
Patología psiquiátrica en el inmigrante

Migration and psychiatric diseases

M. Martínez Moneo, A. Martínez Larrea

RESUMEN

La inmigración es un fenómeno social emergente con notable impacto en el ámbito sanitario.

Los síndromes psiquiátricos son fenomenológicamente universales, pero su expresión clínica está primariamente determinada por factores culturales. Del mismo modo, la inmigración, como fenómeno generador de estrés, supone un factor de riesgo para el desarrollo de patología mental. La adaptación del inmigrante así como la del medio receptor, supone un esfuerzo cultural y social que condiciona las interacciones entre los individuos y de modo sustancial la relación paciente-terapeuta.

La clínica psiquiátrica se enfrenta a un nuevo reto diagnóstico y terapéutico en el que han de superarse barreras etnoculturales individuales y colectivas, sociales y biológicas.

Las diferencias idiomáticas y la restricción en el acceso a recursos y servicios sanitarios, suponen un obstáculo de primer orden que debe ser superado mediante políticas sanitarias que aboguen, bien por la discriminación positiva (segregación), bien por la integración.

Este artículo trata de revisar los diferentes aspectos que limitan e interfieren la práctica clínica diaria para un sector importante de la población, tanto por su presencia numérica como por su prevalencia en cuanto a patología psiquiátrica.

Palabras clave. Psiquiatría transcultural. Migración. Depresión. Esquizofrenia.

An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 1): 63-75.

ABSTRACT

Immigration is an emergent social phenomenon with a great impact on health systems.

Psychiatric disorders are said to be universal phenomenon, but their clinical expression may be determined by cultural factors. Indeed, immigration acts as a risk factor for the development of mental diseases, as it works as a stress generating factor. The adaptability process for both the immigrants and the receptor environment, involves a social and cultural effort that modifies interindividual relationships, mainly at the therapeutic level.

Psychiatry faces up to a new therapeutic and diagnostic challenge, where ethnocultural barriers (either individual or collective) and social and biological barriers need to be got over.

Barriers to access to Mental Health Services or social resources and language differences mean an important obstacle which has to be got over by health systems providing special mental health programs, either segregationist or integrative.

This review tries to summarize the different issues that limit or interfere with daily clinical practice when treating the immigrant population, meaningful both in quantitative and qualitative psychiatric terms.

Key words. Transcultural psychiatry. Migration. Depression. Schizophrenia.

Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Correspondencia:
Alfredo Martínez Larrea
Unidad de Psiquiatría
Hospital Virgen del Camino
C/ Irunlarrea, 4
31008 Pamplona
Tfnos. 848 42 24 88/848 42 24 89
Fax. 848429924

PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL

La psiquiatría transcultural trata de entender el impacto de las diferencias sociales y culturales en la enfermedad mental, tanto en el nivel de las manifestaciones como en el de los tratamientos¹.

Esta corriente fenomenológica ha ido evolucionando a lo largo de la historia de la psiquiatría. Kraepelin tras un viaje a Java ya se posicionó a favor de la corriente que encontraba evidencias tanto de la universalidad de las enfermedades como de las diferencias culturales sintomáticas. El DSM-IV propuso un modelo reduccionista consistente en un glosario de enfermedades ligadas a fenómenos culturales: *amok*, *korok*, mal de ojos, susto, etc., que se puede considerar ya obsoleto. Las nuevas teorías tratan de estudiar las variaciones de la enfermedad dentro de naciones con culturas diversas.

El papel de la cultura en psiquiatría trasciende el concepto biologicista, asumiendo que la biología se asienta sobre la base de un ser fundamentalmente cultural². En este sentido la cultura se confronta con la clínica, y aparecen dificultades en el entendimiento mutuo que pueden tener su origen en factores idiomáticos, en estilos de comunicación no verbal, en sesgos, prejuicios o estereotipos, así como en prácticas diferentes por parte de los pacientes y terapeutas o valores morales y culturales diametralmente diferentes.

A lo largo de la historia se definen distintos modelos de ciudadanía multicultural¹. El primero de ellos, el modelo imperialista o modelo británico, concentra individuos diferentes bajo un mismo mandato, en el que la norma y la costumbre del país de origen "impera" sin dejar margen a modificaciones adaptativas al nuevo ámbito. El modelo étnico es aquel en el que la ciudadanía se define en términos de descendencia, lengua y política. El modelo republicano define el estado en términos políticos que se sustenta en constructos, valores del estado, tales como leyes y constitución que han de ser acatados por los inmigrantes, como en el modelo francés. Finalmente el modelo multicultural desarrollado en Australia y Canadá, que adopta la definición política del modelo

republicano pero adaptándolo a las comunidades étnicas minoritarias. Estos modelos han influido e influyen en la dirección de la psiquiatría transcultural, así como en el desarrollo de los servicios de salud mental en la comunidad, en tanto que definen diferentes estatus políticos de las minorías etnoculturales.

En países con mayor unidad étnica como Alemania o Japón, la psiquiatría transcultural se limita a definir los llamados "síndromes psiquiátricos por barreras culturales" lo que, de alguna manera, lleva a estigmatizar a los pacientes inmigrantes como productos exóticos.

El controvertido fenómeno social de la globalización afecta también a la psiquiatría transcultural. La globalización modifica, e incluso puede llegar a anular, la identidad individual y colectiva y su interacción con las enfermedades psiquiátricas. Al mismo tiempo, realza las desigualdades económicas de conocido efecto sobre la salud mental. Por último, universaliza tanto la formación como la difusión de la información científica. Este último aspecto supone un arma de doble filo; por un lado la difusión de la información científica se facilita notablemente, pero, tal y como sostiene la medicina basada en la evidencia, ésta se circunscribe a la literatura médica de investigación y el 90% de los hallazgos de investigación se remiten a problemas que afectan solamente al 10% de la población mundial³.

En nuestro país el fenómeno de la inmigración es uno de los factores que mayor impacto están teniendo a nivel social, económico, cultural y sanitario. Datos epidemiológicos aproximados⁴ estiman que en torno a un 4,73% de la población española es de origen extranjero, de ellos 852.889 se encuentran en situación irregular según un cómputo hecho en el año 2003 a partir del padrón municipal⁵ y esta cifra va en aumento. Estudios epidemiológicos estiman el índice de hospitalización por causa psiquiátrica de la población inmigrante entre un 3,5 y un 16,5% (27% trastornos psicóticos; 14% trastornos afectivos; 5% abuso de sustancias).

