

Competencias culturales de los profesionales de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía en la atención a la población inmigrante.

Cultural competences of the mental health professionals of the Public Health System of Andalusia in the care of the immigrant population.

Pedro L. Ibáñez Allera

Doctor en Ciencias Humanas y Sociales, Antropólogo Social y Psiquiatra. Director de Unidad de Gestión Clínica de salud mental Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Francisco Checa y Olmos

Profesor Titular de Antropología Social. Universidad de Almería.

Resumen:

Introducción. El objetivo de este trabajo es detectar las dificultades que encuentran los profesionales de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía cuando atienden las patologías mentales de la población inmigrante y comprobar si son diferentes a las que presenta la población española en iguales circunstancias.

Metodología. La información se ha recabado por medio de un cuestionario autoadministrado. La muestra de los profesionales está dividida en dos grupos: uno, compuesto por 13 Directores de Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental, de toda Andalucía, y, otro, a 22 psiquiatras y psicólogos clínicos que ejercen en la provincia de Almería.

Resultados. La gran mayoría de todos los profesionales que ha participado admiten encontrar dificultades a la hora de atender a la población inmigrante. Dificultades agrupadas en tres ejes: 1) Déficit en la formación en psiquiatría transcultural y en el desconocimiento de los programas específicos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2) Existencia de barreras en la comunicación verbal y una presentación psicopatológica que no encuentran descrita en la CIE 10. 3) La dificultad de relacionar la biomedicina con las medicinas tradicionales. Se establece una comparativa entre las respuestas dadas por ambos grupos, apreciándose algunas diferencias.

Conclusiones. Si bien ambos grupos admiten dificultades para atender a las patologías mentales de la población inmigrante, se detecta una mirada más biomédica entre los directores, quienes no consideran necesario implantar programas específicos para la atención de estos inmigrantes; por su parte, el grupo formado por psiquiatras y psicólogos clínicos sí otorga importancia a las medicinas tradicionales y consideran necesario implantar programas específicos para esta población.

Palabras clave: competencia profesional, salud mental, atención inmigrantes, Andalucía.

Abstract:

Introduction: The aim of this research is to detect any possible difficulties found by mental health professionals in the Andalucía Public Healthcare System, when treating mental illness of the immigrant population and also to compare them with the Spanish population in similar circumstances.

Methodology: Two different user groups have filled in a self-administered questionnaire in order to gather the information required. The first was composed by 13 Unit Directors of Clinical Management of Mental Health from all over Andalusia and the second by 22 psychiatrists and clinical psychologists practicing in the province of Almería.

Results: The majority of the professionals in this study acknowledge having problems when dealing with the immigrant population. Those difficulties may be grouped into three main types: 1) Deficit in transcultural psychiatry training and a lack of knowledge in specific programs belonging to the Andalusia Ministry of Health. 2) Existence of communication barriers, a reduced response to psychiatric drugs and a psychopathological alteration which is not described in ICD-10. 3) Difficulty of relating biomedicine and traditional medicines. A comparison between the answers given by each user group was established, with some important differences on it.

Conclusions: Even though both user groups admit difficulties when treating mental illness of the immigrant population, the most biomedical perspective was shown by directors, who consider that is not necessary to introduce specific programs for the attention of immigrants. Regarding the user group composed by psychiatrists and clinical psychologists, they highlight the importance of traditional medicines and the necessity of introducing specific programs for the immigrant population.

Keywords: Professional skills, mental health, attention immigrants, Andalusia.

Introducción

La migración se ha convertido en un fenómeno cotidiano en este mundo globalizado. Es un viaje mediante el que las personas transitan de unos lugares a otros, en donde esperan encontrar unas condiciones de vida mejores que las que dejaron atrás en sus países de origen. Las situaciones de pobreza, guerras, el hambre o persecuciones, las colocan en un estado de riesgo y penuria tal que piensan que trasladándose a otro país superarán su desesperante situación. Depositán las expectativas de su futuro, y el de su familia, en otros lugares del mundo, convencidos de su éxito: vivir con mayor seguridad y bienestar. La elección del país tiene mucho que ver con diversas circunstancias, como su desarrollo económico, político y social, el idioma, la religión, la residencia previa de familiares, etc.

Desde la década de los setenta del siglo XX, la Europa desarrollada se constituyó en lugar pre-dilecto de millones de migrantes. Tal es así que a

comienzos del siglo XXI los extranjeros residentes en países de la UE constituían más del 5% del total de su población. A principios de 2016 en su conjunto de países vivían 510 millones de habitantes, de estos más de 34 millones son no europeos.

