	T27
<i>Se vuelven pasivas, inmóviles y dejan de hablar y <u>de sentir</u>.</i>	T33
<i>“Son como Blancanieves. Simplemente se alejan del mundo. Es un mecanismo de autoprotección”.</i>	T17

Finalmente, hemos de señalar la existencia de una tercera estructura de carácter concesivo, que se suma a las dos anteriores, y que se sitúa en un terreno neutro, en el que no se explicita en qué sujeto recaería dicha responsabilización. Esta composición está vinculada con el encuadre enigmático del que hablábamos al comienzo de este trabajo, puesto que no se advierte la existencia de ninguna causa lógica para el surgimiento de la enfermedad.

<i>Todo funciona normalmente, pero la niña no se mueve.</i>	T3
<i>Finalmente cierran los ojos, como sumidos en un coma, aunque no padezcan problemas físicos ni neurológicos.</i>	T17
<i>Empiezan a mostrarse apáticos, dejan de hablar, de moverse y hasta de comer y al cabo de un tiempo cierran los ojos para permanecer en un estado de coma, aunque no sufran problemas físicos o neuronales.</i>	T18

Esta estructura concesiva será determinante para comprender la última etapa de la fase de posible expulsión, la de tratamiento o posible solución para la enfermedad, que realmente podría formar parte de una nueva permanencia, porque, como dijimos antes, la solución sanitaria no se puede desvincular de la situación administrativa (el permiso de permanencia en Suecia). La narración de los medios parte de la idea de que los niños *quieren vivir* y que, además, tienen capacidad para hacerlo:

<i>“Creemos que quieren vivir y que todas sus capacidades están allí, pero las han olvidado o han perdido la forma de usarlas. Este trabajo toma mucha energía porque tenemos que vivir para los niños hasta que ellos estén listos para vivir por sí solos”.</i>	T3
<i>Todo lo que pueda mantener viva la normalidad a la espera de que vuelvan por sí solos a ella.</i>	T14

Por consiguiente, a partir de ahí, la argumentación sobre la solución, a la cual se dedica el 16,2 % del corpus analizado (un porcentaje notablemente inferior a aquel en el que se analiza el problema y sus consecuencias), se estructurará en torno a tres ejes que coinciden en la respuesta administrativa favorable como tratamiento de la enfermedad, que son la *necesidad*, la *autoridad* y la *experiencia*. En la primera, se defiende la precisión de la solución burocrática positiva; en la segunda, se recurre a la mención de los profesionales sanitarios como autoridad para reivindicar dicha respuesta; y, en la última, es la experiencia la que demostraría que esa es la única forma posible para tratar la enfermedad. Tal y como refleja el siguiente cuadro, será la justificación basada en la experiencia el mecanismo más utilizado.

<i>El niño tiene que sentir que hay esperanza, algo para vivir...</i>	T3
<i>Para que Sophie despierte, el médico dice que ella y su familia deben sentirse seguros.</i>	T3
<i>Meses después de que la familia reciba la noticia de que se puede quedar en zona segura, el niño ya siente esa seguridad y se recupera.</i>	T9
<i>“La mitad sanaría con permiso de residencia” (Yolanda Osorio, psiquiatra coordinadora del Satmi, Servicio de Salud Mental per a Inmigrants de San Joan de Déu).</i>	T13
<i>Se restableció al sentirse ya seguro y a salvo.</i>	T16
<i>La cura burocrática.</i>	T17
<i>La remisión y el regreso gradual a las funciones normales ocurre después de que las circunstancias de vida de los pacientes mejoren.</i>	T31
<i>Los niños suelen despertarse cuando su familia recibe un permiso de residencia.</i>	T35

Si nos fijamos en los ejemplos anteriores, veremos que aquí, nuevamente, los elementos con valor temporal son los que tienen mayor protagonismo, como reflejan los siguientes enunciados: *meses después de que la familia reciba la noticia; al sentirse ya seguro y a salvo; después de que las circunstancias de vida de los pacientes mejoren; o cuando su familia recibe un permiso de residencia.*

