

MIGRACIÓN Y PSICOSIS

FRANCISCO COLLAZOS SÁNCHEZ¹, MARÍA FERNANDA MANTILLA REYES²
Y GERMÁN ORTEGA HERNÁNDEZ²

¹Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital San Rafael. Hermanas Hospitalarias. Barcelona.
Coordinador del Programa de Psiquiatría Transcultural. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
Profesor asociado. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona.
²Médico interno residente en psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

RESUMEN

Objetivos: conocer la relación entre la psicosis y la migración, así como determinar los diferentes factores de riesgo y la probable etiopatogenia de este fenómeno.

Metodología: revisión sistemática de artículos publicados en PubMed entre 2005 y 2018 bajo las palabras clave: «psychosis» o «schizophrenia» o «mental health» y «migrant» o «immigrant» o «asylum seeker» o «displaced person». Tras un proceso de exclusión, se incluyen 12 artículos.

Resultados: todos los artículos coinciden en que la población migrante, en comparación con la no migrante, presenta tanto un aumento de la incidencia (entre 1,1 y 4,5 veces) como de la prevalencia (entre 1,5 y 2 veces) de psicosis, dependiendo del país anfitrión y el tipo de estudio realizado (primera o segunda e, incluso, tercera generación). La etiopatogenia de la psicosis en migrantes es multifactorial. La migración y la posmigración pueden desempeñar un papel importante en la etiología.

Conclusiones: ser migrante o parte de una minoría étnica es un factor de riesgo para desarrollar trastornos psicóticos, aunque la explicación de esta relación sigue siendo desconocida en detalle. Factores ambientales, biológicos y sociales están implicados en la etiopatogenia de la psicosis en el paciente migrante.

Palabras clave: psicosis, migrantes, migración.

INTRODUCCIÓN

La migración se puede definir como el proceso en el cual una persona se desplaza de un ámbito cultural a otro para establecerse por un largo período de tiempo o de forma permanente. Las definiciones de *migrante* e *inmigrante*, no obstante, pueden variar de acuerdo con diferentes autores. Fuentes relevantes en el tema definen al *migrante* como la persona que viaja a un país o lugar diferente, con el objetivo de encontrar un trabajo o mejorar sus condiciones de vida, mientras que el *inmigrante* es aquella persona que va a vivir a un país ajeno de forma permanente¹.

Aunque la inmigración es un fenómeno tan antiguo como la humanidad, en el último siglo, ha aumentado a gran escala, lo que ha supuesto un cambio en las sociedades contemporáneas y ha generado retos de diferente índole en muchos ámbitos, siendo el de la atención sanitaria —y, en concreto, el de la salud mental— uno de los más destacados. Se estima que el número de migrantes se ha duplicado desde 1975, manteniendo Europa la mayor cantidad de migrantes (56 millones), Asia (50 millones) y América del Norte (41 millones). Según Eurostat, un total de 4,7 millones de personas emigraron a alguno de los Estados miembros de la Unión Europea (UE) durante 2015. A 1 de enero de 2016, había 35,1 millones de personas nacidas fuera de la UE viviendo en un Estado miembro de la UE². En España, puede decirse que el fenómeno de la inmigración ha sido algo relativamente reciente³.

La posible relación entre la migración y la salud mental ha sido objeto de estudio por numerosos autores. De hecho, la literatura sobre este tema es muy extensa, y también contradictoria en sus conclusiones. Los primeros estudios que se llevaron a cabo con emigrantes que se instalaban en los Estados Unidos apuntaban a una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en este grupo comparado con la población autóctona^{4,5}. Sin embargo, estudios realizados con posterioridad llegaron a la conclusión opuesta⁶⁻¹⁰. De estas contradicciones, se puede con-

cluir que la migración, *per se*, no siempre se relaciona con la aparición de trastornos psiquiátricos, sino que ha de ser considerada un factor multicausal que agrupa infinidad de variables y que, en función de su intensidad y de la vulnerabilidad del emigrante, puede facilitar la aparición de psicopatología.