España no ha sido ajena a este gran éxodo migratorio. Según el INE, a comienzos de 2016 residían en el país 46.524.943 habitantes, de los que 4.601.273 eran extranjeros, casi el 10% del total. En la Comunidad Autónoma de Andalucía, en la misma fecha había una población de 8.381.213 habitantes, de los cuales cerca del 7,5% son extranjeros. La provincia de Almería no es de las más pobladas, cerca de 700.000 habitantes, pero sí la que mayor porcentaje de extranjería atesora, casi el 20% del total han nacido fuera de España.

Como sabemos, el fenómeno migratorio es, en sí mismo, un proceso complejo, ya que se constituye en algo que va mucho más allá de ser un



simple viaje, de un traslado desde un lugar a otro. En este sentido, Sayed-Ahmad afirma que emigrar “es un acto que afecta profundamente al individuo, a quienes lo rodean y al ambiente común de una manera mutuamente determinante”¹. Por ende, por migrar se entiende un proceso multifacético en el que aparecen implicados una diversidad de factores de índole muy heterogénea, entre los que se encuentran aspectos personales y psicológicos, familiares y grupales, pero también en el país de instalación las situaciones económicas, políticas, sociales y culturales, simbólicas y religiosas, etc.

Desde dos disciplinas, como son la Salud y la Antropología social, los investigadores que trabajan sobre el campo de la salud mental en la población migrante consideran que de ninguna manera deben asociarse una y otra en una relación directa e inequívoca, sino que, por el contrario, son dos categorías que deben diferenciarse. Son independientes y solo en ocasiones -aquellas en las que dentro de los proyectos migratorios se hacen presentes unas condiciones muy particulares- suelen entrecruzarse. Así, durante los procesos de asentamiento al nuevo lugar sobre los migrantes inciden multitud de factores que, al ser disfuncionales, los sitúan en un estado de vulnerabilidad, conducentes a que la enfermedad mental aparezca en su persona ^(2,3,4,5).

Al presentar algún tipo de enfermedad, la población inmigrante -igual que hace la autóctona- demanda la atención de los servicios oficiales de salud; no obstante, las características de su atención asistencial son diferentes en ambos grupos de población ^(6,7). O lo que es igual, a los problemas normales de salud de la población inmigrada normalmente vienen parejas ciertas problemáticas mentales ^(8,9). Por otro lado, la presencia de numerosa población inmigrante supone para los equipos de salud mental una demanda añadida, debiendo atender a personas de culturas muy diferentes a la suya.

Singularidad que deviene del hecho de que cada grupo cultural, a partir de sus creencias, interpretaciones y estrategias respecto a los procesos de salud/enfermedad/cuidados (SEC), construye una cosmovisión propia entorno a la dolencia psíquica que padece. A saber, la concepción sobre aquello que se considera salud o

enfermedad mental a todos nos viene determinado, de manera muy específica, a partir de los constructos sociales y los conceptos culturales que se relacionan con el cuerpo humano ^(10,11). Además, la relación de confianza en las que se encuentran inmersos los especialistas de la salud -biomédicos o tradicionales- y las personas que acuden a ellos en busca de una solución a sus problemas de salud, está condicionada por lo que Lévi-Strauss ⁽¹²⁾ denominaba “eficacia simbólica”.

La mirada que hace la biomedicina sobre la enfermedad mental deriva en la creación de un objeto propio sobre el que intervenir, pero de ninguna manera esta es la única mirada posible. Existen otros puntos de vista sobre las manifestaciones alteradas del psiquismo que igualmente devienen de la construcción de otros objetos particulares, de otras explicaciones socioculturales, de otras formas de ver el mundo. En definitiva, cualquier mirada “constituye una forma de pensamiento y representación de la realidad, no la realidad en sí misma” ⁽¹³⁾. Por ende, podemos afirmar que no existe una única manera de entender los procesos SEC, ya que, tal como señalaba P. Bourdieu, “el punto de vista crea el objeto” ⁽¹⁴⁾, destacando la importancia de incorporar los elementos socioculturales a todo tipo de intervención.

En el caso que nos ocupa, el de los procesos SEC, es imprescindible que los profesionales de la salud que intervienen sobre la población inmigrante incorporen, dentro de su bagaje de conocimientos, otras miradas diferentes a la suya propia, liberándose de una visión etnocéntrica rígida y abriendo su campo de percepción hacia el Otro (aunque, sin duda, pueda tener creencias diferentes sobre dichos procesos SEC, pero que serán tan válidas como las suyas).

