

Opinión

Estrategias para organizar la investigación y la atención en salud mental de poblaciones migrantes



Irene Falgas-Bague^{a,b,*}, Helena Llonch Valsells^c, Maria Juan Corbella^c, Francisco Collazos^{d,e} y Andrea Fernandez-Rodriguez^e

^a Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Swiss Tropical and Public Health Institute y Universidad de Basilea, Allschwil, Suiza

^b Departamento de Medicina, Harvard Medical School, Boston, Estados Unidos de América

^c Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

^d Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^e Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de septiembre de 2024

Aceptado el 14 de enero de 2025

On-line el 18 de febrero de 2025

Palabras clave:

Migrantes

Salud mental

Sistemas de salud

Política de salud

RESUMEN

Se analizan los desafíos de salud mental que enfrenta la población inmigrante en España, destacando la falta de una asistencia coordinada que responda a sus necesidades específicas. Se encuentran una elevada prevalencia de trastornos mentales, una mayor exposición a los determinantes de salud mental, y diferencias en la expresión del malestar mental y en las conductas relacionadas con el acceso y la demanda de servicios. Se presentan propuestas en varios niveles para mejorar la atención sanitaria: 1) fomentar la investigación de alto impacto, 2) ofrecer una formación rigurosa a los profesionales en humildad cultural y para la integración de agentes comunitarios de salud mental, y 3) crear centros de referencia como un cambio organizativo para mejorar la asistencia y promover políticas públicas. En conclusión, se destaca la urgencia de realizar acciones, a través de políticas públicas de salud específicas, que garanticen la atención a la salud mental de calidad y equitativa para toda la población, que cada vez es más diversa.

© 2025 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Strategies for organizing research and care in mental health for migrant populations

ABSTRACT

The mental health challenges faced by the migrant population in Spain are analyzed, emphasizing the gaps of our healthcare system to addresses their specific needs. Among these challenges are a high prevalence of mental disorders, increased exposure to mental health determinants, differences in the expression of distress, and behaviors related to access and demand for services. Proposals are presented to improve healthcare at multiple levels: 1) fostering of high-impact research, 2) providing rigorous culturally humility training for healthcare professionals and for the integration of community mental health agents, and 3) establishing reference care units as an organizational shift to enhance care and promote public health policies. In conclusion, urgent action through public health policies is necessary to ensure the best care for all.

© 2025 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La inmigración constituye un fenómeno de gran relevancia demográfica, social y económica que permite la diversificación de la población, contrarresta el envejecimiento demográfico, enriquece la cultura con nuevas aproximaciones y contribuye significativamente a la economía. Sin embargo, también plantea desafíos que requieren intervenciones y políticas específicas¹. España, históricamente país de emigrantes, ha ganado en volumen, diversidad y

riqueza cultural al ocupar la décima posición entre los principales países de destino de movimientos migratorios internacionales. Actualmente solo la población con pasado migratorio (primera generación de población migrante) representa casi el 12% de la población general², sin tener en cuenta las personas nacidas en España cuyos progenitores tienen origen migrante ni los significativos movimientos demográficos temporales¹.

La creciente literatura disponible respalda la evidencia de que las personas con antecedentes migratorios constituyen un subgrupo de población con necesidades específicas respecto a la atención en salud mental. Estas se pueden resumir en: 1) una elevada prevalencia de trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad³; 2) un incremento del riesgo de desarrollar trastornos del espectro

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: irene.falgasbage@swisstph.ch (I. Falgas-Bague).

psicótico y trastorno bipolar⁴; 3) diferencias en la expresión de los problemas de salud mental relacionadas con la cultura o el contexto de origen⁵ y 4) diferencias en las conductas relacionadas con el acceso a la salud, la demanda de servicios, la relación con el sistema de salud y las barreras para el tratamiento. Estas particularidades pueden explicarse por la combinación de la diversidad cultural de las distintas regiones del planeta y la exposición a estresores psicosociales en diferentes momentos del proceso migratorio: antes (guerra, conflictos políticos, dificultades socioeconómicas), durante (exposición a violencia de forma directa o vicaria) y, de forma más importante, después (estrés específico relacionado con procesos de asilo, estrés por aculturación, discriminación, falta de soporte social y barreras lingüísticas, de conocimiento, culturales o administrativas)⁶.

