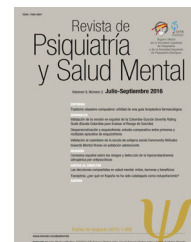




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



REVISIÓN

Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo



Dolores Jurado^{a,b,*}, Renato D. Alarcón^{c,d}, José M. Martínez-Ortega^{a,e},
Yaiza Mendieta-Marichal^b, Luis Gutiérrez-Rojas^{a,f} y Manuel Gurpegui^{a,e}

^a Grupo de Investigación CTS-549, Instituto de Neurociencias, Centro de Investigación Biomédica (CIBM), Universidad de Granada, Granada, España

^b Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada, Granada, España

^c Departamento de Psiquiatría y Psicología, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota, Estados Unidos

^d Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

^e Departamento de Psiquiatría, Universidad de Granada, Granada, España

^f Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

Recibido el 5 de noviembre de 2015; aceptado el 21 de abril de 2016

Disponible en Internet el 10 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE

Malestar psicológico;
Migrantes;
Proceso migratorio;
Salud mental;
Trastornos mentales
comunes

Resumen Se revisan sistemáticamente los factores asociados a la presencia de malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes. Se revisaron los artículos publicados entre enero de 2000 y diciembre de 2014, de los que se seleccionaron 85 que aplicaban análisis estadísticos multivariantes. Los trastornos mentales comunes se asociaban significativamente a características sociodemográficas y psicológicas, lo mismo que se observa en grandes estudios epidemiológicos de poblaciones generales. La probabilidad de trastornos mentales comunes aumentó significativamente entre grupos de migrantes, además de por la región de origen, por los siguientes factores: sucesos traumáticos previos; migración forzosa, escasamente planificada o ilegal; bajo nivel de aculturación, vivir solo o separado de la familia en el nuevo país, falta de apoyo social, discriminación percibida y tiempo transcurrido en el nuevo país. Para diseñar estrategias preventivas se ha de tener en cuenta los factores asociados al riesgo de morbilidad psiquiátrica en poblaciones migrantes.

© 2016 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: djurado@ugr.es (D. Jurado).

KEYWORDS

Psychological distress;
Migrants;
Migration process;
Mental health;
Common mental disorders

Factors associated with psychological distress or common mental disorders in migrant populations across the world

Abstract We systematically review factors associated with the presence of psychological distress or common mental disorders in migrant populations. Articles published between January 2000 and December 2014 were reviewed and 85 applying multivariate statistical analysis were selected. Common mental disorders were significantly associated with socio-demographic and psychological characteristics, as observed in large epidemiological studies on general populations. The probability of common mental disorders occurrence differs significantly among migrant groups according to their region of origin. Moreover, traumatic events prior to migration, forced, unplanned, poorly planned or illegal migration, low level of acculturation, living alone or separated from family in the host country, lack of social support, perceived discrimination, and the length of migrants' residence in the host country all increase the likelihood of CMD. In contrast, language proficiency, family reunification, and perceived social support reduce such probability. Factors related with the risk of psychiatric morbidity among migrants should be taken into account to design preventive strategies.

© 2016 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El estudio sobre los trastornos mentales comunes (TMC) en poblaciones migrantes se ocupa de 2 fenómenos bien conocidos y opuestos: hipótesis del migrante saludable vs. hipótesis de morbilidad por migración. La perspectiva del migrante saludable (referida a salud mental en esta revisión), está apoyada principalmente por estudios realizados en Canadá¹⁻⁶ y en EE. UU.⁷⁻¹², y afirma que los migrantes, comparados con la población nacida en Canadá o en EE. UU., tienen un riesgo significativamente menor de padecer algún trastorno psiquiátrico. Algunos autores^{1,10,13} sugieren que las personas con mejor salud o con un alto nivel educativo serían más propensos a emigrar. Sin embargo, la probabilidad de un menor riesgo de trastorno psiquiátrico no es igual en los diferentes grupos de migrantes^{1,10,11,14}. Diversos factores tales como el inicial estado de salud, la edad, el sexo, el estado civil, las habilidades lingüísticas, la región de origen, las experiencias de discriminación¹⁵, el proceso de aculturación^{7,8} y el tiempo de permanencia en el país de acogida^{1,9} pueden producir un declive a lo largo del tiempo en el estado inicialmente «saludable» del migrante.

En contraste a las investigaciones realizadas en Norteamérica, numerosos estudios realizados principalmente en Europa encuentran una mayor prevalencia de morbilidad psíquica en la población migrante en comparación con la no migrante. En Alemania¹⁶, la prevalencia de TMC fue significativamente más elevada en migrantes de Polonia y Vietnam que en población no migrante. En los Países Bajos¹⁷ y en Bélgica^{18,19}, los migrantes procedentes de países musulmanes tenían una mayor prevalencia de TMC que los no inmigrantes. En Suecia, la probabilidad de presentar TMC fue el doble entre los migrantes (nacidos en otros países europeos, o en países no europeos) que en la población nacida en Suecia²⁰. En Noruega²¹, los migrantes procedentes de países en vías de desarrollo presentaban mayor riesgo de problemas de salud mental que los noruegos. En el estudio *Ethnic Minority Psychiatric Illness Rates in the Community* (EMPIRIC) realizado en el Reino Unido²², la prevalencia de

TMC fue significativamente mayor en hombres irlandeses y pakistaníes de 35-54 años, y en mujeres indias y pakistaníes de 55-74 años, que en grupos homólogos de raza blanca y del mismo sexo y edad. Otro estudio realizado en el Reino Unido²³ confirmó una mayor prevalencia de trastornos depresivos entre las mujeres pakistaníes que vivían en el centro de la ciudad que entre las mujeres europeas de raza blanca que vivían en la misma zona, pero no encontraron diferencias entre los varones. En Austria²⁴, los migrantes procedentes de Europa del Este, presentaban una mayor prevalencia de TMC que la población nacida en Austria. Varios estudios realizados en España²⁵⁻²⁹ encuentran que los migrantes procedentes principalmente de Hispanoamérica tenían peor salud mental que los españoles. Además, en Israel^{30,31} la prevalencia de TMC en migrantes de la antigua Unión Soviética (AUS) fue significativamente superior a la prevalencia en la población israelí. En China, según un metaanálisis de 48 estudios transversales³², la prevalencia de síntomas psicológicos entre los trabajadores migrantes, desde zonas rurales a urbanas, fue más elevada que la observada en la población general china. Estudios en Australia^{33,34} también encuentran peor salud mental entre los migrantes que en la población australiana.

Ambas hipótesis (migrante saludable vs. morbilidad por migración) pueden ser verdaderas, y en todo caso, no se excluyen mutuamente. Como hemos señalado en un artículo previo²⁹, para verificar cada hipótesis sería necesario considerar la prevalencia de TMC en el país de origen del migrante. Por otra parte, hay una extensa investigación sobre los diferentes factores asociados al riesgo de morbilidad psíquica en migrantes, como las características individuales del migrante (p. ej. edad, sexo, región de origen, estado civil), factores circundantes al proceso de migración (p. ej. razón para emigrar, aculturación, dominio del idioma) o aquellos factores relacionados con el ambiente social y ocupacional en el país huésped o de acogida. Puesto que los migrantes son un grupo vulnerable en cualquier población, es fundamental analizar los diferentes factores que pueden contribuir al mantenimiento (también a la

mejora) o al deterioro de su salud mental. Por tanto, el objetivo de este estudio fue responder, mediante una revisión sistemática de artículos científicos originales y metaanálisis previos, a la siguiente pregunta: ¿cuáles son los factores asociados con la presencia de TMC en poblaciones migrantes a lo largo del mundo? La información obtenida puede, a su vez, ayudar en el diseño de estrategias preventivas eficaces.

Método

Para alcanzar el objetivo anterior, se realizó una revisión sistemática de artículos sobre TMC y migrantes, publicados entre enero de 2000 y diciembre de 2014, incluidos en las bases de datos PubMed, Scopus, y PsycINFO. Se utilizó una combinación de los términos siguientes: «migrant(s)», «immigrant(s)» o «migration» con palabras clave como «common mental disorders», «mental distress», «psychological distress», «psychiatric morbidity», «depressive disorders» y «anxiety disorders». En la revisión se incluyeron estudios epidemiológicos, escritos en inglés, francés o español, que analizaran diferentes factores asociados con la presencia de TMC en los migrantes y realizados en cualquier región del mundo. No se incluyeron los artículos sobre riesgo de esquizofrenia y otras psicosis en migrantes, porque su prevalencia es muy baja y porque, teniendo en cuenta la naturaleza de esta enfermedad, requeriría una revisión más específica. Para el concepto de TMC, en esta revisión, se ha seguido el criterio propuesto por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en Gran Bretaña, que incluye depresión, trastornos de ansiedad generalizada, de pánico, obsesivo-compulsivo, de estrés postraumático y de ansiedad social (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg123>). Como la etiología de los TMC es multicausal y puede contener numerosos y diferentes tipos de variables asociadas, solo se incluyeron los estudios epidemiológicos que aplicaran análisis multivariantes. El título y el resumen de cada artículo fueron revisados independientemente por 2 investigadores. Después de excluir los estudios que no cumplían los criterios de selección mencionados, se examinaron 86 artículos, de los cuales 72 eran estudios transversales, 9 longitudinales, y uno transversal y parcialmente longitudinal; se incluyeron además 4 metaanálisis.

