



EMIGRACIÓN Y PSICOPATOLOGÍA.

Patricia Delgado Ríos.¹

INTECO. Investigación y Terapia Cognitiva. Sevilla (España)

RESUMEN

Dada la relevancia sociopolítica que en los últimos tiempos está cobrando el fenómeno, se presenta en este artículo una revisión teórica de la relación entre psicopatología e inmigración. Se tratan las variables que influyen en dicha relación (género, idioma y aculturación, condiciones y etapas de la migración, diferencias culturales en cuanto a la manifestación de sintomatología psiquiátrica, etc.), así como el peso relativo de cada una de ellas en distintos aspectos de la psicopatología. A este respecto, se presenta la propuesta integradora de Bhugra (2004), el cual analiza la interacción entre las etapas de la migración y una serie de factores de riesgo y protectores. Seguidamente, se detallan las líneas argumentales y los resultados más significativos que la investigación ha ofrecido sobre trastornos psicopatológicos concretos. De entre ellos, quizás los que más interés han suscitado hayan sido los trastornos por estrés, sobre todo desde nuestro país con la formulación del Síndrome de Ulises por Joseba Achotegui, y los trastornos psicóticos. De estos últimos, se presenta la evolución habida en las hipótesis acerca de la relación entre esquizofrenia y la migración, a pesar de cuyos intentos sigue sin estar suficientemente esclarecida. Resulta imprescindible situar todo este abordaje en un marco cultural, haciendo hincapié en la modulación que el entorno cultural ejerce sobre las manifestaciones psicopatológicas, y nombrando algunos de los síndromes dependientes de la cultura tal y como los contempla el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Por último, se completa este análisis con la descripción de las variables que ejercen un papel protector en cuanto a la influencia negativa de la migración sobre la salud mental, así como se mencionan los principales problemas metodológicos con los que se enfrentan los investigadores interesados en este tema. Como conclusión, se sostiene que, a pesar de la vasta cantidad de datos disponibles, no parece que exista un trastorno mental específico del inmigrante ni que indefectiblemente el fenómeno migratorio tenga como consecuencia la psicopatología.

Palabras clave: inmigración; psicopatología; psiquiatría cultural; Síndrome de Ulises.

INTRODUCCIÓN

Aspectos básicos sobre la migración

La migración, entendida como el desplazamiento de personas o grupos de su lugar de origen o residencia a otro distante geográficamente y que guarda diferencias respecto al primero, está relacionada con la expansión del ser humano y con la lucha por la supervivencia. La migración como tal no es reciente; más bien al contrario, ha sido practicada por multitud de pueblos y culturas a lo largo de la historia de la humanidad. Sin embargo, en los últimos años, ha cobrado una mayor relevancia debido a la generalización del fenómeno, así como por las sustanciales consecuencias que entrañan tanto para los países de origen como de acogida en múltiples niveles (social, legislativo, económico...). Entre otros, factores como el efecto llamada de determinados países de destino y el impulso facilitador que la globalización supone han hecho de la migración uno de los problemas socioculturales y políticos más en boga en los últimos años.

Clasificación de los tipos de emigración

Los inmigrantes representan un grupo extremadamente heterogéneo, tanto en las manifestaciones clínicas de la psicopatología, su

bagaje psicológico previo, los mecanismos de adaptación a la nueva cultura, como en la influencia de su país de origen o los motivos y las situaciones de partida que los impulsan a emigrar. Así, pueden distinguirse a aquellos que persiguen una mejora de las aspiraciones profesionales con una situación de partida favorable; los que tienen una urgente necesidad de desplazarse para subsistir por la imposibilidad de hacerlo en el país de origen; los

¹ Patricia Delgado Ríos
INTECO. Investigación y Terapia Cognitiva
Cardenal Bueno Monreal, 6; 41013 Sevilla (España)

grupos de refugiados, grupo a los cuales las características de la situación socio-política que rodea este tipo de inmigración, los convierten en un colectivo vulnerable a los trastornos de estrés postraumático (Boehnlein y Kinzie, 1995); los estudiantes extranjeros, o aquellos que emigran como resultado de un proceso de reagrupación familiar.

Adaptación al nuevo país y aculturación

La adaptación resultante del proceso migratorio, no depende exclusivamente de las estrategias y recursos del inmigrante a la hora de ajustarse a los cánones y modos de funcionamiento

de la nueva cultura (tabla 1), sino que también viene supeditada a la actitud del país de acogida respecto a los inmigrantes (Berry, 2001). En la medida en que la sociedad de acogida acepte las diferencias raciales y de estilo de vida a la vez que promueva en el inmigrante la adopción de valores y condiciones sociales propias, se facilitará la integración entre ambos. La actitud contraria podría derivar en rechazo social y discriminación, ambos considerados actualmente como posibles factores ambientales asociados a la etiología de la esquizofrenia (Cantor-Graae y Selten, 2005).

Integración Conservación aspectos culturales propios a la vez que incorpora componentes de la nueva cultura.	Separación Rechazo de la nueva cultura e intensificación de la identidad con la cultura de origen
Asimilación Abandono de la cultura propia en pro de la adopción de aspectos culturales dominantes en la sociedad de acogida	Marginalidad Alejamiento tanto de la cultura propia como de la cultura de acogida.

Tabla 1. Adaptación del inmigrante a la cultura mayoritaria del país de acogida (modificada de Berry, 2001)

Se entiende por aculturación el fenómeno que se da de forma natural cuando entran en contacto dos referentes culturales diferentes, pudiendo implicar cambios en ambas culturas. Sin embargo, lo que se observa a menudo es que uno de los dos grupos domina e impera sobre el otro. El efecto que se deriva de la adaptación a dicha situación se conoce como *estrés aculturativo*, y se añade a las dificultades que ya de por sí caracterizan a la migración. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (APA, 2000) incluye, entre los problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, una categoría denominada problema de aculturación (V62.4) para referirse a las dificultades de los inmigrantes al iniciar una nueva vida en una cultura diferente, integrando nuevos estilos y normas de relaciones interpersonales, costumbres y normas sociales, organización de los servicios comunitarios, etc.

MIGRACIÓN Y SALUD MENTAL

Variables que influyen en dicha relación

Existe un acuerdo general respecto a que las repercusiones sobre la salud mental del proceso de migración son múltiples y heterogéneas, variando tal afectación en función de la interacción entre las variables propias del proceso migratorio y las habilidades del individuo para manejarlo así como la vulnerabilidad propia del individuo para desarrollar algún trastorno.

Siguiendo a algunos autores y revisiones del tema (Bhugra, 2004; Collazos, Achotegui, Caballero y Casas, 2005) presentamos un conjunto de factores a tener en cuenta en la evaluación de la posible relación entre migración y psicopatología.

