



## ***DIEZ REFERENCIAS DESTACADAS ACERCA DE:***

### **La inmigración: abordaje desde la psicología clínica y de la salud**

**Avargues Navarro, M<sup>a</sup> Luisa y M<sup>a</sup> Carmen Orellana Ramírez.**

*Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamiento  
Psicológicos. Universidad de Sevilla (España).*

#### **INTRODUCCIÓN**

España a partir de la década de los setenta deja de ser un país eminentemente emisor de emigrantes para comenzar a convertirse en receptor, produciéndose un gran incremento de dicha población en los últimos años. Tanto es así que, según el Observatorio Permanente de la Inmigración, en septiembre de 2008 existen 4.274.821 extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2008), a lo que hay que añadir el gran número de personas que se hallan en situación irregular.

El aumento de la población inmigrante exige a cualquier sociedad receptora un esfuerzo de adaptación mediante cambios políticos, económicos, estructurales, culturales y/o educativos. Pero no hay que olvidar la tarea adaptativa (incluyendo cambios psicológicos implícitos) del inmigrante, que se enfrenta a una situación nueva, a veces traumática y/o estresante. Como indican Moya & Puertas (2008), todo proceso migratorio supone poner en contacto al menos a dos culturas o subculturas diferentes, lo que se conoce como "aculturación". En dicho proceso pueden distinguirse dos niveles: grupal (cambios en el área política, demográfica, educativa, etc.) e individual (o "aculturación psicológica", referida a los cambios psicológicos que ocurren en los individuos como resultado de la aculturación).

Por esto no es de extrañar que el fenómeno migratorio se haya convertido en objeto de interés para los profesionales de la psicología, tanto en la vertiente psicosocial (estudio de los prejuicios, racismo, xenofobia, integración, redes de apoyo social, etc.) como en la perspectiva clínica (estudio de la ansiedad, estrés, control

de las emociones, autocontrol, etc.). Concretamente la vertiente clínica defiende la necesidad de adquirir un mayor conocimiento de aquellos procesos que pueden

estar implicados en la relación entre inmigración y salud en general e inmigración y salud mental en particular. Más aún teniendo en cuenta que estas relaciones no son siempre simples y unívocas, como demuestra el debate abierto sobre la asociación entre proceso migratorio y desarrollo de ciertas psicopatologías. Los resultados de los estudios realizados en Europa y Estados Unidos no llegan a ser concluyentes, cuestionándose cada vez más la relación directa entre inmigración y salud mental. En lo que sí parecen coincidir es en el papel que podrían jugar como factores de riesgo tanto el estrés relacionado con la inmigración, como las diferencias culturales y la discriminación percibida, entre otras variables (véase, v.g., Collazos, Qureshi, Antonín & Tomás-Sábado, 2008). Distintos estudios ponen de manifiesto que la inmigración no produce por sí misma un incremento del riesgo de presentar enfermedades mentales sino que éstas se vinculan sobre todo a las experiencias psicológicas de adaptación durante el proceso migratorio (Achoategui, 2002).

Ahora bien, ha de tenerse en consideración que pese a que en los últimos años el estudio de la inmigración desde un enfoque clínico ha despertado un creciente interés entre los profesionales de la psicología, queda mucho camino por recorrer. Bardají (2006) demuestra que existe bastante bibliografía sobre salud mental e inmigración de España (y sobre muchos temas asociados a la inmigración en general). Pero puede observarse que muchas de esas obras son o bien trabajos de revisión de literatura existente, típicamente de ámbitos internacionales, o bien ensayos y otras aproximaciones teóricas para la reflexión y debate, que aunque muy interesantes por su importancia clínica (al partir en muchos casos de experiencias terapéuticas reales con inmigrantes) carecen de suficiente apoyo empírico y generalidad. Asimismo Gimeno-Bayón (2007) en su revisión de la literatura nacional sobre psicoterapias con inmigrantes, denuncian en primer

lugar la preponderancia de trabajos de perfil sociológico o antropológico en detrimento de los psicológicos y más aún psicoterapéuticos; y por otro lado, la falta de consenso y precisión en la definición conceptual de los términos estudiados. Por tanto no son muy numerosos los estudios que analizan muestras inmigrantes residentes en España, más allá de los estudios descriptivos de poblaciones muy específicas usuarias de determinados centros o instituciones de salud interesados en la población que atienden. Sin embargo el estudio de la experiencia de migración, como experiencia humana que es, lleva implícita la necesidad de conocer la dimensión contextual concreta en la que se desarrolla para ser comprendida en toda su naturaleza, sin conformarse con la traducción automática de los fenómenos hallados en otros países con mayor tradición migratoria (como Estados Unidos y países europeos como Francia).

La necesidad de aumentar las investigaciones por motivos propiamente académicos resulta evidente. Pero, ¿qué utilidad práctica aporta y justifica este tipo de investigaciones clínicas específicas sobre personas inmigrantes? ¿Por qué estudiar la salud mental especialmente de inmigrantes? ¿Se han de realizar reflexiones específicas sobre evaluación, diagnóstico, tratamiento y terapia, etc. adaptadas a la población inmigrante, más allá de la mera adaptación al idioma del usuario/a? Estas cuestiones de respuesta evidente no demuestran serlo si observamos críticamente el panorama actual. Por ejemplo, Achotegui (2008) menciona que la misma Organización Mundial de la Salud no tiene programas de salud mental para inmigrantes. Gimeno-Bayón (2007) sugiere que la oferta de ayuda psicológica al inmigrante de su grupo de trabajo (*Asociación Oasis de Ayuda Psicológica al Inmigrante*) ha sido considerada inicialmente, no por pocas instituciones, como un “lujo inoportuno a despreciar”. Entendemos que es importante reflexionar sobre éstas y otras dificultades del desarrollo de este campo de investigación, lo que promueve un análisis crítico no sólo de la situación actual en España sino de las luces y sombras de la experiencia desarrollada en otros países con mayor recorrido.

Para apoyar este desarrollo quizás no sea banal hacer explícitas las relaciones entre interés investigador e interés práctico, aunque sea brevemente. La falta de consideración de la salud psicológica inmigrante puede tener consecuencias que superan los problemas individuales de internalización y externalización, como son la emergencia de verdaderas patologías sociales. Un caso extremo lo ilustran los graves conflictos sociales bajo la etiqueta de racismo y otras formas de violencia intergrupala. Muestras de ello son las revueltas de las *banlieues* en Francia (Achotegui, 2007) y otros disturbios más actuales encabezados por población de origen inmigrante, especialmente de "segunda generación" (hijos de inmigrantes nacidos en el país receptor). Según este autor, en el seno de estos fenómenos violentos se encuentran, entre otros factores, dificultades interpersonales y malestar psicológico directamente asociados a la falta de apoyo para integrar psicológicamente aspectos culturales tanto de su cultura de origen como de la receptora. Véase la reflexión ilustrada con casos clínicos realizada por Marset (2008), que aquí no presentamos, sobre la salud mental en las segundas generaciones de emigrantes.

En todos estos conflictos de masas las causas socio-políticas (discriminación, etc.) tienen un peso importante e incluso pueden actuar de disparadores, pero no hay que olvidar que las necesidades de salud mental (y no sólo psicopatológicas) de estas poblaciones están en su misma base; y por tanto su atención específica supone una vía muy legítima de prevención.

De todo ello nace la necesidad de seguir trabajando en este ámbito de cara no sólo a una mayor comprensión de sus causas y consecuencias, sino también para aportar a los profesionales dedicados a la clínica herramientas de trabajo que les permitan realizar intervenciones eficaces tanto con el colectivo inmigrante como con aquellos que los reciben.