Vallejo señala que “el significante mental es complejo, ya que para algunos puede equivaler a “cognición”, y en este sentido implicaría una serie de procesos de pensamiento y de respuestas que los sujetos hacen, tanto con la información que les llega de afuera, como la procedente del interior de su organismo; mientras que para otros, la definición de salud mental implicaría una relación inextricable entre el sujeto y el marco socio-cultural en donde éste se inscribe” ⁽¹⁵⁾.

En consecuencia, las interpretaciones sobre las alteraciones psíquicas que presentan muchos de los migrantes atendidos por los profesionales de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), no coinciden con aquellas que da la biomedicina a los procesos SEC^(16,17).

Material y método

Este trabajo pretende visibilizar algunas de las barreras existentes entre los inmigrantes y los profesionales de la salud que los atienden. ¿Qué opinión tienen estos profesionales respecto a las condiciones particulares en las que se encuentran cuando tienen que dar respuesta a las problemáticas de salud mental que presentan los inmigrantes? Para responderlo hemos recabado información de dos grupos diferentes, uno está conformado por los profesionales que los ven a diario en sus consultas, en una relación cara a cara, psiquiatras y psicólogos clínicos (que llamamos G1); el otro está constituido por los gestores responsables de su programación asistencial, en concreto los Directores de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de salud mental de Andalucía (llamado G2).

Los especialistas en salud mental de los países receptores de inmigrantes vienen constatando un aumento de los trastornos mentales entre estas personas con síndrome de estrés crónico y múltiple⁽¹⁸⁾, y destacan la necesidad de una capacitación profesional adecuada entre los biomédicos responsables de su atención.

En la mayoría de bibliografía española relacionada con esta problemática ha sido realizada en comunidades de la mitad norte del país, y enfocada de una manera singular a la Atención Primaria. En ella se destaca la existencia de las barreras entre profesionales e inmigrante, centradas en la comunicación^(19,20), en las dificultades en el acceso a los dispositivos de salud^(21,22) a una demanda concentrada en los servicios de urgencias^(23,24), a la falta de competencias de los profesionales para atenderlos^(25,26), la actitud de los profesionales ante los inmigrantes⁽²⁷⁾ y a la necesidad de utilizar mediadores interculturales^(28,29). Por su lado, en España hay pocos trabajos que se interesen sobre las características que singularizan esta atención que estén centrados en el campo de la salud

mental, en los que se destaca la dificultad que tienen los profesionales para entender la psicopatología de los pacientes y por un sesgo racial de los primeros hacia los segundos⁽³⁰⁾, y de la necesidad de implantar una perspectiva intercultural en dicha atención^(31,32). Ninguna conocemos sobre el ámbito andaluz, de ahí la importancia de este texto.

Como acabamos de adelantar nuestra muestra la conforman dos grupos. Uno compuesto por veintidós profesionales de la provincia de Almería, psiquiatras y psicólogos clínicos, y el otro por trece -de un total de veinticinco- directores de Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental de Andalucía, erradicados en seis de las ocho provincias andaluzas.

Destacamos algunos datos sociodemográficos de ambos grupos. G1 tiene un promedio de edad de poco más de 38 años, se encuentra conformado en partes iguales en varones y mujeres, casi la misma proporción son psiquiatras y psicólogos clínicos y tiene una experiencia profesional de unos diez años. Por su parte, G2 tiene una media de edad ligeramente superior a los 52 años, la gran mayoría de ellos son varones y psiquiatras y llevan más de 24 años trabajando en salud mental.

En la tabla 1 se pueden apreciar las características de la muestra.

El método de recolección de los datos se llevó a cabo por medio de un cuestionario autoadministrado, con el propósito de recoger el conocimiento, la experiencia y las dificultades que tienen estos profesionales en la atención a la población inmigrante con problemas psíquicos. El cuestionario lo conforman veintitrés preguntas -abiertas y cerradas- que giran sobre tres ejes principales: 1) Conocimiento de las diferentes estrategias que recomiendan para una atención adecuada de la salud de la población inmigrante, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la Consejería de Salud de Andalucía (CSA), así como su experiencia y formación para atender a la población inmigrante. 2) Características y dificultades en la atención a la salud mental de la población inmigrante. 3) Relación entre la biomedicina del SSPA y las medicinas tradicionales de los inmigrantes.

	Grupo 1	Grupo 2	Total
Sexo			
Varones	11	2	22
Mujeres	11	1	12
Profesión			
Psiquiatra	12	12	23
Psicólogo	10	1	11
Edad media (años)	38,3	52,1	
Experiencia media (años)	10	24	

Autor: Pedro Luis Ibáñez Allera.