Además, España presenta unas características especiales en la inmigración, en

comparación con los países del entorno⁶: predominio de inmigrantes de primera generación, alto índice de situación administrativa irregular, puerta de entrada al espacio europeo para el colectivo africano, lazos culturales con el colectivo hispanoamericano y necesidad de un rejuvenecimiento poblacional.

La inmigración acarrea una serie de cambios y dificultades que suponen un factor de riesgo adicional para el desarrollo de enfermedades mentales. Supone un fenómeno generador de estrés cuya intensidad y repercusión depende, en gran medida, de cómo se sitúe el inmigrante frente a su grupo cultural de origen y hacia el grupo de acogida y de cómo este grupo de acogida reaccione ante el inmigrante.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL INMIGRANTE

Los síndromes psiquiátricos mayores son fenomenológicamente universales, pero su expresión clínica está primariamente determinada por factores culturales. La cultura es lo suficientemente poderosa como para crear formas características de presentación de la enfermedad en sociedades diferentes. Estos aspectos han de ser tenidos en cuenta en un proceso diagnóstico adecuado. Sin embargo, no se debería olvidar que las similitudes en la expresión del malestar son más evidentes y frecuentes que las diferencias.

Una forma de reducir el riesgo de posibles errores diagnósticos se basa en la utilización de la llamada formulación cultural incluida en el DSM-IV. Pero para muchos especialistas ésta es una opción reduccionista.

En el abordaje diagnóstico de la patología mental de un paciente culturalmente diferente debemos, en primer lugar, indagar acerca de su lengua de origen y del conocimiento de nuestro idioma por parte del paciente⁷. En este aspecto, la figura de un intérprete puede ser fundamental. Diversas fuentes especializadas recomiendan la utilización de intérpretes ajenos a la familia del paciente y que conozcan las peculiaridades culturales de su etnia, fundamentalmente las creencias acerca de la

enfermedad. Se ha de poner especial énfasis en preservar la confidencialidad del proceso médico, tanto por parte del personal sanitario como del intérprete.

Al valorar al paciente, además del idioma hemos de tener en cuenta la concepción étnica de la enfermedad, tanto a nivel etiológico como en la forma de expresión clínica individual y colectiva. De hecho la cultura determina cómo se definen los síntomas e incluso si un mismo síntoma o enfermedad es considerada o no una entidad patológica. Por tanto el conocimiento del contexto cultural ayuda a entender por qué una condición determinada es ignorada por una sociedad particular o, por el contrario, es oficialmente categorizada como violación religiosa, conducta criminal o enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud⁸ llevó a cabo un estudio observacional en Senegal en los años 70, centrado en la prevalencia de la enfermedad mental en los Serer, una tribu del norte de este país. Durante esta época se estaba produciendo un proceso migratorio hacia zonas urbanas, fundamentalmente hacia Dakar, por fenómenos tales como la desertificación y el exceso poblacional. Se cotejó la conceptualización de síndromes neuropsiquiátricos mayores (psicosis, retraso mental y epilepsia) basada en la DSM III y los resultados de la entrevista a chamanes de la tribu. La superposición conceptual fue evidente. Estos datos no se conseguían sin embargo cuando se cotejaron síndromes más "leves" como la ansiedad. Años más tarde, cuando los investigadores regresaron a Senegal, se enfrentaron con la constatación por parte de las autoridades senegalesas de un aumento en la incidencia de patología mental. No existía un fundamento epidemiológico que explicara este suceso, simplemente sucedía que muchos de los casos incidentes en el pasado no tenían el autoconcepto de estar enfermos pero tras el proceso migratorio y urbanístico lo adquirieron progresivamente.

Otro factor que debemos tener en cuenta dentro del proceso terapéutico es la obtención del actualmente indispensable, consentimiento informado. En este sentido hay que considerar dónde sitúa el

inmigrante el *locus* de decisión, en función de sus características etnoculturales y, además de considerarlo, hay que tratarlo con respeto, por ejemplo, en el caso de culturas patriarcales.

Aunque cada grupo cultural presenta su propia peculiaridad, vamos a prestar especial atención a la población marroquí⁵, tanto por su considerable presencia en nuestro país, unos 500.000 habitantes, como por las diferencias sustanciales en cuanto al concepto de enfermedad y su etiopatogenia. El discurso etiológico tradicional marroquí, relacionado con la forma o la manera de “estar mal” y el “ataque o crisis mental”, privilegia las figuras psicopatológicas que remiten a dos conductas o actos principales: el fenómeno de posesión, obra de espíritus malignos exteriores al individuo y el hechizo, debido a conductas perversas de personas guiadas por malas intenciones y agresivas.

En la patología mental en Marruecos, la bouffée delirante y la histeria son la forma más habitual de presentación y expresión de los cuadros psicopatológicos ligados a la cultura. Además hay una tendencia a utilizar distintas partes del cuerpo como forma de manifestación de los afectos. Cada parte corporal, de hecho, puede tener una connotación simbólica: por ejemplo un malestar de espalda, vago e inespecífico, puede llegar a ser la expresión de un estado de tristeza. Es importante conocer que este aspecto, más que expresar una pobre capacidad de intelectualizar todo lo relacionado con lo afectivo, revela una actitud interactiva frente al sanador en la que el paciente espera que el origen del malestar sea interpretado por el clínico.

Por tanto, la depresión en el Magreb, en su expresión clínica, adopta rasgos diferenciales que son fundamentales en el proceso diagnóstico. En el terreno de la semiología es habitual la manifestación de múltiples y frecuentes quejas somáticas y en menor grado sentimientos de apatía e inhibición motora. El humor depresivo, al igual que las ideas de muerte, deben ser activamente buscadas en la entrevista y, en cuanto a la cognición destaca las preocupaciones somáticas y las ideas de inca-

pacidad y culpa, aunque estas últimas se suelen encontrar en un segundo plano.