Situación actual

En España, el conocimiento acerca de las necesidades particulares en salud mental de la población migrante y su relación con el sistema sanitario es todavía limitado. Aunque todas las personas estamos expuestas a determinantes sociales de la salud, la población inmigrante se enfrenta a estos de manera desigual; existe evidencia de que esta población está más expuesta a determinantes ligados al marco legal y a las condiciones estructurales del sistema, como una mayor urbanidad, la dificultad para regularizar su situación legal y laboral, el desempleo, unas condiciones laborales precarias, las menores oportunidades laborales y de acceso al sistema general de salud, y la inseguridad en la vivienda, con más dificultades para acceder a un alquiler que los habitantes sin pasado migratorio¹. Estos factores no operan de manera aislada, sino que, en conjunto, transforman la condición migratoria en un eje central de desigualdad, ampliando las brechas sociales preexistentes y colocando a las personas inmigrantes en una posición de vulnerabilidad frente a la población autóctona. Comprender estas características incluyendo el contexto sociocultural e individual de la persona es esencial, ya que estas determinan la expresión, la percepción y los comportamientos de búsqueda de ayuda para los problemas de salud mental, y las barreras que enfrentan⁵. Las diferencias socioculturales entre el sistema, el profesional de la salud y la persona que acude al servicio, junto al desequilibrio de poder inherente a la relación entre estos, pueden generar diferencias, sesgos y prejuicios que influyen en el juicio clínico y en los resultados sobre el paso de la persona con origen migrante por los servicios de salud⁷.

En España, aunque a menudo acusados de lo contrario⁸, la población con origen migrante recurre menos a los servicios de salud, en comparación con las personas autóctonas⁹. La falta de formación sistemática en competencia cultural de los profesionales de salud, sumada a otras barreras de acceso y retención (p. ej., por falta de servicios de fácil uso de traducción simultánea o el acceso a mediadores culturales), hace que muchas veces las personas con origen migrante no reciban el abordaje adecuado por parte del sistema de salud¹⁰. Aun superando las barreras de acceso, se enfrentan a claras inequidades, incluyendo una elevada discontinuidad y una baja adherencia al tratamiento, evaluaciones diagnósticas incompletas o erróneas, prescripciones innecesarias y una mayor agresividad en el tratamiento¹¹. A su vez, los servicios especiales para la atención a los casos complejos son muy escasos, a pesar de lo imprescindible de una aproximación biopsicosocial especializada, flexible y consciente de los sesgos existentes frente a esta población¹². Todo ello sucede dentro de un marco de políticas sanitarias poco exhaustivas o claras al respecto, como demuestra la falta sistemática de evaluación de las sucesivas estrategias de salud mental del Sistema Nacional de Salud¹³.

Propuestas para la investigación y el servicio a la salud mental de la población de origen migrante (fig. 1)

Investigación

Es necesario realizar investigación de alto impacto, tanto clínica como poblacional, que genere evidencia de primer nivel y que tenga en cuenta las necesidades reales de las comunidades con origen migrante, y personas con experiencia directa. En concreto, se necesita investigación centrada en:

- Aumentar la evidencia epidemiológica para determinar la incidencia y la prevalencia de los trastornos de salud mental en la población migrante, estudios longitudinales para identificar el papel causal de los determinantes sociales, familiares e individuales de la salud mental, y para entender las dinámicas y las diferencias entre subgrupos de diferentes orígenes migratorios.
- Adoptar un enfoque transcultural y etno-psiquiátrico para mejorar la comprensión de la expresión del bienestar y la salud mental de las poblaciones migrantes, incluyendo su relación con los siste-