Uno de los temas que más interés ha despertado, tanto por la gravedad del trastorno en sí como por la aparente relación que se ha encontrado entre ambos fenómenos, es el de la mayor prevalencia de trastornos psicóticos en población inmigrante.

Se acepta que la prevalencia de la esquizofrenia es bastante uniforme a lo largo y ancho del planeta; la cifra del 1 % se da por buena, independientemente de la zona geográfica que se estudie. Sin embargo, resulta pertinente hacer alguna reflexión acerca de otro fenómeno no menos contrastado, y es que la tasa de esquizofrenia parece ser mayor entre los inmigrantes, especialmente, aquellos de origen afrocaribeño, que se trasladan a países europeos, como es el caso del Reino Unido u Holanda¹¹.

Durante los últimos 80 años, se ha estudiado la asociación entre la incidencia de esquizofrenia y la migración internacional. No obstante, todavía no está aclarado en qué medida este fenómeno es real o no, ya que, aunque los trastornos psicóticos son universales, su sintomatología no es específica y la expresión clínica puede ser relativa en el ámbito cultural¹². Uno de los estudios pioneros en este campo fue el realizado por Ödegaard en 1932, quien observó que el número de inmigrantes noruegos que residían en los Estados Unidos y que eran ingresados en hospitales psiquiátricos por esquizofrenia doblaba en frecuencia al de los nativos⁵. En aquella época, Ödegaard atribuyó esta excesiva prevalencia al proceso de selección (los individuos mentalmente vulnerables eran aquellos que migran), pero esta hipótesis fue muy criticada por otros autores y especialistas en el tema.

A partir del año 2000, es cuando ha habido un mayor interés en el estudio de la relación entre esquizofrenia, etnicidad y migración. Un estudio que tam-

bién plantea dudas sobre la validez del modelo biomédico. Además, cada vez más, surgen voces que denuncian las deficiencias en el cuidado de los pacientes de grupos étnicos minoritarios¹³.

En este contexto, se han desarrollado estudios epidemiológicos sobre la incidencia de los trastornos mentales en migrantes de diferentes poblaciones y sus posibles causas, tratando de establecer los factores estresores y de vulnerabilidad asociados a la migración que permitieran proponer modelos que expliquen la etiopatogenia.

El objetivo de este artículo es realizar una revisión sistemática actualizada que permita conocer la relación entre la psicosis y la migración, así como determinar los diferentes factores de riesgo y la probable etiopatogenia de este fenómeno.

METODOLOGÍA

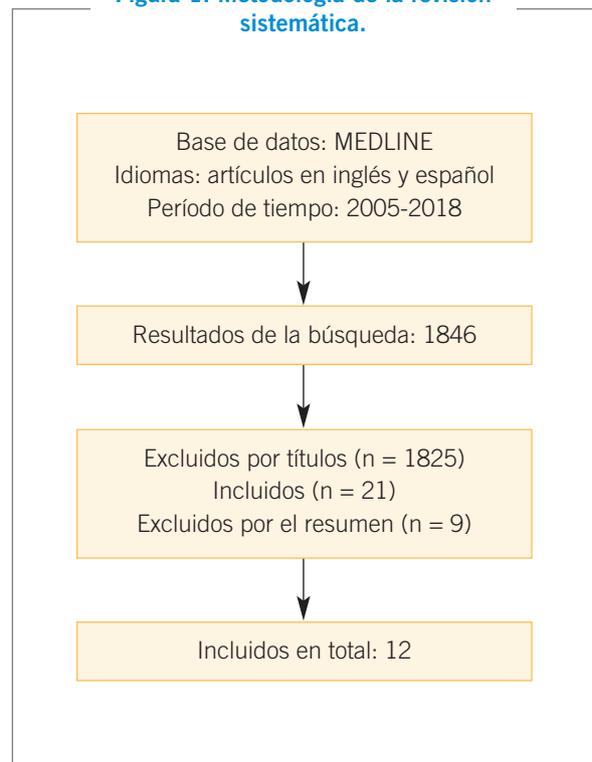
Se realizó una revisión sistemática en la base de datos MEDLINE (PubMed). Se seleccionaron, para ello, los estudios publicados entre el 01/01/2005 y el 01/01/2018. Para la estructuración de la revisión sistemática, se usó la aproximación recomendada por la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹⁴.

