

Cefaleas en inmigrantes. Estudio de 1.043 casos. Análisis comparativo entre cefaleas en inmigrantes con Síndrome de Ulises y otros diagnósticos.

Hedeches in immigrants. Study of 1.043 cases. Comparative analysis between Syndrome of Ulysses and other diagnoses.

Joseba Achotegui (1), Agustín Llopis (2), María M. Morales (3), Dori Espeso (4).

- (1) Psiquiatría. Profesor titular de la Universidad de Barcelona. Director del curso de postgrado on line sobre Migración y salud mental de la Universidad de Barcelona. Secretario general de la Sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría.
- (2) Licenciado en Farmacia. Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia.
- (3) Doctora en Medicina y Cirugía. Catedrática del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia.
- (4) Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra del CSMIJ de Girona. Con la colaboración de Marilu Gómez, Romina Maffei, Clara Chavarría y Claudia Erill, alumnas del Postgrado “Salud mental e intervenciones psicológicas con inmigrantes, minorías y excluidos sociales” de la Universidad de Barcelona.

Resumen

Objetivos: Análisis comparativo de la prevalencia de cefaleas en inmigrantes atendidos por el SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a inmigrantes y refugiados) Estudio comparativo entre Síndrome de Ulises y otros diagnósticos, así de sus características sociodemográficas y familiares.

Metodología: a partir de una muestra de 1.043 inmigrantes encuestados se estudia la existencia ó no de cefaleas clínicamente significativas. Se les realizó una entrevista personal por un psiquiatra que incluía la recogida de datos sociodemográficos, familiares, culturales y la valoración diagnóstica. El diagnóstico fue confirmado por un segundo especialista en psiquiatría.

Resultados: Los inmigrantes con Síndrome de Ulises (149 casos) tienen un 56,4% de cefaleas crónicas frente a un 36,4% de cefaleas del conjunto de los demás inmigrantes estudiados en la muestra (893).

Conclusiones: Los inmigrantes con Síndrome de Ulises, cuadro de duelo migratorio extremo que no es un trastorno mental, tienen un significativo mayor porcentaje de cefaleas que los inmigrantes que padecen trastornos mentales. Estos datos nos indican la importancia de tener en cuenta la cefalea como elemento de diagnóstico diferencial en los inmigrantes.

Palabras clave: Cefaleas, inmigrantes, Síndrome de Ulises, características sociodemográficas, de trasfondo cultural y familiares.

Abstract

Objectives: Comparative analysis of the prevalence of headache in immigrants attended in SAPPPIR (Psychopathological and psychosocial to Immigrant and refugees Attention Service). Comparative study of Ulysses Syndrome and other diagnoses, as well their socio-demographic and familial characteristics.

Methodology: from a sample of 1.043 attended immigrants, is studied the existence or not of clinically significant headaches. Was made personal interview by a psychiatrist that included the collection of demographic, familial and cultural data, and diagnostic assessment. The diagnosis was confirmed by a second specialist in psychiatry.

Results: Immigrants with Ulysses Syndrome (149 cases) have 56,4% of chronic headaches compared to 36% of headaches of the other immigrants with other diagnoses in the sample Assembly (893).

Conclusions: Immigrants with Ulysses Syndrome, a extreme migratory Syndrome (not a mental disorder) have a significant higher percentage of headaches than immigrants suffering from mental disorders. These data indicate the importance of taking into account the headache as an element of differential diagnosis on immigrants.

Key words: Headaches, immigrants, Ulysses Syndrome, sociodemographic, familial, and cultural characteristics.

Introducción

El objetivo del presente estudio es la determinación de la prevalencia de cefaleas en una muestra de 1.043 inmigrantes que recibieron ayuda del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) entre el año 1998 y el año 2011. La muestra general se halla a su vez compuesta por 2 subgrupos: en primer lugar un subgrupo de 847 inmigrantes que pidieron ser atendidos en el SAPPPIR y un subgrupo de 195 inmigrantes los que participaron en programas de prevención en salud mental diseñados desde el centro.