Edad a la que se realiza la migración. El momento evolutivo o vital determina los recursos con los que contamos para hacer frente a los estresores propios del proceso, la historia previa con la cultura de

origen, las aspiraciones que se hayan podido forjar, entre otros; así, tal y como describen García-Campayo y Sanz Carrillo (2002): “los adolescentes tienden a realizar una asimilación, negando la cultura de origen (que también es la de los padres, con los que se suele entrar en conflicto a esta edad), para parecerse más a su grupo de edad, que mayoritariamente pertenece al país huésped. Las personas mayores son propensas a adaptarse mediante la separación, negando la nueva cultura y parapetándose en la propia. Los individuos de edades medias son los que más fácilmente realizan procesos de integración en ambas culturas” (p. 188).

El género. Distintos estudios han hallado mayores índices de alteración en las mujeres de sus muestras. Algunos autores (Murphy, 1968) han explicado estas discrepancias argumentando que en muchos casos la toma de decisiones respecto al acto de emigrar recae sobre los hombres, y las mujeres se limitan a secundar la decisión y seguirlos, por lo cual estas diferencias en tasas de psicopatología no podrían explicarse simplemente atendiendo al proceso migratorio.

Idioma y aculturación. La fluidez en el idioma de la sociedad de acogida puede, sin duda, facilitar el ajuste a la nueva cultura (Akiyama, 1996), aunque algunos estudios han encontrado resultados que van en la dirección opuesta interpretándolo como una medida de aculturación que los asemeja a estos últimos en cuanto a morbilidad psicopatológica (Nazroo, 1997).

Ocupación. Como en otros fenómenos, el nivel educativo y los antecedentes profesionales influyen en el ajuste postmigratorio. Parece que el no cumplir con las expectativas previas y no alcanzar los logros esperados tiene un importante efecto en la autoestima de los sujetos, cuanto más cuando muchos de los inmigrantes tenían un nivel académico y una preparación laboral superior a la necesaria para los trabajos que finalmente desempeñan en el país de acogida. Concretamente, los inmigrantes con niveles educativos extremos son los que encuentran mayores dificultades para obtener ocupaciones satisfactorias (Tseng, 2001).

Condiciones y etapas de la migración. Generalmente en todo proceso migratorio pueden distinguirse una serie de etapas. Previamente al desplazamiento, se generan unas expectativas acerca de la mejora que supondrá la vida en el país de acogida y en distinto grado se lleva a cabo la preparación para la marcha. Una vez en el país de acogida, tiene lugar un período de ajuste en el que la persona tiene que enfrentar variados y múltiples estresores y demandas. Estos llegan a su máximo grado durante los primeros dos años, momento a partir del cual generalmente la persona va recuperando paulatinamente los niveles de funcionamiento normales previos (Pernice y Brook, 1996).

Algunos autores (Bhugra, 2004) se han hecho eco de la relación entre las fases del proceso migratorio (pre migración, migración y post migración) y las variables que aumentan tanto la vulnerabilidad psicopatológica como la resiliencia.

De esta manera, como se observa en la tabla 2, en la fase previa a la migración se consideran tanto factores de vulnerabilidad intrapersonales (vg. características de personalidad)¹ como extrapersonales (vg. ser perseguido por razones religiosas). Del mismo modo que la posibilidad de la preparación y la voluntariedad representan componentes de resistencia; determinadas circunstancias (afrontar pérdidas y contar con apoyo social) muestran la vulnerabilidad y resistencia, respectivamente, durante la fase de migración. Toda vez que ha tenido lugar la migración (y está en marcha el verdadero proceso de adaptación) las discrepancias con respecto a las culturas o contra las expectativas formuladas, se convierten en variables de vulnerabilidad frente a los procesos beneficiosos de identificación, percepción de apoyo social y otras ventajas por las que se ha hecho la migración².

FACTORES DE VULNERABILIDAD	FASES DEL PROCESO MIGRATORIO	FACTORES DE RESILIENCIA
Personalidad	PREMIGRACIÓN	Preparación voluntaria
Déficit de habilidades		
Migración forzosa		
Persecución	MIGRACIÓN	Apoyo social
Pérdidas		
Duelo	POSTMIGRACIÓN	Identidad cultural positiva
Estrés postraumático		
Choque cultural		
Conflicto cultural		
Discrepancia aspiración/valoración		
		Apoyo social
		Ventajas socio-económicas

Tabla 2: Hipotético modelo explicativo de la relación entre psicopatología e inmigración (modificada de Bhugra, 2004)

Finalmente, Bhugra (op. Cit.) destaca que, en el momento de la postmigración se produce la aculturación, del que derivan dos posibilidades: bien la *deculturación-alienación* (proceso patológico)³ o bien la *asimilación*.

Actitud recíproca tanto del inmigrante como de la cultura de acogida. Como comentamos anteriormente, dependiendo de la situación de adaptación que tenga lugar, será más o menos probable la aparición de sintomatología psicopatológica. Así, parece que la integración ejerce un papel protector del mismo modo que la marginalidad supone un factor de riesgo para la aparición de trastornos psicológicos. Otra variable a considerar haría referencia a la orientación socio-

céntrica o individualista de las sociedades de origen y de acogida, ya que las demandas y expectativas de funcionamiento y ajuste son diferentes para una y otra.

Tasas de incidencia y prevalencia en los países de origen. Los datos manejados en muchas investigaciones se basan en estudios epidemiológicos que comparan las tasas de trastornos psicopatológicos entre los países de origen y el de acogida. Sin embargo, este proceder exige que se supervisen múltiples factores que podrían estar distorsionando los resultados, y que en muchas ocasiones no son adecuadamente controlados en los estudios, por ejemplo, la falta de concreción respecto a las muestras y/o trastornos específicos o las posibles barreras que impiden el acceso a los servicios de salud mental de los inmigrantes.

Diferencias culturales en cuanto a manifestación y expresión de la sintomatología psicopatológica. La cultura en la que como individuos nos hayamos inmersos, determina no sólo nuestra interpretación respecto a la relevancia clínica y gravedad de los síntomas y trastornos psicopatológicos, sino también el modo en que dicha sintomatología se expresa o manifiesta. Desde el momento en que existen diferencias culturales en cuanto a la expresión de las emociones, es esperable que dichas divergencias se extrapolen al ámbito del malestar emocional.

Así, relacionado con la sintomatología obsesivo-compulsiva, algunos autores han encontrado cómo la naturaleza religiosa de la crianza y la educación en egipcios, así como la intensa ritualización asociada a éstas determina fuertemente tanto el contenido como la severidad del trastorno obsesivo-compulsivo en dicha población (Okasha, Saad, Khalil, Seif y Yehia, 1994).

La sintomatología psicótica también ha demostrado diferencias culturales en su presentación. Así, en una investigación que evaluaba las diferencias en cuanto a sintomatología positiva y negativa en tres grupos étnicos diferentes, se observaron mayores tasas de suspicacia y alucinaciones en afroamericanos, más agitación en americanos blancos y mayores quejas somáticas en el grupo latino (Barrio, Yamada, Atuel, Hough, Yee *et al.* 2003). Por otro lado, en culturas no occidentales se ha detectado un mayor número de casos de esquizofrenia catatónica y hebefrénica.