4. CONCLUSIONES

Tras examinar los textos publicados por los medios de prensa española entre enero de 2015 y junio de 2021, podemos concluir este trabajo afirmando, en primer lugar, que el interés por el síndrome de la resignación se mantiene a lo largo de los años, si bien de forma esporádica, asociada principalmente a even-

tos y publicaciones socioculturales concretas. Asimismo, podemos decir que el conjunto de los textos analizados contribuye a la creación de un encuadre que presenta a la enfermedad como enigma, como algo misterioso que incluso roza lo ficticio. Esta última idea nos recuerda a la *espectacularización* de la que hablaba Bañón (2007; 212) con respecto a la representación discursiva de las enfermedades raras. En este sentido, el periodista recurriría a aquellos elementos sintagmáticos que refuerzan la sensacionalización, como hemos podido comprobar en nuestro corpus en numerosos ejemplos. El peligro del tratamiento de una condición que afecta gravemente a la salud de los individuos desde este marco es que la aleja de la verosimilitud y, por consiguiente, no refuerza el debate social sobre su posible solución. La enfermedad se representa como un proceso formado por distintas fases con puntos ascendentes y descendentes, en los cuales el discurso sobre la salud se solapa abiertamente con el administrativo. Algo parecido sucedía en el discurso sobre las enfermedades raras (Bañón/Solves 64); en estas últimas, se sumaba, además, el discurso económico, que no parece tener gran trascendencia, de momento, en el discurso mediático español sobre el síndrome de la resignación. En cuanto a las denominaciones, aquellas que se usan para describir a la enfermedad y al afectado transmiten una imagen muy específica que no se observa en otros problemas de salud; no obstante, en algunos casos se recurre a los nombres de enfermedades conocidas o a síntomas concretos para describirla, produciendo un discurso muy heterogéneo sobre la misma realidad. Los mecanismos valorativos y argumentativos favorecen, por un lado, la responsabilización de los pacientes, pero, por el otro lado, intensifican el acto discursivo de reivindicación, concretamente el de la reivindicación de una *cura burocrática*. No hemos de olvidar que los actores representados en este discurso son personas solicitantes de asilo y, por tanto, pertenecientes a una minoría social, por lo que el discurso desarrollado en torno a su salud va a estar condicionado, por fuerza, como sucede en nuestro corpus, por factores como el administrativo, el político y el social. Fornieles/Bañón (22) apuntaban hacia la existencia de diversas barreras en este tipo de discursos en los que lo sanitario se conjuga con la realidad migratoria; entre ellas, cabe mencionar las barreras lingüísticas, por ejemplo. En nuestro corpus veíamos cómo aquellos niños que sufren el síndrome de resignación eran precisamente los que se encargaban de mantener la comunicación entre su familia y la sociedad sueca.

La escasa presencia, no solo mediática, sino también en el ámbito puramente científico del síndrome de la resignación han sido algunas de las prin-

cipales limitaciones de esta investigación. Esperamos contar, en futuras investigaciones, con un corpus de prensa más amplio sobre el objeto de estudio, dado el interés que empezó a adquirir desde mediados del año 2021. Asimismo, consideramos que sería muy enriquecedor aproximarse a este tema desde una perspectiva que incluya también la dimensión multimodal, contrastando el corpus de prensa con un corpus audiovisual, de informativos de televisión o documentales como el mencionado de Netflix, entre otros. Por último, no hemos de olvidar que este es un síndrome que se ha manifestado exclusivamente en un país, Suecia, por lo que sería interesante contrastar los resultados de la representación discursiva de los medios españoles con aquella que puedan hallar los investigadores que analicen la prensa sueca.

OBRAS CITADAS

- Achotegui, Joseba. *El síndrome de Ulises. Contra la deshumanización de la migración*. Barcelona: Ned Ediciones.
- Bañón Hernández, Antonio Miguel. “Las enfermedades raras y su representación discursiva. Propuestas para un análisis crítico”. *Discurso & Sociedad* 1.2 (2007): 188-229.
- Bañón Hernández, Antonio Miguel. “El discurso periodístico a propósito del viaje de los inmigrantes pobres”. *Discursos sobre la inmigración en España*. Eds. Ricard Zapata-Barrero y Teun A. van Dijk. Barcelona: CIBOD, 2007. 45-67.
- Bañón Hernández, Antonio Miguel. “Salud y discurso. A modo de introducción”. *Discurso & Sociedad* 7.1 (2013): 1-25.
- Bañón Hernández, Antonio Miguel. *Discurso y salud. Análisis de un debate social*. Pamplona: EUNSA, 2018.
- Bañón Hernández, Antonio Miguel. “The gift of continuing to live in the body of someone else. The discourse on organ transplants in Spanish press”. *Discourses on the Edges of Life*. Eds. Vicent Salvador, Adéla Kotátková e Ignasi Clemente. Amsterdam: John Benjamins, 2020. 49-65.
- Bañón Hernández, Antonio Miguel, y Josep Solves Almela. “El debate sobre las enfermedades poco frecuentes”. *MÈTODE. Science Studies Journal* 88 (2015): 63-67.
- Butler, Daniel G. “A child is being caged: resignation syndrome and the psychopolitics of petrification”. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 68.3 (2020): 333-57.