El presente trabajo de revisión pretende mostrar 10 referencias de la literatura científica que puedan ser de utilidad para los profesionales de psicología clínica y de la salud. Dicha revisión se ha realizado a partir de bases de datos nacionales e internacionales de psicología y ciencias de la salud (Psycodoc, PsycInfo, Medline) así como de literatura científica referenciada en la web y accesible a cualquier profesional. La selección de las diez referencias aquí expuestas se ha realizado atendiendo a los siguientes criterios de base:

- *Temporalidad*: se ha pretendido que los trabajos seleccionados sean de actualidad, por lo que la mayoría son estudios publicados en los últimos cinco años; salvo dos de ellos, que son anteriores pero se seleccionan por tratarse de obras clásicas sobre temáticas aún actuales que pueden aportar elementos de reflexión muy importantes en el momento en el que se encuentra la investigación española.
- *Contextualidad*. A nuestro entender, como ya hemos comentado, la inmigración en España tiene por sí misma el suficiente peso para ser tratada como tema monográfico (además de la importancia de estudiarse en su contexto ecológico). Sin embargo, en el presente trabajo también se han seleccionado tres obras internacionales por dos razones: por un lado, y como se comentó en párrafos anteriores, porque aún son pocos los estudios empíricos realizados desde un enfoque clínico que cumplan los parámetros exigidos por la comunidad científica; y por otro, porque la literatura internacional amplía el campo de visión sobre las principales líneas de investigación asociadas a inmigración que actualmente se están desarrollando en el ámbito de la psicología de la salud y en concreto en su vertiente clínica, aunque no agotan el amplio abanico existente de líneas ni de estudios.

En todo caso, se pretende representar un compendio de obras que aportan conceptos relevantes en inmigración, especialmente útiles para profesionales de la psicología interesados en esta temática. En concreto, se ha pretendido recoger obras representativas de las siguientes líneas de estudio y reflexión abiertas actualmente en el ámbito nacional e internacional, en base a ofrecer posibles respuestas a los lectores.

En un primer bloque presentamos una sola obra de revisión de la literatura que compendia los principales resultados nacionales e internacionales existentes sobre inmigración y salud mental, como panorámica general de este campo de estudio.

En un segundo bloque se presenta un reflejo de los estudios actuales sobre salud mental en población "autóctona" e inmigrante residente en España. Este bloque está subdividido a su vez en tres temáticas de salud bien diferenciadas: 1) las características y medición de un fenómeno bautizado como síndrome con entidad propia (el Síndrome de Ulises) originalmente por autores españoles, y por tanto, de un gran valor ecológico (lo tratan dos de los diez artículos presentados); 2) estudios transculturales españoles que continúan la tradición de las investigaciones internacionales sobre salud mental inmigrante, tanto adulta como infanto-juvenil, y donde se compara una misma categoría diagnóstica y/o problemática (como la aculturación o la imagen corporal) a nivel poblacional en diferentes culturas que residen en una misma zona geográfica de alto índice de inmigración, en busca de diferencias culturales moduladoras, factores de riesgo y protección, etc. (se desarrolla en otros dos artículos); y 3) estudios descriptivos de población inmigrante que sirven como indicadores de la atención clínica ofrecida (por ejemplo, la adhesión al tratamiento de la población inmigrante usuario/a de centros o entidades de salud específicos, temática del artículo que aquí se incluye).

En un tercer bloque, nos centramos en un importante estudio de psicología clínica transcultural en el ámbito internacional probablemente con mayor experiencia de inmigración (Estados Unidos). Se trata de un estudio transversal sobre la prevalencia de trastornos mentales no sólo de su población inmigrante hispana (inmigrantes de primer orden), sino también de la población americana descendiente de inmigrantes hispanos (población inmigrante de segundo orden). Representa, por ello, lo que podríamos denominar como un estudio de salud mental "de segundo orden", donde se aíslan magistralmente variables culturales relevantes y, a pesar de su diseño transversal, estudia los efectos a largo plazo en la salud mental de la experiencia de la migración. Por todo ello, se ha considerado un trabajo de obligada mención en esta revisión, dado que puede orientar el futuro hacia donde los esfuerzos investigadores deberían extenderse para plasmar la verdadera realidad inmigrante de España y sus efectos.

Por último, el cuarto bloque está orientado a la reflexión del propio rol del profesional de la salud mental que se enfrenta o se enfrentará en pocos años a la realidad de la inmigración en España. Dado que, como se ha comentado en párrafos anteriores, en nuestro país no existe tanta experiencia en la atención a inmigrantes como en otros países, se presentan trabajos que recogen reflexiones de profesionales de la salud mental en el ámbito internacional, pero que a nuestro entender plantean cuestiones necesariamente aplicables a la realidad española actual. En concreto, este bloque recoge tres temáticas fundamentales (desarrolladas en tres artículos diferentes). En un primer trabajo experimental enmarcado en el contexto británico, se pone en tela de juicio la supuesta objetividad del profesional de psicología (en este caso psiquiatría) a la hora de atender, diagnosticar y tratar al paciente con rasgos extranjeros. Es un clásico de la psicología social sobre prejuicios pero aplicado al ámbito del rol profesional en salud mental. Entendemos que puede llevar a una autocrítica suficientemente pertinente, porque trata factores asociados a la atención psicológica y cuanto menos fundamenta por sí mismo la pertinencia de estudios sobre inmigración para mejorar la atención

psicológica que se ofrece. Una segunda temática viene marcada por una dura crítica propuesta desde la antropología al campo de la investigación transcultural en salud mental, vinculada directamente a la ética del investigador del fenómeno de la inmigración. Se cuestionan la conceptualización y sobre todo evaluación de conceptos altamente aceptados por toda la literatura como el de aculturación, pero de nuevo en el contexto de la investigación de salud sobre inmigración en Estados Unidos. No obstante, a nuestro parecer dicha lectura cumple una función central: aprender de los errores que típicamente expertos en salud cometen, lo que puede ayudar a prevenir tales sesgos en las propias investigaciones que se desarrollen aquí en España, llamando a la precaución en las conclusiones y al rigor metodológico. Y la última temática que cierra este bloque sobre el rol del profesional de salud mental ante la inmigración y cierra asimismo las diez lecturas presentadas, se basa en la reflexión que expertos del ámbito español realizan sobre la competencia cultural psicoterapéutica del profesional de salud mental, aprovechando la misma comparación y crítica de las luces y sombras del modelo privilegiado que nos brinda el contexto de Estados Unidos.

A continuación pasamos a analizar cada uno de los trabajos seleccionados, según el orden expuesto con anterioridad.

### ***Bloque I: Breve panorámica del conocimiento nacional e internacional sobre salud mental en inmigrantes***

**García, J. & Alda, M. (2005). *Salud mental e inmigración*. Barcelona: Edicamed.**

En primer lugar se presenta la obra de García & Alda (2005) por considerarse un buen representante de aquellos manuales que recogen y organizan, de una forma resumida, toda la información científica que se conoce sobre salud mental en la población inmigrante. Aunque la obra se escribe desde la perspectiva de la psiquiatría cultural, ofrece información muy relevante del panorama investigador nacional e internacional en salud mental para el psicólogo que se aproxime a esta realidad. Y la presentación clara y resumida de la información lo convierten en una buena obra de consulta. Comienza con conceptos generales asociados a la inmigración y al origen del estudio de ésta, junto a aspectos epidemiológicos específicos que describen el flujo migratorio en España. Estas nociones básicas establecen el marco en el que los autores van presentando otros conceptos más específicos, como el de la medida de los procesos de duelo en el inmigrante, procesos de aculturación, etc. que introducen directamente al ámbito de la salud mental de los inmigrantes. Se recogen todas las evidencias que existen entorno a la patología asociada tanto al proceso migratorio, como a los problemas de salud mental encontrados típicamente en esta población (independientemente de la duración de su estancia en nuestro país), según distintas variables como su origen geográfico, etc., es decir, principales patologías psiquiátricas de la población inmigrante en general. Se describen tanto aspectos epidemiológicos, como de medición y diagnóstico de dichos trastornos, comentando con especial énfasis todos aquellos aspectos de la cultura que pueden influir en ellos y

modularlos (cuestiones relevantes para la traducción y validación de instrumentos, etc.).