El tipo de estudios seleccionados incluyó: informes de casos, artículos originales, metanálisis, estudios multicéntricos, estudios observacionales, revisiones, revisiones de integridad científica y revisiones sistemáticas.

Las palabras claves fueron: «psychosis» o «schizophrenia» o «mental health». Una vez selecciona-

dos estos artículos, se continuó la búsqueda con los términos: «migrant» o «immigrant» o «asylum seeker» o «displaced person». De esta búsqueda, se obtuvieron 1846 artículos, de los cuales, se excluyeron 1825 por el título, y nueve por el resumen, incluyéndose en la revisión final 12 artículos (fig. 1).

Figura 1. Metodología de la revisión sistemática.



RESULTADOS

Todos los artículos seleccionados coinciden en un aumento de la incidencia en la población migrante en comparación con la no migrante (tabla 1). De los 12 artículos seleccionados, 11 estudian la incidencia y reflejan un aumento que varía entre 1,1 y 4,5, dependiendo del país anfitrión y el tipo de estudio realizado. De estos 11, tres¹⁵⁻¹⁷ estudian este aumento de incidencia de psicosis en la primera generación, mientras que cinco^{11,18-21} lo realizan también en la segunda. Finalmente, tres²²⁻²⁴ no hacen

Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión

Estudio	Objetivo	Tipo	Población	País	Resultados
Cantor Graee <i>et al.</i> , 2005 ¹¹	Identificar si la migración es un factor de riesgo de esquizofrenia.	Revisión sistemática	18 estudios incluidos	Reino Unido	Doble o triple riesgo de desarrollar trastornos psicóticos. Riesgo de esquizofrenia: 2-3 %.
Coid <i>et al.</i> , 2008 ¹⁹	Examinar si hay exceso de riesgo de psicosis en la población negra en diferentes generaciones.	Observacional	N = 484 con un primer episodio psicótico	Reino Unido	Incremento del riesgo en la población negra. La más afectada es la segunda generación de la población de procedencia caribeña.
Dealberto, 2010 ²⁰	Compara la incidencia en la población negra entre migrantes recientes y de largo tiempo.	Revisión sistemática	78 artículos incluidos	Canadá	Ambos tipos de migrantes tienen más riesgo de desarrollar psicosis que la población nativa.
Veling <i>et al.</i> , 2011 ²²	Determinar si el riesgo de psicosis en migrantes está relacionado con la edad a la que migran.	Cohorte	N = 618 Primer episodio psicótico	Holanda	A menor edad al migrar, mayor incidencia de psicosis.
Veling y Susser, 2011 ²³	Describir la evidencia de aumento de la incidencia de psicosis en la población migrante.	Revisión de expertos	No se especifica	Holanda Estados Unidos	La incidencia de psicosis aumenta en migrantes. El riesgo persiste hasta la segunda generación.
Bourque <i>et al.</i> , 2011 ²¹	Determinar el riesgo de psicosis en la segunda generación de migrantes.	Metanálisis	21 estudios incluidos	Canadá	El riesgo persiste en la segunda generación; importancia de factores posmigración.
Amad <i>et al.</i> , 2013 ²⁵	Identificar la prevalencia de trastornos psicóticos en la tercera generación de migrantes.	Cohorte	N = 37 063 tercera generación de migrantes	Francia	Aumento de la prevalencia en la segunda y la tercera generación. Mayor riesgo en migrantes procedentes de las Antillas Francesas y África.
Tarricone <i>et al.</i> , 2016 ²⁶	Identificar factores de riesgo que expliquen el aumento de la incidencia de psicosis en migrantes.	Observacional prospectivo	N = 187 Primeros episodios de 11 centros psiquiátricos italianos	Italia	Tasas de psicosis más elevadas en migrantes externos e internos. Exceso de factores de riesgo ambientales.