Otras de las características de la patología mental en Marruecos es la presencia altamente prevalente del delirio. Sin embargo, el delirio puede considerarse un fenómeno psicopatológico culturalmente aceptado, exento por tanto de su carácter morboso o bien una experiencia incomprensible, sin lógica y con falta de toda referencia cultural. La diferencia entre ambas consideraciones radica en la presencia o ausencia de incoherencia y agitación. En presencia de incoherencia y agitación la clínica delirante será vista como “locura-enfermedad” y no como una posesión o un hechizo no morbosos.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL INMIGRANTE: “EL DUELO MIGRATORIO” Y EL “SÍNDROME DE ULISES”

A pesar de que pueda parecer que la depresión y la ansiedad son cuadros bien definidos, existen muchos aspectos de tipo cultural que inciden en la expresión clínica de estos trastornos⁹. La migración es un cambio vital que, como todo proceso de cambio, comporta ganancias y pérdidas. Es también un acontecimiento que supone un factor de riesgo para la salud mental porque conlleva la elaboración de una serie de dificultades y de tensiones en el proceso que se ha definido como el duelo migratorio. El duelo migratorio posee características específicas que lo diferencian de otros duelos como la parcialidad, la recurrencia y la multiplicidad.

Parcialidad

Parcialidad porque en el caso de la migración, el objeto de duelo, su país de origen, no desaparece y cabe la posibilidad de contactar nuevamente con él o de regresar definitivamente, salvo en el caso de los refugiados que, por no poder regresar, presentan un duelo más complicado. Se trata de un fenómeno estresante en la medida en que se produce una separación parcial, frente al sentimiento de pérdida irremplazable que se da en los duelos tras el fallecimiento de alguien cercano. Consiste en una separación temporoespacial

que puede implicar intensas ansiedades confusionales y sintomatología disociativa asociada. De ahí que el trabajo terapéutico haya de tener bien presente la reorganización de la persona en el área temporoespacial.

Recurrencia

La recurrencia, en el caso de la migración como duelo, se ve facilitada porque los vínculos con el país de origen siguen activos durante toda la vida y se expresan a través de las "fantasías de regreso" íntimamente relacionadas con la recurrencia del duelo migratorio. Poder expresar y elaborar estas fantasías de regreso puede tener una función protectora y de ayuda en la elaboración del duelo migratorio. Además, en el contexto actual, la recurrencia se halla fuertemente favorecida por la globalización, que facilita un contacto casi diario del inmigrante con la cultura del país de origen, reavivándose los vínculos. La cronificación y recurrencia del duelo favorece la aparición de trastornos depresivos.

Multiplicidad

La multiplicidad hace referencia a que posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona, incluso la pérdida de un ser querido, supone tantos cambios como la migración. Según Anchetegui¹⁰, como mínimo, hay siete duelos en la migración: la familia y amigos, lengua, cultura, tierra, nivel social, contacto con el grupo étnico y riesgos físicos ligados a la migración.

El duelo migratorio puede acarrear una regresión psicológica como mecanismo defensivo, ya que la conducta infantil evita contactar con la realidad de un modo realista y maduro. Las dos expresiones más básicas de esta conducta regresiva son las conductas de dependencia y la queja infantil o "pataleta", ambas dirigidas frecuentemente a los servicios asistenciales sanitarios y sociales debido al déficit en su red de apoyo social natural. Este tipo de manifestaciones puede conllevar al sobrediagnóstico de patología ansioso-depresiva ya que se diagnostican cuadros como muy graves, cuando en realidad puede tratarse

de cuadros de tipo reactivo regresivo ante situaciones de estrés agudo.

La elaboración del duelo migratorio, como todo proceso de duelo, tiene lugar en una serie de etapas e implica la utilización de una serie de defensas psicológicas que, cuando son masivas, impiden la adaptación a la realidad y, por tanto, una adecuada elaboración del proceso. Entre los mecanismos de defensa más utilizados en la migración se halla la negación: "todo es igual que en mi país" o "todo es distinto, pero no me afecta". Cuando la negación es demasiado intensa distorsiona la realidad y es vivida como confusión. Como alternativa se puede recurrir a la proyección, todo lo malo está en el otro culturalmente distinto, base de la xenofobia y el racismo. Por el contrario, la idealización, tanto del país de acogida como del de origen, es otra forma de alterar la realidad. La formación reactiva, es decir, actuar de forma contraria a lo que demanda el impulso, lleva en ocasiones a una hiperadaptación y negación de las tradiciones que suele compensarse a través de síntomas somáticos. Finalmente la racionalización, una escisión de las cogniciones y afectos, mediante la que intentan separarse al máximo de estos últimos. La sintomatología depresiva es más intensa en relación a la defensa de la negación, la más alejada de la realidad, ya que impide toda percepción tanto del mundo interno como del externo.

El duelo migratorio es además transgeneracional, debido a las identificaciones que los hijos de inmigrantes efectúan con las figuras de los padres y al contacto e interiorización de las culturas de origen. Este duelo en "sucesivas generaciones" es aún más complejo que el de sus predecesores y explica los datos epidemiológicos que atribuyen un mayor índice de trastornos mentales, fundamentalmente de tipo ansioso-depresivo en los descendientes de inmigrantes de "primera generación". La expresión del duelo en hijos de inmigrantes es cuantitativa y cualitativamente diferencial. Estos poseen una mejor situación en la sociedad de acogida y pueden expresar más sus dificultades e incluso conocen mejor la forma de hacer llegar los mensajes de protesta a los medios de comunica-

ción, véase las revueltas en barrios marginales de toda Francia a finales de 2005.

El conjunto de síntomas que conforman las vivencias ansioso-depresivas, desde una perspectiva transcultural, es un concepto mucho más amplio que el de un trastorno objetivo caracterizado por determinados síntomas. El área global de los sentimientos y conductas depresivas posee muchos aspectos comunes entre todas las culturas, pero también tiene elementos particulares, vinculados a las dinámicas socioculturales específicas. La evaluación psicológica de una persona que tiene otra cultura, otros valores, requiere una gran finura clínica.

Otro tema complejo es la definición del síntoma depresivo y/o ansioso y su aplicación a los sistemas nosológicos. De hecho, las medicinas tradicionales no se detienen a sistematizar y clasificar los síntomas, sino que tienen la idea de que hay un trastorno mental único y general, de forma próxima al concepto de psicosis única de Neuman y Griesinger.

Los valores culturales determinan la expresión de los síntomas de tipo depresivo. Existen claras diferencias entre algunas culturas en la valoración de la individualidad, con una sobredimensión del concepto de grupo y de los intereses comunes, hecho que casaría con la teoría evolucionista. No hay opiniones personales, sino que las opiniones están determinadas por el grupo. Hay una desvalorización de la vida interna del individuo y una baja elaboración psicológica de las emociones.