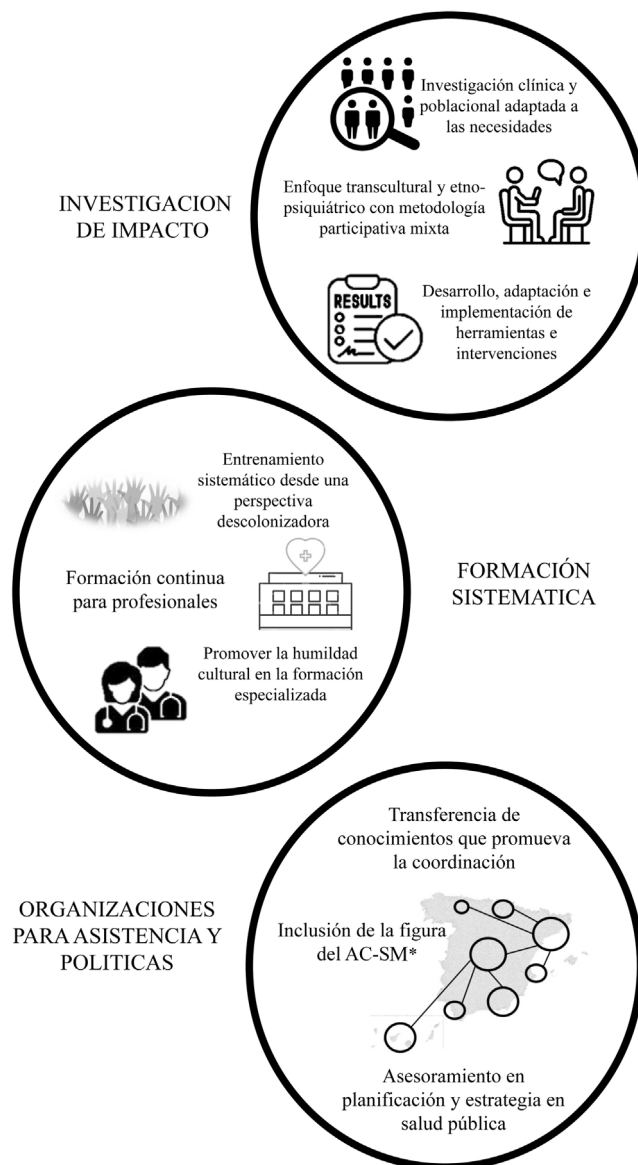


Figura 1. Propuestas para la investigación y la atención a la salud mental de la población de origen migrante. AC-SM: Agente comunitario de salud mental.

mas de salud, la heterogeneidad entre grupos de origen migrante y las conductas de búsqueda de ayuda, y promover la colaboración directa con la comunidad migrante a través de metodologías participativas, cualitativas y combinadas (*mixed-methods*), clásicas (p. ej., grupos focales) e innovadoras (p. ej., *photo-voice*).

- Adaptación cultural y desarrollo de herramientas para la detección y el manejo integral de problemas de salud mental en grupos de distintos orígenes. Esto incluye varias áreas clave, como por ejemplo instrumentos diagnósticos culturalmente adaptados que permitan una evaluación más adecuada o la adaptación cultural de intervenciones basadas en la evidencia asegurando la sensibilidad hacia las particularidades culturales de cada grupo, y el desarrollo de nuevas intervenciones, tanto individuales como comunitarias, orientadas a mejorar el bienestar general. También la exploración del uso de la inteligencia artificial para la detección precoz de problemas de salud mental, que tiene el potencial de analizar grandes volúmenes de datos de manera rápida y eficaz, identificando patrones y factores de riesgo de forma temprana, como ya ocurre en otras áreas de salud. Los recientes estudios usando inteligencia artificial sugieren resultados prometedores para la monitorización de los síntomas o el cribado, y un mejor estado de salud física y mental, al facilitar el acceso a información y servicios personalizados¹⁴.
- Investigar la efectividad y la implementación de intervenciones basadas en la evidencia, culturalmente relevantes, para mejorar la salud mental y el bienestar de estas poblaciones, mediante ensayos clínicos aleatorizados y aplicación de la ciencia de la implementación. Por ejemplo, el uso del marco conceptual para evaluar la implementación de nuevos programas RE-AIM (acrónimo de *Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance* [alcance, efectividad, adopción, implementación y mantenimiento]) es un enfoque de evaluación no solo para analizar los resultados de las intervenciones, sino también para evaluar los procesos de su implementación y mantenimiento a largo plazo. Este marco se centra de manera explícita en los problemas, las dimensiones y los pasos en el proceso de diseño, difusión e implementación, que pueden facilitar o dificultar el éxito en lograr un impacto amplio y equitativo sobre la salud pública de la sociedad. Además, RE-AIM ayuda a corregir la tendencia histórica a priorizar la validez interna sobre la externa, acercando los avances científicos a la práctica de manera más efectiva¹⁵.

Formación

El segundo nivel consiste en ofrecer una formación rigurosa para la nueva integración de agentes comunitarios de salud mental y formación sistemática en humildad cultural usando una perspectiva descolonizadora, distanciándose de la narrativa eurocentrista, que promueva la revisión y la reflexión crítica para todos los profesionales del sistema sanitario sobre las estructuras que perpetúan desigualdades en la atención sanitaria y los valores, asunciones y prejuicios propios, así como su influencia en la práctica profesional.