Asimismo se comentan las principales cuestiones sobre la relación médico-paciente que el profesional de psicología debe tener en cuenta en la terapia transcultural y que los autores denominan "contratransferencia cultural": tanto por parte del profesional (como, por ejemplo, el riesgo de su negación de los aspectos culturales que le diferencian del paciente); como por parte del paciente inmigrante (por ejemplo, las actitudes de aculturación psicológica como la separación cultural o la marginalización, que implican rechazo de la cultura receptora, reflejadas en su hostilidad hacia el profesional), etc.

Y por último recoge resumidamente lo más relevante que la literatura científica aporta en cuanto a tratamiento (psicofarmacológico, asistencial, etc.) adecuado a la salud mental de este tipo de población. Dada la ingente cantidad y variedad de la información que este libro presenta, no vamos a detenernos en su exposición, aunque si resaltaremos que, tras su lectura, puede comprobarse que existe suficiente investigación, mayoritariamente internacional, que constata la necesidad de que el profesional tome muy en cuenta los factores culturales que influyen en la salud mental de este colectivo. Lo que justifica sobradamente como ya hemos indicado, por un lado, volúmenes monográficos como éste; y por otro, la necesidad de completar dichos manuales con investigaciones realizadas en el campo nacional. Existen actualmente diversas obras-compendio que comparten esta filosofía de acercar al profesional los hallazgos de la literatura científica sobre salud mental del inmigrante (predominantemente internacional). Para aquellos/as lectores/as que estén interesados/as en ampliar esta información, se citan a continuación algunos de ellas: el *Manual de atención sanitaria a inmigrantes* (con un apartado sobre salud mental) publicado por la Consejería de Salud de Andalucía (García, 2007); la obra titulada *Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante* (González & González, 2004), el artículo *Salud mental infantojuvenil en inmigrantes* (Carlson-Aburto & Jané, 2001), entre otros. Existen otros tipos de estudios que aunque están centrados en aspectos concretos como el apoyo social, etc. aportan también revisiones de la literatura y sirven en todo caso para completar este cometido (véase Consejería de Servicios Sociales, 2003, entre otros). Todas estas obras se diferencian generalmente entre sí, además de en el mayor énfasis en los aspectos psicológicos, médicos o psicosociales, en el grado de detalle en el que la información se presenta, según vayan dirigidos preferentemente al colectivo de profesionales de intervención o de investigación (siendo muy resumidos y prácticos en el primer caso, y habitualmente más desarrollados y referenciados en el segundo). No obstante un aspecto muy importante a tener en cuenta es que la mayoría de los datos que afirman sobre la población inmigrante (tanto la obra que presentamos como las primeras referencias señaladas) proceden de investigaciones realizadas fuera del ámbito nacional, típicamente de los Estados Unidos u otros países de la Comunidad Europea. Esto hace que la información que aportan deba tomarse con mucha precaución, ya que a pesar de ser básica y necesaria, no es suficiente si se desea conocer la realidad concreta de la población inmigrante que reside en España, que aún queda por investigar.

## **Bloque II: Salud mental en población inmigrante residente en España**

### **II.1. Síndrome de Ulises**

**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), 1-22.**

En segundo lugar, nos acercamos con detenimiento a la aportación original de Achotegui (2008) en cuanto al diagnóstico específico de la sintomatología asociada al estrés de la migración o estrés de aculturación: el conocido Síndrome de Ulises. El psiquiatra y profesor titular de la Universidad de Barcelona Joseba Achotegui, desde hace varios años está defendiendo la necesidad de realizar una adaptación de los criterios diagnósticos a la realidad de las personas inmigrantes que asisten a consultas médicas y/o de salud mental. Concretamente defiende la existencia de lo que él ha denominado el "Síndrome de Ulises", también conocido como síndrome del emigrante con estrés crónico y múltiple. Según el autor, la misma experiencia de emigrar se está convirtiendo, debido al empeoramiento de las condiciones de la emigración por la realidad socio-política que vivimos (dificultad para pasar las fronteras, para conseguir una situación legalizada, para el reagrupamiento familiar, etc.), en una experiencia que en muchos aspectos puede superar la capacidad de adaptación de los seres humanos que la llevan a cabo. Este Síndrome no refiere las condiciones de cualquier tipo de inmigrante; sino del inmigrante que parte de una situación de desventaja habitualmente económica, que en ocasiones emigra bajo condiciones terribles de peligrosidad y marginalidad, muy cercanas al concepto tradicional de "refugiado" (aunque no necesariamente las causas sean políticas), y procedente típicamente, aunque no necesariamente, de áreas extracomunitarias que implican mayor choque cultural. Todo ello puede hacer que emerjan en la persona inmigrante diversos síntomas de tipo depresivo, ansioso, somático y confusional que definen el síndrome. Se identifican como centrales para la emergencia y la propia definición del síndrome las cuatro condiciones siguientes: 1) la soledad (por la separación forzada de la familia y los seres queridos y la imposibilidad de su reagrupamiento); 2) los sentimientos de fracaso del proyecto migratorio; 3) la lucha por la supervivencia (que incluye la alimentación y la vivienda); y 4) el miedo tanto antes, durante como después de la migración, asociado especialmente a la pérdida de la integridad física (por el viaje, la inseguridad de la infravivienda o la vida en la calle, etc.). La definición de los estresores es esencial para la definición del síndrome precisamente porque marcan la diferencia con la enfermedad mental en sí: no se considera enfermedad, sino padecimiento por las condiciones extremas, que precisamente pueden desembocar en enfermedad mental si no se tratan a tiempo (aunque hay que tener muy presente que este "tratamiento" debe incluir medidas sociales). Y según Achotegui esto es importante tenerlo en cuenta, tanto para su prevención como para la evitación del frecuente diagnóstico erróneo que se aplica a estas personas (y que conlleva un tratamiento médico a veces también erróneo). En concreto, defiende que el síndrome es diferente de los siguientes trastornos mentales, con los

que no debería ser confundido (a pesar de lo que ocurre): 1) Trastornos depresivos (tampoco considera útil el diagnóstico de cuadro depresivo atípico por su inespecificidad); 2) Trastornos adaptativos; 3) Trastorno por Estrés Pos-traumático ni Trastorno por Estrés Agudo; 4) Ni Psicosis. Para ver los criterios de tales diagnósticos diferenciales, invitamos al lector a que lea el artículo que presentamos, ya que por razones de espacio no pueden ser explicados aquí.

Por tanto, rescata la identidad o historia personal como modulador de la salud mental y más que una patología del emigrante, Achotegui denuncia una patología del emigrar, reflejo asimismo de una patología del sistema, que deja fuera a personas para las que, según se desprende de su postulado, automáticamente el mundo se convierte en un gran campo de refugiados. Y en un mundo donde parece necesario catalogar el sufrimiento psicológico en diagnósticos para poder ser atendido (o no confundido, en este caso), entendemos que Achotegui presenta una solución de compromiso: mencionar con una categoría a medio camino entre el trastorno y la salud mental, lo que sistemáticamente observa en la población usuaria emigrante que atiende. Qué duda cabe que este concepto debe ser operativizado en medidas fiables para ser realmente tenido en cuenta al menos en el contexto investigador, más allá del contexto terapéutico (siendo una muestra de ello el siguiente artículo a analizar). Pero eso no elimina la importancia de su propuesta, por tratarse de una aportación de inmenso valor clínico, que lleva implícita toda una perspectiva de psicología y/o psiquiatría cultural verdaderamente seria y que, por partir de un profundo respeto profesional por la clínica del inmigrante, entendemos que debe ser necesariamente tenida en cuenta por cualquier profesional de la salud.