Resultados

Los diferentes factores asociados con la presencia de TMC en los migrantes, descritos en los 86 artículos revisados, se agrupan en: 1) características sociodemográficas (sexo, edad, región de origen, estado civil, nivel educativo, posición socioeconómica) y psicológicas; 2) factores circundantes al proceso de migración tales como sucesos traumáticos previos, razón o razones para la migración, permiso de residencia, vivir en compañía de la familia en el país de acogida, aculturación, dominio del idioma y tiempo de permanencia en el país de acogida; y 3) factores relacionados con el ambiente social y ocupacional en el país de acogida, tales como apoyo social, discriminación social, y empleo y condiciones en el medio laboral. En la

tabla 1 se muestra un resumen de los resultados, y en la tabla 2 suplementaria (online) se presenta una información detallada de los 86 estudios revisados.

Características sociodemográficas y psicológicas

Sexo

Los TMC pueden afectar tanto a hombres como a mujeres migrantes. Según numerosos estudios^{16,17,19,20,23,24,26,30,35-45}, la probabilidad de presentar TMC es más elevada en las mujeres migrantes que en los hombres, aunque 2 estudios, uno realizado en China⁴⁶ y otro en España²⁸, encontraron lo contrario.

Las diferencias en TMC por sexo entre los migrantes pueden ser explicadas en parte por los diferentes factores de riesgo o protectores que afectan a hombres y mujeres y que varían según el diseño de cada estudio y el grupo étnico estudiado. Por ejemplo, las mujeres procedentes de la AUS inmigrantes a Israel³⁷ puntuaron más alto en factores psicosociales estresantes (problemas familiares, condiciones climatológicas inadecuadas, ansiedad acerca del futuro, deficiente estado de salud e incertidumbre acerca de la situación en la vida presente), mientras que los hombres puntuaron más alto en ciertos factores que protegen frente al malestar psicológico por la migración (número de razones para emigrar, implicación en el país de acogida y condiciones adecuadas en el trabajo). El mismo estudio³⁷ demostró que el sexo tenía un papel mediador en los efectos de los factores de riesgo psicosociales sobre las experiencias del migrante. En Noruega⁴² la integración social del inmigrante, medida por visitas recibidas de amigos en el país huésped, fue un factor protector frente a la probabilidad de padecer TMC, pero este efecto fue observado solo en los varones. Además, un estudio en São Paulo (Brasil)⁴⁴ encuentra que las mujeres migrantes que viven en zonas del área metropolitana de São Paulo sin (o con baja) privación social muestran una mayor probabilidad que los hombres de padecer algún trastorno de ansiedad.

La etnicidad también puede ayudar a explicar las diferencias por sexo. Entre sujetos afroamericanos no institucionalizados en EE. UU., la prevalencia de trastorno depresivo mayor fue casi el doble en las mujeres que en los hombres; pero entre sujetos de raza negra caribeños no institucionalizados, las mujeres tenían una prevalencia (a lo largo de la vida) de trastorno depresivo mayor similar a la de los hombres, lo cual, según los autores del trabajo, pudo ser debido a las oportunidades educativas y de empleo que la migración a EE. UU. ofrece a las mujeres caribeñas⁴⁵. Entre migrantes que trabajaban en Shanghai, China⁴⁶, una deficiente salud mental se asoció en los hombres con estar casado y tener dificultades económicas o de trabajo, pero no así en las mujeres. Los autores del estudio⁴⁶ argumentan que los valores culturales en la sociedad china relacionados con el trabajo y con el bienestar familiar pueden pesar más en los varones, sobre todo si están casados. Entre los trabajadores migrantes chinos la mayoría de los hombres están casados, mientras que las mujeres son solteras en su mayoría: se deduce que los hombres casados experimentan mucho más estrés que las mujeres solteras. Además, la tendencia actual de migración en China anima a las mujeres de zonas rurales a dejar sus aldeas y buscar la mejora

Tabla 1 Resumen de los factores asociados a la presencia de malestar psicológico o trastornos mentales comunes entre migrantes

Factores	Hallazgos principales ^a	Observaciones adicionales
<i>Características sociodemográficas y psicológicas</i>		
Sexo	Más prevalente en mujeres ^{16,17,19,20,23,24,26,30,35-45}	Igual que en la población general ⁴⁷
Edad	Tanto en edad menor ^{32,40,49-51} como en edad mayor ^{29,35,42,48}	Igual que en la población general ⁵²
Región mundial de origen	Mayor con edad menor al inmigrar ^{36,53,54} Hay diferencias según la región de origen ^{16,17,22,24,28,29,35,42,55-57}	Independientemente de otros factores, la prevalencia de TMC en la región de origen ⁴⁷ puede influir en estas diferencias
Estado civil	Mayor entre viudos, divorciados o separados ^{35,43,58}	Igual que en la población general ⁵⁹⁻⁶¹
Nivel educativo	Mayor con nivel educativo bajo ^{35,41,55,62,63}	Igual que en la población general ⁶⁴
Posición socioeconómica	Mayor con baja posición socioeconómica ^{32,43,66,67}	Incluso más que en la población general ^{64,70}
Características psicológicas	Asociación con movilidad social descendente ⁶⁸	Igual que en la población general ⁷⁵
	Menor con optimismo, sentimiento de control ⁷¹ , elasticidad ⁷² y autovaloración ⁵⁸	
	Mayor con baja autoestima ⁷³ y con locus de control externo ⁷⁴	
Factores	Hallazgos principales ^a	Observaciones adicionales
<i>Factores relacionados con el proceso migratorio per se</i>		
Acontecimientos traumáticos antes de migrar	Mayor con acontecimientos traumáticos antes de migrar ^{42,43,76}	Los acontecimientos traumáticos afectan de manera distinta a los varones que a las mujeres ⁴²
Tipo de migración	Mayor con migración forzada ⁷⁸⁻⁸²	Al interpretar la diferencias de migración forzada vs. voluntaria, es importante considerar el comienzo de TMC ⁸³
Razón para migrar	Mayor tanto con migración escasamente planificada ^{62,65,71} como con el tener que migrar ⁸⁴	Ninguna
Condiciones del visado	Menor con firmes razones para migrar ^{63,85,86}	Ninguna
	Mayor tanto con visado humanitario ³⁵ como con situación ilegal ⁸²	
Arreglo familiar en el país de acogida	Menor con visado para trabajo cualificado ³⁵	Es también necesario considerar el funcionamiento familiar ^{74,85,90}
	Mayor si vive solo o separado de su familia en el país de acogida ^{40,42,55,88,89}	
Aculturación	Menor si la familia está reunificada ^{77,87}	Ninguna
	Mayor tanto con bajo nivel de aculturación ^{41,43,74,94} como con estrés por aculturación ^{7,65,72,93}	
Dominio del idioma	Menor con dominio del idioma ^{36,41}	El dominio del idioma facilita el proceso de aculturación ^{81,91}
Tiempo transcurrido en el país de acogida	Mayor con barrera del idioma ⁹⁸ Mayor con más tiempo de residencia ^{1,29,35,99}	El tiempo transcurrido oscila, según estudios, de 1 ³⁵ a 30 años ¹

Tabla 1 (Continuación)

Factores	Hallazgos principales ^a	Observaciones adicionales
<i>Factores relacionados con el ambiente social y ocupacional en el país de acogida</i>		
Apoyo social	Menor con apoyo social ^{29,71,72,77,102-104}	Ninguna
	Mayor con ausente o bajo apoyo social ^{26,43,49,62,66,74,105}	Ninguna
Discriminación social percibida	Mayor con discriminación social percibida ^{72,73,77,81,99,104,106-116}	Discriminación percibida se ha observado tanto en migración externa ^{73,77,99,107,116} como interna ^{72,104,106,110,115}
Empleo y condiciones en el medio ocupacional	Mayor con desempleo ^{42,43,62,67,80,117}	Igual que en la población general ⁶⁴
	Mayor con condiciones de trabajo adversas entre los migrantes con empleo ^{46,63,86,95,116,117}	Igual que en la población general ^{64,119,120}

TMC: trastornos mentales comunes.

^a En la tabla solo se muestran los estudios que encuentran asociación entre los diferentes factores y TMC. Los términos mayor, menor o igual se refieren a la probabilidad de presentar TMC.

personal y el éxito, mejorando así su salud mental a través de la elevación de la autoestima y el sentimiento de logro⁴⁶. Por el contrario, algunos autores argumentan que la mejor salud mental observada entre las mujeres marroquíes que entre los hombres, en los Países Bajos¹⁷ o en España²⁸, puede ser explicada por el rol familiar tradicional de la mujer marroquí (cuidado de los niños, tareas domésticas, etc.). Desde otra perspectiva, la brecha entre el nivel educativo y la cualificación en el trabajo fue un factor de riesgo de morbilidad psíquica entre hombres bolivianos migrantes en España, pero no entre las mujeres²⁸.

En resumen, la probabilidad de TMC es más elevada en las mujeres migrantes que en los hombres, similar a lo observado en una revisión sistemática y metaanálisis de 1980-2013⁴⁷ que incluyó numerosos estudios epidemiológicos realizados en diferentes países del mundo sobre la prevalencia de TMC en la población general. Como se ha señalado, tales diferencias por sexo entre la población migrante pueden ser atribuidas a factores psicosociales así como a valores culturales y familiares.