Se plantea un estudio comparativo sobre la prevalencia de cefaleas entre el grupo de los inmigrantes con Síndrome de Ulises y los inmigrantes con otros diagnósticos. El estudio incide de modo especial en el estudio de las características diagnósticas, sociodemográficas, familiares, estatus legal, etc. de los inmigrantes con Síndrome de Ulises.

Planteamiento conceptual

La cefalea es un síntoma muy frecuente en la consulta de los servicios atención en salud general y en salud mental en particular, pero es un síntoma que se puede presentar en muy diferentes contextos, porque puede hallarse vinculado a psicopatología,

a cuadros de estrés, hallarse relacionado con enfermedades médicas o presentarse también desvinculada de cualquier patología.

Es importante señalar que la cefalea, es un síntoma, en general, poco valorado en la clínica médica en general, y más aún la psiquiátrica. La cefalea es una especie de pariente pobre, de cenicienta de la psicopatología, seducida por otras sintomatologías más vistosas, como los delirios, las alucinaciones, las fobias... Y sin embargo, la cefalea, es una de las quejas más recurrentes de los pacientes que acuden a los servicios de salud mental, y uno de los síntomas que más les hace sufrir. También, con frecuencia, para los neurólogos, la cefalea, salvo tipos muy específicos, es poco valorada en relación a cuadros más "llamativos", como las afasias o las epilepsias.

Consideramos que esta desconsideración hacia la cefalea, un síntoma tan importante en la clínica, es una muestra más de que hay muchos sesgos con los que escuchamos a los pacientes, una muestra más de lo difícil que es realmente escuchar y no, simplemente oír lo que esperamos oír. Tendemos a tener nuestro propio discurso pregrabado y somos pocos receptivos a lo que tenemos delante. También es importante señalar que la cefalea está desvalorizada en parte porque es un síntoma que se da con mayor frecuencia en



mujeres, y es bien sabido que se discrimina el sufrimiento femenino porque no es un grupo social dominante.

Precisamente el estudio de la cefalea estuvo en el origen del planteamiento del Síndrome de Ulises, ya que en el SAPPRI al observar serias discordancias entre los diagnósticos standards de la psiquiatría con la realidad clínica que teníamos delante, comenzamos a analizar la clínica de nuestros pacientes exclusivamente por síntomas, es decir estudiando los síntomas de modo independiente, separados de los diagnósticos. Y, pudimos observar, que en la clínica de los casos que visitábamos, la cefalea era uno de los síntomas más comunes que tenían los inmigrantes. Estos datos nos corroboraron que los diagnósticos standard que se aplicaban a los inmigrantes no eran operativos en las situaciones de estrés crónico en las que se encontraban buena parte de las personas que acudían a visitarse a nuestro centro. A partir de aquí al analizar cómo se agrupaban los síntomas de los inmigrantes que atendíamos se pudo ver que se asociaban de modo específico en este cuadro diferenciado que es el Síndrome de Ulises.

Valoración clínica de las cefaleas

Las cefaleas se clasifican en dos grandes grupos: las primarias y las secundarias. Las cefaleas primarias se producen por sí mismas y son fundamentalmente la cefalea de tensión, la migraña, y un tercer grupo que agruparía cuadros más graves como la cefalea en racimos. Por su parte, las cefaleas secundarias tienen como causa alguna enfermedad ó lesión: fundamentalmente, tienen su origen en tumores, infecciones, hipertensión o hipotensión del líquido cefalorraquídeo, en sinusitis aguda, lesiones vasculares cerebrales, o traumatismos.

En el área de la atención en salud mental, las cefaleas más frecuentes son las primarias, fundamentalmente las cefaleas de tensión. La sintomatología de las cefaleas de tensión consiste en un dolor opresivo-tirante, que no impide efectuar actividades cotidianas, ni se agrava al efectuarlas, al contrario, suele mejorar. El dolor de cabeza suele ser bilateral. No hay náuseas ni vómitos. No hay el signo del traqueteo. Toda la población posee la potencialidad de desarrollarla. Hay dolor

a nivel de las terminaciones sensitivas en el tejido subcutáneo extracraneal.