No obstante, probablemente por ser una aproximación joven, no hemos podido localizar ningún estudio sobre dicho síndrome recogido en bases de datos internacionales. De hecho, lo que comúnmente se recoge en la literatura internacional, principalmente del campo de la medicina, es otro concepto denominado de la misma forma, "*otro*" *Ulysses Syndrome*, que refiere el *viaje* por el que tiene que pasar el paciente que es tomado como falso positivo (ya se trate de trastornos físicos o mentales) hasta que dicho error es detectado (Rang, 1972). Desconocemos si en los orígenes del concepto propuesto por Achotegui se encuentra esta primera acepción del término. En todo caso, se podría reinterpretar el concepto español también como el "síndrome del falso positivo del inmigrante", ya que su defensa estriba también en la necesidad de no patologizarle con erróneos diagnósticos mentales. Esta especial polisemia ha de tenerse en cuenta.

**Villagrasa, P. J. & García-Izquierdo, A. L. (2007). La medida del Síndrome de Ulises. *Ansiedad y Estrés*, 13 (2-3), 253-268.**

En tercer lugar, se describe un estudio empírico realizado por Villagrasa & García-Izquierdo (2007) sobre el citado Síndrome de Ulises en una muestra española. Lo que a nuestro entender representa un paso más en la construcción de conocimiento útil y con relevancia clínica y terapéutica para el campo de salud en la inmigración. Este estudio supone un esfuerzo por operativizar la evaluación y definición del Síndrome de Ulises y ésta es su mayor aportación. Está orientado hacia población inmigrante trabajadora y pese

a realizarse desde un enfoque de Psicología Social, entendemos que participa del objetivo clínico fundamental de conocer los factores de riesgo y protección de poblaciones vulnerables. Los autores operativizan la evaluación del Síndrome de Ulises identificando las variables fundamentales que, según indican, lo caracterizan: estrés por aculturación, ansiedad/depresión, agotamiento emocional, disfunción social y pérdida de confianza. Evalúan dichas variables con diversas escalas. Tienen en cuenta la relación entre las estrategias de aculturación de los inmigrantes (los fenómenos que se producen del contacto de individuos de una cultura con otra, en las que típicamente se observa una mayoritaria y otra minoritaria) y el síndrome mencionado; junto con el estudio, en definitiva, de otras variables sociodemográficas protectoras y/o de riesgo asociadas.

Estudian a 182 trabajadores inmigrantes en Asturias de distintos orígenes (latinoamericano, africano, etc.) pertenecientes a distintos sectores laborales, con distinto tiempo de residencia en España, distinto conocimiento previo de la cultura española, etc. Los instrumentos son: Escala de estrés por aculturación desarrollada por el Center for Multicultural Mental Health Research (Alegria et al. 2004); Escala de agotamiento emocional del Maslach Burnout Inventory-MBI (Maslach & Jackson, 1986); el Cuestionario General de Salud- GHQ (Goldberg & Williams, 1996) y dos preguntas elaboradas por Navas et al. (2006) para valorar las estrategias de aculturación; además de un cuestionario de tipo biográfico creado ad hoc.

Los resultados fundamentales destacan que el análisis del conjunto de pruebas arroja un solo factor, lo que apoya la adecuación del Síndrome de Ulises como categoría diagnóstica y la adecuación de su evaluación a través de estas escalas (aunque la fuerza de la asociación es variable según los diferentes instrumentos). Este estudio arroja información relevante para el fortalecimiento de la teoría propuesta por Achotegui (2002) y resulta un exponente relevante además por aportar información valiosa de las características de las personas inmigrantes de nuestro contexto nacional; aunque no compare los hallazgos explícitamente con datos de personas no inmigrantes. Atendiendo a sus interesantes resultados, se destaca la necesidad de elaborar estudios que profundicen aún más en las potencialidades y limitaciones de estos conceptos, fundamental para el adecuado avance de este campo de estudio en particular y del campo de estudio de la Psicología Clínica con inmigrantes en su conjunto.

En tercer lugar, se describe un estudio empírico realizado por Villagrasa & García-Izquierdo (2007) sobre el citado Síndrome de Ulises en una muestra española. Lo que a nuestro entender representa un paso más en la construcción de conocimiento útil y con relevancia clínica y terapéutica para el campo de salud en la inmigración. Este estudio supone un esfuerzo por operativizar la evaluación y definición del Síndrome de Ulises y ésta es su mayor aportación. Está orientado hacia población inmigrante trabajadora y pese a realizarse desde un enfoque de Psicología Social, entendemos que participa del objetivo clínico fundamental de conocer los factores de riesgo y protección de poblaciones vulnerables. Los autores operativizan la evaluación del Síndrome de Ulises identificando las variables fundamentales que, según indican, lo caracterizan: estrés por aculturación,

ansiedad/depresión, agotamiento emocional, disfunción social y pérdida de confianza. Evalúan dichas variables con diversas escalas. Tienen en cuenta la relación entre las estrategias de aculturación de los inmigrantes (los fenómenos que se producen del contacto de individuos de una cultura con otra, en las que típicamente se observa una mayoritaria y otra minoritaria) y el síndrome mencionado; junto con el estudio, en definitiva, de otras variables sociodemográficas protectoras y/o de riesgo asociadas.

Estudian a 182 trabajadores inmigrantes en Asturias de distintos orígenes (latinoamericano, africano, etc.) pertenecientes a distintos sectores laborales, con distinto tiempo de residencia en España, distinto conocimiento previo de la cultura española, etc. Los instrumentos son: Escala de estrés por aculturación desarrollada por el Center for Multicultural Mental Health Research (Alegría et al. 2004); Escala de agotamiento emocional del Maslach Burnout Inventory-MBI (Maslach & Jackson, 1986); el Cuestionario General de Salud- GHQ (Goldberg & Williams, 1996) y dos preguntas elaboradas por Navas et al. (2006) para valorar las estrategias de aculturación; además de un cuestionario de tipo biográfico creado ad hoc.

Los resultados fundamentales destacan que el análisis del conjunto de pruebas arroja un solo factor, lo que apoya la adecuación del Síndrome de Ulises como categoría diagnóstica y la adecuación de su evaluación a través de estas escalas (aunque la fuerza de la asociación es variable según los diferentes instrumentos). Este estudio arroja información relevante para el fortalecimiento de la teoría propuesta por Achotegui (2002) y resulta un exponente relevante además por aportar información valiosa de las características de las personas inmigrantes de nuestro contexto nacional; aunque no compare los hallazgos explícitamente con datos de personas no inmigrantes. Atendiendo a sus interesantes resultados, se destaca la necesidad de elaborar estudios que profundicen aún más en las potencialidades y limitaciones de estos conceptos, fundamental para el adecuado avance de este campo de estudio en particular y del campo de estudio de la Psicología Clínica con inmigrantes en su conjunto.

## **II.2. Psicología Clínica Transcultural Adulta e Infante-Juvenil**

**Sánchez, G. y López, M. J. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Apuntes de Psicología*, 26 (3), 399-410.**

Este trabajo concentra dos conceptos centrales en lo que podría denominarse "Psicología Clínica Transcultural" en adultos: aculturación y psicopatología.

El concepto de aculturación, ya presentado en este trabajo, ha sido extensamente estudiado en población inmigrante española por Navas et al. (2006) desde el ámbito de la Psicología Social, especialmente en el contexto almeriense. Sin embargo, se hace necesario ampliar el concepto al campo de estudio de la Psicología Clínica, precisamente para comprobar los límites de su eficacia como término explicativo y/o descriptivo. Las autoras de este modo, partiendo de los hallazgos de Navas et al. (2006) estudian la posible relación de la aculturación (especialmente tomando el "estrés de la aculturación") con una variable, la ansiedad, con la que es previsible que se asocie si se

parte de los efectos tradicionales del estrés. De este modo, plantean como hipótesis encontrar que los inmigrantes más integrados mostrarán menor ansiedad.