Edad

Los TMC se han asociado a la edad del migrante, tanto en los segmentos mayores^{29,35,42,48} como en los jóvenes^{32,40,49-51}. Este hecho es similar a lo observado en el estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre la salud mental en el mundo, publicado en 2007⁵². En migrantes mayores (60-86 años de edad) de la AUS en Israel⁴⁸, las puntuaciones en malestar psicológico son significativamente más elevadas que en los migrantes de edad mediana y joven. De modo similar, la edad avanzada es un factor predictor de malestar psicológico entre varones y mujeres migrantes en Australia³⁵ y entre mujeres migrantes en Noruega⁴². Otros estudios^{32,40,49-51}, en línea con los resultados hallados en el estudio sobre salud mental en el mundo de la Organización Mundial de la Salud⁵², encuentran que los migrantes jóvenes no están exentos de trastornos mentales. Un estudio en migrantes tailandeses en Israel⁴⁹ encontró un incremento en el riesgo de malestar psicológico hasta los 35 años de edad, para disminuir a partir de esa edad. Asimismo se ha evidenciado, en migrantes mejicanos jóvenes (18-25 años de

edad) en EE. UU.⁵⁰, una estrecha asociación entre migración y primer episodio de algún trastorno depresivo o de ansiedad; no obstante, el mismo estudio⁵⁰ demuestra un descenso en el riesgo de estos trastornos con la edad. En Alemania⁴⁰ los migrantes adolescentes presentaron unas puntuaciones en malestar psicológico más altas que las observadas en los adolescentes nacidos en Alemania. Un estudio realizado en la segunda generación de niños irlandeses criados en Gran Bretaña⁵¹ encuentra altos niveles de morbilidad psíquica en estos niños, que puede ser explicada por el malestar psicológico que padecen sus madres.

Por lo tanto, parece claro que la edad de migración puede influir en la salud mental de los migrantes. Las edades jóvenes de migración se han asociado con un mayor riesgo de trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad^{36,53} y trastornos por uso de sustancias⁵³. Sin embargo, este hallazgo no es universal, pues en sentido inverso, según un estudio realizado en Perú⁵⁴, la migración interna a la edad de 30 años o más se ha asociado con una menor probabilidad de síntomas depresivos en comparación con los no migrantes.

Región de origen

La región de origen del migrante puede ser un factor predictor de TMC. El estudio EMPIRIC²² realizado en el Reino Unido encontró que la prevalencia de TMC entre los migrantes procedentes de Irlanda, Pakistán y la India era significativamente mayor que la observada entre los británicos de raza blanca del mismo sexo y edad; no se encontró esta diferencia con los migrantes caribeños de raza negra o con los migrantes procedentes de Bangladesh. En Ámsterdam¹⁷, la prevalencia de síntomas depresivos y/o de ansiedad fue diferente entre los grupos de migrantes estudiados: turcos (18,7%), marroquíes (9,8%) y migrantes procedentes de Surinam (1,2%); tras ajustar por sexo y nivel socioeconómico, la prevalencia de síntomas depresivos y/o de ansiedad fue significativamente más elevada en las mujeres turcas que en las holandesas nativas. En un estudio realizado en Alemania¹⁶, los migrantes de Vietnam experimentaron peor salud mental que los migrantes polacos; además la prevalencia de ansiedad fue significativamente mayor entre las mujeres vietnamitas y polacas que entre las alemanas.

En Australia³⁵, los migrantes procedentes de países occidentales y desarrollados, tenían menos probabilidad de presentar malestar psicológico que los migrantes de países asiáticos. Los autores del estudio³⁵ sugieren que el malestar psicológico es debido en parte a la barrera del lenguaje. Sin embargo, según las diferencias encontradas en algunos estudios en España^{28,29,55} en la probabilidad de presentar TMC según la región de origen (más elevada en migrantes latinoamericanos que en los españoles), la barrera del lenguaje no se puede considerar como un factor que explique estas diferencias; quizás el nivel de desarrollo²⁸ y la prevalencia de trastornos mentales en el país de origen²⁹ podrían explicar este patrón heterogéneo de salud mental. En este contexto, un estudio en Suecia⁵⁶ encontró que los migrantes nacidos en países no europeos tenían más riesgo de desarrollar depresión que los nacidos en Suecia y que otros migrantes nacidos en Escandinavia o en otros países de Europa; según los autores, los migrantes no europeos han podido estar más expuestos a desventajas sociales y económicas, aunque el riesgo de depresión permaneciera tras ajustar por nivel socioeconómico, educación y otras variables demográficas.

Los sucesos traumáticos previos a la migración, como las guerras y los conflictos políticos en el país de origen, pueden influir en las diferencias en salud mental entre los grupos de migrantes. Por ejemplo, las mujeres migrantes en Oslo⁴² procedentes de Oriente Medio (Irán y Turquía) mostraron mayores puntuaciones en malestar que otros grupos de mujeres migrantes. Los autores argumentan que las dificultades experimentadas en los países de origen, en su mayoría zonas de conflicto, podrían explicar el mayor riesgo de trastornos psicológicos en estas mujeres. En Austria²⁴, las mujeres migrantes de primera y segunda generación procedentes de Europa del Este (particularmente de la antigua Yugoslavia) tenían una mayor probabilidad de padecer trastornos disfóricos que las nacidas en Austria; esta asociación no se observó entre las mujeres migrantes de primera y segunda generación procedentes de países de Europa occidental.

El trastorno afectivo estacional parece estar asociado al país de origen en hombres migrantes en Oslo⁵⁷: la probabilidad de padecer este trastorno fue significativamente más elevada en migrantes procedentes de Irán, Pakistán y Vietnam que en aquellos procedentes de Sri Lanka; sin embargo, estas diferencias no se observaron en las mujeres.

El que se asocie TMC, entre migrantes, con la región de origen es un hallazgo que está en línea con la revisión sistemática y metaanálisis de Steel et al.⁴⁷, en el que incluyeron estudios de 63 países publicados entre 1980-2013. Según este estudio⁴⁷, hay evidencia de una consistente variación regional en la prevalencia de TMC. Por ejemplo, las prevalencias al año y a lo largo de la vida son más bajas en el norte y sureste de Asia y en países de África subsahariana que en otras regiones del mundo que incluyen países de lengua inglesa, con prevalencias más elevadas.

Estado civil

La mayoría de los estudios de migración encuentran que los migrantes viudos, separados o divorciados presentan peor salud mental que los casados^{35,43} o los nunca casados⁵⁸; o peor salud mental entre quienes no tienen pareja que entre quienes sí la tienen⁵⁵. Por ejemplo, entre migrantes

en Australia³⁵ y Suecia⁴³, los viudos, divorciados o separados, comparados con los casados, tuvieron más probabilidad de presentar malestar psicológico³⁵ o escaso bienestar y ansiedad/depresión⁴³, independientemente del sexo y otras características demográficas. Entre trabajadores migrantes varones que migraron en China de zonas rurales a zonas urbanas⁵⁸, los viudos o divorciados tienen 4 veces más probabilidad de padecer trastornos mentales que los nunca casados. En contraste con el estudio anterior, otro estudio realizado en China sobre trabajadores migrantes de zonas a rurales a urbanas⁴⁶ encontró que los hombres casados tienen peor salud mental que los solteros, pero esta correlación no se observó entre las mujeres. Este hallazgo puede de nuevo ser explicado, al menos en parte, por la intensa presión que los valores culturales ejercen sobre los hombres para procurar el bienestar de sus familias en la ciudad⁴⁶.

El hallazgo de que el estado civil no casado –en particular viudo, divorciado o separado– se asocia con morbilidad psiquiátrica entre la población migrante es similar a lo observado en estudios epidemiológicos de la población general⁵⁹⁻⁶¹. En un estudio multinacional sobre trastornos mentales y estado civil⁶¹, varios trastornos mentales, incluyendo los afectivos y por uso de sustancias, se asociaron con una baja probabilidad de estar casado y una alta probabilidad de estar divorciado en el grupo de personas de 18 años o más.

Nivel educativo y posición socioeconómica

Un nivel educativo bajo se asocia con la presencia de TMC en grupos de migrantes^{35,41,55,62,63}, de forma similar a lo observado en estudios epidemiológicos de la población general⁶⁴. Sin embargo, entre migrantes agrícolas mexicanos en EE. UU., un nivel educativo alto se asoció significativamente con altos niveles de ansiedad, hallazgo posiblemente debido al sentimiento de no haber logrado sus metas⁶⁵.

Una posición socioeconómica baja parece estar claramente asociada con peor salud mental en poblaciones migrantes^{32,43,66,67}. Similarmente, un metaanálisis sobre la relación entre TMC y movilidad social⁶⁸ describió una mayor probabilidad de presentar TMC entre los migrantes con movilidad social descendente que entre quienes experimentaron movilidad social ascendente o no experimentaron cambios en su posición socioeconómica. En la población general, la frecuencia de TMC es más elevada entre las personas de baja posición socioeconómica⁶⁹, aunque otros estudios no encuentran relación⁶⁴ o más bien una asociación inversa entre TMC y los ingresos⁷⁰.