También dentro del área de las cefaleas primarias, la otra variante de cefalea más común es la migraña, también denominada jaqueca (palabra del origen árabe que ha pasado al castellano, posiblemente indicando también la relevancia social de las cefaleas). La migraña posee, en un 25% de los casos síntomas premonitorios, denominados aura que suelen consistir en escotomas centelleantes que aparecen lentamente durante 5-20 minutos y duran menos de 1 hora. El aura se relaciona con una disminución del flujo cerebral que se propaga desde el lóbulo occipital hacia delante. En la migraña, tras esta fase premonitoria, sobreviene la fase de dolor que se caracteriza por durar entre 24 y 72 horas, ser unilateral, pulsátil (latidos), impide realizar actividades cotidianas y se agrava con la acción. Hay náuseas y/o, vómitos, fonofobia, fotofobia. La migraña está ya descrita en el papiro de Ebers en Egipto (siglo XVI A.D.C.). Se considera que existe una predisposición genética a la migraña que se relaciona con mutaciones parciales de un gen que codifica proteínas del canal del calcio específico cerebral que intervienen en la liberación de serotonina. Este gen está en el cromosoma 19 (19p13). Los desencadenantes pueden ser alimentos: quesos curados, yogures, marisco, chocolate, cítricos, también aditivos como los nitritos que dan color a los alimentos, o el glutamato sódico, muy común en la cocina china. También pueden desencadenarla el alcohol, cambios de temperatura, humedad, viento, pero el desencadenante más importante es el estrés.

En relación al diagnóstico diferencial, entre cefalea de tensión y migraña, se ha de tener en cuenta que el paciente puede tener unas veces cefalea tensional y otras migraña. Obviamente, en evaluación clínica de la cefalea y en la realización del diagnóstico se ha de descartar la existencia de otras patologías orgánicas, de cefaleas secundarias, tal como se ha efectuado en este estudio.

Migración y salud mental

La migración, como la mayoría de los acontecimientos de la vida, -life events-, posee junto a una serie de ventajas, de beneficios (como el acceso

a nuevas oportunidades vitales y horizontes) un conjunto de dificultades de tensiones, de situaciones de esfuerzo. La migración tendría una parte problemática, un lado oscuro, al que se denomina estrés o duelo migratorio.

Desde esta perspectiva es importante reseñar que no es adecuado plantear la ecuación migración = duelo migratorio ya que supondría negar la existencia de toda una serie de aspectos positivos en la migración, la existencia de beneficios. La migración es muchas veces más una solución que un problema. Pero es una solución que encierra, a su vez, su parte de problema. Sin embargo, el duelo migratorio es un duelo complejo y en bastantes momentos difícil, sobre todo si las circunstancias personales y/o sociales del inmigrante son problemáticas hasta el punto que pueden llegar a desestructurar al sujeto.

Hacemos referencia al duelo migratorio, pero se ha de señalar que los seres humanos poseemos capacidades para emigrar y elaborar ese duelo. Descendemos de seres que han emigrado con éxito muchas veces a lo largo del proceso evolutivo y desde esta perspectiva se considera que la migración no es en sí misma una causa de trastorno mental, sino un factor de riesgo tan sólo si se dan las siguientes situaciones;

1. Si existe vulnerabilidad: el inmigrante no está sano o padece discapacidades.
2. Si el nivel de estresores es muy alto: el medio de acogida es hostil.
3. Si se dan ambas condiciones.

Es decir la migración constituye un factor de riesgo si el inmigrante es lábil, el medio es muy hostil ó si se dan las dos cosas a la vez, entonces las cosas se pondrán muy difíciles para el inmigrante. Si alguien va cojeando y cada vez le ponen el listón más alto, habrá problemas.

Cefaleas, migración y salud mental, "inmigraña"

La personalidad del paciente con cefalea de tensión es inespecífica (se da en toda la población) y se considera que se halla vinculada con la represión de la agresividad (Benedetis 1990). La cefalea tensional es 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres.