Continúa

Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión (continuación)

Estudio	Objetivo	Tipo	Población	País	Resultados
Anderson <i>et al.</i> , 2015 ¹⁵	Examinar la incidencia de esquizofrenia en la primera generación de migrantes y refugiados.	Cohorte retrospectiva	N = 4 284 694 de 14-40 años que residen en el país anfitrión desde 1999	Canadá	Aumento de la tasa de psicosis en migrantes procedentes del Caribe y Bermudas. Ser refugiado es un factor de riesgo.
Close <i>et al.</i> , 2016 ¹⁶	Identificar los factores de riesgo y las diferencias en la salud mental en la población migrante.	Revisión sistemática	N = 74 251 primera generación de migrantes	Reino Unido	El riesgo relativo de desarrollar esquizofrenia es de 2,7 (primera generación) y de 4,5 (segunda generación).
Hollander <i>et al.</i> , 2016 ¹⁷	Determinar si los refugiados tienen mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia.	Cohorte	Participantes: N = 1 347 790. Refugiados: N = 24 123	Suecia	Aumento del riesgo entre los refugiados de desarrollar esquizofrenia. Cociente de riesgos instantáneos: 2,9 %.
Hogerzeil <i>et al.</i> , 2017 ²⁴	Estimar la relación entre la incidencia de los primeros episodios de esquizofrenia y la migración.	Cohorte	N = 1 221 486 y segunda generación procedentes del Caribe, Turquía y Marruecos	Holanda	Razón de tasas de incidencia mayor en migrantes que en nativos. Doble incidencia.

distinción entre generaciones. Tres de los 12 seleccionados^{16,20,25} estudian la prevalencia, con un aumento que varía entre 1,5 y 2; uno de ellos determina un incremento incluso en la tercera generación de 1,78²⁵. Todos ellos destacan la precaución a la hora de interpretar los datos, debido a las limitaciones de los estudios (método de selección de pacientes mediante censos o ingresos en urgencias, variación en las escalas utilizadas, falta de sensibilidad cultural por parte del profesional, diferencia en el acceso sanitario de la población migrante respecto a la nativa, etcétera).

Todos coinciden en que la etiopatogenia de la psicosis en el paciente migrante es multifactorial; bajo una base y predisposición genética, se relacionan

los factores de riesgo ambientales y sociales. Los factores de riesgo recogidos en esta revisión sistemática son: situación social adversa, sentimiento de discriminación, edad de la migración, ser negro en una población mayoritariamente blanca, sexo (discordancia entre estudios), consumo de drogas, urbanización y otras hipótesis como déficit de vitamina D e infecciones virales.

De acuerdo con Morgan *et al.*, la exposición a eventos negativos de la vida puede impactar en el desarrollo cerebral (en particular, el sistema dopaminérgico), así como la sensibilidad personal al estrés puede producir un estado persistente de vulnerabilidad a la psicosis¹⁸. En estudios más recientes, se ha analizado, sobre todo, la influencia de los factores

El riesgo de psicosis en la población migrante es del doble o el triple que en la población nativa

socioambientales, como la urbanidad, la discriminación o la privación socioeconómica. De esta manera, se han establecido teorías en las que se considera el incremento de riesgo de psicosis en los inmigrantes como el resultado de una interacción compleja entre la vulnerabilidad biológica y los factores medioambientales y sociales²⁶.

Aunque la mayoría de los estudios se centran en la presencia de clínica psicótica en la primera generación de migrantes (sujeto que ha nacido en el extranjero), en los últimos años, se ha estudiado la prevalencia e incidencia de síntomas psicóticos en la segunda generación (uno de los progenitores es extranjero) y, en algunos casos, hasta en la tercera generación (uno de sus abuelos es extranjero)²⁵.