Características psicológicas

La suposición casi intuitiva de que las características psicológicas de los inmigrantes pueden tener, según su naturaleza, un impacto positivo (de protección) o negativo (de riesgo) en su salud mental ha sido repetidamente confirmada^{58,71-74}. Hasta cierto punto, esta observación es similar a las correlaciones de los síndromes psicóticos y no psicóticos con diversos rasgos premórbidos de personalidad⁷⁵. El optimismo, el sentido de control⁷¹ y la elasticidad personal⁷² fueron factores protectores frente a síntomas depresivos entre migrantes chinos en Hong Kong procedentes de China continental. De manera similar, un elevado sentimiento del propio valor fue un factor protector frente a trastornos

mentales en trabajadores emigrados desde zonas a rurales a urbanas en China continental⁵⁸. Inversamente, una baja autoestima se asoció (casi significativamente) con síntomas depresivos en indígenas mexicanos migrantes en EE. UU.⁷³. En este último estudio⁷³, la discriminación percibida por el migrante se asoció con baja autoestima, que a su vez puede conducir a un incremento en los niveles de sintomatología depresiva. Además, el locus de control externo se ha asociado con malestar psicológico entre migrantes de la AUS en Israel⁷⁴.

Factores circundantes al proceso de migración

Sucesos traumáticos previos a la migración

Los sucesos traumáticos previos a la migración pueden afectar la salud mental de los migrantes. Entre refugiados somalíes adultos mayores en Finlandia⁷⁶, la exposición a sucesos traumáticos previos a la migración se asoció con síntomas depresivos y malestar psicológico. Además, los sucesos traumáticos (pre- o posmigración) parecen influir de forma diferente en varones y mujeres. En varones que migraron desde diferentes regiones del mundo a Oslo⁴², las experiencias traumáticas a lo largo de la vida, tales como tortura, encarcelamiento y vivencias directas en combates y guerras, se asociaron con malestar psicológico, independientemente de los sucesos negativos debidos a su condición de migrante refugiado *per se* en el país huésped. Es notable en este estudio⁴² que, entre las mujeres migrantes, las experiencias traumáticas a lo largo de la vida no se asociaron con peor salud mental; sin embargo, los sucesos negativos recientes se asociaron con malestar psicológico tanto en hombres como en mujeres⁴². De forma similar, migrantes iraquíes e iraníes en Suecia⁴³ que habían experimentado sucesos traumáticos previos a la migración tenían una mayor probabilidad de padecer ansiedad/depresión que los no expuestos a tales sucesos. Por el contrario, un estudio sobre migrantes latinos en EE. UU.⁷⁷ no encontró asociación entre la presencia de síntomas depresivos y los sucesos traumáticos previos u ocurridos durante el proceso de migración, a no ser que altos niveles de pobreza puedan desempeñar un papel crónicamente traumatizante en la vida del migrante.

Tipo de migración y razón para la migración

El tipo de migración (voluntaria o forzada) y la razón para migrar (en el caso de migración voluntaria) pueden influir en la salud mental del migrante. Por ejemplo, un estudio longitudinal⁷⁸ en personas que fueron desplazadas de su región por la construcción de la presa de Las Tres Gargantas en China, encontró una asociación entre migración forzada y depresión. Un artículo de revisión sistemática y metaanálisis basado en estudios publicados entre 1990 y 2007⁷⁹ encontró que la prevalencia de depresión y ansiedad fue más baja en migrantes por razones laborales que en migrantes refugiados. Algunos estudios publicados posteriormente, aunque no todos, confirman esta relación. En Oru (Nigeria), los refugiados tenían 3 veces más probabilidad de tener peor salud mental que los no refugiados⁸⁰. Entre los inmigrantes latinos en EE. UU., el estrés por aculturación era más bajo para quienes habían migrado voluntariamente a EE. UU. que para quienes habían dejado su país de origen como refugiados⁸¹. En el cantón suizo de Zurich⁸², los migrantes por razones

laborales no mostraban diferencias significativas en síntomas de depresión con los residentes suizos, mientras que los refugiados, los migrantes ilegales y los asilados (aquellos cuya demanda de asilo había sido aceptada) sí las mostraban, con odds ratios de 4,5; 6,9 y 25,2 respectivamente. Estos diferentes grupos de migrantes mostraban otras diferencias entre ellos tanto en síntomas de ansiedad como en trastorno de estrés postraumático.

Para interpretar las diferencias entre los individuos con distintos estatus de migrante, puede ser importante considerar el inicio del trastorno mental⁸³. Rasmussen et al.⁸³ encontraron que los migrantes refugiados latinos y asiáticos en EE. UU. tenían más probabilidad que los migrantes voluntarios de iniciar antes de la migración un trastorno de estrés postraumático, aunque el riesgo de estos problemas se igualó con el tiempo en la posmigración. Según los autores⁸³, la principal implicación de este hallazgo es que las estrategias preventivas de salud mental deben ser un aspecto crucial en la atención a todos los grupos de migrantes.

Respecto a la razón para migrar, entre chinos que migraron a Hong Kong⁷¹, una migración escasamente planificada se asoció a síntomas depresivos, tras controlar el efecto moderador de variables como optimismo, sentimiento de control y apoyo social. En varones irlandeses migrantes en Londres, una migración escasamente planificada predecía significativamente depresión, aun controlando el efecto de depresión previa a la migración⁶². Entre migrantes agrícolas mexicanos en EE. UU.⁶⁵, un bajo nivel de participación en la decisión de vivir como trabajador agrícola fue predictor de ansiedad. En línea con lo anterior, en un estudio entre migrantes latinos en EE. UU.⁸⁴ «tener que migrar» incrementó el riesgo de malestar psicológico en mujeres de Puerto Rico y Cuba comparadas con mujeres de México que declararon «querer migrar». Este efecto no se observó entre los varones migrantes. No obstante, la migración no planificada se asoció significativamente en este estudio⁸⁴ a mala salud física en todas las mujeres latinas.

En contraste, migrantes asiáticos en EE. UU.⁸⁵ que tenían múltiples y fuertes razones para migrar o con una adecuada migración planificada tenían menos probabilidad de manifestar malestar psicológico y trastornos psiquiátricos en los últimos 12 meses que aquellos sin metas claras o con una migración escasamente planificada. Entre mujeres chinas migrantes en Shanghai y otras ciudades de China, se observó una buena salud mental si las razones para migrar giraban en torno a las ganancias económicas y materiales⁸⁶ y a un futuro mejor para ellas y para sus hijos⁶³.

Permiso de residencia

En migrantes mayores³⁵, el tipo de visado o permiso de residencia fue un predictor significativo de morbilidad psíquica. Los migrantes con permiso de residencia por razones humanitarias tuvieron mayor probabilidad de sufrir malestar psicológico que aquellos con permiso de residencia para reunificación familiar, mientras que los migrantes con permiso de trabajo cualificado tenían menos probabilidad de malestar psicológico que aquellos que migraron por reunificación familiar. Este hallazgo, según los autores del estudio³⁵, puede ser atribuido a los efectos beneficiosos de un trabajo remunerado sobre el bienestar psicológico. No obstante, en

un estudio realizado en mujeres migrantes en España²⁹, ni el permiso de residencia ni el permiso de trabajo se asociaron con la presencia de TMC.

Vivir en compañía de la familia en el país de acogida

A este respecto, los resultados encontrados en nuestra revisión son contradictorios. La reunificación familiar de los migrantes es un factor protector frente a trastornos mentales^{77,87}. Por consiguiente, vivir solo o separado de la familia en el país huésped se asocia con mayor morbilidad psiquiátrica entre migrantes^{40,42,58,88,89} aunque este hallazgo no ha sido siempre unánime^{29,35}. Al contrario, vivir solo también se ha asociado con bajos niveles de malestar psicológico en migrantes mayores³⁵; entre mujeres migrantes en España²⁹, vivir en compañía de la familia se asoció con más probabilidad de presentar TMC que vivir sola, un hecho que los autores interpretan como posible resultado de las condiciones estresantes de la vida diaria en familia. Entre migrantes sudasiáticos en Canadá³⁶, tener hijos menores de 12 años en casa se asoció con buena-excelente (vs. escasa-justa) salud mental percibida. No por sorpresa, un funcionamiento familiar malo se asocia en general con malestar psicológico^{74,85}, y un buen funcionamiento familiar se asocia con mejor salud mental⁹⁰.

Aculturación

La aculturación, o proceso de adaptación de un migrante a la cultura del país huésped o de acogida, está condicionada por factores tales como la similitud de las 2 culturas, la receptividad de la cultura huésped, la edad del migrante (la adaptación es mayor en preadolescentes), las características psicológicas (la personalidad o la voluntad de migrar pueden influir en el proceso de adaptación) y la posición socioeconómica^{92,93}. Un nivel de aculturación bajo^{41,43,74,94}, por ejemplo el mantenimiento de las creencias tradicionales de los migrantes y su posterior aislamiento social, se asocian con TMC. Entre migrantes en los Países Bajos afectados por un desastre natural⁹⁶, un proceso de aculturación dominado o interferido por un rígido mantenimiento de las normas y valores de la cultura original se asoció con ansiedad, depresión, hostilidad, problemas somáticos, intrusiones y reacciones de evitación relacionadas con el desastre; esta asociación no se observó en los migrantes no afectados.