Sin embargo, la personalidad del paciente migratorio tiene características diferenciales tales como rasgos de tipo obsesivo, perfeccionista, masoquista, negadora de conflictos, de rigidez. Desde la perspectiva psicoanalítica se señala que existiría un tipo de relación arcaica con la madre (semejante a la del alérgico y el asmático). Se ha señalado, que por ejemplo, misioneros en campos de concentración japoneses ya no tenían migraña porque no tenían que decidir por sí mismo y satisfacían sus necesidades de autopunición). Se da también el doble más en mujeres que en hombres (10-16% en hombres, 20-26% en mujeres). Más del 60% de los casos tienen antecedentes familiares.

Con frecuencia estos inmigrantes nos señalan que su cabeza es como una bomba a punto de explotar, como si tuvieran dentro una taladradora. Desde una perspectiva psicoanalítica P. Marty (1963) plantea que el mecanismo psicológico que genera la cefalea sería una inhibición dolorosa del acto de pensar, ligada a la utilización de la defensa de la negación. De suyo, este enfoque va en la línea de un viejo chiste judío que dice: "ponte una piedra en el zapato y se habrán acabado todas tus preocupaciones". Este planteamiento es muy concordante con la situación de los inmigrantes con Síndrome de Ulises para los que es aún más doloroso que la cefalea el pensar en los hijos a los que hace años que no ven, en la radicalidad de su exclusión social por hallarse indocumentados, en el miedo a ser detenidos, en su indefensión.

Hasta tal punto es frecuente esta asociación entre migración y cefalea que propusimos el nombre de "inmigraña" a estas cefaleas, para escribir más rápido en las consultas, ya que migraña y migración, poseen la misma raíz, migra. Es interesante el dato de que la CocaCola surgió en Atlanta, en una sociedad de inmigrantes, como remedio medicinal preferentemente contra las cefaleas.

Material y métodos

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, longitudinal de trece años de duración.

Población de estudio

Inmigrantes de todas las edades, de cualquier procedencia y sexo, con documentos regularizados o

sin ellos, viviendo en España y que han contactado con el SAPPiR, Barcelona.

Metodología empleada

La muestra se compone de dos subgrupos: uno, mayoritario, de 847 casos, de los inmigrantes atendidos en el SAPPiR entre los años 1998 y 2011 a quienes se les realizó una entrevista personal por un psiquiatra del equipo. Una segunda muestra de 195 inmigrantes fue contactada en el marco de los programas de prevención en salud mental desarrollados por el SAPPiR para realizar una entrevista en profundidad sobre su vivencia del duelo migratorio. Se trabajó en castellano y en aquellos casos en que se detectó algún problema de comprensión o entendimiento se recurrió a un mediador cultural.

La entrevista, además de la anamnesis clínica, incluyó preguntas, tanto abiertas como cerradas, relativas a las características socio demográficas, así como una exploración basada en la teoría de los 7 duelos de la migración de J. Achotegui (1997): familia, lengua, cultura, tierra, estatus social, contacto con el grupo de pertenencia y riesgos para la integridad física.

También incluyó preguntas específicas acerca de presencia de los síntomas que definen el Síndrome de Ulises síntomas del área depresiva (tristeza, llanto), del área de la ansiedad (tensión, nerviosismo, pensamientos recurrentes, irritabilidad, insomnio), somatomorfos (cefalea, astenia, fatiga, molestias osteoarticulares, etc.) y disociativos (síntomas puntuales de despersonalización, desrealización, y pérdidas parciales de atención y memoria).

Análisis estadístico

Se calculó la prevalencia de cefalea en los 1.043 casos estudiados. Se analizaron las características sociodemográficas, clínicas, culturales y familiares de los inmigrantes.

Las variables se estudiaron mediante su frecuencia absoluta y relativa y se compararon aplicando una prueba de homogeneidad utilizando el estadístico

Chi-cuadrado de Pearson y la comparación del número de hijos se utilizó ANOVA.

Todos los cálculos se realizaron con el programa SPSS v.15.