Respecto a la depresión, recientemente se ha concluido, aplicando metodología cualitativa de análisis del contenido, que si bien los síntomas depresivos reconocidos por los textos científicos y los sistemas de diagnóstico contemporáneos son frecuentemente referidos en población china, los sistemas al uso no son lo suficientemente exhaustivos en cuanto a la experiencia de la depresión y sus expresiones (Lee, Kleinman y Kleinman, 2007).

Distintos entornos bélicos como la guerra de Vietnam, el Holocausto nazi o recientemente los atentados contra el *World Trade Center*, han provisto datos a favor de las diferencias interculturales a la hora de expresar y manifestar el Trastorno por estrés postraumático (Boehlein y Alarcón, 2000; Schuster, Stein, Jaycox, Collins, Marshall *et al.*, 2001).

¹ Las habilidades de afrontamiento frente al estrés, experiencias de éxito y/o fracaso, estilos atribucionales del individuo, entre otras, son variables que suelen afectar diferencialmente a los individuos en cuanto a la adaptabilidad al cambio.

² También la APA coincide cuando señala los efectos mediadores de ciertos factores sobre la intensidad del cambio migratorio: la lengua, como medio comunicativo por excelencia; la red de apoyo social, la cual se ha demostrado como un importante factor amortiguador del estrés migratorio; el empleo, por su relación con el estatus social, la independencia económica, la cobertura de necesidades vitales (APA, 2002).

³ Los que tienen que ver con los procesos de vinculación y separación parental estarían en la base de los procesos esquizofrénicos observados en inmigrantes o, en general, los que atentan a la autoestima y que darían lugar a otros trastornos mentales (depresión, ansiedad, somatoformes...)

Como puede observarse a partir de los datos existentes (Bernstein, Lee, Park y Jyoung, 2008; Kirmayer, 2001; Sherazi, McKeon y McDonough, 2006) existe una importante base para defender las variaciones culturales en cuanto a la expresión de la psicopatología, siendo estas variaciones clínicamente relevantes. Por tanto, conocer la psicopatología tal y como es en la cultura de origen puede ayudarnos a no magnificar ciertos síntomas o a interpretarlos en sintonía con las creencias o factores socioculturales del paciente.

Podemos concluir este apartado observando que la relación entre migración y psicopatología es cuanto menos compleja, no sólo por las dificultades metodológicas que dicho estudio entraña, sino por la importante variabilidad y multiplicidad de factores que intervienen en el proceso migratorio haciéndolos en ocasiones imposibles de controlar. A la luz de todo lo dicho puede deducirse que si bien no podemos aceptar fehacientemente que la inmigración genere por sí misma psicopatología, sí podemos sostener que supone un importante factor de riesgo para la misma.

TRASTORNOS Y DIAGNÓSTICOS

La relación entre migración y psicopatología ha sido motivo de interés desde tiempos antiguos, aunque la sistematización de la investigación no se dio hasta principios del siglo XX. En general, lo que sí parece claro es que los datos son contradictorios, con una gran variabilidad metodológica y muestral, sin confirmación definitiva acerca de una mayor psicopatología asociada al hecho de emigrar.

Algunas de las hipótesis explicativas propuestas se han aplicado sobre todo en relación a determinados tipos de trastornos, aunque bien podrían extenderse a la psicopatología en general desde una perspectiva amplia. Como se observa al realizar una revisión de la literatura existente, el trastorno que mayor interés ha tenido ha sido la esquizofrenia. Con el resto de trastornos los problemas metodológicos se agudizan y los resultados de las investigaciones son contradictorios a la vez que parciales, ya que reflejan más bien características de la muestra que de la población a la que se intentan hacer extensibles dichos datos. Con todo, y a pesar de la confusión y cantidad de datos disponibles no parece que haya un trastorno mental relacionado o exclusivo del proceso de migración.

A continuación, se expondrán de forma sucinta los aspectos más destacados en cuanto a la relación entre inmigración y los trastornos más frecuentemente diagnosticados; así como la propuesta del Síndrome de Ulises como cuadro clínico exclusivo y circunscrito al proceso migratorio.

Trastornos por estrés (adaptativos). Debido a la propia definición de estrés y la concepción psicológica del mismo, es esperable que se hayan relacionado frecuentemente con el fenómeno migratorio. Como comentábamos anteriormente, el contacto entre dos culturas da lugar a un fenómeno conocido como aculturación, y al estrés asociado a éste como *estrés aculturativo*. Algunas investigaciones se han centrado en determinar si las respuestas ante esta situación se tratan de síntomas

exclusivamente, o si puede hablarse de un síndrome en cuestión como el *síndrome de estrés psicológico* (Ritsner y Ponizovsky, 1998) o el *síndrome de Ulises* (que ubicamos con mayor precisión en el siguiente apartado).

Trastornos por estrés postraumático (TEP). El Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) es uno de los diagnosticados con más frecuencia entre la población inmigrante, sobre todo cuando el proceso migratorio (en cualquiera o en todas sus fases) ha estado sembrado de graves acontecimientos que hacen más difícil la adaptación del individuo. Es por esto que sistemáticamente se encuentren altas tasas de dicho trastorno en grupos de refugiados, debido a las circunstancias de represión y tortura que llevan asociadas guerras y conflictos políticos en sus países de origen (Gorst-Unsworth y Goldenberg, 1998; Holtz, 1998).

Es importante señalar que en el caso del TEP, cobran especial relevancia las condiciones y experiencias postmigratorias, ya que situaciones recurrentes de pérdidas, dificultades económicas, limitaciones laborales, etc., pueden reactivar la sintomatología propia del trastorno.

Desde nuestro país se ha propuesto el *síndrome del emigrante con estrés crónico y múltiple* o *síndrome de Ulises* (Achotegui, 2004), para referirse a un cuadro clínico caracterizado por la experimentación de una serie de estresores o duelos en forma de síntomas psiquiátricos que abarcarían varias áreas de la psicopatología. Para el autor, estaríamos ante una entidad nosológica independiente y exclusiva de los inmigrantes y, según sus propias palabras: “existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos inmigrantes y la aparición de su sintomatología” (p. 2) (Achotegui, 2008). Este síndrome sería fruto de una situación de adaptación forzada en la que dos conceptos bien conocidos en el ámbito de la psicología guardarían una estrecha vinculación: duelo y estrés, de tal modo que según el autor “el duelo es un estrés prolongado e intenso” (p. 3). Según esto, el síndrome de Ulises sería un cuadro a caballo entre los trastornos adaptativos y el trastorno de estrés postraumático.