La aculturación puede producir estrés, y un alto estrés por aculturación se asocia con ansiedad⁶⁵, trastornos del ánimo y abuso o dependencia de drogas⁷ en migrantes mexicanos trabajadores agrícolas en EE. UU; y con síntomas depresivos en migrantes chinos empleados en EE.UU.⁹³ o en Hong Kong⁷². Además, el estrés por aculturación tiene un papel mediador en la relación entre aculturación y depresión, de forma que los migrantes más aculturados experimentan menos estrés y menos depresión, según un estudio realizado en migrantes coreanos en EE. UU.⁹⁷.

Dominio del idioma

El dominio del idioma del país huésped facilita el proceso de aculturación de la población migrante^{81,91}. Así, entre migrantes latinos en EE. UU.⁸¹, el estrés por aculturación se asoció de manera independiente e inversa con el dominio del inglés y de manera directa con el dominio de la lengua nativa (española). Entre migrantes turcos en Alemania⁴¹, el

dominio del alemán se correlacionó inversamente con síntomas depresivos. En migrantes surasiáticos en Canadá, el uso del inglés o francés cuando fueron entrevistados en una encuesta de salud en la comunidad canadiense, se asoció con una menor probabilidad de estrés³⁶. Migrantes no latinos en EE. UU.⁹⁸ que se enfrentaban a la barrera de lenguaje, comparados con ciudadanos de EE. UU. sin la barrera del lenguaje, mostraron más infelicidad, ansiedad, y depresión, especialmente durante los primeros 10 años de residencia en el país de acogida. En contraste, y paradójicamente, entre latinos en EE. UU.¹⁴, el riesgo de presentar TMC fue significativamente más elevado entre aquellos con excelente o buen dominio del inglés que entre aquellos con mal o regular dominio; el riesgo se mantuvo después de ajustar por el nivel educativo. Basados en investigaciones relacionadas, los autores¹⁴ argumentan que el dominio del idioma, aunque es un indicador de asimilación a la cultura huésped, puede también reflejar mayor demanda de empleo, lo cual puede influir en la salud. Finalmente, un estudio realizado con migrantes en Austria²⁴ no encontró asociación entre el dominio de la lengua y la presencia de depresión y ansiedad.

Tiempo transcurrido en el país de acogida

El tiempo transcurrido en el país de acogida puede influir en la salud mental del migrante, aunque el periodo de tiempo varía en los diferentes estudios^{1,29,35,99}. En migrantes adultos mayores en Australia³⁵, el nivel de malestar psicológico aumentó a lo largo de un año de seguimiento. El tiempo de permanencia en España de un grupo de mujeres migrantes²⁹ fue un factor predictor significativo, independiente de la edad, de tener diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico, a diferencia de lo observado en mujeres árabes migrantes en Alemania⁹⁹, entre quienes llevar menos de 15 años en el país de acogida se asoció significativamente con malestar psicológico, al contrario de las que llevaban más tiempo. Varias cohortes de migrantes asiáticos y africanos en Canadá¹ presentaron, independientemente de la edad y otras variables demográficas, unas tasas de depresión más bajas que la población nacida en Canadá, excepto en los migrantes con 30 años o más de residencia, que mostraron unas tasas más altas.

Otros estudios no encuentran asociaciones concluyentes respecto a esto^{14,24,74}. Un estudio en migrantes de la AUS en Israel⁷⁴ encontró que el nivel de malestar psicológico después de 5 años en el país de acogida no decreció en los migrantes sino que se mantuvo elevado. Entre migrantes latinos en EE. UU.¹⁴, cuya probabilidad de trastornos psiquiátricos era más baja que la de los latinos nacidos en EE. UU., el tiempo de permanencia no se asoció con la presencia de morbilidad psíquica, tras controlar el efecto de la edad del migrante, hallazgo similar al encontrado en el estudio austriaco citado²⁴ antes.

Complementario a estos hallazgos es el hecho de que la incidencia de casos nuevos de consultas externas psiquiátricas de migrantes en Segovia (España) ha descendido de 2001 a 2008, en contraste con el incremento observado en los españoles¹⁰⁰, aunque esta variación es heterogénea a través de los grupos diagnósticos CIE-10. También se ha observado un incremento en la prevalencia de trastornos mentales a lo largo de esos años en la población general de Asturias

(España), que los autores¹⁰¹ atribuyen, al menos en parte, al envejecimiento de la población.

Factores relacionados con el ambiente social y ocupacional en el país de acogida

Apoyo social

Es bien conocido que un apoyo social adecuado puede reducir el impacto negativo de la migración sobre la salud mental de los migrantes^{29,71,72,77,102-104}. Por ejemplo, entre estudiantes griegos en el Reino Unido, tanto la calidad del apoyo social como el número de amigos íntimos se correlacionaron inversamente con el grado de «choque cultural»¹⁰². Entre migrantes latinos jóvenes de primera generación en EE. UU., tanto el apoyo de la familia como el de los profesores se asociaron inversamente a la presencia de depresión¹⁰³. Un resultado similar se observó en migrantes de China continental a Hong Kong⁷¹; además, el apoyo social redujo el impacto dañino de una migración poco planificada sobre la presencia de síntomas depresivos. En la misma muestra, tras un año de seguimiento¹⁰⁴ se observó que el apoyo social y la «eficacia colectiva del vecindario» (cohesión social y control social informal) moderaron el efecto de la discriminación percibida sobre los síntomas depresivos de los migrantes. La elasticidad familiar⁷² y el apoyo percibido desde la familia y los amigos²⁹ pueden también mitigar el impacto negativo de la migración sobre la salud mental del migrante. Un buen ejemplo de esto es el caso de los migrantes latinos en EE. UU.⁷⁷, entre quienes tanto el *familismo* (una fuerte conexión y lealtad a los miembros de la familia, característica especialmente importante de este grupo étnico) como un eficaz apoyo social redujeron la probabilidad de síntomas depresivos. Por el contrario, un bajo apoyo social durante la posmigración^{26,43,49,62,66,74,105} se asocia a la presencia de TMC en poblaciones migrantes.

Discriminación social percibida

La disposición y la conducta de hecho de los ciudadanos del país de acogida hacia los inmigrantes y la percepción que estos tienen de tal conjunto de actitudes afectan sin duda a la salud mental de los migrantes^{72,73,77,81,99,104,106-116}. En efecto, sentirse mal por ser migrante fue un predictor de malestar psicológico entre mujeres árabes en Alemania⁹⁹. Entre migrantes latinos en EE. UU., la discriminación percibida –medida por distinciones en el tratamiento racial/étnico^{73,77}, problemas raciales en el vecindario⁷⁷ y discriminación en metas, en expresiones de incomodidad o enojo o en la asistencia sanitaria¹⁰⁷– se asoció con síntomas depresivos^{73,77} o con una baja sensación de bienestar psicológico¹⁰⁷. También se ha observado una asociación entre discriminación percibida y presencia de TMC en grupos de migrantes internos (migración dentro de un estado, país o continente). En nuevos migrantes de China continental a Hong Kong¹⁰⁴, la discriminación percibida se asoció con síntomas depresivos; al año de seguimiento, esta asociación permaneció tras ajustar por la presencia de síntomas depresivos en la evaluación inicial. Un estudio posterior en la misma población⁷² encontró que la relación entre discriminación percibida y síntomas depresivos se mantuvo aun después de controlar por elasticidad familiar y personal, las cuales tenían efecto protector frente a síntomas depresivos.

Otros estudios en China^{106,110}, incluyendo uno que analiza experiencias de discriminación escolar en hijos de migrantes trabajadores¹¹⁵, confirman esta asociación.

Algunos autores^{108,109} han demostrado que la discriminación experimentada por los migrantes incrementa la discrepancia entre expectativas y realidad, lo que a su vez influye en la relación entre la experiencia discriminatoria, el malestar mental y la calidad de vida. Además, la discriminación percibida está influida por distintos factores sociodemográficos^{73,106,107,111,112,114}, que pueden modificar la magnitud de la relación entre discriminación percibida y malestar psicológico. La raza/etnicidad influye en este proceso; por ejemplo, la discriminación en los cuidados de salud es más elevada, entre los migrantes en EE. UU., para los africanos que para los mexicanos americanos y otros latinos¹⁰⁷. La identificación cultural indígena incrementa el nivel de discriminación percibida⁷³. Los migrantes con niveles educativos más altos perciben más discriminación que los de niveles educativos bajos¹¹⁴. Las dificultades económicas¹¹², clase social baja¹¹¹, y haber nacido en un país de bajos ingresos¹¹¹ también incrementan el nivel de discriminación percibida por los migrantes. Altos niveles de cohesión familiar moderan (debilitan) el efecto de la discriminación percibida en la presencia de síntomas depresivos, como se ha observado en mujeres migrantes en Taiwan¹⁰⁶.