Resultados

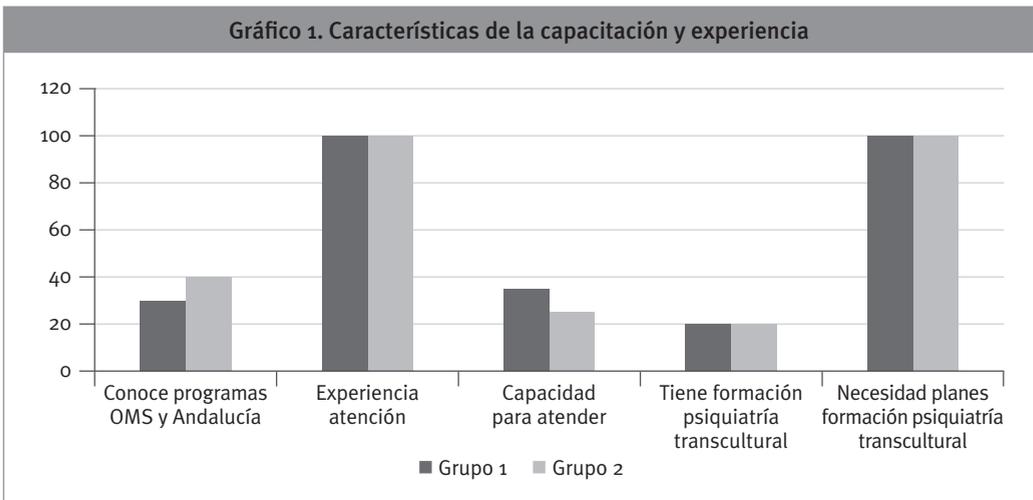
a) Respecto al primer eje del cuestionario (conocimiento de los profesionales de las diferentes estrategias en la atención a la población inmigrante) hemos recabado los siguientes datos:

Grupo 1. A las preguntas sobre si conocen la estrategia sobre la medicina tradicional para el periodo 2014-2023 de la OMS, el Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes y el Programa andaluz para la atención en salud mental

a las personas inmigrantes (publicado en una monografía), la gran mayoría de las respuestas fueron negativas, aunque la práctica totalidad reconoce haber atendido y tratar a pacientes inmigrantes. Puede resultar paradójico, pero solo uno de estos profesionales se reconoce capacitado para llevar a cabo una atención adecuada, si bien uno de cada cinco admite haber recibido formación específica para atenderlos con solvencia. Por último, aunque desconocen los programas existentes sobre el particular, todos consideran necesario el desarrollo de programas específicos que les forme en la atención a pacientes inmigrantes.

Grupo 2. Menos de la mitad de los componentes de este grupo, que son los directores de Unidad, admite conocer las estrategias de la OMS y de la Junta de Andalucía sobre cómo actuar en salud mental con población inmigrante. Todos han atendido alguna vez a inmigrantes, pero solo uno de cada dos se siente capacitado para ello, y uno de cada cinco asegura que ha recibido formación para ello. Solo uno de cada cinco reconoce tener formación específica de psiquiatría transcultural y la totalidad de ellos recomienda la necesidad de establecer formación específica en esta área asistencial.

En el gráfico 1 se aprecian las características de la capacitación y experiencia de ambos grupos.



Autor: Pedro Luis Ibáñez Allera.

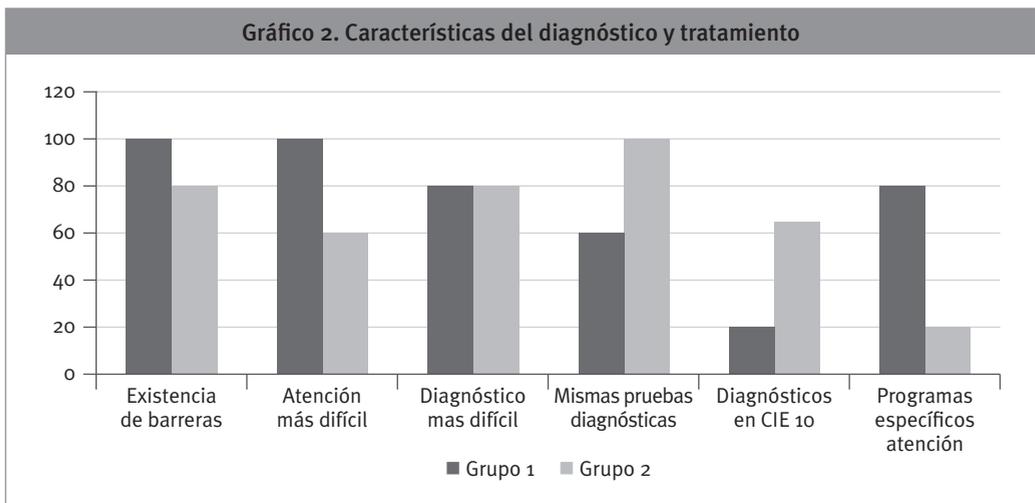
b) El segundo grupo de preguntas del cuestionario se encamina a conocer la actividad asistencial de los profesionales del SSPA. Estos son los resultados:

Grupo 1. La totalidad de las respuestas señala que a los profesionales les resulta más difícil atender las problemáticas de salud mental a la población inmigrante que a los autóctonos, reconociendo la existencia de diversas barreras. Las principales que destacan son: el idioma, que procedan de una cultura diferente y que presenten una psicopatología distinta a la que encuentran entre los pacientes españoles. Uno de cada cuatro también señaló que hay múltiples dificultades a la hora de que los pacientes inmigrantes respondan positivamente a los psicofármacos. ¿Utilizan en pacientes inmigrantes y españoles las mismas pruebas diagnósticas complementarias? Todos los psiquiatras respondieron de manera afirmativa, si bien los psicólogos clínicos consideraron que los tests psicológicos y de personalidad de los que disponen no les son útiles para la mayoría de la población inmigrante. Finalmente, ¿creen estos profesionales que se encuentran descritos en la CIE10 los cuadros psicopatológicos que observan en la población

inmigrante? Solo uno de cada cinco respondió en sentido afirmativo. Cuatro de cada cinco considera que son necesarios programas específicos para atender a las problemáticas de salud de la población inmigrante.

Grupo 2. Dos de cada tres respondieron que les resulta más difícil realizar la atención y diagnóstico en población inmigrante que a la autóctona, lo que se justifica dada la presencia de diferentes barreras. Referidas a ellas la gran mayoría también señala, el idioma, una cultura desconocida, la presentación psicopatológica y el acceso a los servicios de salud. Indican que utilizan las mismas pruebas complementarias en ambas poblaciones. En este grupo no se encontraron respuestas sobre la utilización de diferentes test psicológicos. Al respecto de si creen que están descritos en la CIE10 todos los cuadros psicopatológicos que observan en la población inmigrante, tres de cada cinco respondieron afirmativamente. Solo uno de cada cinco considera necesarios los programas de salud específicos para inmigrantes.

La gráfica 2 muestra las características del diagnóstico y tratamiento de los dos grupos de la muestra.



Autor: Pedro Luis Ibáñez Allera.

c) En el tercer eje del cuestionario (relación existente entre la biomedicina del SSPA y las medicinas tradicionales) obtuvimos las siguientes respuestas:

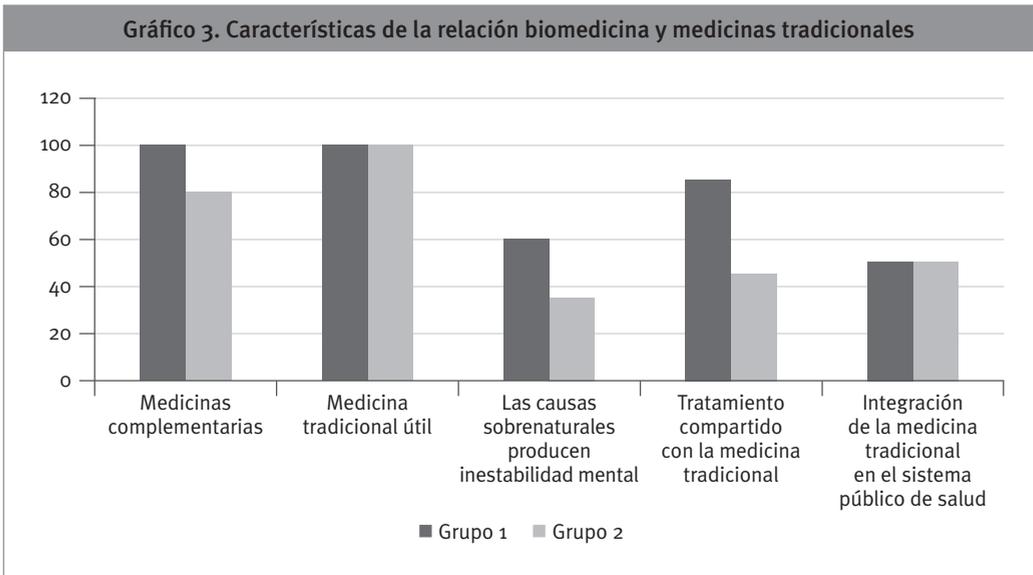
Grupo 1. Todos los profesionales entienden que la biomedicina y las medicinas tradicionales son complementarias y que esta última es útil para abordar los problemas de salud

mental de los inmigrantes. Tres de cada cinco acepta la posibilidad de que las personas originarias de otras culturas puedan enfermarse por causas diferentes a las que dice la biomedicina, entre las que se señalan a la brujería, envidias ocasionadas por terceras personas o daños provocados por entidades sobrenaturales. Cuatro de cada cinco profesionales aceptaría un tratamiento compartido entre las dos medicinas y la mitad entiende que sería recomendable integrar las medicinas tradicionales en el SSPA. Hay que destacar que en este eje detectamos una mayor cantidad de respuestas en blanco o no sabe/no contesta, una proporción cercana al 15% sobre el total de respuestas.