Resultados

Prevalencia de cefaleas en el estudio

Un total de 1.043 inmigrantes fueron entrevistados a nivel psiquiátrico y psicosocial. De ellos, en 478 casos se pudo determinar de modo preciso desde la perspectiva clínica la respuesta a la pregunta de si presentaban cefaleas, descartándose al resto de inmigrantes para el estudio porque aunque padeciendo cefaleas, estas no tenían un nivel clínico valorable, o porque no se pudo determinar con claridad la existencia o no de cefaleas. De los inmigrantes que respondieron a la pregunta sobre si padecían o no cefaleas, 174 inmigrantes (36,40%) pudimos constatar que las padecían y 304 (63,59%) pudimos constatar que no las padecían.

Hay que tener en cuenta que este porcentaje del 36,40 % de cefalea en los inmigrantes atendidos, es un dato general ya que se refiere a todos los inmigrantes. Sin embargo, cuando analizamos el porcentaje de cefalea desde la perspectiva de todos los diagnósticos, vemos que existen diferencias significativas en el nivel de cefalea.

Prevalencia de Cefaleas en Síndrome de Ulises

Así, el porcentaje más alto de cefalea en los inmigrantes, se da en el Síndrome de Ulises, en el que un 56,4% de los que padecen el Síndrome tienen el síntoma de la cefalea. El porcentaje medio de cefaleas en los demás diagnósticos es de 36,4%. Es decir que el porcentaje de cefalea en el Síndrome de Ulises es más de un 50% más alto que en el conjunto de los diagnósticos de la muestra. Estos datos nos indican claramente una mayor asociación entre la cefalea y el Síndrome de Ulises que con otros diagnósticos una clara asociación del síntoma de cefalea al cuadro de Síndrome de Ulises.

Tabla 1. Inmigrantes con Síndrome de Ulises. Cefaleas en los inmigrantes con Síndrome de Ulises

	Síndrome de Ulises		No Síndrome de Ulises		Total		Chi-cuadrado/ANOVA p-value
	nº	%	nº	%	nº	%	
Procedencia							
África árabe	37	24,8	256	28,6	293	28,1	
África subsahariana	11	7,4	31	3,5	42	4,0	
Asía	15	10,1	138	15,4	153	14,7	
América Latina	73	49,0	344	38,5	417	40,0	
América del Norte	0	0,0	1	0,1	1	0,1	
España	0	0,0	7	0,8	7	0,7	
Euroasiática	5	3,4	9	1,0	14	1,3	
Europa	4	2,7	24	2,7	28	2,7	
Total	149	100,0	894	100,0	1.043	100,0	0,002
Tiempo de residencia en España							
← 6 meses	10	6,7	49	5,5	59	5,7	
6 meses - 1 año	19	12,8	76	8,5	95	9,1	
1 - 2 años	35	23,5	208	23,3	243	23,3	
2 - 5 años	64	43,0	224	25,1	288	27,6	
5 - 10 años	19	12,8	203	22,7	222	21,3	
10 - 15 años	0	0,0	95	10,6	95	9,1	
→ 15 años	0	0,0	5	0,6	5	0,5	
Total	149	100,0	894	100,0	1.043	100,0	0,000
Legalización de residencia (Papeles)							
No	123	93,2	90	13,2	213	26,1	
Sí	9	6,8	593	86,8	602	73,9	
Total	132	100,0	683	100,0	815	100,0	0,000
Creencia en la Magia							
No	5	18,5	29	29,3	34	27,0	
Sí	22	81,5	70	70,7	92	73,0	
Total	27	100,0	99	100,0	126	100,0	
Cefaleas							
No	34	43,6	238	64,7	272	63,6	
Sí	44	56,4	130	35,3	174	36,4	
Total	78	100,0	368	100,0	446	100,0	0,001

Prevalencia de cefaleas en otros diagnósticos significativos: distimia, trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo y psicosis

Tal como hemos señalado en relación a todos los demás diagnósticos, en comparación con el Síndrome de Ulises, el porcentaje de cefalea es más bajo. Sin embargo, hay diferencia en el porcentaje de cefalea entre los diferentes trastornos estudiados: así el porcentaje de cefalea va decreciendo desde el 51,1 % en la distimia, hasta el 32,6 % del trastorno adaptativo.