Contextualización del síndrome de Ulises
Estresores. Existen una serie de estresores que delimitan y condicionan el síndrome del emigrante con estrés crónico y múltiple, entre ellos la soledad, el duelo por el fracaso del proyecto migratorio, la lucha por la supervivencia o el miedo por la incertidumbre de un futuro incierto. Al efecto que ya de por sí pudieran tener estos estresores se les añaden ciertas condiciones o características de estos estresores que potencian dicho efecto, como son: a) multiplicidad ; b) cronicidad y recurrencia; c) intensidad y relevancia; d) ausencia de sensación de control; e) ausencia de una red de apoyo social; f) aparición de la sintomatología, que tiene un efecto incapacitante que merma aún más la capacidad de adaptación; y g) dificultades de acceso y atención en el sistema sanitario del país de acogida.

Como ya se ha indicado, esta situación de estrés crónico junto a la serie de pérdidas que entraña conforman lo que se conoce como “duelo migratorio”, y ambos suponen para Achotegui los

factores explicativos de gran parte de la sintomatología que presenta la población inmigrante⁴.

Clínica del síndrome. Tal y como muestra la tabla 3, la sintomatología más frecuentemente asociada al síndrome de Ulises cubre distintas áreas de la psicopatología.

Áreas	Sintomatología
Área depresiva	Llanto, tristeza, culpa, baja autoestima, ideas de muerte y suicidio (muy poco frecuentes), anhedonia, pérdida de interés sexual, y pérdida o aumento del peso o del apetito.
Área de ansiedad	Tensión y nerviosismo, preocupaciones excesivas y recurrentes, irritabilidad e insomnio.
Área de somatización	Cefaleas (síntoma de mayor cronicidad), fatiga, molestias osteomusculares, alteraciones del sueño (el insomnio presenta el mejor pronóstico).
Área disociativa y confusional	Déficits de memoria, desorientación espacio-temporal, fabulaciones.

Tabla 3: Clínica del Síndrome de Ulises

Es posible diferenciar variantes en cuanto a la presentación del cuadro, en función del número o intensidad de los síntomas (parcial o completo), y del número de estresores presentes (mayor o menor).

Respecto a la temporalidad de la sintomatología, cabe señalar que existe una importante fluctuación temporal de los mismos, como reflejo y respuesta a las cambiantes circunstancias que en ese momento estén sobrellevando.

Como es frecuente a la hora de establecer un diagnóstico específico, sería necesario delimitar este conjunto de síntomas cuali y cuantitativamente de otros con los que guarde relación para poder conferirle la categoría de trastorno propiamente dicha. A este respecto, aparecen una serie de dificultades a la hora de ubicar nosológicamente este síndrome, por cuanto los síntomas que presentan no son específicos, abarcan grupos de síntomas dispares entre sí y no existe una suficiente investigación que avale su especificidad en cuanto a curso, pronóstico y presentación clínica.

Recientemente, Achotegui (2008) ha propuesto ubicar al cuadro en el ámbito de la salud

⁴ Dicho proceso de duelo posee las siguientes características: es un duelo parcial, ya que el objeto de duelo no desaparece realmente ni se pierde definitivamente; es recurrente y tiende a cronificarse; está vinculado a experiencias infantiles muy arraigadas que en caso de no haber sido elaboradas apropiadamente pueden determinar y dificultar la adaptación a la pérdida actual; es un duelo múltiple (concretamente se podrían diferenciar al menos siete duelos en la migración: duelo por la familia y amigos, por la lengua, por la cultura, por la tierra, por el nivel social, por el contacto con el grupo étnico o nacional y por los riesgos físicos asociados a la migración); afecta a la identidad; conlleva una regresión psicológica; supone un proceso que contempla una serie de etapas; la elaboración del duelo migratorio utiliza una serie de defensas psicológicas; comporta la ambivalencia hacia el país de acogida y hacia el país de origen; es transgeneracional. (Achotegui, 2000; 2002).

mental más que en el de la psicopatología, considerando que “el Síndrome de Ulises es a la vez Síndrome y “Pródromos” (p. 24), subrayando que los inmigrantes que presentan esta sintomatología no sufren una enfermedad mental, sino que más bien “están viviendo estresores inhumanos ante los que no hay capacidad de adaptación posible”. Supone pues una apertura conceptual que subraya la consideración del estrés como interacción entre la situación y los recursos del individuo para afrontarla, lo cual según el autor permitirá trabajar a niveles preventivos y favorecer así realmente al inmigrante en su adaptación a la nueva cultura.

Trastornos depresivos. Los trastornos del estado de ánimo muestran una fuerte vinculación con el fenómeno migratorio, ya que éste implica generalmente un duelo múltiple y recurrente, por cuanto supone una serie de pérdidas personales y materiales altamente significativas para el inmigrante.

Desde una perspectiva cultural, se ha venido mostrando cómo las manifestaciones propias de cada trastorno varían según el contexto cultural en el que tengan lugar. Respecto a los trastornos depresivos, por ejemplo, es posible encontrar una mayor psicologización de la sintomatología o, por el contrario, una mayor expresividad somática. Estos últimos han recibido un gran interés por parte de la literatura científica, recibiendo nombres como *síndrome de desadaptación psicósomática del emigrante* (Seguin, 1956), *hipocondría del emigrante* (Hes, 1958), o *trastorno adaptativo crónico del emigrante* (Westermeyer, 1988).

Por otro lado, las investigaciones que han comparado las tasas de trastornos del estado de ánimo entre inmigrantes y nativos, han obtenido resultados contradictorios. En ocasiones se han encontrado mayores índices de dicha sintomatología en inmigrantes, y realizado alternativas explicativas aludiendo a conceptos como el locus de control externo, la pérdida de apoyo social, la respuesta emocional secundaria al choque cultural, etc. Sin embargo, los resultados no son claros y los modos de interpretarlos varían según la perspectiva del investigador. Como ejemplo, podríamos citar el papel del idioma y la aculturación en la aparición de trastornos depresivos en población inmigrante. Aunque se ha argumentado que dicha variable puede facilitar el acceso y la adaptación a una nueva cultura, hay autores (Nazroo, 1997) que observaron que aquellos inmigrantes que adoptaban el idioma de la sociedad de acogida presentaban similares índices de psicopatología que los nativos blancos, mostrando ambos grupos mayores tasas incluso que los inmigrantes que no adoptaron dicho idioma. Se ha interpretado que el idioma, al ser una medida del grado de aculturación de un grupo respecto al otro, puede conducir a niveles similares de morbilidad psicológica.

Trastornos somatoformes. Existen un número de síntomas somáticos inespecíficos como cefaleas, dorsalgias, dolor abdominal, alteraciones del tránsito intestinal, fatiga, etc., frecuentemente referidos por los inmigrantes que solicitan asistencia médica. Se reconoce que estos síntomas presentan una prevalencia similar en diferentes culturas (García-

Campayo y Sanz, 2000) pero existen razones por las que los emigrantes, sobre todo los de países en vías de desarrollo, presentan somatización con más frecuencia (García-Campayo, 2001), como la *imposibilidad de la expresión por carencias del lenguaje*; la *sanción social de la expresión* (psicologización típica de la cultura occidental versus exteriorización de síntomas en sociedades no desarrolladas) o bien, podríamos entenderlo como un *sesgo en el constructo de enfermedad* o trastorno mental (componentes culturales de la nosología psiquiátrica).