Las autoras estudian tanto la sintomatología ansiosa como los modos de aculturación de 43 inmigrantes residentes en Sevilla escogidos a partir de un muestreo incidental en distintas asociaciones de inmigrantes. Recogen información tanto de carácter personal y social, como de aculturación y niveles de ansiedad. Concretamente utilizan el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1988) y una adaptación del Cuestionario sobre Estrategias y Actitudes de Aculturación elaborado por Navas et al., 2004. En este último cuestionario se distinguen las cuatro formas de aculturación posibles según la literatura clásica (Berry et al., 1989): integración, asimilación, separación/segregación y marginación/exclusión; y asimismo se contemplan variables descriptivas como las razones para emigrar o la situación de legalidad o ilegalidad de la persona inmigrante.

Este estudio arroja resultados llamativos que contrastan con lo hallado tradicionalmente: no existe una relación significativa entre las variables de ansiedad (estado y rasgo) y los diferentes modos de aculturación. No obstante, se observan tendencias que siguen la línea de su hipótesis general, como por ejemplo el mayor nivel de ansiedad estado en la muestra marroquí que podría apoyar la tesis del mayor estrés producido por el mayor shock cultural (frente a los sujetos latinoamericanos).

Este estudio supone un buen comienzo en la descripción exhaustiva de aspectos culturales de la población española inmigrante (en este caso actitudes hacia la cultura endógena y exógena) como factores de riesgo y/o protección para la salud. Es destacable que amplíe este cometido tanto en población inmigrante que se encuentra en España en situación "legal" como "ilegal". No obstante, supone un punto de partida para continuar ampliando y fortaleciendo los estudios transculturales de Psicología Clínica, con el establecimiento de mayores muestras inmigrantes, de orígenes culturales diversos, en mayores contextos españoles paradigmáticos por su volumen inmigrante, a partir de comparaciones con población española no inmigrante, etc.

No obstante, supone un buen representante de los estudios transculturales en nuestra población y nuestra realidad; lo que implica un avance fundamental en el estudio científico psicológico (y no sólo epidemiológico) de la riqueza de la diversidad cultural y sus implicaciones para la intervención y prevención de posibles dificultades intergrupales y problemas de salud mental individual. Este campo de estudio representa un área muy prometedora.

**Rodríguez, S. & Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20 (1), 131-137.**

En quinto lugar, referimos el trabajo realizado por Rodríguez & Cruz (2008) en el que se muestran datos sobre síntomas de malestar psicológico (insatisfacción corporal) en población adolescente, que refleja claramente características asociadas a la salud mental infante-juvenil del inmigrante; desgraciadamente una temática no demasiado

investigada a pesar de su relevancia fundamental (no sólo a nivel clínico, sino evidentemente también social, etc.). En este estudio se explora el concepto clínico de la insatisfacción corporal en población adolescente (junto a la variable de Índice de Masa Corporal), en un marco de psicología transcultural. En concreto se compara la insatisfacción corporal de las chicas españolas en comparación con la de las chicas de origen latinoamericano residentes ambas en la misma comunidad autónoma del País Vasco. Aunque explícitamente no se menciona al grupo de adolescentes latinoamericanas como grupo de inmigrantes “de riesgo”, sino que el interés recae en los “factores culturales” en general, la comparación de estas chicas permite describir esta población y especialmente establecer puentes de comparación cultural en cuanto a tales conceptos clínicos.

Participaron 403 adolescentes estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria, sin enfermedad alguna conocida y/o tratamiento psicológico actual, de las que 191 eran españolas y 212 de origen latinoamericano. Los instrumentos utilizados fueron: 1) cuestionario creado ad hoc sobre variables sociodemográficas; 2) Body Shape Questionnaire (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987); 3) Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC-26) (Toro, Salamero & Martínez, 1995); 4) e Índice de Masa Corporal, (IMC) según diferentes categorías (infrapeso, peso normal, sobrepeso, etc.).

Los resultados muestran fundamentalmente que las adolescentes latinoamericanas están significativamente más insatisfechas corporalmente que las iguales españolas. Y aunque en general está directamente relacionado con el Índice de Masa Corporal, no se cumple en las adolescentes latinoamericanas, lo que apunta más aún si cabe a posibles factores socio-culturales. Aunque al no haber contemplado la evaluación de factores culturales más allá del país de origen y tiempo de permanencia en España, deja bastante abierto el abanico de causas culturales posibles de las diferencias encontradas. No obstante, este estudio supone un ejemplo de diseño metodológico elegante de una investigación transcultural de corte clínico en población infantojuvenil inmigrante (de primera o segunda generación).

### II.3. El paciente inmigrante

**Sanz, L. J.; Elustondo, I.; Valverde, M.; Montilla, J. F. & Miralles, M. (2007). Salud mental e inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27 (100), 281-291.**

En sexto lugar, hemos elegido el trabajo realizado por Sanz, Elustondo, Valverde, Montilla & Miralles (2007) en el que se muestran datos relevantes para el propio proceso terapéutico (como la adhesión del tratamiento) hallados en población inmigrante usuaria de centros públicos de salud mental, más allá de la misma comparación transcultural de la patología. Este estudio se realiza en contextos típicos de intervención clínica (como son varios Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid) y supone un esfuerzo práctico por conocer la población inmigrante que es atendida. Concretamente se pretende valorar el

grado de adhesión al tratamiento junto a diversas características sociodemográficas y psicopatológicas, en la búsqueda de dificultades específicas de los/as usuarios/as.

La muestra lo componen 190 personas usuarias. El grupo diana evaluado lo constituyen 95 usuarios/as inmigrantes de diversa edad, nacionalidad de origen, tiempo de residencia, dominio del castellano, diagnóstico (agrupaciones diagnósticas CIE-9) y adhesión del tratamiento (evaluado por un protocolo propio). Aunque existe un segundo grupo control compuesto por el mismo número de usuarios/as no inmigrantes (equiparables en género y diagnóstico, entre otras características).

Como resultado fundamental se demuestra estadísticamente que la falta de adherencia al tratamiento es mayor en la población inmigrante, aunque esto no resulta significativamente asociado al lugar de origen, ni al diagnóstico, ni al sexo, etc. pero sí de forma inversa con el dominio del idioma (lo que destacan como paradójico). Por tanto, los autores concluyen que se hace necesario un abordaje complejo y multicausal del fenómeno de la inmigración y la falta de adherencia al tratamiento, quedando como alternativa más coherente insistir en la fase de acogida y los primeros contactos, para conseguir lo que entendemos como enganche o alianza terapéutica. Esta investigación hace un esfuerzo, ya comentado, en comprender la realidad de los/as usuarios/as con el foco puesto en la mejora de la atención que les ofrecen (traducido en el grado de adherencia al tratamiento, lo que puede servir como indicador de calidad); con el valor fundamental de hacerlo de forma sistemática y con un diseño adecuado. Dado que son centros donde se tiene un fácil acceso y un contacto privilegiado con este tipo de población, consideramos que este tipo de intervenciones ofrece información fundamental tanto en sentido epidemiológico y clínico transcultural, como en el sentido práctico (potenciación de los factores de mejora de la atención a través de indicadores concretos y adaptados a las diferencias culturales). En definitiva, contempla las ventajas de aunar la investigación en los contextos reales de intervención, lo que ofrece información tanto de la población que se atiende como del servicio que se oferta reflejo de la nueva realidad.