Grupo 2. Cuatro de cada cinco respuestas apunta a la complementariedad entre biomedicina y medicina tradicional y la totalidad

de los directores de Unidad admite que la utilización de la segunda es muy útil para el tratamiento. Menos de la mitad de los directores de UGC aceptan que las alteraciones mentales de la población inmigrante puedan estar provocadas por causas diferentes a las señaladas desde la biomedicina. Por otra parte, solo dos de cada tres admite la posibilidad de los tratamientos compartidos entre medicinas. Finalmente, solo la mitad de las respuestas fueron en sentido afirmativo cuando se les preguntaba si estarían de acuerdo con la integración de las medicinas tradicionales dentro del SSPA, negando dicha posibilidad la mitad de los directores de UGC.

En la gráfica 3 pueden apreciarse las características de la relación que establecen entre la biomedicina y las medicinas ambos grupos.



Autor: Pedro Luis Ibáñez Allera.

Discusión

De las respuestas dadas por ambos grupos se desprende la existencia de coincidencias en algunos ítems del cuestionario, del mismo modo que también se detectaron significativas diferencias entre unos y otros.

En cuanto a las similitudes encontradas entre los dos grupos se puede destacar que la gran mayoría de profesionales y directores de UGC desconocen la estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional y el Manual de atención sanitaria a la población inmigrante de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Todos ellos refieren experiencia en atender a población inmigrante, si bien solo la mitad reconoce sentirse capacitado para ello, al igual que también les resulta más difícil atenderlos y diagnosticarlos que a la población autóctona.

Todos recomiendan la necesidad de implantar en Andalucía programas de capacitación en psiquiatría transcultural. Si bien la totalidad de los encuestados reconoce la importancia de la medicina tradicional, solo la mitad aceptaría la integración de la misma en el SSPA.

Entre las principales barreras para la atención a inmigrantes destacan un idioma, una cultura y una manifestación psicopatológica diferentes a la población española.

Del mismo modo, también ha sido posible detectar importantes diferencias entre ambos grupos, que apuntan a una posición más biomédica de los directores de las UGC; la posición de los profesionales que a diario atienden a pacientes inmigrantes es más abierta y están más dispuestos a aceptar otras realidades diferentes a la que defiende la medicina hegemónica.

Los directores UGC apuestan por utilizar los mismos programas de atención a la salud mental

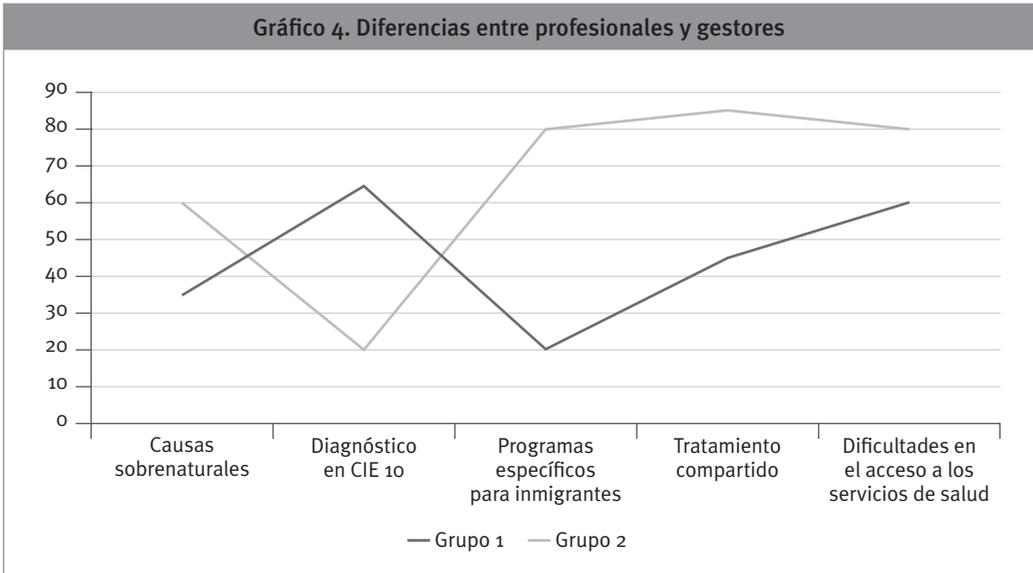
para españoles e inmigrantes, mientras que los profesionales se decantan por la necesidad de programas específicos diseñados para la población inmigrante, diferentes a los que usualmente aplican a la población autóctona.