Empleo y condiciones en el medio ocupacional

El desempleo entre la población migrante se asocia a la presencia de TMC^{42,43,62,67,80,117}, hallazgo como el que se observa en grandes estudios epidemiológicos en la población general⁶⁴. Los migrantes estudiantes o los inactivos económicamente también tienden a presentar unos niveles de malestar psicológico más elevados que los que tienen empleo³⁵. Entre los migrantes empleados, la probabilidad de presentar mala salud mental es más elevada en los trabajadores no cualificados y en los cualificados que entre los profesionales⁸⁰. Factores individuales –como los conflictos y tensiones interpersonales^{46,86}, insatisfacción laboral¹¹⁸, estrategias de afrontamiento¹¹⁷– y las condiciones laborales –p. ej., sentimientos de discriminación y falta de respeto en el trabajo⁹⁵, exceso de horas diarias de trabajo, y dificultades o deficiencias financieras y de empleo^{46,63}– se asocian con la presencia de TMC en migrantes. Además, ciertas condiciones ambientales en el medio laboral pueden afectar la salud mental de los migrantes. Entre trabajadores agrícolas tailandeses en Israel, la exposición a pesticidas se asoció con malestar psicológico⁴⁹, hallazgo que combina percepciones subjetivas y mecanismos neurobiológicos como la asociación entre pesticidas anticolinesterásicos y depresión¹¹⁹.

En resumen, el desempleo y las condiciones laborales de los que están empleados afectan a la salud mental de los migrantes, como ocurre en distintos tipos de trabajadores de la población general^{64,120,121}.

Discusión

El objetivo de este estudio fue revisar los factores asociados con la presencia de TMC entre poblaciones migrantes. Después de revisar 86 estudios que aplicaron análisis multivariantes (publicados entre enero de 2000 y diciembre de 2014), la conclusión general es que la presencia de

TMC entre poblaciones migrantes está asociada directa o inversamente con múltiples factores. Resumiendo, las características sociodemográficas y psicológicas de los migrantes así como algunos aspectos de las condiciones laborales pueden afectar su salud mental, al igual que la afectan en la población no migrante. Además, la región de origen del migrante se asocia con la presencia de TMC, de modo que la probabilidad de presentar algún TMC varía según su país de origen^{16,17,22,24,28,29,35,42,55-57}. La fuerza de esta asociación está apoyada por una revisión sistemática y metaanálisis sobre prevalencia global de TMC que incluyó estudios publicados entre 1980 y 2013, de 26 países de ingresos altos y 37 países de ingresos bajos o medios⁴⁷.

Otra importante correlación que puede explicar las diferencias de salud mental entre los grupos de migrantes^{24,42} es la de los eventos traumáticos previos a la migración (p. ej., guerras y conflictos políticos en el país de origen) con la presencia de TMC^{24,42,43,76}. Igualmente, la discriminación social que perciben los migrantes ejerce un impacto negativo en su salud mental^{73,77,81,99,104,106-116}. Como se ha mencionado, raza/etnicidad¹⁰⁷, identificación cultural indígena⁷³, nivel educativo alto¹¹⁴, dificultades económicas¹¹², clase social baja¹¹¹ y país de nacimiento con bajo nivel de ingresos¹¹¹ incrementan el nivel de discriminación percibida. Apoyo social, estrategias de afrontamiento activas, identificación con el grupo¹¹⁶ y cohesión familiar¹⁰⁶ pueden ayudar a amortiguar el impacto negativo de la discriminación percibida sobre la salud mental de los migrantes. De lo que se deduce que educación y competencia multicultural por parte de la población general podrían contribuir de manera decisiva a reducir o eliminar la discriminación percibida por los migrantes.

Son necesarios futuros estudios longitudinales sobre la salud mental de los migrantes, particularmente los dedicados a analizar la asociación entre región de origen y la presencia de TMC; si se llegan a encontrar diferencias significativas en las tasas de TMC según la región de origen, entonces podría ser interesante examinar en profundidad la naturaleza (psicológica, sociocultural, clínica o neurobiológica) de tales diferencias y si estas se mantienen a lo largo del tiempo. Hasta donde sabemos, solo un estudio³⁵ ha investigado, desde una perspectiva longitudinal, la influencia de la región de origen del migrante en la presencia de TMC: los procedentes de países occidentales y desarrollados, comparados con los emigrados de países asiáticos, tuvieron menos probabilidad de presentar malestar psicológico, asociación que se mantuvo tras 12 meses de seguimiento. Por tanto, son obligados estudios comparativos entre países, entre continentes y entre hemisferios.

Son también necesarios más estudios para determinar el impacto del tiempo de permanencia, de los migrantes en el país huésped, sobre la presencia de TMC. Estos estudios pueden clarificar si los TMC se mantienen en el tiempo, o mejoran, o deterioran aún más la calidad de vida de los migrantes. La relevancia de este enfoque para la salud pública no se puede subestimar. Como se ha mencionado anteriormente, algunos estudios hallan asociación entre el tiempo de permanencia del migrante en el país huésped y los TMC^{1,29,35,99}, aunque solo un estudio³⁵ encuentra que esta asociación permanece a los 12 meses de seguimiento.

La diversidad de los instrumentos de medida, tanto entrevistas diagnósticas estructuradas como cuestionarios

autoadministrados (como se puede observar en la [tabla 2 suplementaria](#)), se puede considerar como una limitación de la presente revisión. Ahora bien, el excluir estudios basados en cuestionarios habría significado perder una enorme fuente de información sobre el tema, aunque el uso de estadística multivariante fue un requisito para incluir cada artículo.

Por otra parte, en futuros estudios epidemiológicos sobre TMC en la población general, sería fundamental incluir la variable «estado de migración». En resumen, el estado de migración y el país o región de origen, además de variables sociodemográficas son rúbricas muy importantes en este área de indagación. Además, la presentación comórbida (y la estrecha interrelación entre los niveles bio-psico-socio-culturales) de las enfermedades físicas y mentales añade una relativamente nueva y enormemente importante dimensión de investigación.

En esta era de impresionantes avances tecnológicos y de implicaciones en la salud global y mental, el estudio de la migración de poblaciones dentro y fuera de países o continentes ha llegado a ser una necesidad y un objetivo cruciales de investigación. Las agencias gubernamentales nacionales y las organizaciones internacionales deben dedicar, tanto individualmente como en iniciativas de colaboración estrechas y bien coordinadas, los recursos financieros y humanos adecuados a estos esfuerzos. También son evidentes las implicaciones para programas de prevención y para mejores, sofisticadas, estrategias de gestión.

Conclusión

Las consideraciones anteriores conducen a la idea fundamental de que, en el diagnóstico de los TMC y en la evaluación de los cuidados de salud mental de los migrantes a lo largo del mundo, es importante considerar cuidadosamente una multitud de factores contribuyentes, que incluyen características sociodemográficas, psicológicas y culturales, región de origen, características del proceso de migración, experiencias en el país de origen y aculturación. El conocimiento en esta área podría guiar a los responsables políticos, a proveedores de servicios y a clínicos en la mejora de los cuidados de salud mental de los migrantes y de la población mundial en conjunto a través de adecuadas estrategias de detección, gestión y prevención¹²².

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.004>.