### ***Bloque III: Salud Mental Transcultural Internacional e Inmigración***

**Vega, W. A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, 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.**

En séptimo lugar, se muestra un estudio clásico de Estados Unidos realizado por Vega y sus colaboradores en 1998, donde se especifican y aíslan los factores culturales asociados a la salud mental a partir del estudio de la prevalencia de trastornos en población inmigrante de primera y segunda generación (adultos inmigrantes mexicanos y adultos americanos de origen mexicano -hijos o nietos de inmigrantes mexicanos-) en comparación con poblaciones de iguales no inmigrantes y residentes tanto en su país de origen “étnico” (México) como en su país actual (Estados Unidos). En concreto, en una muestra de 3012

adultos (entre 19 y 59 años) de origen mexicano, se estudia la prevalencia de 14 desórdenes del DSM-II-R (American Psychiatric Association, 1987): desórdenes del humor (por ejemplo, episodio depresivo mayor, episodio maniaco, distimia); desórdenes de ansiedad (desórdenes de pánico, agorafobia, fobia social, fobia simple); desórdenes de sustancias (abuso y dependencia de alcohol y drogas); psicosis no afectivas, somatización y desórdenes de personalidad. Esta prevalencia se estudia en relación a diferentes variables sociodemográficas: género, edad, tiempo de residencia en América (inmigrantes con estancia menor de 13 años, con estancia mayor de 13 años y nacidos en América), lugar de residencia en el valle central de California (área urbanizada, áreas residenciales fuera de la anterior y de menor rango de habitantes, y resto de áreas de corte rural), años de educación, situación laboral, situación marital e idioma en el que se realiza la entrevista (inglés o español). Para la valoración de los sujetos se realiza un muestreo aleatorio muy elaborado que asegura una muestra probabilísticamente proporcional al tamaño de la población hispana. Y para la evaluación de todos los sujetos se toma el modelo de entrevista semi-estructurada CIDI (Composite International Diagnostic Interview) (Robins et al., 1988), pero en este caso apoyados informáticamente.

Los resultados fundamentales muestran que los inmigrantes mexicanos tienen índices de prevalencia de trastornos similares a los de la ciudad de México. Mientras los índices para los americanos mexicanos son similares a los de la población de Estados Unidos, significativamente en su mayoría mucho más elevados que los sujetos considerados del "exo-grupo" (sujetos de México y recién inmigrantes).

Todo esto nos lleva a la necesidad de reflexionar sobre las medidas preventivas que deben ser llevadas a cabo para mejorar la salud mental que queda deteriorada en el proceso de aculturación de la persona inmigrante. Y por ello se hace necesario valorar qué factores de riesgo y protección de población inmigrante y población autóctona pueden estar marcando los límites de una buena y mala salud mental (al menos percibida). La fundamental aportación de este artículo entendemos que es la constatación de que esta prevención no sólo debe centrarse en la persona que emigra, sino en todo su mundo interpersonal, incluida especialmente su descendencia. Previo a ello, sugiere también la necesidad de desarrollar diseños de investigación complejos que contengan la mayoría de variables que pueden estar implicadas en procesos tan difíciles de valorar como la influencia de la cultura en la salud mental a lo largo del tiempo, para evitar relaciones espúreas o demasiado generales a partir de investigaciones sesgadas y/o reduccionistas. No olvidemos que la investigación epidemiológica transcultural debe partir, antes de nada, de un profundo respeto a los procesos que se pretenden evaluar, a través de instrumentos de evaluación válidos, etc. Debe implicar un esfuerzo serio por conocer y no estereotipar las nuevas (o viejas) poblaciones con orígenes culturales distintos. Y el buen modelo que representa esta investigación puede ser enriquecedor para realizar esta tarea con la población residente en España. Sus resultados no sólo describen, sino que pueden orientar las líneas preventivas y la planificación de los programas de tratamiento potencialmente necesarios para tales poblaciones.

#### **Bloque IV: El rol del profesional de Salud Mental ante la inmigración**

##### **IV. 1. Dificultades en el nivel aplicado**

**Lewis, G., Croft-Jeffreys, C. & Davis, A. (1990). Are British Psychiatrists Racist? *British Journal of Psychiatry*, 157, 410-415.**

En octavo lugar, se presentan los datos de una investigación clásica británica llevada a cabo por Lewis, Croft-Jeffreys & Davis (1990) en la que se exploran las implicaciones de los prejuicios de los/as profesionales de la salud mental en general (típicamente denominados "factores racistas"), para la atención ofrecida a los pacientes. Este estudio es representante de toda la tradición investigadora dedicada a explorar la dimensión del prejuicio, pero se centra en el ámbito clínico (concretamente evalúa a psiquiatras) y desde nuestro punto de vista es aplicable también al ámbito que nos ocupa (el de la Psicología).

En el estudio 139 psiquiatras británicos elegidos aleatoriamente, ofrecen datos sobre su género, edad, y detalles sobre su experiencia previa, graduación médica, lugar de trabajo (hospital general, comunidad mental hospitalaria, etc.), visión general de la salud mental (dentro de un continuo biológico-social,) y su posición en los cuidados comunitarios. Estos psiquiatras dictaminan el diagnóstico más probable (dentro de un abanico cerrado de posibilidades) y otras características asociadas, para un mismo caso clínico de un hipotético paciente. El procedimiento se basa en la presentación de esta viñeta clínica a cada psiquiatra (misma descripción) pero según la versión del caso que se le asigna: algunos reciben el caso real, y otros el mismo caso pero con el género y la "raza" del paciente modificados (pacientes blancos vs. afrocaribeños). También se incluye un cuestionario de 23 diferencias semánticas con una escala de seis puntos, diseñada para elicitar un aspecto de la evaluación o tratamiento del caso, que refleja especialmente las actitudes racistas de los profesionales (pertinencia, según su opinión, de un plan de menor o mayor tratamiento farmacológico, psicoterapéutico, o simple vigilancia del paciente, etc., que sugieren una estimación de mejor o peor pronóstico del paciente, de que tenga problemas futuros con la ley, etc.).

Los resultados muestran paradigmáticamente que la característica de la "raza" de un paciente influencia las predicciones clínicas y las actitudes de los profesionales sanitarios en su labor diagnóstica. Concretamente, a los casos de afrocaribeños se les diagnostica una enfermedad de más corta duración, que requiere menos neurolépticos que en el caso de los blancos; y de características conductuales potencialmente más violentas que previsiblemente harán necesario tomar mayores medidas legales contra estos sujetos, como su privación de libertad (se infravalora la patología criminalizando su conducta). En el caso de las diferencias de género, se muestran diferentes actitudes también, en la línea de los prejuicios tradicionales (el caso se considera menos violento y con necesidad de más neurolépticos si se trata de mujeres).

Desconocemos la influencia de las enormes diferencias que este estudio presenta con la realidad española actual: diferente momento temporal (casi 20



años nos separan del estudio), rol profesional (se estudian las actitudes de psiquiatras, no de psicólogos) y contexto socio-cultural (ámbito británico); lo que hace que los resultados de esta investigación deban tomarse con mucha precaución. Pero suponen una muestra real, aunque puntual, de los prejuicios que desgraciadamente muchas veces los profesionales no somos conscientes. Y en todo caso no hay que olvidar que dan un paso más allá mostrando de forma muy ilustrativa las posibles consecuencias reales en las que se traducen semejantes creencias implícitas. Que cuanto menos nos puede hacer pensar en la necesidad de estudios transculturales que aporten datos reales sobre las personas inmigrantes actuales y que suavicen y “controlen” nuestras posibles percepciones prejuiciosas, como mecanismo de mejora de nuestra atención profesional.