Las diferencias culturales inciden también sobre el sentimiento de culpa. Este sentimiento, depresivo, puede ser vivido como la culpa paranoide cuando la atención se centra no en la idea de haber hecho algo malo, sino en la necesidad de protegerse de la venganza, de la agresión o del castigo que pueda merecer su acción inadecuada, por ejemplo en las culturas magrebí, asiáticas y otras culturas chamánicas.

La cultura occidental, heredera de la tradición dualista platónica-cartesiana, considera que la expresión de emociones a través del cuerpo es una manera menos sana de expresarlas que a través de la

mente. La somatización, entonces, se convierte en un trastorno. Sin embargo, en las culturas de origen de muchos inmigrantes las emociones se expresan a través del cuerpo sin alexitimia, porque la expresión corporal de los sentimientos se asocia a la expresión mental o emocional. Por ello, en la mayoría de las culturas de origen de los inmigrantes la sintomatología de tipo depresivo se acompaña de sintomatología somática, siendo la más prevalente la tríada insomnio-cefalea-fatiga o el diagnóstico de neurastenia en asiáticos.

La alta prevalencia de síntomas somáticos en población inmigrante deriva también de la tendencia a la descripción metafórica¹¹. Por ejemplo, en las culturas asiáticas se hace referencia a la disforia en términos tales como "la melancolía ha invadido mi cuerpo" o en Corea cada órgano tiene atribuidas funciones simbólicas: el hígado con el enfado; los riñones con el miedo y temor; los pulmones con las preocupaciones, el bajo espíritu, pesar o dolor.

El término depresión no existe en el vocabulario de muchas culturas¹², o se expresa de manera diferente. Cada cultura posee su propio léxico emocional que codifica valores sociales y morales, así como su propia definición idiomática del malestar, de ahí que la habilidad del clínico es crucial para identificar y entender estos "idiomas culturales".

Un estudio llevado a cabo por la OMS en 1993, acerca de la sintomatología de la depresión entre distintas culturas concluyó que los síntomas más comunes, hasta en un 75% de los casos, eran la tristeza, anhedonia, ansiedad, tensión física, apatía, pérdida de interés y de capacidad de atención y concentración e ideas de insuficiencia e incapacidad. Sin embargo, se encontraron marcadas diferencias entre grupos en los síntomas ideas de culpa e ideas de suicidio. Como dato anecdótico merece la pena destacar que el Islam prohíbe expresamente el llanto ante la pérdida de un ser querido y la particularidad del sentimiento de culpa, previamente descrita.

Entre los síntomas vinculados a somatizaciones, los más prevalentes son la tríada insomnio-cefalea-fatiga, ya mencionada⁹. Estos síntomas son frecuentes tam-

bién en la clínica de los autóctonos, pero no tanto en personas jóvenes. También son frecuentes otras somatizaciones, especialmente de tipo osteoarticular, en menor porcentaje las molestias abdominales y, en último lugar, las torácicas y neurovegetativas.

Las alteraciones del sueño son una de las quejas más persistentes de los inmigrantes, sobre todo en relación con el insomnio de conciliación, asociado a preocupaciones recurrentes en el contexto del duelo migratorio. Por otra parte, la ansiedad de anticipación favorece que el inmigrante que comienza a tener problemas para dormir, asocie el acostarse con una situación de tensión de modo que se va instaurando el insomnio. El insomnio presenta pocas diferencias culturales en su distribución, afecta casi por igual a individuos de todas las etnias y culturas.

Las cefaleas afectan frecuente a inmigrantes jóvenes, fundamentalmente latinoamericanos, pudiendo estar relacionado con el exceso en la ingesta de alcohol en este grupo. Se trata, generalmente de una cefalea primaria, con frecuencia tensional, opresiva, no pulsátil, de intensidad leve o moderada, bilateral, que no se agrava con el esfuerzo físico ni se acompaña de cortejo vegetativo y que suele presentarse asociada a síntomas depresivos.

Respecto a la fatiga, se presenta con mayor frecuencia en mujeres, pertenecientes a grupos asiáticos y marroquíes y debe ser diferenciada del síndrome de fatiga crónica. Otro síndrome cultural asociado a la fatiga sería la denominada "neurastenia" china en la que los trastornos de tipo depresivo se expresarían, sobre todo, a través del cansancio.

Otro de los síntomas asociados al síndrome depresivo y que condiciona el abordaje terapéutico tanto psiquiátrico como médico en general, es la disociación. En el caso de los inmigrantes, la sintomatología que se observa con mayor frecuencia es de tipo confusional, mezclando síntomas del trastorno por despersonalización, sobre todo asociado a confusión temporoespacial y síntomas del trastorno de identidad disociativo. Con frecuencia tienen la sensación de que les falla la memoria y la aten-

ción, se sienten perdidos y se pierden físicamente, fugas disociativas, y se sienten desorientados a nivel temporoespacial. Esta sintomatología disociativa, en el contexto de un cuadro depresivo, debe ser diferenciada de otro cuadro confusional especialmente grave, el "síndrome confuso-onírico", cuadro de tipo agudo, con rasgos de características histeriformes y que aparece en los primeros momentos de la migración¹³, y de los episodios psicóticos agudos propiamente dichos.

Hablar, de manera específica, de un síndrome depresivo del inmigrante, sería caer en un reduccionismo estigmatizante. La sintomatología depresiva, con sus particularidades clínicas y factores desencadenantes específicos, es homogénea en cuanto a su impacto, presentación e incluso tratamiento. Sin embargo, muchos autores defienden la existencia de un síndrome específico: el síndrome del inmigrante con estrés crónico o "El síndrome de Ulises" el cual, aunque posee aspectos en común con el trastorno por estrés agudo o el trastorno adaptativo se plantea, sin embargo, diferente a ellos. Los aspectos diferenciales respecto a la DSM IV serían: estresores identificables múltiples, duración prolongada de incluso años, existencia de interpretaciones culturales que relacionen las penalidades con el mal de ojo o la brujería, intensidad de estresores elevada, riesgo de evolucionar hacia un cuadro de estrés postraumático y la asociación de síntomas disociativos y somatomorfos. Este síndrome se hallaría a medio camino entre los trastornos adaptativo y el trastorno por estrés postraumático; de hecho, hay autores que defienden que podría ser una variante menor de este último.