Los directores UGC no reconocen tener dificultades para encontrar en la CIE10 los cuadros psicopatológicos de la población inmigrante, al contrario de lo que señalan los profesionales, y aceptan en menor medida que estos la posibilidad que existan causas no biomédicas que provoquen las alteraciones mentales en esta población. Igualmente, los directores UGC, en mayor medida que los profesionales, niegan que la biomedicina y la medicina tradicional sean complementarias.

En relación a las barreras que dificultan las intervenciones en la población inmigrante, los directores de UGC no aceptan que la accesibilidad a los servicios de salud sea una barrera, al contrario de lo que opinan los profesionales.

En la gráfica 4 pueden apreciarse algunas de las diferencias más significativas encontradas entre ambos grupos en relación a los tres ejes del cuestionario suministrado.

Gráfico 4. Diferencias entre profesionales y gestores



Autor: Pedro Luis Ibáñez Allera.



Consideraciones finales

De todo lo señalado páginas atrás se desprende la presencia de numerosas barreras socioculturales y lingüísticas que vienen a dificultar el encuentro terapéutico entre los especialistas de salud mental del SSPA y los pacientes inmigrantes con patologías mentales.

Los profesionales desconocen las líneas generales que marcan los organismos de salud -tanto internacionales como andaluces- para prestar un servicio más adecuado y cercano a las necesidades de la población inmigrante. Tanto los gestores como los profesionales muestran un gran desconocimiento en su formación para atender eficazmente a esta población, reclamando, por ende, la necesidad de que se implementen programas específicos en este sentido.

Ahora bien, llama la atención que los mismos gestores que señalan la no conveniencia de la implantación de programas específicos para la población inmigrante, cuando diseñaron el Tercer Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020⁽³³⁾ (PISMA III) recomendaran todo lo contrario, es decir: “la necesidad de desarrollar un programa de este tipo en todas las provincias”.

En el PISMA III, aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía en octubre de 2016, se reconoce la necesidad de prestar una atención de calidad a la población inmigrante, proponiendo para ello, entre otras medidas, alcanzar la excelencia de los profesionales, por medio de un Plan Autonómico de Formación Continuada, mejorando la accesibilidad de esta población al SSPA y adecuando las prestaciones de salud a sus necesidades.

No obstante, siendo serios, estas propuestas de buenas intenciones ya estaban recogidas en el anterior PISMA II 2008-2012, pero es evidente que, por todas las partes, han sido escasamente desarrolladas en los últimos años, con muy pocas acciones. ¿Por qué? ¿Deberemos esperar al PISMA IV? Seamos conscientes que, mientras tanto, los pacientes inmigrantes siguen recibiendo atenciones de segundo nivel.

Responsabilidades éticas

Conflicto de intereses. Los autores declaran que no existe ningún conflicto potencial de interés relacionado con el presente artículo.

Contacto

Pedro Luís Ibáñez Allera • pibanezallera@hotmail.com

Hospital de Poniente • Avenida Almerimar s/n • 04700 El Ejido (Almería), España

Referencias

1. Sayed-Admad N. El proceso de adaptación y su impacto sobre la salud mental de las personas inmigrantes. En: Sayed-Ahmad Beiruti N, García Galán, R y González Rojo E, coordinadores. Salud mental e inmigración. Colección IS Inmigración y Salud. Junta de Andalucía. Granada: Escuela de salud pública de Andalucía; 2008. p. 21-31.
2. Checa F. La culturización del dolor. Salud y enfermedad en los inmigrantes africanos. En: Checa F, editor. Africanos de la otra orilla. Trabajo, cultura e integración en la España Mediterránea. Barcelona: Icaria; 1997. p.81-121.
3. Goldberg A. Ser emigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención en los inmigrantes senegaleses en Barcelona. Tarragona: URiV; 2007.
4. Martínez Hernández A. Antropología y salud mental. En: Sayeb-Ahmad Beiruti N, García Galán R