En el nivel intermedio encontramos el trastorno de ansiedad con el 46,8%, y la psicosis con el 41,5%.

De todos modos estos porcentajes de cefalea en los diferentes trastornos que padecen los inmigrantes, son significativamente más elevados que en la población autóctona, lo que nos muestra que la cefalea se halla asociada a la migración. De ahí que planteáramos, la idea de hablar de migraña, o migraña del inmigrante, ya que las dos palabras curiosamente poseen la misma raíz.

Tabla 2. Cefaleas en inmigrantes con distimia

Cefaleas	Síndrome de Ulises		No Síndrome de Ulises		Total		Chi-cuadrado/ANOVA p-value
	nº	%	nº	%	nº	%	
No	22	48,9	249	62,3	271	60,9	
Si	23	51,1	151	37,8	174	39,1	
Total	45	100,0	400	100,0	445	100,0	0,082

Tabla 3. Cefaleas en inmigrantes con Tr. de ansiedad

Cefaleas	Síndrome de Ulises		No Síndrome de Ulises		Total		Chi-cuadrado/ANOVA p-value
	nº	%	nº	%	nº	%	
No	25	53,2	247	61,9	272	61,0	
Si	22	46,8	152	38,1	174	39,0	
Total	47	100,0	399	100,0	446	100,0	0,247

Tabla 4. Cefaleas en inmigrantes con Tr. adaptativos

Cefaleas	Síndrome de Ulises		No Síndrome de Ulises		Total		Chi-cuadrado/ANOVA p-value
	nº	%	nº	%	nº	%	
No	29	67,4	243	60,3	272	61,0	
Si	14	32,6	160	39,7	174	39,0	
Total	43	100,0	403	100,0	446	100,0	0,361

Tabla 5. Cefaleas en inmigrantes con Tr. psicóticos

Cefaleas	Síndrome de Ulises		No Síndrome de Ulises		Total		Chi-cuadrado/ANOVA p-value
	nº	%	nº	%	nº	%	
No	31	58,5	241	61,3	272	61,0	
Si	22	41,5	152	38,7	174	39,0	
Total	53	100,0	393	100,0	446	100,0	0,691

Discusión y conclusiones

Los datos nos muestran claramente que las cefaleas se dan en mayor proporción en los inmigrantes que padecen el Síndrome de Ulises que en los otros diagnósticos. Es muy importante tener presente que el Síndrome de Ulises (Achotegui 2002) es un cuadro reactivo de estrés ante situaciones extremas, no un trastorno mental, ya que estos inmigrantes mantienen la autonomía personal, la capacidad de interdependencia, y su nivel de funcionamiento social, siendo su reacción sintomatológica plenamente proporcional a los estresores inhumanos que padecen.

Tal como hemos señalado en el apartado anterior, el 56,4% de los inmigrantes con Síndrome de Ulises padecen cefalea frente a un 36,4 % de los pacientes con el conjunto de otros diagnósticos. Es decir en torno a un 50% más de cefalea que el otro grupo de comparación.

En el Síndrome de Ulises la cefalea se halla vinculada a la agresividad reprimida vinculada a los estresores extremos que el inmigrante debe afrontar y al intento de evitar pensar en los estresores extremos que les afligen (soledad forzada, exclusión social estructural, miedo, indefensión).

Es interesante señalar que en autóctonos de la edad de los inmigrantes de la muestra el porcentaje de cefalea se halla en torno al 10%. Las cefaleas que se ven en los inmigrantes van asociadas a las preocupaciones recurrentes en las que el inmigrante se halla sumido, especialmente en los casos de duelo migratorio extremo como el Síndrome de Ulises, pero también aunque en menor medida en los otros diagnósticos. Las molestias con frecuencia se concentran la zona frontal y en las sienas.