En relación con el abordaje terapéutico de la sintomatología ansioso-depresiva, es fundamental destacar la importancia de la relación médico-paciente, el abordaje de las diferencias culturales e idiomáticas, explicar y comprender sus prácticas terapéuticas tradicionales de tipo mágico y abordar las dificultades asistenciales. Los pacientes inmigrantes, en general, aceptan bien tomar los fármacos cuando se les explica adecuadamente su indicación, efectos secundarios, etc. y se integra en una intervención que tenga en cuenta cómo es

vivido tomar el fármaco desde la concepción del mundo del paciente. Sin embargo, el índice de abandonos de tratamientos es muy alto, sobre todo entre pacientes subsaharianos. En ello intervienen factores sociales como la inestabilidad laboral, geográfica, económica, etc. y factores culturales que habría que analizar y soslayar.

Según Wordem (1997), en el abordaje psicofarmacológico del estrés y el duelo migratorio, en los casos con síntomas de elaboración natural del duelo sin que cumplan criterios de trastorno depresivo en sentido estricto, puede ser más útil el uso de ansiolíticos. En el duelo complicado, crónico, síndrome de Ulises, etc., los antidepresivos pueden estar indicados, sobre todo cuanto más se aproximan a la clínica de episodios depresivos propiamente dichos.

No podemos olvidar que cuando el duelo migratorio se complica, normalmente porque se asocia con problemas personales o sociales del inmigrante, puede provocar alteraciones psicopatológicas, entre las que destacan la depresión y la ansiedad. A pesar de que pueda parecer que la depresión es un cuadro bien definido, existen muchos aspectos de tipo cultural que inciden en la expresión clínica del trastorno⁹ (Tabla 1). Pese a las variaciones en su

expresión, los cuadros depresivos son una de las más claras consecuencias de la complicación de los duelos migratorios.

PSICOSIS EN EL INMIGRANTE

Desde el año 1930 se ha investigado el proceso migratorio como un factor de riesgo para el desarrollo de patología mental, específicamente dentro del espectro psicótico¹⁴. Se han propuesto cinco hipótesis para explicar la elevada incidencia de psicosis entre la población inmigrante en Gran Bretaña: diferencias demográficas que situaban al inmigrante en una situación de mayor vulnerabilidad; índices elevados de psicosis en el país de origen; migración selectiva de sujetos con mayor predisposición a desarrollar psicosis; la experiencia migratoria en sí como factor estresante; y por último, la tendencia a sobrediagnosticar esquizofrenia en población inmigrante debido a limitaciones culturales e idiomáticas. Varios estudios posteriores sobre estos factores han demostrado que tan sólo los dos últimos podrían ser considerados a la hora de explicar las diferencias epidemiológicas en psicosis. Por otra parte, el desarrollo urbano tras la revolución industrial en los países de "acogida" supone un factor de riesgo por sí mismo para el desarrollo de psicosis en

Tabla 1. Infradiagnóstico de la depresión en atención primaria, en el ámbito transcultural.

Explicación	Estudios
Diferentes modelos explicativos entre clínico y paciente	Jacob y col (1998) ³⁵ , Ballenger y col (2001) ³⁶ , Bhugra (2001) ³⁷ , Bhui y col (2001) ³⁸
Desconfianza a revelar los síntomas	Weiss y col (1995) ³⁹ , Jacob y col (1998) ³⁵ , Bhui y col (2001) ³⁸ , Lecrubier (2001) ⁴⁰
Variabilidad en la presentación sintomática: metáforas somáticas	Bebbington (1993) ⁴¹ , Manson (1995) ⁴² , Bhugra y col (1997) ⁴³ , Patel (2000) ⁴⁴
Barreras médico-paciente lingüísticas, raciales y culturales	Brewin (1980) ⁴⁵ , Leo y col (1998) ⁴⁶
Actitud y conocimiento de la depresión por parte del clínico	Leo y col (1998) ⁴⁶ , Borowsky y col (2000) ⁴⁷
Experiencia insuficiente por parte del clínico	Weiss y col (1995) ³⁹ , Ballenger y col (2001) ³⁶ , Comino y col (2001) ⁴⁸
Edad del paciente; coexistencia de diagnóstico de somatización	Lecrubier (1998) ⁴⁹

Adaptado de Bhugra D, Mastrogianni A. "Globalisation and mental disorders". Br J Psychiatry 2004; 184, 10-20.

población general, más acentuado en inmigrantes, que provienen, en su mayoría, de ámbitos fundamentalmente rurales^{15,16}.

El proceso migratorio se plantea como uno de los factores de riesgo considerable en el desarrollo de procesos psicóticos, aunque de menor impacto que el factor de riesgo de esquizofrenia más potente y mejor documentado, la historia familiar de psicosis. El tamaño del efecto asociado a la migración varía de 2,7 a 4,8, con una media de 2,9¹⁶, es mayor que el de otros factores de riesgo implicados en la etiología de la esquizofrenia como las complicaciones obstétricas o el nacimiento en meses de invierno y similar al factor de la urbanización, con un riesgo relativo entre 2,44 y 2,75.

Un estudio británico de primeros episodios psicóticos en inmigrantes refuerza la hipótesis de la migración como un factor de riesgo en psicosis¹⁷. El riesgo aumentado de psicosis persiste en segundas e incluso terceras generaciones. También se ha observado una mayor incidencia de psicosis de origen tardío en población inmigrante, que indica que el riesgo persiste a lo largo de la vida y no sólo de forma transgeneracional¹⁸.

Se han tratado de identificar los aspectos que explicarían la potencialidad de la migración como factor de riesgo en psicosis¹⁹. La desigualdad social (desempleo, hacinamiento, fragmentación familiar), el racismo y la discriminación, actuando posiblemente de forma sinérgica con otros factores tales como la historia familiar, aislamiento social y posiblemente el consumo de tóxicos pueden ser alguno de los aspectos más importantes.

Respecto a las manifestaciones clínicas, apenas existe bibliografía que muestre aspectos diferenciales entre población inmigrante y autóctona. Sin embargo, llama la atención la elevada incidencia de diagnósticos erróneos en población inmigrante, con tendencia a sobrediagnosticar psicosis, principalmente en población hispana. Una de las causas que podrían explicar este error diagnóstico puede ser la diferencia en la expresión sintomática. Se ha visto que los pacientes de origen caribeño residentes en el Reino Unido presentan mayor frecuencia de sintomatología afectiva y positiva, funda-

mentalmente experiencias alucinatorias¹⁹. De hecho se ha constatado que muchos pacientes maniacos reciben el diagnóstico de esquizofrenia y algo similar ocurre con los cuadros depresivos mayores con sintomatología delirante.