Según los resultados de diferentes revisiones sistemáticas, el riesgo de psicosis en la población migrante es del doble o el triple que en la población nativa; y el impacto de este factor de riesgo depende tanto del lugar de origen como del país anfitrión. Un aspecto que cabe señalar es que, en los países de origen, las tasas de esquizofrenia no son elevadas, por lo que se ha concluido que la migración y la posmigración pueden desempeñar un papel importante en la etiología¹⁵.

DISCUSIÓN

La relación entre psicopatología y migración es compleja y obedece a la interacción de múltiples variables. Los estudios dirigidos al análisis de la relación entre psicosis y migración apuntan a un incremento de la prevalencia e incidencia de este trastorno, aunque no puede establecerse una relación monocausal, sino que se sugiere contextualizar los resultados en el marco singular de cada proceso migra-

torio, así como abrir el debate acerca de la necesaria competencia y sensibilidad culturales de los terapeutas. La falta de competencia cultural entre los clínicos podría estar detrás del sobrediagnóstico de psicosis y plantea la cuestión acerca de la implantación de unidades especializadas que aseguren una asistencia de calidad a todos los usuarios independientemente de su pertenencia étnica o cultural.

Dentro de los diferentes perfiles de inmigrantes, los refugiados merecen una mención especial, ante el evidente riesgo de psicosis que presenta este colectivo en comparación con otros inmigrantes.

Desde la experiencia asistencial, se puede añadir que hacer un diagnóstico correcto de un trastorno psicótico supone frecuentemente un reto para el clínico, que se ve ante la dificultad de discernir, por ejemplo, si la ideación que explora debe considerarse o no delirante, o si las referencias que hace el paciente de sus experiencias son o no verdaderas alteraciones sensorio-perceptivas. Esta dificultad aumenta a medida que lo hace la diferencia cultural entre el médico y el paciente.

En este contexto de interculturalidad, el posible error diagnóstico respecto a los trastornos psicóticos puede ser la consecuencia de alguna de las tres siguientes razones:

1. Considerar las alucinaciones y delirios como indicativos de esquizofrenia, cuando, en realidad, no tiene por qué ser así en pacientes de otros orígenes culturales. Las referencias a experiencias pseudoalucinatorias, como experimentar la presencia de antepasados fallecidos hace tiempo, o referir como «voces» el propio pensamiento, son relativamente habituales en la exploración de personas pertenecientes a culturas no occidentalizadas.
2. Malinterpretar procesos del pensamiento como delirantes cuando podrían ser considerados normales dentro de su contexto cultural. Los modelos explicativos de la enfermedad pueden distar mucho de la perspectiva occidental, sin que eso deba ser considerado como delirante. La creen-



cia en espíritus, por ejemplo, está muy extendida por numerosas zonas de África, sin que pueda catalogarse de delirante.

3. Frecuentes reacciones como psicosis psicógenas o *bouffées délirantes* ante situaciones de estrés que, en el contexto occidental, tienden a presentarse como neurosis o depresiones. La aparición de claros cuadros psicóticos, muy aparatosos en su patoplastia, habitualmente relacionados con situaciones ambientales muy estresantes, son relativamente frecuentes entre la población de culturas no occidentales. Esta presentación, recortada en el tiempo, generalmente acompañada de un importante componente emocional, suele ceder *ad integrum*, sin que en momento alguno deba ser confundida con una verdadera esquizofrenia.

Los refugiados merecen una mención especial, ante el evidente riesgo de psicosis que presenta este colectivo en comparación con otros inmigrantes