Bibliografía

1. Ali J. Mental health of Canada's immigrants. *Health Rep.* 2002;13 Suppl:101-13.

2. Bergeron P, Auger N, Hamel D. Weight, general health and mental health: Status of diverse subgroups of immigrants in Canada. *Can J Public Health*. 2009;100:215–20.
3. Stafford M, Newbold BK, Ross NA. Psychological distress among immigrants and visible minorities in Canada: A contextual analysis. *Int J Soc Psychiatry*. 2011;57:428–41.
4. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *CMAJ*. 2011;183:E959–67.
5. Blair AH, Schneeborg A. Changes in the 'healthy migrant effect' in Canada: Are recent immigrants healthier than they were a decade ago? *J Immigr Minor Health*. 2014;16:136–42.
6. Aglipay M, Colman I, Chen Y. Does the healthy immigrant effect extend to anxiety disorders? Evidence from a nationally representative study. *J Immigr Minor Health*. 2013;15:851–7.
7. Alderete E, Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S. Lifetime prevalence of and risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California. *Am J Public Health*. 2000;90:608–14.
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;61:1226–33.
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;195:189–95.
10. Dey AN, Lucas JW. Physical and mental health characteristics of US- and foreign-born adults: United States, 1998–2003. *Adv Data*. 2006;369:1–19.
11. Alegria 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;65:359–69.
12. González HM, Tarraf W, Whitfield KE, Vega WA. The epidemiology of major depression and ethnicity in the United States. *J Psychiatr Res*. 2010;44:1043–51.
13. Mollica RF, Sarajlic N, Chernoff M, Lavelle J, Vukovic IS, Massagli MP. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *JAMA*. 2001;286:546–54.
14. Alegria M, Mulvaney-Day N, Torres M, Polo A, Cao Z, Canino G. Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *Am J Public Health*. 2007;97:68–75.
15. Fuller-Thomson E, Noack AM, George U. Health decline among recent immigrants to Canada: Findings from a nationally-representative longitudinal survey. *Can J Public Health*. 2011;102:273–80.
16. Wittig U, Lindert J, Merbach M, Brähler E. Mental health of patients from different cultures in Germany. *Eur Psychiatry*. 2008;23 Suppl 1:28–35.
17. De Wit MA, Tuinebreijer WC, Dekker J, Beekman AJ, Gorissen WH, Schrier AC, et al. Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43:905–12.
18. Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. *J Affect Disord*. 2007;97:229–39.
19. Levecque K, Lodewyckx I, Bracke P. Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium: A general population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44:188–97.
20. Taloyan M, Sundquist J, Al-Windi A. The impact of ethnicity and self-reported health on psychological well-being: A comparative study of Kurdish-born and Swedish-born people. *Nord J Psychiatry*. 2008;62:392–8.
21. Abebe DS, Lien L, Hjelde KH. What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *J Immigr Minor Health*. 2014;16:60–7.
22. Weich S, Nazroo J, Sproston K, McManus S, Blanchard M, Erens B, et al. Common mental disorders and ethnicity in England: The EMPIRIC study. *Psychol Med*. 2004;34:1543–51.
23. Gater R, Tomenson B, Percival C, Chaudhry N, Waheed W, Dunn G, et al. Persistent depressive disorders and social stress in people of Pakistani origin and white Europeans in UK. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44:198–207.
24. Kerkenaar MM, Maier M, Kutalek R, Lagro-Janssen AL, Ristl R, Pichlhöfer O. Depression and anxiety among migrants in Austria: A population based study of prevalence and utilization of health care services. *J Affect Disord*. 2013;151:220–8.
25. Salinero-Fort MA, Jiménez-García R, de Burgos-Lunar C, Chico-Moraleja RM, Gómez-Campelo P. Common mental disorders in primary health care: Differences between Latin American-born and Spanish-born residents in Madrid, Spain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50:429–43.
26. Del Amo J, Jarrín I, García-Fulgueiras A, Ibáñez-Rojo V, Alvarez D, Rodríguez-Arenas MA, et al. Mental health in Ecuadorian migrants from a population-based survey: The importance of social determinants and gender roles. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:1143–52.
27. Kirchner T, Patiño C. Latin-American immigrant women and mental health: Differences according to their rural or urban origin. *Span J Psychol*. 2011;14:843–50.
28. Villarreal N, Artazcoz L. Heterogeneous patterns of health status among immigrants in Spain. *Health Place*. 2012;18:1282–91.
29. Jurado D, Mendieta-Marichal Y, Martínez-Ortega JM, Agrela M, Ariza C, Gutiérrez-Rojas L, et al. World region of origin and common mental disorders among migrant women in Spain. *J Immigr Minor Health*. 2014;16:1111–20.
30. Mirsky J, Kohn R, Levav I, Grinshpoon A, Ponizovsky AM. Psychological distress and common mental disorders among immigrants: Results from the Israeli-based component of the world mental health survey. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:1715–20.
31. Mirsky J. Mental health implications of migration: A review of mental health community studies on Russian-speaking immigrants in Israel. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44:179–87.
32. Zhong BL, Liu TB, Chiu HF, Chan SS, Hu CY, Hu XF, et al. Prevalence of psychological symptoms in contemporary Chinese rural-to-urban migrant workers: An exploratory meta-analysis of observational studies using the SCL-90-R. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:1569–81.
33. Liddell BJ, Chey T, Silove D, Phan TT, Gao NM, Steel Z. Patterns of risk for anxiety-depression amongst Vietnamese-immigrants: A comparison with source and host populations. *BMC Psychiatry*. 2013;13:329.
34. Anikeeva O, Bi P, Hiller JE, Ryan P, Roder D, Han GS. The health status of migrants in Australia: A review. *Asia Pac J Public Health*. 2010;22:159–93.
35. Chou KL. Psychological distress in migrants in Australia over 50 years old: A longitudinal investigation. *J Affect Disord*. 2007;98:99–108.
36. Islam F, Khanlou N, Tamim H. South Asian populations in Canada: Migration and mental health. *BMC Psychiatry*. 2014;14:154.
37. Ritsner M, Ponizovsky A, Nechamkin Y, Modai I. Gender differences in psychosocial risk factors for psychological distress among immigrants. *Compr Psychiatry*. 2001;42:151–60.

38. Taloyan M, Johansson SE, Sundquist J, Kocürk TO, Johansson LM. Psychological distress among Kurdish immigrants in Sweden. *Scand J Public Health*. 2008;36:190–6.
39. Jarrin I, García-Fulgueiras A, Ibáñez-Rojo V, Alvarez D, García-Pina R, Fernández-Liria A, et al. Absence of protective ethnic density effect on Ecuadorian migrants' mental health in a recent migration setting: A multilevel analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:95–103.
40. Mundt A, Kliewe T, Yayla S, Ignatyev Y, Busch MA, Heimann H, et al. Social characteristics of psychological distress in disadvantaged areas of Berlin. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60:75–82.
41. Morawa E, Erim Y. Acculturation and depressive symptoms among Turkish immigrants in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11:9503–21.
42. Thapa SB, Hauff E. Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries. Findings from the Oslo Health Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:78–84.
43. Tinghög P, Al-Saffar S, Carstensen J, Nordenfelt L. The association of immigrant- and non-immigrant-specific factors with mental ill health among immigrants in Sweden. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56:74–93.
44. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*. 2012;7:e31879.
45. Williams DR, González HM, Neighbors H, Nesse R, Abelson JM, Sweetman J, et al. Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: Results from the National Survey of American Life. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:305–15.
46. Wong DF, He X, Leung G, Lau Y, Chang Y. Mental health of migrant workers in China: Prevalence and correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43:483–9.
47. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. 2014;43:476–93.
48. Ritsner M, Ponizovsky A. Age differences in stress process of recent immigrants. *Compr Psychiatry*. 2003;44:135–41.
49. Griffin J, Soskolne V. Psychological distress among Thai migrant workers in Israel. *Soc Sci Med*. 2003;57:769–74.
50. Breslau J, Borges G, Tancredi D, Saito N, Kravitz R, Hinton L, et al. Migration from Mexico to the United States and subsequent risk for depressive and anxiety disorders: A cross-national study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:428–33.
51. Das-Munshi J, Clark C, Dewey ME, Leavey G, Stansfeld SA, Prince MJ. Born into adversity: Psychological distress in two birth cohorts of second-generation Irish children growing up in Britain. *J Public Health (Oxf)*. 2014;36:92–103.
52. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6:168–76.
53. Patterson B, Kyu HH, Georgiades K. Age at immigration to Canada and the occurrence of mood, anxiety, and substance use disorders. *Can J Psychiatry*. 2013;58:210–7.
54. Ruiz-Grosso P, Bernabe-Ortiz A, Diez-Canseco F, Gilman RH, Checkley W, Bennett IM, et al., CRONICAS Cohort Study Group. Depressive mood among within-country migrants in periurban shantytowns of Lima, Peru. *J Immigr Minor Health*. 2015;17:1635–42, <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-014-0121-9>
55. Qureshi A, Collazos F, Sobradie N, Eiroa-Orosa FJ, Febrel M, Revollo-Escudero HW, et al. Epidemiology of psychiatric morbidity among migrants compared to native born population in Spain: A controlled study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35:93–9.
56. Tinghög P, Hemmingsson T, Lundberg I. To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:990–6.
57. Saheer TB, Lien L, Hauff E, Nirmal Kumar B. Ethnic differences in seasonal affective disorder and associated factors among five immigrant groups in Norway. *J Affect Disord*. 2013;151:237–42.
58. Yang T, Xu X, Li M, Rockett IR, Zhu W, Ellison-Barnes A. Mental health status and related characteristics of Chinese male rural-urban migrant workers. *Community Ment Health J*. 2012;48:342–51.
59. Rendall MS, Weden MM, Favreault MM, Waldron H. The protective effect of marriage for survival: A review and update. *Demography*. 2011;48:481–506.
60. Kamiya Y, Doyle M, Henretta JC, Timonen V. Depressive symptoms among older adults: The impact of early and later life circumstances and marital status. *Aging Ment Health*. 2013;17:349–57.
61. Breslau J, Miller E, Jin R, Sampson NA, Alonso J, Andrade LH, et al. A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124:474–86.
62. Ryan L, Leavey G, Golden A, Blizzard R, King M. Depression in Irish migrants living in London: Case-control study. *Br J Psychiatry*. 2006;188:560–6.
63. He X, Wong DF. A comparison of female migrant workers' mental health in four cities in China. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59:114–22.
64. Pinto-Meza A, Moneta MV, Alonso J, Angermeyer MC, Bruffaerts R, Caldas de Almeida JM, et al. Social inequalities in mental health: Results from the EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:173–81.
65. Hovey JD, Magaña CG. Cognitive, affective, and physiological expressions of anxiety symptomatology among Mexican migrant farmworkers: Predictors and generational differences. *Community Ment Health J*. 2002;38:223–37.
66. Ladin K, Reinhold S. Mental health of aging immigrants and native-born men across 11 European countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013;68:298–309.
67. Aichberger MC, Bromand Z, Heredia Montesinos A, Temur-Erman S, Mundt A, Heinz A, et al. Socio-economic status and emotional distress of female Turkish immigrants and native German women living in Berlin. *Eur Psychiatry*. 2012;27 Suppl 2:S10–6.
68. Das-Munshi J, Leavey G, Stansfeld SA, Prince MJ. Migration, social mobility and common mental disorders: Critical review of the literature and meta-analysis. *Ethn Health*. 2012;17:17–53.
69. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:14.
70. Mangalore R, Knapp M, Jenkins R. Income-related inequality in mental health in Britain: The concentration index approach. *Psychol Med*. 2007;37:1037–45.
71. Chou KL. Pre-migration planning and depression among new migrants to Hong Kong: The moderating role of social support. *J Affect Disord*. 2009;114:85–93.
72. Yu X, Stewart SM, Liu IK, Lam TH. Resilience and depressive symptoms in mainland Chinese immigrants to Hong Kong. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:241–9.
73. Lee J, Donlan W, Cardoso EE, Paz JJ. Cultural and social determinants of health among indigenous Mexican migrants in the United States. *Soc Work Public Health*. 2013;28:607–18.
74. Lerner Y, Kertes J, Zilber N. Immigrants from the former Soviet Union, 5 years post-immigration to Israel: Adaptation and risk factors for psychological distress. *Psychol Med*. 2005;35:1805–14.