#### IV. 2. Dificultades en el nivel investigador

**Hunt, L. M., Schneider, S. & Comer, B. (2004). Should "acculturation" be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. *Social Science & Medicine*, 59, 973-986.**

En noveno lugar, los autores Hunt, Schneider & Comer (2004) cuestionan las limitaciones de los diversos conceptos que actualmente imperan en la investigación de psicología de la salud mental de corte transcultural (concretamente la desarrollada en la literatura anglosajona), llamando a la calma y a la reflexión para cuidar los aspectos éticos implícitos en la investigación cultural. Este trabajo teórico analiza las posibilidades y limitaciones del uso de conceptos culturales como variable operativa objeto de estudio; de cara a hacer un análisis crítico de la validez y pertinencia del concepto de aculturación. En concreto se critican aquellos estudios sobre salud de los hispanos de los Estados Unidos, que estudian la cultura y los procesos de aculturación de forma descontextualizada, como variables y/o atributos independientes y estáticos de los sujetos; lo que desemboca, según los autores, en conclusiones arriesgadas que perpetúan en cierta forma los estereotipos y prejuicios raciales a pesar de partir de investigaciones altamente sofisticadas metodológicamente. Este artículo expone dichos cuestionamientos tomando de partida las conclusiones de su revisión sistemática de la literatura científica de artículos sobre salud de los hispanos y aculturación, publicados en los Estados Unidos entre 1996 y 2002. Desde su punto de vista, los principales problemas del concepto de aculturación vienen de la misma complejidad y dificultad de definición y estudio que presenta el concepto de cultura. A partir de esto la cuestión no deja de dificultarse. La definición de aculturación tradicional parte de aquellos procesos de cambio que experimenta el sujeto (o los grupos de sujetos) como resultado del contacto entre las culturas, donde típicamente, una es dominante y la otra minoritaria. Según los autores, aceptar esto implica cuatro presupuestos básicos que en sí mismos pueden ser objeto de crítica, al menos tal y como tradicionalmente se entienden: las diferencias culturales (se presupone heterogeneidad intergrupal, cuando es difícil que dos culturas se diferencien tan claramente la una de la otra), los grupos identificables (se presupone homogeneidad intragrupal, cuando los mismos sujetos de una misma cultura se diferencian mucho y es difícil saber en qué consiste la identidad grupal), el contacto

de culturas (se presupone que es un proceso puntual y delimitado en el tiempo, cuando es difícil que dos culturas no se hayan influido históricamente de alguna manera antes –más aún los hispanos y norteamericanos, que llevan siglos compartiendo influencias socio-culturales-) y por último, el cambio cultural (se presupone que el cambio, que en sí no se puede registrar dada su lógica complejidad, ha de hacerse desde posiciones “tradicionales” menos evolucionadas a posiciones más desarrolladas representadas por las culturas mayoritarias, lo que en sí es un pensamiento prejuicioso). Y una mención aparte requiere la sistemática ausencia, según los autores, del análisis profundo de los factores socio-económicos (antes que aspectos puramente étnicos) como factores relevantes que definen el verdadero contexto en el que se desarrollan las culturas. Todo esto lleva a una sobre-representación de los factores culturales más superficiales (país de origen, dominio de la lengua, rasgos fenotípicos, etc.) como factores causales de las diferencias en los resultados sobre salud de estas “distintas” poblaciones (la hispana y la norteamericana). Las autoras consideran que para corregir la tendencia de cuantificar de forma simplista las representaciones culturales, sería una gran ayuda incorporar las mejoras que pueden aportar la antropología actual (que se supone ha generado mayor volumen de conocimiento sobre el estudio de las culturas) precisamente para mejorar el estudio de los aspectos de salud mental de éstas. Junto a ello, aconsejan abandonar el intento por reducir la cultura y sus procesos a meras variables (la aculturación, por ejemplo), al menos hasta que la ambigüedad en el poder predictivo de sus definiciones pueda ser superada.

Este artículo merece mención porque representa una voz de alarma ante la misma literatura científica como perpetuadora de estereotipos y prejuicios culturales. Un hecho ilustrativo que nos debe hacer reflexionar es el hecho de que se sigan realizando estudios, como indican los autores, donde se hable de población americana de origen africano en contraste con la población blanca (lo que da a entender implícitamente que son muy diferentes y la última es la más “americana”) cuando en estos días precisamente no sólo la sociedad americana está “mezclada” sino que acaba de asumir en la presidencia de los Estados Unidos un representante de dicha supuesta población “inmigrante” o “minoritaria”. Probablemente conocer los resultados y conclusiones que ofrece la literatura científica sobre una cultura tan próxima a nosotros como la hispana, nos puede persuadir de repetir los mismos errores en estudios e interpretaciones de culturas que ahora recibimos y que nos resultan menos familiares.

#### IV. 3. La Competencia Cultural Psicoterapéutica a debate

**Qureshi, A. & Collazos, F. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 50-57.**

Por último, se presenta una reflexión desarrollada por Qureshi & Collazos (2006) sobre las competencias culturales que los psicoterapeutas deben desarrollar para dar una atención de calidad a las nuevas poblaciones de inmigrantes que pueden suponer

potenciales pacientes con características especiales (aspectos que se sugieren con mayor o menor profundidad en las demás obras estudiadas pero que aquí se hace de forma central y aplicada a nuestro contexto actual y profesional). Se toma el modelo que ofrece la directriz norteamericana desde la que se parte para construir modelos de competencia terapéutica adaptada a nuestra realidad nacional. Este artículo presenta una reflexión necesaria sobre los estándares de calidad en la atención de los inmigrantes y las recomendaciones que deberíamos adoptar precisamente para conseguirlos. Parte de la revisión crítica de las competencias ya delineadas por la APA en el artículo titulado *Multicultural Counseling Competences ethical practice* (American Psychological Association, 2003). Tras unas breves reflexiones sobre los conceptos asociados de cultura, raza inmigrante, grupo étnico e identidad; esboza las principales características de los modelos médicos de competencia cultural, que dibujan el marco dentro del que se deben encuadrar la práctica de las competencias multiculturales de counseling. Estas competencias multiculturales se desarrollan profundamente en base a descripciones concretas del proceder de los terapeutas en torno a tres áreas básicas, que implican: que el counselor debe ser consciente de sus propios valores culturales y rechazos o prejuicios; debe comprender la perspectiva del paciente y debe usar estrategias de intervención culturalmente apropiadas. Los autores clarifican que estas competencias no sustituyen las habilidades en counseling, sino que vienen a ampliar el rol del terapeuta (del que el modelo americano puede suponer una referencia útil, tanto para observar sus luces como sus sombras y aspectos a mejorar). Se entiende que reflexionar y acordar marcos colegiados en los que encuadrar los nuevos retos que plantea la inmigración, es un ejercicio útil y necesario. Cuestiones tan fundamentales como la atención adaptada que necesitan los/as usuarios/as lejos de ser demagogia, ayudan a establecer seguridad y coherencia tanto en las prácticas individuales de cada psicólogo como en la imagen profesional general de la psicología. No obstante, este tipo de artículos deben ir seguidos por investigaciones que materialicen este interés por conocer y adaptar las nuevas realidades de los usuarios/as inmigrantes. Todos las obras que hemos analizado hasta ahora aportan información valiosa en esta dirección.

## CONCLUSIONES

En este trabajo se han reseñado diez obras relevantes sobre el campo actual de investigación en torno a la temática de la inmigración y la psicología clínica y de la salud. El fenómeno de la inmigración puede considerarse hoy día una realidad de gran magnitud que despierta el interés en los investigadores tanto a nivel nacional como internacional, desde multitud de enfoques teóricos. Se ha destacado: 1) la necesidad de conocer lo que se sabe desde el ámbito científico sobre población inmigrante y salud mental, para orientar precisamente nuevas orientaciones y reflexiones, tanto en el ámbito clínico como investigador; 2) la necesidad de tener en cuenta las características de reaccionar y enfermar típicas de las poblaciones inmigrantes (por ejemplo, el Síndrome de Ulises), como resultado de vivir experiencias