En el proceso migratorio europeo se observa la asociación entre inmigración y psicosis de manera consistente, a pesar de las diferentes características entre países. Merece la pena destacar el caso de Alemania, que recibió, en los años 70 una fuerte corriente migratoria procedente de países del sur de Europa, España, Portugal, Italia, Yugoslavia y Turquía. En este caso, los inmigrantes se sometían a un reconocimiento médico antes de la entrada al país. Este grupo presentaba índices de patología mental en general y psicosis en particular menores que los de la población alemana, ajustando por edad y sexo. Sin embargo, en los últimos veinte años la exigencia del reconocimiento médico previo se ha eliminado, observándose un incremento en la incidencia de psicopatología en inmigrantes similar a los datos previamente descritos. Este fenómeno se explica por el "sesgo del trabajador sano", y confirma la importancia de los estresores ambientales en el desarrollo de procesos psicóticos.

MANEJO DE PSICOFÁRMACOS SEGÚN EL GRUPO ÉTNICO

La etnopsicofarmacología se encuentra todavía en sus inicios, sin embargo existen datos que recomiendan indicaciones especiales, principalmente en la dosificación y elección del fármaco en poblaciones determinadas.

Los pacientes de raza negra suponen el grupo de mayor interés por factores genéticos y enzimáticos, que los harían más susceptibles a presentar problemas en la farmacodinámica de los psicotropos. Respecto al efecto de los antidepresivos, parece que estos pacientes responden más rápidamente a los tricíclicos²⁰. Se considera que un elevado porcentaje de la raza negra, entre el 45% y el 70% serían metabolizadores lentos, lo que explicaría su mayor sensibilidad a estos fármacos y la posibilidad de aparición de efectos secundarios²¹. En general, se considera que, en

esta etnia, serían de elección los antidepresivos serotoninérgicos por su menor efecto en el sistema hepático P450 reduciéndose así la toxicidad. También parece que requieren menores dosis de ISRS que la raza blanca²². Por otra parte, el litio parece que es metabolizado de distinta forma por esta población, de modo que se produciría una mayor frecuencia de efectos secundarios por este fármaco²³. Se recomienda usar los nuevos estabilizantes del humor por sus menores efectos secundario y porque, además, algunos de ellos son más efectivos en formas clínicas atípicas, predominantes en estos pacientes²⁴.

Hasta ahora se creía que los hispanos presentaban mejor respuesta a antidepresivos tricíclicos con dosis menores, hasta la mitad de las dosis de referencia, aunque existen estudios recientes que no encuentran diferencias entre hispanos y anglosajones respecto a la respuesta a tricíclicos²⁵ o a serotoninérgicos²⁶.

Se acepta generalmente que la población asiática requiere dosis menores de antidepresivos tricíclicos así como que presentan respuestas terapéuticas a niveles séricos menores²⁷. Los IMAO tienden a no usarse en asiáticos porque muchas de sus comidas tradicionales contienen tiramina. Cuando se decide usar con ellos IMAO, se deben emplear elevadas dosis de fenelzina porque la mayoría de los pacientes de esta raza son acetiladores rápidos²⁸. No hay estudios comparativos con antidepresivos serotoninérgicos. En relación al litio, parecen responder con dosis plasmáticas más bajas que las requeridas en otras poblaciones, en el rango de 0,3-0,9 mEq/l²³.

Respecto al tratamiento con antipsicóticos existen datos acerca de varios polimorfismos, sobre todo a nivel del complejo enzimático hepático citocromo P450, que metaboliza la mayor parte de los neurolepticos²⁹. Se han descrito polimorfismos que modificarían la respuesta a clozapina y olanzapina en población japonesa³⁰, déficits en la enzima metabolizadora de la quetiapina (CYP3A5) en el 80% de los caucásicos y el 20% de afroamericanos³¹, y hasta un 25% de metabolizadores ultrarrápidos de risperidona y aripiprazol en norteafricanos³⁰, por polimorfismos a nivel del CYP2D6.

La significación clínica de estos polimorfismos varía interindividualmente, por lo que, según los autores, estos datos deberían ser considerados en el caso en que dosis estándar resultaran ineficaces o produjeran efectos secundarios excesivos.

PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL Y SALUD PÚBLICA: LIMITACIONES Y POSIBLES SOLUCIONES

El fenómeno de la inmigración, al que estamos asistiendo en España en los últimos años, requiere una reflexión profunda y amplia, acerca de, no sólo las consecuencias psicopatológicas que pueden derivarse de él en el grupo migratorio, sino también en el grupo mayoritario o población receptora. La adaptación a una nueva cultura puede originar cuatro situaciones diferentes: integración, resistencia, asimilación y marginación, que modifican en sí mismas el abordaje médico en general y psiquiátrico en particular.

Cabe cuestionarse qué modelo sanitario sería el más adecuado para dar cobertura a esta nueva demanda asistencial. Una posibilidad la constituye el modelo segregador, en el cual, la atención a los colectivos de inmigrantes pasaría por crear programas específicos, y por la formación de grupos de profesionales conocedores con profundidad o más receptivos, si cabe, a sus particulares señas de identidad. Sin embargo, podría suceder que este modelo de intervención obstaculizara las formas de adaptación más positivas, al fomentar la marginación y la resistencia a los valores de la cultura receptora³².

En países como Canadá, con gran experiencia en elaboración de recursos especializados para minorías etnoculturales, han estudiado los factores que conllevan a la desigualdad en el acceso a un tratamiento adecuado para pacientes inmigrantes. El estudio Toronto³³, publicado en el año 2004, trata de identificar las barreras específicas de acceso a los recursos de Salud Mental, concluyendo que las causas fundamentales son: escasa información acerca de la existencia de tales dispositivos por parte de la población inmigrante; ausencia de servicios integrales que combinen especificidad étnica, experiencia en

salud mental y geriátrica; falta de profesionales que puedan ofrecer servicios apropiados lingüísticos y culturales y la necesaria presencia de un intérprete. Muchos autores abogan por la implementación de los llamados "Servicios de consulta cultural"³⁴. Son servicios de interconsulta que trabajan con servicios preexistentes de Salud Mental y Atención Primaria y que integran perspectivas antropológicas, psiquiátricas y psicoterapéuticas (terapia cognitivo conductual y sistémica). Están formados por varios profesionales: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería, antropólogos médicos y, según el caso, intérpretes y mediadores culturales. Los resultados conseguidos son, según autores, muy satisfactorios, presentando una mejor alianza terapéutica y, consecuentemente una eliminación de las barreras al acceso de recursos terapéuticos de la población inmigrante.