Este estudio nos ha permitido también poder ver las características sociodemográficas, familiares, sociales, etc de inmigrantes con Síndrome de Ulises, 149 casos en la muestra. Esta muestra es la mayor que se había estudiado hasta la actualidad, constituyendo un 14,4% del total de inmigrantes

atendidos, por lo que consideramos muy interesante analizar los resultados. Queremos señalar que este porcentaje es bastante parecido al obtenido en el estudio que efectuamos en año 2010 en centros de salud de Valencia (y presentado también en esta misma Revista Norte de Salud Mental) y que dio un resultado de 17,03% de inmigrantes con Síndrome de Ulises. Esto nos indica que el porcentaje de inmigrantes que están llegando a nuestras consultas con Síndrome de Ulises se halla en torno al 15% de los inmigrantes atendidos. Consideramos que es un porcentaje muy elevado de inmigrantes y que sin la existencia de este diagnóstico, se daría la situación sus casos serían diagnosticados como trastornos mentales, o serían banalizados considerando que no les pasa nada, a pesar de padecer numerosos síntomas y hallarse en situación de riesgo en salud mental.

Somos conscientes de las limitaciones del estudio. Consideramos que los datos presentados requieren de análisis más detallados, así de estudios comparativos con otras muestras de inmigrantes, pero consideramos que ayudan a plantear cuestiones clínicas y psicosociales de interés. Es nuestra intención continuar investigando en esta área para avanzar en la comprensión de los problemas de salud mental y la psicopatología de los inmigrantes del mundo de hoy, especialmente los indocumentados, que viven cada vez situaciones más penosas.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a SAPPiR, por su apoyo al proyecto así como a todos los profesionales asistenciales y no asistenciales que han hecho posible su ejecución.

Un agradecimiento muy especial a los miembros del GASiR (Grupo para la Asistencia Sanitaria a los Inmigrantes y Refugiados) presidido por el Dr. Font y el Dr. Ballús y del que forman parte el Dr. Josep Ballester, Lluís Reclonans, Jaume Aguilar, Joseba Achotegui.

Contacto

jachoteguilozate@ub.edu
maria.m.morales@uv.es



Bibliografía

- Achotegui J, Morales M, Cervera P, Quirós C, Pérez JV, Gimeno N, Llopis A, Moltó J, Torres AM, Borrell C, 2010. Características de los inmigrantes con Síndrome de estrés crónico y múltiple del inmigrante o Síndrome de Ulises. *Norte de salud mental*. Vol VIII, nº 37, 23-30.
- Achotegui J, 2009. "Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio. Escala Ulises". Ediciones El Mundo de la mente. Llançá.
- Achotegui J, 2009. "Emigrar en el siglo XXI: estrés y duelo migratorio en el mundo de hoy. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple-Síndrome de Ulises". Ediciones el mundo de la mente. Llançá.
- Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria* 2004; 34:106.
- Benneditis GB, 1990. The role of the stressfull life events in the onset of chronic primary headache. *Pain*; 40, 65-75.
- Esteban Peña MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria* 2001; 27:25-8.
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Disponible en: <http://www.fepsm.org/fepsm.html>
- García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)* 2002; 118:187-91.
- López Abuin JM. El médico de familia ante el abordaje socio-sanitario del inmigrante. *FMC* 2002; 9:492-7.
- Nueva línea 2007. El estrés por desarraigo afecta cada vez a más inmigrantes en España. Nueva Línea 8/11/07.
- Marcos González E, Rodríguez-Palancas Palacios A. Presentaciones clínicas se estrés en inmigrantes. *Psiquiatría.com* [citado 7 feb 2005]. Disponible: <http://www.psiquiatría.com>
- Marty P, 1963. L'investigation psychosomatique. PUF. Paris.
- Mora Mínguez F. Psiquiatría e inmigración. Una perspectiva transcultural. *SaludMental*. Info [citado sep 2007]. Disponible en: <http://www.saludmental.info>
- Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suárez M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp*. 2005; 205:116-8.
- Pardo Moreno G, Engel JL, Agudo Polo S. Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Aten Primaria* 2007; 39:609-14.
- Pertíñez Mena J, Viladós Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Sole M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria* 2002; 29:6-13.
- Romaní O. La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología. *FMC* 2002; 9:498-504.
- Titus J, 2000. Las cefaleas Edimisa. Barcelona.

• Aceptado: 24-10-2012.