- y González Rojo E, coordinadores. Salud mental en la inmigración. Colección IS Inmigración y Salud. Junta de Andalucía. Granada: Escuela de salud pública de Andalucía; 2008. p. 33-47.
5. Ibáñez Allera PL. La locura en los inmigrantes negroafricanos de Almería. Almería: Universidad de Almería; 2017.
 6. Cost F, Castell X, García O, Riu M, Felipe A y Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Services Research*. 2007; 7: 9-17.
 7. García Gómez P. Salud y utilización de los recursos sanitarios: un análisis de las diferencias y similitudes entre población inmigrante y autóctona. *Presupuesto y Gasto Público*. 2007; 49 (4): 67-86.
 8. Benyamina Amine TM. Adicciones y magrebíes en Francia. En: Moussaoui D y Casas M, editores. Salud mental en el paciente magrebí. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2007. p. 219-226.
 9. Achotegui J. Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). En: Sayed-Ahmad Beiruti N, García Galán R y González Rojo E, coordinadores. Salud mental e inmigración. Colección IS Inmigración y Salud. Junta de Andalucía. Granada: Escuela de Salud Pública de Andalucía; 2008. p. 63-86.
 10. Kleinman A. Some issues for a comparative study of medical healing. *Journal of Social Psychiatry*. 1973; 3-4: 159-165.
 11. Pedersen D. Curanderos, divinidades, santos y doctores. *América Indígena*. 1989; XLIX: 4-9.
 12. Lévi-Strauss C. Antropología estructural. Barcelona: Paidós; 1987.
 13. Arrizabalaga J. Cultura e historia de la enfermedad. En: Perdiguero E y Comelles JM, editores. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la salud. Barcelona: Bellaterra. 2000. p. 71-81.
 14. Bourdieu P. La distinción: criterio y bases sociales del gusto. Barcelona: Taurus. 1991.
 15. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson. 2006.
 16. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B y Kleinman A. Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington: Oxford University Press. 1995.
 17. Campos R. Generalidades conceptuales sobre la salud y la enfermedad en el curanderismo: Un estudio de caso en la ciudad de México. En: Menéndez E y García J, compiladores. Prácticas populares, ideología médica y participación social. México: CIESAS; 1992. p. 69-86.
 18. Achotegui J. Migración y crisis: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional/Advances in relational mental health*. 2008; 7-1.
 19. Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I y Linaza Alcazo T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gac Sanit*. 2009; 23 (5): 396-402.
 20. Abril Martí M y Martín A. La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes. En: García Castaño FJ y Kressova N, coordinadores. Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía. 2011; 1521-1534.
 21. Hernández Quevedo C y Jiménez Rubio D. Salud y acceso a los servicios sanitarios en España: la realidad de la inmigración. Madrid: Fundación Alternativas; 2010.
 22. Leal Rubio J. Competencias interculturales y relación asistencial en el campo de la salud mental. *Educación Social. Revista de Intervenciones Socioeducativas*. 2013; 54: 142-149.
 23. Rivera B, Casal B, Cantanero D y Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y utilización de los nuevos españoles. *Gac Sanit*. 2008; 22(1): 86-95.
 24. Llosada Gistau J, Vallverdú Duch I, Miró Orpí-nell M, Pijem Serra C y Guarda Rojas A. Acceso



- y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Aten Primaria*. 2012; 44(2): 82-88.
25. Uría Serrano JL. La inmigración y la salud. Elementos interculturales en la atención sanitaria. *Osasunaz*. 2009; 10: 165-182.
 26. Saavedra Macías F, Bascón Díaz M, Arias Sánchez S y Español A. La competencia cultural como dimensión de identidad profesional: Un estudio cualitativo en profesionales de la salud y profesores de primaria. *Psicoperspectivas*. 2016; 15 (2): 17-30.
 27. García Campayo J, Gonzalez Broto C, Buil B, García Luengo M, Caballero L, Collazo F. Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34 (6): 371-6
 28. García Castaño FJ, Granados Martínez A y Martínez Chicón R. Comprender y construir la mediación intercultural. *Portularia*. 2006; VI (1): 13-28.
 29. Munuera Gómez P y Munuera Hernández MA. Mediación intercultural en el ámbito sociosanitario. *Trabajo Social y Sistema Público de Salud*. 2007; 2:119-141.
 30. Alda Diez M, García Campayo, Sobradie N. Diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes y españoles: un estudio controlado. *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38(5):262-9.
 31. Leal Rubio J. Competencias interculturales y relación asistencial en el campo de la salud mental. Educación Social. *Revista de Intervenciones Socioeducativas* 2013; 54:142-9.
 32. Ibáñez Allera PL y Checa y Olmos F. Hacia una nueva clasificación antropológica de las alteraciones mentales de los inmigrantes negroafricanos. *Rev Asoc. Neuropsiq.* 2017; 37(132): 457-475.
 33. Consejería de Salud. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Sevilla: Junta de Andalucía. 2016.

• Aceptado: 3/1/2018.