CONCLUSIONES

Ser migrante o parte de una minoría étnica claramente diferente de la mayoría de la población es un factor de riesgo para desarrollar trastornos psicóticos, aunque esta relación sigue siendo desconocida en detalle. La etiopatogenia implicada en el desarrollo de psicosis en la población migrante es multifactorial. Dada la dificultad diagnóstica en la población culturalmente diferente, hay que tener precaución a la hora de interpretar los datos obtenidos en los diferentes estudios. Serían necesarios más estudios prospectivos, con criterios diagnósticos estandarizados y adaptados a las diferentes etnias y en unidades culturalmente formadas para intentar esclarecer con exactitud la relación entre psicosis y migración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ilić B, Švab V, Sedić B, Kovačević I, Friganović A, Jurić E. Mental health in domesticated immigrant population - a systematic review. *Psychiatr Danub*. 2017;29(3): 273-81.
2. EUROSTAT. Estadísticas de migración y población migrante. Luxemburgo: Publications Office of the European Union; 2017. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/es
3. Arango J. La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Un intento de caracterización. En: García Castaño FJ, Muriel López C (eds.). *La inmigración en España: contextos y alternativas*. Vol. 2. Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales; 2002. p. 57-69.
4. Rack PH. Migration and mental illness. En: Cox JL (ed.). *Transcultural psychiatry*. Londres: Croom Helm; 1989.
5. Ödegaard Ö. Emigration and insanity: a study of mental disease among the Norwegian-born population of Minnesota. *Acta Psychiatr Neurol Scand*. 1932;Suppl. 4:1-206.
6. Murphy HB. Migration, culture and mental health. *Psychol Med*. 1977;7(4):677-84.
7. Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(9):771-8.
8. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Anderson K. Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(12):1226-33.
9. Breslau J, Aguilar-Gaxiola S, Borges G, Kendler KS, Su M, Kessler RC. Risk for psychiatric disorder among immigrants and their US-born descendants: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(3):189-95.
10. Alegría M, Canino G, Shrout PE, Woo M, Duan N, Vila D, et al. Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant U.S. Latino groups. *Am J Psychiatry*. 2008;165(3):359-69.
11. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(1):12-24.
12. Collazos F, Qureshi A. Psicopatología y migración. En: Vallejo J (ed.). *Update: Psiquiatría*. Barcelona: Masson; 2005. p. 37-52.

13. Ingleby D. New perspectives on migration ethnicity and schizophrenia. Malmö: Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare (MIM) and Department of International Migration and Ethnic Relations (IMER); 2008.
14. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analysis of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Ann Intern Med.* 2011;151(4):W65-94.
15. Anderson KK, Cheng J, Susser E, McKenzie KJ, Kurdyak P. Incidence of psychotic disorders among first-generation immigrants and refugees in Ontario. *CMAJ.* 2015;187(9):E279-86.
16. Close C, Kouvonen A, Bosqui T, Patel K, O'Reilly D, Donnelly M. The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Global Health.* 2016;12(1):47.
17. Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ.* 2016;352:i1030.
18. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophr Bull.* 2010;36(4):655-64.
19. Coid JW, Kirkbride JB, Barker D, Cowden F, Stamps R, Yang M, et al. Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups: findings from the East London first episode psychosis study. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(11):1250-8.
20. Dealberto MJ. Ethnic origin and increased risk for schizophrenia in immigrants to countries of recent and longstanding immigration. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;121(5):325-39.
21. Bourque F, van der Ven E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med.* 2011;41(5):897-910.
22. Veling W, Hoek HW, Selten JP, Susser E. Age at migration and future risk of psychotic disorders among immigrants in the Netherlands: a 7-year incidence study. *Am J Psychiatr.* 2011;168(12):1278-85.
23. Veling W, Susser E. Migration and psychotic disorders. *Expert Rev Neurother.* 2011;11(1):65-76.
24. Hogerzeil SJ, van Hemert AM, Veling W, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among migrants in the Netherlands: a direct comparison of first contact longitudinal register approaches. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(2):147-54.
25. Amad A, Guardia D, Salleron J, Thomas P, Roelandt JL, Vaiva G. Increased prevalence of psychotic disorders among third-generation migrants: results from the French Mental Health in General Population survey. *Schizophr Res.* 2013;147(1):193-5.
26. Tarricone I, Boydell J, Kokona A, Triolo F, Gamberini L, Sutti E, et al. Risk of psychosis and internal migration: results from the Bologna First Episode Psychosis study. *Schizophr Res.* 2016;173(1-2):90-3.