Contrario al modelo segregador, algunos autores apuestan por un modelo asistencial integrador, con el cual se intenta potenciar la integración y asimilación como las formas óptimas de adaptación y relación entre la población inmigrante y la receptora. Esto implicaría preparar a los profesionales sanitarios, ya sean de Atención Primaria o especializada, para un cambio de actitud frente a la diferencia étnica y cultural, así como invertir en la investigación y formación de todos los aspectos previamente analizados. Y por supuesto, sin renunciar a la creación de una red de recursos y servicios multiculturales, no específicamente sanitarios, que incidan también sobre la población receptora³².

CONCLUSIONES

La inmigración lleva consigo una serie de cambios y dificultades que suponen un factor de riesgo para el desarrollo de patología mental ya que supone un fenómeno generador de estrés. El efecto de ese estrés depende en gran medida de cómo se posicione el inmigrante frente a su grupo cultural de origen y frente al grupo de acogida, así como del modo en que el grupo de acogida reaccione ante el inmigrante.

Los síndromes psiquiátricos mayores son fenomenológicamente universales, pero su expresión clínica está primariamente determinada por factores culturales. Lo que significa que nos encontraremos con las mismas enfermedades que ya conocemos, pero manifestadas de forma distinta.

Las dificultades de comunicación verbal y no verbal, así como las diferentes formas culturales de considerar los síntomas y la enfermedad condicionarán el proceso diagnóstico y terapéutico.

El "duelo migratorio", un problema de salud mental, más que una enfermedad mental en sí misma, puede ser la base sobre la que se desarrollen enfermedades mentales graves, como la depresión. Sin embargo hemos de estar especialmente atentos a no medicalizar reacciones vivenciales normales ni a tratar de gestionar desde los servicios sanitarios el sufrimiento de ningún grupo poblacional.

La inmigración puede dar lugar a manifestaciones diferenciadas de los cuadros depresivos que conviene conocer, para no confundir las reacciones vivenciales con los auténticos cuadros depresivos y evitar así tanto la psiquiatrización del malestar como el nihilismo terapéutico ante las enfermedades.

Podemos afirmar que la inmigración es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastornos psicóticos, que va mediado por factores no sólo culturales o étnicos, sino principalmente sociales y económicos. La prevención de estos riesgos excede la capacidad de los sistemas sanitarios y recae en medidas sociales, de empleo, de vivienda, etc.

Las evidencias sobre diferencias en eficacia, seguridad y tolerabilidad de los psicofármacos en distintos grupos étnicos deben tomarse con precaución, cuestionando su significación clínica. Pero en aquellos casos en los que la respuesta clínica o la intensidad de los efectos secundarios no sea la esperada deben tenerse en cuenta como posible explicación de la variación.

Los modelos de atención a las enfermedades psiquiátricas de la población inmigrante deben desarrollarse integrados en los modelos generales de atención sanitaria.

ria a la población general. La creación de recursos específicos no suficientemente contrastados en nuestro ambiente y con las características de la población inmigrante que atendemos constituiría un riesgo y un coste no justificado, fundamentalmente de asimilar como problemas sanitario situaciones cuyo origen y solución están en el ámbito de lo social y de potenciar la resistencia y marginación frente a la integración y asimilación entre culturas.

No podemos olvidar en ningún momento que los grupos de inmigrantes afrontan un impacto desproporcionadamente alto de los trastornos mentales. Están sometidos simultáneamente a varios factores de vulnerabilidad: desempleo, estigmatización, hacinamiento, violación de derechos humanos. Así mismo se enfrentan a obstáculos de accesibilidad a los recursos de salud mental que han de ser solucionados, empezando por reducir los estereotipos y prejuicios negativos del personal sanitario y de la población en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. KIRMAYER LJ, MINAS H. The future of cultural psychiatry: an internacional perspective. *Can J Psychiatry* 2000; 45: 438-446.
2. EISENBERG E. The social construction of the brain. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1536-1575.
3. Global Forum for Health research: the 10/90 report on health research. Geneva: Global Forum for Health Research 1999.
4. GOTOR L, GONZÁLEZ-JUÁREZ C. Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 560-568.
5. BALBO E. Salud Mental e inmigración magrebí. *Salud Global*. Número 4, 2004.
6. ANCHOTEGUI J. La salud mental de los inmigrantes. En: Informe Anual S.O.S. racismo 2001.
7. MORTON MD. Why should reserchers care about culture. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 145-159.
8. BEISER M, BURR WA, COLLOMB H, RAVEL JL. Pobough Lang in Senegal: analysis of a deviant behavioural in biological and cultural contexts. *Soc Psychiatry* 1974; 9: 1239.
9. ANCHOTEGUI J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. En: Mayo ediciones, 2002.
10. ANCHOTEGUI J. Los duelos de la migración. En: *Jano. Psiquiatría y humanidades* 2000; 2: 15-19.
11. BHUGRA D, MASTROGIANNI A. Globalisation and mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 10-20.
12. MANSON SM. Culture and major depression. Current challenges en the diagnosis of mood disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18: 487-501.
13. TIZÓN J, SALAMERO M, PELLEJERO N, SAINZ F, ANCHOTEGUI J, SAN JOSÉ J et al. Migraciones y Salud Mental. En: Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias, 1993.
14. ODEGAARD O. Emigration and insanity. A study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota. *Acta Psychiatr Neurol* 1932; 7: 1-206.
15. MALLETT R, LEFF J, BHUGRA D, PANG D, ZHAO JH. Social environment, ethnicity and schizophrenia. A case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 329-335.
16. CANTOR-GRAEE E, SELTEN JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 12-24.
17. AESOP Study Team. Raised incidence of all psychosis in UK migrant populations. *Schizophr Res* 2002; 53: 33.
18. REEVES SJ, SAUER J, STEWART R, GRANGER AJ, HOWARD RJ. Increased first contact rates for very late onset schizophrenia like psychoses in African and Caribbean born elders. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 172-174.
19. HUTCHINSON G, HAASEN C. Migration and schizophrenia: The challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 350-357.
20. LAWSON WB. Racial and ethnic factors in psychiatric research. *Hosp Com Psych* 1986; 37: 50-54.
21. MENDOZA RP, SMITH MV, LIN KM. Ethnicity and the pharmacogenetics of drug-metabolizing enzymes. En: *Cross-cultural psychiatry*. JM Herrera, WB Lawson, JJ Sramek (Eds). New York: Wiley 1999: 3-15.
22. SILVER B, POLAND RE, LIN KM. Ethnicity and the pharmacology of tricyclic antidepressant. En: *Psychopharmacology and psychobiology of ethnicity*. KM Lin, RE Poland, F Nakasatu (Eds). Washington: American Psychiatric Association 1993: 61-89.
23. STRICKLAND TL, LAWSON W, LIN KM, FU P. Interethnic variation in response to lithium therapy among African-American and Asian-American populations. En: Lin KM, Poland