- Calderón, Alejandra Carreño. “Debates y estrategias para el abordaje de la salud mental de migrantes internacionales en América Latina”. *Interculturalidad en Salud* (2021): 123-43.
- Duarte Santiago, Iago Sávyo, Maria Stella Batista de Freitas Neta, Julio Cesar Dias de Barros, José Marcondes Macedo Landim, Tereza Maria Siqueira Nascimento Arrais, Danilo Ferreira de Sousa, Tamires Oliveira Cruz, Dorinaldo de Freitas Cintra Júnior, Joselito Batista Dias, Nádia Nara Rolim Lima y Modesto Leite Rolim Neto. “Resignation syndrome in hidden tears and silences”. *International Journal of Social Psychiatry* 65.1 (2019): 80-82.
- Enguix Salvador, Oliver, y Beatriz Gallardo Paúls. “El encuadre de los temas de salud: cobertura en prensa escrita del daño cerebral adquirido”. *Ámbitos* 26 (2014). 20 de enero de 2022. <chrome-extension://efaidnbmn-nibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.re-dalyc.org%2Fpdf%2F168%2F16832539003.pdf&clen=385406>.
- Fornieles Alcaraz, Javier, y Antonio Miguel Bañón Hernández. “El elefante en el pajar. Salud y emigración: aspectos sociales y comunicativos”. *Tonos Digital* 28 (2015): 1-27.
- Heras Mosteiro, Julio, Ángel Otero Puime y Carmen Gallardo Pino. “El proceso migratorio y su repercusión en la salud. Voces de ecuatorianos en Madrid”. *Medicina General* 106.3 (2008): 222-32.
- Heras Mosteiro, Julio, Ángel Otero Puime y Carmen Gallardo Pino. “¿Cómo conciben la salud y la atención la población inmigrante? El discurso del colectivo ecuatoriano en Madrid”. *SEMERGEN-Medicina de Familia* 34.7 (2008): 330-35.
- Kirkwood, Steven, Simon Goodman, Chris Mcvittie y Andy Mckinlay. *The Language of Asylum. Refugees and Discourse*. Hampshire/New York: Palgrave/Macmillan, 2016.
- Luna, Ángel, y Silvia Mejía-Arango. “Una propuesta de complementariedad entre los estudios de migración y psicoanalíticos en salud mental”. *Estudios fronterizos* 20 (2019): 1-24.
- Mhanna Mhanna, Eman, y Antonio Miguel Bañón Hernández. “Los refugiados en el discurso periodístico español. Actores y estrategias en los géneros de opinión”. *Discurso lingüístico y migraciones*. Eds. Antonio M. Bañón Hernández y Josep Solves Almela. Madrid: Arco Libros, 2021. 161-82.
- Mogollón Pérez, Amparo Susana, y María Luisa Vázquez Navarrete. “Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado”. *Gaceta Sanitaria* 20 (2006): 260-65.

- Olmos, Antonia. “Discurso político e inmigración: análisis crítico de discurso a propósito de la reforma gubernamental realizada al sistema de salud pública en España”. *Discurso & Sociedad* 6.4 (2012): 739-58.
- Otero García, Launa. *Aproximación a las representaciones sociales sobre la salud de la población inmigrante en el discurso periodístico en prensa escrita española (2000-2006)*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad (ENS)/Instituto de Salud Carlos III/Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011.
- Sallin, Karl, Hugo Lagercrantz, Kathinka Evers, Ingemar Engström, Anders Hjern y Predrag Petrovic. “Resignation syndrome: catatonia? Culture-bound?”. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 10 (2016): 1-18.
- Sánchez Sánchez, Teresa. “Síndrome de resignación. Trauma migratorio, somatización y disociación extremas”. *Aperturas psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis* 63.2 (2020): 1-23.
- Temores Alcántara, Guadalupe, César Infante, Marta Caballero, Fátima Flores Palacios y Nadia Santillanes Allande. “Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México”. *Salud pública de México* 57.3 (2015): 227-33.
- Vilar Peyrí, Eugenia, y Catalina Eibenschutz Hartman. “Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 6.13 (2007): 11-32.
- Von Knorring, Anne-Liis, y Elisabeth Hultcrantz. “Asylum-seeking children with resignation syndrome: catatonia or traumatic withdrawal syndrome?”. *European child & adolescent psychiatry* 29.8 (2020): 1103-09.