Otras razones que podrían justificar esta mayor tasa de somatización entre la población inmigrante, podría estar relacionada con la mayor facilidad y seguridad lingüística para referir síntomas somáticos o la creencia de que este tipo de síntomas les pueden reportar una más rápida asistencia en el sistema de salud (Collazos, Achotegui, Caballero y Casas, 2005).

Trastornos psicóticos. Los síntomas de hostilidad, agitación, alucinaciones, desconfianza excesiva, etc., propios de psicosis reactivas breves y trastornos paranoides deben distinguirse, en primer lugar, de los sentimientos de desconfianza secundarios a situaciones de aislamiento y rechazo social. Términos como *reacción paranoide del extranjero* o *reacción paranoide del refugiado* (Kinzie y Feck, 1987), han sido utilizados para referirse a sintomatología paranoide de presentación aguda observada en estudiantes, trabajadores y refugiados en el extranjero. Debe diferenciarse el componente sintomático que puede formar parte de una reacción del trastorno, es decir, del despliegue y consolidación, de ciertas características de vulnerabilidad en forma de manifestación patente (y no latente).

La esquizofrenia ha sido el trastorno que mayor y más temprana investigación ha generado en cuanto a la prevalencia y manifestación en inmigrantes. Los orígenes de este tipo de trabajos los encontramos en los trabajos de autores como Ödegaard (1932) y Malzberg (1955; 1964), concluyendo que existían mayores tasas de primera admisión hospitalaria por esquizofrenia en inmigrantes que en población nativa. Posteriormente, el interés por la posible relación entre esquizofrenia e inmigración se expandió al Reino Unido donde varios grupos de investigación pusieron a prueba sus hipótesis sobre población inmigrante afrocaribeña y sudasiática intentando corregir los errores metodológicos de las investigaciones precedentes (Cochrane, 1977; Harrison, Owens, Holton, Neilson *et al.* 1988; Hemsí, 1967; Kiev, 1965; King, Coker, Leavey, Hoare, Jonson-Sabine, 1994; Van Os, Castle, Takei, Der, Murria., 1996). Más recientemente se ha recogido evidencia a favor de mayores tasas de esquizofrenia y otras psicosis en otros países europeos y con inmigrantes de Surinam, Antillas Holandesas y Marruecos y África del Este (Selten, Slaets, Kahn, 1997; Selten, Veen, Feller, Blom, Camoenie, 2001; Zolkowska, Cantor-Graae, McNeil, 2001). Por último, en Reino Unido se realizó un ambicioso estudio para determinar la Etiología y origen étnico en la esquizofrenia y otras psicosis (AESOP study) (Fearon, Kirkbridge, Morgan,

Dazzan, Morgan *et al.*, 2006) con el objetivo de verificar los resultados de anteriores estudios y aislar posibles factores de riesgo. Cochrane y Bal (1987) realizaron una revisión de las principales hipótesis propuestas y los datos a favor y en contra obtenidos para cada una de ellas. Nos basaremos en dicha revisión a la vez que incorporaremos datos de las últimas investigaciones publicadas (tabla 4).

Hipótesis	Datos contradictorios
<i>Los países de origen tienen altas tasas de esquizofrenia</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Escasos estudios de prevalencia en los países de origen. - Sesgo en las tasas de prevalencia debido a las definiciones (amplias versus restringidas) de esquizofrenia. (Selten, Zeyl, Dwarkasing, Lumsden, Kahn et al, 2005) - Elevadas tasas de prevalencia en inmigrantes de segunda generación (Leao, Sundquist y Frank, 2006)
<i>Hipótesis de la selección negativa: una mayor vulnerabilidad a padecer trastornos psicológicos hace más probable la migración (Ödegaard, 1932)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La migración como proceso largo y costoso requiere fortalezas y resistencias para afrontarlo exitosamente (Cantor-Graae y Selten, 2005) - Mayores tasas de prevalencia en inmigrantes de segunda generación. - Tendencia a mayores índices de psicopatología no es universal; frecuentes datos contradictorios.
<i>La migración produce estrés (relacionada con modelo de diátesis-estrés; Zubin y Spring, 1977)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Índices de prevalencia en grupos inmigrantes menores que en muestras de nativos. - Elevados índices de esquizofrenia pasados varios años desde que se llevara a cabo la migración: posible intervención de factores psicosociales (discriminación, desempleo prolongado, etc.)
<i>Errores de diagnóstico y sesgos metodológicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Errores metodológicos en primeros estudios (criterios diagnósticos no estandarizados, insuficiencias de datos poblacionales de comparación fiables y actualizados, definición confusa y uso indiscriminado de términos como raza, cultura o minoría; etc.) - Discrepancias en concepciones sobre salud mental y acceso a la asistencia psiquiátrica en las distintas culturas - Sesgos en profesionales sanitarios al diagnosticar a grupos culturales diferentes. (Ananthhanaraganan, 1994)
<i>Diferencias en sintomatología de esquizofrenia en distintas culturas</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Diferencias en cuanto a manifestaciones clínicas, curso y pronóstico del trastorno según entorno social y cultural (World Health Organization, 1973)

Factores ambientales/psico sociales implicados en el desarrollo de la esquizofrenia: la derrota social (Selten, Zeyl, Dwarksing, 2005)	
Papel de la densidad étnica a la hora de explicar las altas tasas de esquizofrenia	- Dificultad para determinar exactamente el efecto de tal variable demográfica como los mecanismos que pudieran estar en la base de dicha relación (Krupinski, 1975)
Discrepancias entre las aspiraciones previas y los logros finalmente obtenidos pueden influir en las tasas	- Esta hipótesis requiere una mayor sistematización e investigación que la avale y detalle sus mecanismos y procesos de actuación.

Tabla 4. Resumen de las principales hipótesis acerca de la relación entre esquizofrenia e inmigración

Una vez enumeradas todas estas hipótesis, así como los aspectos contradictorios o que requieren una mejor explicación, tal vez lo único que pudiera mantenerse fehacientemente es que con respecto a la etiología de la psicosis y la esquizofrenia, posiblemente no haya un único factor destacado. Hay elementos sobradamente conocidos (antecedentes familiares, complicaciones obstétricas, nacimiento en invierno, edad paterna, *cannabis*, entre otros) que desempeñan un papel comprobado. Sin embargo, el tamaño del efecto más relevante, que inicialmente señalaba de forma directa a la inmigración, debe ser actualmente revisado incluyendo el estudio pormenorizado de variables como las condiciones socioeconómicas de privación y dificultades psicosociales asociadas a todo el proceso migratorio. Se ha planteado como verdadero reto de la investigación confirmar si el riesgo de esquizofrenia y emigración tiene que ver con la “urbanización creciente” y verificar el papel protector de la densidad étnica (Cantor-Graae y Selten, 2005). En este sentido, ya era conocido que el curso evolutivo y pronóstico de los cuadros psicóticos es mejor en los países en desarrollo que en los ampliamente desarrollados (Kupfer, First, y Regier, 2004). Tal vez, junto con lo que se ha dicho, el papel desempeñado por la estigmatización por la enfermedad mental se ha minusvalorado. Añádase entonces dicho factor a la condición de inmigrante y las demás variables relacionadas.