estresantes parecidas que podemos olvidar por representar una "variable constante" con tendencia a ser ignorada; 3) la necesidad de traducir y evaluar en la práctica estos fenómenos o intuiciones clínicas que los profesionales cercanos a estas poblaciones pueden ir construyendo (como el mencionado Síndrome de Ulises con entidad separada de otros trastornos, a través de su medida), en base tanto a clarificarlos como a darlos a conocer al resto de la comunidad científica; 4) la necesidad de contrastar estos fenómenos particulares con la población mayoritaria de una misma comunidad (autóctona o no) para reforzar o cuestionar la defensa de su existencia y su validez generales y los límites y similitudes que nos permitan manejarlos en grupos humanos concretos de cara a potenciar la prevención evaluando sus factores de riesgo y protección (como los procesos de aculturación que se observan en zonas con altos índices de población inmigrante y los de la población "autóctona", etc.); 5) la necesidad de extender todos esos estudios de psicología transcultural clínica y de la salud, a población inmigrante infanto-juvenil; 6) la importancia de conocer en profundidad la realidad y características de la población inmigrante con problemas de salud mental que ya se está atendiendo en los centros de salud mental españoles (especialmente para reorientar y/o mantener los esfuerzos paliativos); 7) la necesidad de aprender de los estudios transculturales de psicología clínica y de la salud que han demostrado internacionalmente tener un interés investigador y práctico especiales, por su acertado diseño, sus importantes resultados, etc., lo que en sí mismo demuestra la pertinencia del estudio y la atención de las necesidades de salud de la población inmigrante (sin caer en una tautología); 8) la necesidad de mostrar el cuestionable mito de la objetividad del profesional a la hora de atender psicológicamente a la población inmigrante, precisamente para conectar al profesional con su propio bagaje cultural y que pueda ser trabajado para el logro de una atención psicológica de mayor calidad; 9) la necesidad de mostrar el cuestionable mito de la objetividad del profesional investigador, precisamente para fomentar la ética del estudio de poblaciones humanas (fomentando el rigor, la prudencia y el respeto en los diseños, resultados, conclusiones, etc.); 10) y finalmente, la necesidad de que todos, profesionales de psicología clínica y de la salud del ámbito español, reflexionemos sobre las capacidades y exigencias que requiere nuestra propia preparación para la mejor atención de la realidad de estas personas inmigrantes.

En el campo de la psicología, y en concreto de la psicología clínica y de la salud, se podría resumir la siguiente idea central en relación a la migración: su estudio en contexto español es necesario dado que los cambios que implica el proceso migratorio a nivel social e individual podrían considerarse factores de riesgo para el desarrollo de síndromes clínicos. El panorama actual muestra que queda mucho camino por recorrer en lo que se refiere a investigación científica sobre inmigración y salud mental. En España esto podría justificarse por el hecho de que no es hasta hace unos años cuando las cifras de inmigración se han disparado (anteriormente España ha tenido hasta el año 2000 tasas de inmigración por debajo del 3%, según García & Alda, 2005). No obstante, están a la disposición de los profesionales algunas guías que ofrecen información relevante sobre la salud mental de

la población inmigrante, que ayudan a adaptar su atención a las características de éstas. Sin embargo, estas guías a pesar de su gran utilidad no siempre pueden reflejar el dinámico devenir de la investigación sobre las problemáticas en las que interviene. Es por ello, que este trabajo de revisión bibliográfica ha pretendido ser un apoyo para aquellos profesionales de la psicología clínica y la salud, que estén interesados en la actualización y el rigor científico de la información sobre salud de la población inmigrante. Nazcan estos intereses desde el campo de la práctica clínica o del investigador, confiamos en que los diversos estudios aquí expuestos hayan supuesto un buen reflejo de posibles investigaciones, que mejoren el campo de la atención a la población inmigrante. Al menos eso es lo esperable tras el análisis de las mejoras y potencialidades de investigación y desarrollo que despiertan las informaciones contenidas en cada una de estas diez referencias.

## REFERENCIAS

- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Achotegui, J. (2007). El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple: el Síndrome de Ulises. En A. Talarn (comp.) *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder, 487-524.
- 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), 1-22. Descargado el 26 de enero de 2009 desde: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0701/achotegui.pdf>
- Alegría, M., Takeuchi, D., Caninon, G.; Duan, N., Shrout, P., Meng, X. L., Vega, W.; Zane, N., Vila, D., Woo, M., Vera, M., Guanaccia, P., Aguilar-Gaxiola, S., Sue, S. & Escobar, J. (2004). Considering context, place and culture: the Nacional Latino and Asian American Study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(4), 208-220.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Revised Third Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2007). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Elsevier Masson.
- American Psychological Association (2003). Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice and Organizational Change for Psychologists. *American Psychologist*, 58 (5), 377-402.
- Bardají, F. (2006). *Literatura sobre inmigrantes en España*. Madrid: Observatorio permanente de la inmigración.
- Berry, J. W.; Kim, U.; Power, S.; Young, M. & Bujaki, M. (1989). Acculturation attitudes in plural societies. *Applied Psychology*, 38, 185-2006.
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M. & Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*, 29 (3), 307-315.
- Consejería de Servicios Sociales (2003). *Apoyo social y salud mental en inmigrantes: Sus efectos sobre la integración*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales.
- Cooper, P. J., Taylor, J. J., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (4), 485-494.
- García, R. (coord.) (2007). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud*. Sevilla: Consejería de Salud.
- García, J. & Alda, M. (2005). *Salud mental e inmigración*. Barcelona: Edicamed.
- Gimeno-Bayón, A. (2007). Aprendizajes sobre psicoterapia transcultural, obtenidos desde la asociación Oasis de ayuda psicológica al inmigrante. *Revista de Psicoterapia*, 17 (70-71), 27-64.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ*. Barcelona: Masson.
- Hunt, L. M.; Schneider, S. & Comer, B. (2004). Should "acculturation" be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. *Social Science & Medicine*, 59, 973-986.
- Lewis, G.; Croft-Jeffreys, C. & Davis, A. (1990). Are British Psychiatrists Racist? *British Journal of Psychiatry*, 157, 410-415.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. California: Consulting Psychologist Press.
- Marsset, M. (2008). La salud mental en las segundas generaciones de emigrantes. *Norte de Salud Mental*, 30, 22-31.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. (2008). *Estadística de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor y extranjeros con autorización de estancia por estudios*. Observatorio Permanente de la Inmigración. Ministerio de Trabajo e inmigración.
- Moya, M. & Puertas, S. (2008). Estereotipos, inmigración y trabajo. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 6-15.
- Navas, M., Pumares, P., Sánchez, J., García, M. C., Rojas, A., Cuadrado, I., Asensio, M. y Fernández, J. S. (2004). Estrategias y actitudes de aculturación: la perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería. Sevilla: Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias, Consejería de Gobernación, Junta de Andalucía.
- Navas, M., García, M. C., Rojas, A. J.; Pumares, P. & Cuadrado, I. (2006). Actitudes de aculturación y prejuicio: la perspectiva de autóctonos e inmigrantes. *Psicothema*, 18 (2), 187-193.
- Qureshi, A. & Collazos, F. (2006). El modelo

americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 50-57.

Rang, M. (1972). The Ulysses Syndrome. *Canadian Medical Association Journal*, 106 (22), 121-122.

Robins, L. N., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regler, D. A., Sartorius, N. & Towle, L. H. (1988), The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives General of Psychiatry*, 45, 1069-1077.

Rodríguez, S. & Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20 (1), 131-137.

Rueda, J. F. & Navas, M. (1996). Hacia una evaluación de las nuevas formas del prejuicio racial: las actitudes sutiles del racismo. *Revista de Psicología Social*, 11(2), 131-149.

Sánchez, G. y López, M. J. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Apuntes de Psicología*, 26 (3), 399-410.

Sanz, L. J.; Elustondo, I.; Valverde, M.; Montilla, J. F. & Miralles, M. (2007). Salud mental e inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27 (100), 281-291.

Spielberger, C. D.: Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1998). STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA.

Toro, J.; Salamero, J. & Martínez, E. (1995). Evaluación de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal en la anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 22 (7), 205-214.

Vega, W. A.; Kolody, B.; Aguilar-Gaxiola, S.; Alderete, E.; Catalano, 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.

Villagrasa, P. J. & García-Izquierdo, A. L. (2007). La medida del Síndrome de Ulises. *Ansiedad y Estrés*, 13 (2-3), 253-268.