- RE, Nakasaki G (Eds). *Psychopharmacology and psychobiology of ethnicity*. Progress in psychiatry 39. Washington: American Psychiatric Press 1994: 107-121.
24. GARCÍA-CAMPAYO J. Patologías psiquiátricas en la población inmigrante. En: Claves en Salud Mental. García-Campayo J, Lou-Arnal S (Eds). Monografías FAES Farma 2005; 4.
 25. MENDOZA R, SMITH MW. The Hispanic response to psychotropic medications. En: Ethnicity and psychopharmacology. Ruiz P (Ed). Review of Psychiatry 19; 4. Washington: American Psychiatric Press 2000: 55-90.
 26. ALONSO M, VAL E, PAPAPOSTOLU MH. An open-label study of SRRI treatment in depressed Hispanic and non-Hispanic women. J Clin Psychiatry 1997; 58:31.
 27. PI EH, GRAY GE. A cross cultural perspective on psychopharmacology. Essential Psychopharmacology 1998; 2: 233-62.
 28. GARCÍA-CAMPAYO J, ALDA M. Elementos básicos de etnopsicofarmacología. Actas Esp Psiquiatr 2003; 31: 156-162.
 29. DE LEÓN J, ARMSTRONG SC, COZZA KL. The doping of atypical antipsychotics. Psychosomatics 2005; 46: 262-273.
 30. DAHL ML. Cytochrome P450 phenotyping/genotyping in patients receiving antipsychotics, useful aid to prescribing. Clin Pharmacokinet 2002; 41: 453-470.
 31. DE LEÓN J, SUSCE MT, PAN RM, FAIRCHILD M, KOCH W, WEDLUND PJ. The CYP2D6 poor metabolizer phenotype may be associated with risperidone adverse drug reactions and discontinuation. J Clin Psychiatry 2005; 66: 15-27.
 32. O'FERRAL-GONZÁLEZ C, CRESPO-LINARES M; GAVIRA-FERNÁNDEZ C, CRESPO-BENÍTEZ J. Inmigración, ¿estamos preparados los profesionales de la salud mental para este reto? Interpsiquis 2003; 1-11.
 33. SADAVOY J, MEIER R, ONG AY. Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: The Toronto Study. Can J Psychiatry 2004; 49: 192-199.
 34. KIRMAYER L, GROLEAU D, GUZDER J, BLAKE C, JARVIS E. Cultural consultation: A model of mental health service for multicultural societies. Can J Psychiatry 2003; 48: 145-153.
 35. JACOB KS, BHUGRA D, LLOYD KR, MANN AH. Common mental disorders, explanatory models and consultation, behaviour among Indian women living in the UK. R Soc Med 1998; 91: 66-71.
 36. BALLENGER JC, DAVIDSON JR, LECRUBIER T, NUTT DJ, BORKOVEC TD, RICKELS K et al. Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. J Clin Psychiatry 2001; 62 (Suppl. 13): 47-55.
 37. BHUGRA D. Services for ethnic minorities: conceptual issues. En: Bhugra D, Cochrane R (eds). Psychiatry in Multicultural Britain. London: Gaskell 2001: 330-349.
 38. BHUI K. Epidemiology and social issues. En: Bhugra D, Cochrane R (eds). Psychiatry in multicultural Britain. London: Gaskell 2001; 49-74.
 39. WEISS MG, RAGURAM R, CHANNABASAVANNA SM. Cultural dimensions of psychiatric diagnosis. A comparison of DSM II Rand illness explanatory models in south India. Br J Psychiatry 1995; 166: 353-359.
 40. LECRUBIER Y. Prescribing patterns for depression and anxiety worldwide. J Clin Psychiatry 2001; 62 (Suppl. 13): 31-36.
 41. BEBBINGTON P. Transcultural aspects of affective disorders. Int Rev Psychiatry 1993; 5: 145-156.
 42. MANSON SM. Culture and major depression. Current challenges in the diagnosis of mood disorders. Psychiatr Clin North Am 1995; 18: 487-501.
 43. BHUGRA D, GUPTA KR, WRIGHT B. Depression in north India-a comparison of symptoms and life events with other patient groups. Int J Psychiatry Clin Practice 1997; 1: 83-87.
 44. PATEL V. The need for treatment evidence for common mental disorders in developing countries. Psychol Med 2000; 30: 743-746.
 45. BREWIN C. Explaining the lower rate of psychiatric treatment among Asian immigrants to the United Kingdom: a preliminary study. Soc Psychiatry 1980; 15: 17-19.
 46. LEO RJ, SHERRY C, JONES AW. Referral patterns and recognition of depression among African-American and Caucasian patients. Gen Hosp Psychiatry 1998; 20: 175-182.
 47. BOROWSKY SJ, RUBENSTEIN LV, MEREDITH LS, CAMP P, JACKSON-TRICHE M, WELLS KB. Who is at risk of non-detection of mental health problems in primary care? J Gen Intern Med 2000; 15: 381-388.
 48. COMINO EJ, SILOVE D, MANICAVASAGAR V et al. Agreement in symptoms of anxiety and depression between patient and GPs: the influence of ethnicity. Family Practice 2001; 18: 71-77.
 49. LECRUBIER Y. Is depression under-recognised and undertreated? Int Clin Psychopharmacology 1998; 13 (Suppl. 5); 3-6.