Trastornos por abuso y dependencia de sustancias. A la hora de analizar si este grupo de trastornos son más frecuentes en inmigrantes o no, hay una serie de cuestiones referentes a la aceptación social y legal, a los hábitos de consumo, a la accesibilidad e incluso a las reacciones fisiológicas a dichas sustancias que se encuentran fuertemente determinadas por la cultura y que no se deben obviar.

La extensa heterogeneidad de la asociación entre inmigración y abuso de alcohol y otras drogas, provoca que los estudios de adicciones entre la población inmigrante no hayan resultado concluyentes. Las razones son, entre otras, que las

muestras estudiadas difieren considerablemente entre las distintas investigaciones, ofreciendo en ocasiones datos de corte más bien descriptivos que explicaciones teóricas que aunaran tal disparidad de resultados.

Otros análisis sociológicos y psicológicos que se han manejado para explicar las mayores tasas de abuso en inmigrantes se refieren a las actividades ilícitas relacionadas con drogas a las que algunos inmigrantes se dedican como salida a la precariedad económica y la falta de oportunidades (García-Campayo, 2001), así como la ya conocida hipótesis de la automedicación (Khantzian, 1985).

TRASTORNOS ASOCIADOS A LA CULTURA DE ORIGEN

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) incluye en el apéndice I los llamados síndromes dependientes de la cultura (*culture-bound syndromes*). Estos son un conjunto de “patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar relacionadas o no con una categoría diagnóstica del DSM” (p. 898). Estos síndromes suponen un reto para el clínico ya que suelen ser muy poco frecuentes y circunscribirse a entornos culturales específicos. La creciente multiculturalidad de las sociedades actuales exige en cierta forma que los clínicos conozcan estas entidades en aras de asegurar un correcto diagnóstico. La importancia de este análisis no sólo es práctica, el fenómeno de la globalización cultural permite descubrir algunas de estas manifestaciones fuera del contexto donde tienen lugar y, de esa manera, proporcionar un campo dinámico de observación de cómo la psicopatología se transforma dependiendo del ámbito socio-cultural en el que se desarrolla.

Culture-bound syndrome	Descripción	Relacionado con...
Amok (Asia) / mata elap	Comportamiento destructivo y homicida sin aparente desencadenante.	Psicosis
Ataque de nervios (Latinoamérica)	Sentimiento de estar fuera de control y variada sintomatología ansiosa.	Ansiedad
Bilis y cólera	Sintomatología somática asociada a experiencias de ira.	Trastornos de ansiedad y/o somatoformes
Boufée delirante	Agitación psicomotriz, agresividad y confusión.	Psicosis
Brain fag (cerebro nublado)	Dificultades de concentración y memoria junto a síntomas somáticos como respuesta a estrés académico.	Somatoformes
Dhat	Miedo a perder semen a través de la orina junto a la creencia de debilidad física y mental	Hipocondría y ansiedad

Fallin-out / blacking out	Colapso repentino junto a sensación de ceguera e incapacidad para hablar o moverse.	Disociativos y Conversión
Ghost sickness (enfermedad fantasma)	Preocupación por la muerte o los muertos	Ansiedad
Hsieh ping (Taiwán)	Posesión por espíritus ancestrales	Disociativos
Hwa-byung	Múltiples síntomas somáticos asociados a inhibición de la ira.	Somatoformes
Koro	Miedo a la retracción de los genitales.	Ansiedad y/o disociativos
Latah	Terror súbito acompañado de ecosíntomas y estados de trance	Disociativos
Locura	Incoherencia, agitación, alucinaciones, deterioro en interacción social y posible violencia.	Psicosis
Mal de ojo	Insomnio, gritos, y síntomas somáticos	Ansiedad
Nervios	Malestar emocional y alteraciones somáticas	Disociativos
Pibloktoq / Grisi Siknis	Fatiga, depresión o confusión seguida de comportamientos disruptivos.	Disociativos
Qi-gong	Reacción disociativa y psicótica a la práctica china de qi-gong para la mejora de la salud	Psicosis
Rootwork / brujería	Síntomas atribuidos al uso de la magia o influencia del diablo sobre otra persona	Ansiedad
Sangre dormida	Síntomas somáticos y conversivos	Somatoformes
Shenjing shuairuo	Neurastenia	Somatoformes
Shen-k'uei / shenkui	Síntomas somáticos relacionados con actividad sexual	Ansiedad
Shin-byung	Experiencia de posesión	Disociativos
Shinkeishtsu (Japón)	Perfeccionismo, ambivalencia, obsesiones e hipocondría	Trastorno anancástico de la personalidad
Spell	Experiencia de comunicación con espíritus y cambios de personalidad	Psicosis o disociativos
Suudu (India)	Aumento temperatura pélvica	Somatoformes
Susto	Sintomatología somática variada secundaria a miedo intenso de origen sobrenatural	Somatoformes

Taijin kyofusho	Fobia ante el contacto social y miedo a contraer enfermedades	Ansiedad
Zar	Posesión por espíritus	Disociativo

Tabla 5. Resumen de los principales trastornos relacionados con la cultura (APA, 2000)

Por otra parte, el DSM también ofrece una guía para la aplicación de los criterios diagnósticos a los pacientes culturalmente diferentes atendiendo a tal diversidad que puede dificultar la labor del clínico, cuyo objetivo es permitir "una revisión sistemática del conocimiento cultural del individuo, el papel del contexto cultural en la expresión y evaluación de los síntomas y disfunciones, y el efecto que las diferencias culturales puedan tener en la relación entre el individuo y el clínico" (pp. 897-898)⁵. Tal vez esta guía sea útil para diagnosticar y guiar la comprensión de la psicopatología en población inmigrante.

RESILIENCIA, MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Multitud de estudios han ofrecido resultados a favor de una mayor vulnerabilidad para la psicopatología de la población inmigrante. Afortunadamente, no siempre los datos apuntan esta tendencia, añadido al hecho de que no todos los inmigrantes de los grupos estudiados acababan presentando trastornos psicopatológicos. Trabajos realizados en EEUU con inmigrantes chinos de Hong Kong (Davis y Katzman, 1998) y en mexicanos (Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola, Alderete, Catalana *et al.*, 1998) encontraron un mejor nivel de salud mental en la población que emigraba que en los que continuaban residiendo en su país de origen. En esta línea, algunos autores (García-Campayo y Sanz, 2002), han propuesto como factor de protección la urbanización frente a la vida rural, y como mecanismo concreto el aumento de calidad de vida secundario a los mayores recursos materiales de este tipo de entorno.