75. Gurpegui M, Jurado D, Fernández-Molina MC, Moreno-Abril O, Luna JD, Alarcón RD. Personality profiles and minor affective psychopathology in a non-clinical sample: An empirical verification of Cloninger's theoretical model. *J Affect Disord.* 2009;119:34-42.
76. Mölsä M, Punamäki RL, Saarni SI, Tiilikainen M, Kuittinen S, Honkasalo ML. Mental and somatic health and pre- and post-migration factors among older Somali refugees in Finland. *Transcult Psychiatry.* 2014;51:499-525.
77. Ornelas IJ, Perreira KM. The role of migration in the development of depressive symptoms among Latino immigrant parents in the USA. *Soc Sci Med.* 2011;73:1169-77.
78. Hwang SS, Cao Y, Xi J. Project-induced migration and depression: A panel analysis. *Soc Sci Med.* 2010;70:1765-72.
79. Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2009;69:246-57.
80. Akinyemi OO, Owoaje ET, Ige OK, Popoola OA. Comparative study of mental health and quality of life in long-term refugees and host populations in Oru-Ijebu, Southwest Nigeria. *BMC Res Notes.* 2012;5:394.
81. Lueck K, Wilson M. Acculturative stress in Latino immigrants: The impact of social, socio-psychological and migration-related factors. *Int J Intercult Relat.* 2011;35:186-95.
82. Heeren M, Wittmann L, Ehler U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status-comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr Psychiatry.* 2014;55:818-25.
83. Rasmussen A, Crager M, Baser RE, Chu T, Gany F. Onset of posttraumatic stress disorder and major depression among refugees and voluntary migrants to the United States. *J Trauma Stress.* 2012;25:705-12.
84. Torres JM, Wallace SP. Migration circumstances, psychological distress, and self-rated physical health for Latino immigrants in the United States. *Am J Public Health.* 2013;103:1619-27.
85. Gong F, Xu J, Fujishiro K, Takeuchi DT. A life course perspective on migration and mental health among Asian immigrants: The role of human agency. *Soc Sci Med.* 2011;73:1618-26.
86. Wong DF, Song HX. The resilience of migrant workers in Shanghai china: The roles of migration stress and meaning of migration. *Int J Soc Psychiatry.* 2008;54:131-43.
87. Norredam M, García-Lopez A, Keiding N, Krasnik A. Risk of mental disorders in family reunification migrants and native Danes: A register-based historically prospective cohort study. *Int J Public Health.* 2010;55:413-9.
88. Grzywacz JG, Quandt SA, Early J, Tapia J, Graham CN, Arcury TA. Leaving family for work: Ambivalence and mental health among Mexican migrant farmworker men. *J Immigr Minor Health.* 2006;8:85-97.
89. Lu Y. Rural-urban migration and health: Evidence from longitudinal data in Indonesia. *Soc Sci Med.* 2010;70:412-9.
90. Tsai SY, Sun WJ. Evaluating the satisfaction of immigrant women from a rural community regarding family functioning and health-related quality of life. *Women Health.* 2013;53:135-53.
91. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109:243-58.
92. García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Mental health in immigrants: The new challenge. *Med Clin (Barc).* 2002;118:187-91.
93. Shen BJ, Takeuchi DT. A structural model of acculturation and mental health status among Chinese Americans. *Am J Community Psychol.* 2001;29:387-418.
94. Gonidakis F, Korakakis P, Ploumpidis D, Karapavlou DA, Rogakou E, Madianos MG. The relationship between acculturation factors and symptoms of depression: A cross-sectional study with immigrants living in Athens. *Transcult Psychiatry.* 2011;48:437-54.
95. Hiott AE, Grzywacz JG, Davis SW, Quandt SA, Arcury TA. Migrant farmworker stress: Mental health implications. *J Rural Health.* 2008;24:32-9.
96. Drogendijk AN, van der Velden PG, Kleber RJ. Acculturation and post-disaster mental health problems among affected and non-affected immigrants: A comparative study. *J Affect Disord.* 2012;138:485-9.
97. Park HS, Rubin A. The mediating role of acculturative stress in the relationship between acculturation level and depression among Korean immigrants in the U.S. *Int J Intercult Relat.* 2012;36:611-23.
98. Ding H, Hargraves L. Stress-associated poor health among adult immigrants with a language barrier in the United States. *J Immigr Minor Health.* 2009;11:446-52.
99. Irfaeya M, Maxwell AE, Krämer A. Assessing psychological stress among Arab migrant women in the city of Cologne/Germany using the Community Oriented Primary Care (COPC) approach. *J Immigr Minor Health.* 2008;10:337-44.
100. Sendra-Gutiérrez JM, de Francisco Beltrán P, Iribarren M, Vargas Aragón ML. Asistencia psiquiátrica ambulatoria en la población inmigrante de Segovia (2001-2008), estudio descriptivo. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5:173-82.
101. Bobes J, Iglesias García C, García-Portilla González MP, Basca-rán MT, Jiménez Treviño L, Pelayo-Terán JM, et al. Evolución de la prevalencia administrativa de los trastornos mentales durante 13 años en Asturias (norte de España). *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2013;6:60-6.
102. Pantelidou S, Craig TK. Culture shock and social support: A survey in Greek migrant students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41:777-81.
103. Potochnick SR, Perreira KM. Depression and anxiety among first-generation immigrant Latino youth: Key correlates and implications for future research. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198:470-7.
104. Chou KL. Perceived discrimination and depression among new migrants to Hong Kong: The moderating role of social support and neighbourhood collective efficacy. *J Affect Disord.* 2012;138:63-70.
105. Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elordui N, Errami M, Rodríguez Rodríguez A, Pereda Riguera C, Vallejo de la Hoz G, et al. Relationship between migrant status and social support and quality of life in Moroccans in the Basque Country (Spain). *Gac Sanit.* 2009;23 Suppl 1:29-37.
106. Yang HJ, Wu JY, Huang SS, Lien MH, Lee TS. Perceived discrimination, family functioning, and depressive symptoms among immigrant women in Taiwan. *Arch Womens Ment Health.* 2014;17:359-66.
107. Gee GC, Ryan A, Laflamme DJ, Holt J. Self-reported discrimination and mental health status among African descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 Initiative: The added dimension of immigration. *Am J Public Health.* 2006;96:1821-8.
108. Zhang J, Li X, Fang X, Xiong Q. Discrimination experience and quality of life among rural-to-urban migrants in China: The mediation effect of expectation-reality discrepancy. *Qual Life Res.* 2009;18:291-300.
109. Wang B, Li X, Stanton B, Fang X. The influence of social stigma and discriminatory experience on psychological distress and quality of life among rural-to-urban migrants in China. *Soc Sci Med.* 2010;71:84-92.
110. Lin D, Li X, Wang B, Hong Y, Fang X, Qin X, et al. Discrimination, perceived social inequity, and mental health among rural-to-urban migrants in China. *Community Ment Health J.* 2011;47:171-80.
111. Borrell C, Muntaner C, Gil-González D, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M, Rohlfs I, et al. Perceived discrimination and health by gender, social class, and country of birth in a Southern European country. *Prev Med.* 2010;50:86-92.

112. Llácer A, Amo JD, García-Fulgueiras A, Ibáñez-Rojo V, García-Pino R, Jarrín I, et al. Discrimination and mental health in Ecuadorian immigrants in Spain. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:766–72.
113. Agudelo-Suárez AA, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García AM, Ruiz-Frutos C, et al. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*. 2011;11:652.
114. Zhang W, Hong S. Perceived discrimination and psychological distress among Asian Americans: Does education matter? *J Immigr Minor Health*. 2013;15:932–43.
115. Wong FK, Chang YL, He XS. Correlates of psychological wellbeing of children of migrant workers in Shanghai, China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44:815–24.
116. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: A metaanalytic review. *Psychol Bull*. 2009;135:531–54.
117. Chen L, Li W, He J, Wu L, Yan Z, Tang W. Mental health, duration of unemployment, and coping strategy: A cross-sectional study of unemployed migrant workers in eastern China during the economic crisis. *BMC Public Health*. 2012;12:597.
118. De Castro AB, Gee GC, Takeuchi D. Relationship between job dissatisfaction and physical and psychological health among Filipino immigrants. *AAOHNJ*. 2008;56:33–40.
119. Parrón T, Hernández AF, Pla A, Villanueva E. Clinical and biochemical changes in greenhouse sprayers chronically exposed to pesticides. *Hum Exp Toxicol*. 1996;15:957–63.
120. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health-A meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32:443–62.
121. Jurado D, Gurpegui M, Moreno O, Fernández MC, Luna JD, Gálvez R. Association of personality and work conditions with depressive symptoms. *Eur Psychiatry*. 2005;20:213–22.
122. Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N, Ingleby JD, et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*. 2011;10:2–10.

Further reading

Common mental health disorders. Identification and pathways to care. Mayo 2011. NICE clinical guideline 123 [consultado 7 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg123>