Distintos estudios han encontrado que la salud mental de los inmigrantes guarda una relación

⁵⁵ Se recomienda que el clínico aporte datos acerca de a) Identidad cultural del individuo: grupo étnico o cultural de referencia y/o pertenencia; habilidades, uso y preferencias lingüísticas (incluir plurilingüismo si existiese); grado de implicación con la cultura de origen; grado de implicación con la cultura de acogida; b) Explicaciones culturales de la enfermedad individual: idioma predominante del malestar y categorías locales de enfermedad; sentido y gravedad de los síntomas en relación con las normas culturales; causas percibidas y modelos explicativos y experiencias con los servicios de asistencia sanitaria; c) Factores culturales relacionados con el entorno psicosocial y niveles de actividad: estresantes sociales; apoyo social y papel de la religión y la red de soporte familiar y niveles de funcionamiento y discapacidad; d) elementos culturales de la relación entre individuo y clínico: discrepancias en cuanto a estatus y posibles implicaciones para el diagnóstico y tratamiento y e) Evaluación cultural global para el diagnóstico y la asistencia: valoración de la influencia específica para el diagnóstico y tratamiento de los factores culturales. (APA, 2000).

negativa con la densidad étnica de su grupo en la vecindad. Esto podría ser debido a que en situaciones de aislamiento y menor apoyo social la discriminación es mayor y esto puede actuar como un factor estresante que aumente la posibilidad de desarrollar algún trastorno psicopatológico (Veling, Susser, Van Os, Mackenbach, Selten *et al.*, 2008).

Como ya se planteó en la tabla 2, el resultado final del proceso migratorio depende de múltiples y heterogéneas variables que incluyen factores tanto de riesgo como de protección. En este sentido, se entiende que mientras más preparada y meditada sea la decisión de migrar, mejor situación socioeconómica en el país de acogida y más amplias redes de apoyo social (no en el sentido de amplitud sino de sentido de cohesión) que caractericen tal proceso, menor será el efecto de los estresores o cambios a afrontar. Entre éstos, los déficits en estrategias de afrontamiento, los conflictos socioculturales, la mayor divergencia en cuanto a aspiraciones y éxito real; también desempeñan un importante papel en cuanto al aumento de la vulnerabilidad psicológica del inmigrante.

Para finalizar, y a modo de conclusión, obligadamente se ha de resaltar la enorme complejidad metodológica que rodea la relación de psicopatología e inmigración, principalmente por la variabilidad y multiplicidad de factores que influyen en la misma, lo cual comienza con la determinación de variables mediadoras y moderadoras que puedan estar afectando a dicha relación y la difícil tarea de discriminar la psicopatología previa de la asociada al proceso migratorio.

Desde la perspectiva de la investigación en psicología clínica, encontramos las dificultades metodológicas propias de la investigación pero agrandadas por el hecho de que no sabemos qué validez alcanzamos utilizando nuestros instrumentos e incluso nuestros criterios diagnósticos a la hora de capturar la psicopatología. Desde un punto de vista más concreto, como queda reflejado en anteriores apartados, el tipo de población con el que se trabaja presenta importantes retos a los investigadores, tanto en cuanto al diseño de las investigaciones como en la propia definición del objetivo que se persiga; desde el establecimiento de grupos de comparación equiparables, la diferenciación y control adecuados de variables moderadoras y mediadoras que pudieran enmascarar relaciones ocultas en un primer acercamiento, etc.

Respecto a la polémica sobre el alcance de la relación entre migración y psicopatología, resulta más relevante que el interés investigador vaya encaminado hacia tesis que defiendan una asociación con la psicopatología en general desde un modelo de diátesis-estrés, más que dilucidar si la fenomenología manifestada por los distintos grupos de inmigrantes supone una forma de psicopatología específica. En este sentido estaríamos ante el reto de determinar si son personas vulnerables con propensión (biológica, psicosocial...) a una o varias psicopatologías y cuyo proceso de migración los coloca en una situación de riesgo que dispara o cronifica dicha patología (migración como desencadenante psicopatológico).

Por otro lado, y concretando sobre el objeto de estudio en cuestión, podrían proponerse posibles líneas de investigación. Parece claro que los intentos

por descubrir factores etiológicos compartidos por todos los distintos grupos étnicos en la multiplicidad de países de acogida se presenta como una tarea ardua y quizás infructuosa. Por lo tanto, un posible cambio podría consistir en centrarse en los factores de riesgo que sí cuentan con importante evidencia clínica para algún grupo étnico en cuestión y comprobar cuáles son los factores que impiden o facilitan que dicha influencia se extienda a otros grupos (discriminando así el papel de riesgo o protector que tienen las distintas condiciones socioculturales). Del mismo modo, y tal como se ha observado de forma natural en la investigación, el hecho de establecer comparaciones entre grupos étnicos que, compartiendo un nuevo contexto sociocultural acaban desarrollando distintos grados de morbilidad, permitiría precisar la influencia de variables sociales y culturales concretas y generalizar en función de la semejanza sociocultural entre los distintos grupos étnicos.

Sin ninguna duda, a pesar de la complejidad que entraña su estudio, el fenómeno migratorio se muestra como uno de los contextos donde mejor se aprecia la influencia de los factores biológicos, psicológicos y socioculturales en una combinación determinada, a pesar de que no seamos capaces de ver, todavía, todas sus aristas.

REFERENCIAS

Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración. *Jano. Psiquiatría y humanidades*, 2, 15-19.

Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ed. Mayo.

Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, 21, 39-52.

Achotegui, J. (2008). Migración y Crisis: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional*, 7, 1-28.

Akiyama, T. (1996). Onset study of English speaking temporary residents in Japan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 194-198.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. DSM-IV-TR*. Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (2002). *Cultural assessment in clinical psychiatry*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Ananthhanarayanan, T.S. (1994). Epidemiology of mental illness among Asians in the UK. *British Journal of Hospital Medicine*, 52, 500-506.

Barrio, C., Yamada, A., Atuel, H., Hough, R.L., Yee, S., Berthot, B. y Russo, P.A (2003). A tri-ethnic examination of symptom expression on the positive

and negative syndrome scale in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 60, 259-269.

Bernstein, K.S., Lee, J-S., Park, S-Y. y Jyoung, J-P. (2008). Symptom manifestations and expressions among Korean immigrant women suffering with depression. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 393-402.

Berry, J. W. (2001). A psychology of immigration. *Journal of Social Issues*, 57, 615-631.

Bhugra, D. (2000). Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 68-73.

Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258.

Bhugra, D., Hilwig, M., Corridon, B., Neehall, J; Rudge, S., Mallett, R., y Leff, J. (2000). A comparison of symptoms in cases with first onset of schizophrenia across four groups. *European Journal of Psychiatry*, 14, 241-249.

Boehlein, J.K. y Alarcón, R.D. (2000). Aspectos culturales del trastorno por estrés post-traumático. *Monografías de Psiquiatría*, 12, 18-23.

Boehnlein, J.K. y Kinzie, J.D. (1995). Refugee trauma. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32, 223-252.

Cantor-Graae, E. y Selten, J-P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162, 12-24.

Cochrane, R. (1977). Mental illness in immigrants to England and Wales: an analysis of mental hospital admissions, 1971. *Social Psychiatry*, 12, 25-35.

Cochrane, R. y Bal, S.S. (1987). Migration and schizophrenia: an examination of five hypotheses. *Social Psychiatry*, 22, 181-191.

Collazos, F., Achotegui, J., Caballero, L. y Casas, M. (2005) Emigración y psicopatología. En J. Vallejo Ruiloba y C. Leal Cercós (Eds.), *Tratado de Psiquiatría* (Vol. II, pp. 2259-2272). Barcelona: Ars Médica.

Davis, C. y Katzman, M.A. (1998). Chinese men and women in the United States and Hong Kong: body and self-esteem rating as a prelude to dieting and exercise. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 99-102.

Fearon, P., Kirkbridge, J.B., Morgan, C., Dazzan, P; Morgan, K; Lloyd, T; Hutchinson, G; Tarrant, J; Fung, W.A; Holloway, J; Mallett, R; Harrison, G; Leff, J; Jones, P.B y Murria, R.M. (2006). Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP study. *Psychological Medicine*, 36, 1541-1550.

García-Campayo, J. (2001) *Actualización en trastornos somatomorfos*. Madrid: Médica Panamericana.

García-Campayo, J. y Sanz Carrillo, C. (2000). New indices for transcultural comparison in somatization. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 199.

García-Campayo, J. y Sanz Carrillo, C. (2002) Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica*, 118, 187-191.

Gorst-Unsworth, C. y Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organized violence suffered by refugees from Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 172, 90-94.

Harrison, G., Owens, D., Holton, A., Neilson, D., et al. (1988). A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients. *Psychological Medicine*, 18, 643-657.

Hemsi, L.K. (1967). Psychotic morbidity of West Indian immigrants. *Social Psychiatry*, 2, 95-100.

Hes, J.P. (1958) Hypochondriasis in oriental Jewish immigrants: a preliminary report. *International Journal of Social Psychiatry*, 4, 18-23.

Holtz, T.H. (1998). Refugee trauma versus torture trauma: a retrospective controlled cohort study of Tibetan refugees. [*The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 24-34.](#)

Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypotheses of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.

Kiev, A. (1965). Psychiatric morbidity of West Indian immigrants in an urban group practice. *British Journal of Psychiatry*, 111, 51-56.

King, M., Coker, E., Leavey, G., et al. (1994). Incidence of psychotic illness in London: comparison of ethnic minority groups. *British Medical Journal*, 309, 1115-1119.

Kinzie, J.D., Feck, J. (1987). Psychotherapy with severely traumatized refugees. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 82-94.

Kirmayer, L.J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal Clinical of Psychiatry*, 62 (Supl.), 22-28.

Krupiniski, J. (1975). Psychological maladaptations in ethnic concentrations in victoria. En I. Pilowsky (Ed.), *Cultures in collision* (pp 49-58). Adelaide: Aust. Nat. Ass. For Mental Health.

Kupfer, D.J., First, M.B. y Regier, D.A. (Eds.) (2004). *Agenda de Investigación para el DSM-V*. Barcelona: Masson.

Leao, T.S., Sundquist, J. y Frank, G. (2006). Incidence of schizophrenia or other psychoses in first-and second-generation immigrants: A national

- cohort study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 27-33.
- Lee, D., Kleinman, J. y Kleinman, A. (2007). Rethinking depression: an ethnographic study of the experiences of depression among Chinese. *Harvard Review of Psychiatry*, 15, 1-8.
- Malzberg, B. (1955). Mental disease among the native and foreign-born white populations of New York State, 1939-41. *Mental Hygiene*, 39, 545-563.
- Malzberg, B. (1964). Mental disease among the native and foreign-born white populations of New York State, 1949-51. *Mental Hygiene*, 48, 478-499.
- Murphy, H.B.M. (1968). Socio-cultural factors in schizophrenia. En A. Zubin y V. Freyhan (Eds.), *Social Psychiatry* (pp. 74-92). New York, USA: Grune and Stratton.
- Nazroo, J. (1997). *Ethnicity and mental health*. London: P.S.I.
- Okasha, A., Saad, A., Khalil, A.H., Seif El Dawla, A. y Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 191-197.
- Pernice R. y Brook, J. (1996). The mental health pattern of migrants: is there a euphoric period followed by a mental health crisis? *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 18-27.
- Ritsner, M. y Ponizovsky, A. (1998). Psychological symptoms among an immigrant population: a prevalence study. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 21-27.
- Schuster, M.A., Stein, B.D., Jaycox, L., Collins, R., Marshall, G., Elliot, M.N., Zhou, A.J., Kanouse, D.E., Morrison, J.L. y Berry, S.H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001 terrorist attack. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.
- Seguin, C.A. (1956). Migration and psychosomatic disadaptation. *Psychosomatic Medicine*, 18, 404-409.
- Selten, J.P., Slaets, J.P.J y Kahn, R.S. (1997). Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to the Netherlands: evidence of an increased incidence. *Psychological Medicine*, 27, 807-811.
- Selten, J.P., Veen, N.N., Feller, W., Blom, J.D., Camoenie, W., Oolders, J., Van Der Velden, M., Hoek, H.W., Rivero, V.M.V., Van Der Graaf, Y y Kahn, R.. (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 178, 367-372.
- Selten, J.P., Zeyl, C., Dwarkasing, R., Lumsden, V., Kahn, R.S., y van Harten, P.N. (2005). First-contact incidence of schizophrenia in Surinam. *British Journal of Psychiatry*, 186, 74-75.
- Sherazi, R., McKeon, P. y McDonough, M. (2006). What's new? Epidemiology of bipolar I disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 14, 273 – 284.
- Tseng, W.T. (2001). *Handbook of cultural psychiatry*. San Diego: Academic Press.
- Van Os, J., Castle, D.J., Takei, N., Der, G. y Murria, R.M. (1996). Psychotic illness in ethnic minorities: clarification from the 1991 census. *Psychological Medicine*, 26, 203-208.
- Vega, W.A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, A., Alderete, E., Catalana, R., Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican-Americans in California. [*Archives of General Psychiatry*](#), 55, 771-778.
- Veling, W., Susser, E., Van Os, J., Mackenbach, J.O., Selten, J.P., Hoek, H.W.. (2008) Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry*, 165, 66-73.
- Westermeyer, J. (1988). DSM-III psychiatric disorders among Hmong refugees in the United States: a point prevalence study. [*American Journal of Psychiatry*](#), 145, 197-202.
- World Health Organization (1973). *The international pilot study of schizophrenia*. Ginebra: World Health Organization.
- Zolkowska, K. Cantor-Graae, E. y McNeil, T.F. (2001). Increased rates of psychosis amongst immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis? *Psychological Medicine*, 31, 669.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.