El agente comunitario de salud mental se define como un/una profesional, miembro del colectivo diana, formado/a específicamente para ello e integrado/a en los equipos interdisciplinarios de salud mental, que tiene como objetivo ser el enlace entre los servicios y la población que se pretende servir¹⁶. El entrenamiento sistemático en humildad cultural, el abordaje psicosocial de los problemas más comunes en la población de origen migrante y la provisión de intervenciones psicosociales respaldadas por la evidencia, tanto por profesionales de la salud como del ámbito de los servicios sociales y educativos, son fundamentales para asegurar una atención de calidad para todas las personas, sin importar su procedencia.

Organizaciones, asistencia y políticas

Por último, en un tercer nivel planteamos un cambio organizativo para mejorar la asistencia y la promoción de políticas públicas mediante la comunicación directa con instituciones gubernamentales. Proponemos la optimización del acceso al tratamiento de salud mental de alta calidad a través de programas especializados de referencia con equipos expertos interdisciplinarios y promoviendo la figura del agente comunitario de salud mental. Basándose en el modelo *hub-spokes*, estos centros promueven la transferencia de conocimiento específico a zonas sin personal especializado y permiten una adecuada colaboración y coordinación entre los distintos niveles, tanto en el ámbito regional (local, provincial, autonómico y nacional) como en los agentes de acción (educativo, salud, servicios sociales). Cada programa especializado debería incorporar agentes comunitarios de salud mental que respondieran al perfil sociocultural de la región que atienden. El agente desarrolla funciones propias de soporte en el análisis y la detección de necesidades, actividades relacionadas con la desestigmatización de la salud mental y su tratamiento, movilización comunitaria y provisión de intervenciones psicosociales basadas en la evidencia, así como contribución en el diseño y el desarrollo de proyectos de investigación¹⁶.

A su vez, esta red constituiría un punto de referencia para ofrecer servicios de asesoría que influyeran en las políticas sanitarias, informar para la elaboración de guías clínicas y guiar la normativa tanto nacional como local (p. ej., guías oficiales para la atención a la salud mental a solicitantes de asilo durante su estancia en centros de internamiento). Actualmente existe un consenso internacional sobre el papel central de la competencia cultural para una buena práctica clínica. Son varios los países que han hecho esfuerzos significativos para integrar esta visión en la estructura base de su sistema sanitario, incluyendo planes nacionales de salud mental específicos para población de mayor riesgo, formación continuada de sus profesionales, integración de agentes comunitarios de salud mental, etc. En Canadá, por ejemplo, se estableció la primera sección de estudio de psiquiatría transcultural en 1955, la cual ha crecido hasta convertirse en la base sobre la que se han ido articulando otros departamentos y servicios¹⁷. En el Reino Unido, The Migration Observatory en la Universidad de Oxford tiene una perspectiva similar y ha liderado iniciativas públicas como la *Mental Health: Migrant Health Guide*, establecida por el sistema de salud británico en 2017. Asimismo, algunas asociaciones profesionales, como el Royal College of Psychiatrists, fomentan la competencia cultural mediante conferencias anuales y programas de formación que, en conjunto, estructuran un plan de acción coordinado. Otros países que trabajan en la misma línea son los Estados Unidos, Australia y Dinamarca¹⁷.

Estos ejemplos sirven de referencia al adoptar enfoques similares para mejorar la atención a la salud mental en la población migrante en España. Es crucial la existencia de organismos que permitan la comunicación entre iniciativas y coordinen las acciones, asegurando que los esfuerzos de formación e intervención, así como las líneas de investigación existentes, no pasen desapercibidos y respondan a una estrategia de salud pública común.

Consideraciones finales

La salud mental de la población inmigrante es un reto para la salud pública que requiere un enfoque integral y coordinado. Las propuestas presentadas representan un marco para mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud mental en España.

En primer lugar, el énfasis en una estrategia potente de investigación permitirá una base de conocimiento sólida sobre la epidemiología de los problemas de salud mental en esta población,

las diferencias culturales que influyen en su expresión y los comportamientos de búsqueda de ayuda. Esta evidencia es requisito fundamental para el desarrollo de intervenciones efectivas, además de guiar políticas públicas informadas. En cuanto a la formación, promover la competencia cultural entre los profesionales que constituyen el sistema es un paso esencial para asegurar una atención en salud mental sin sesgos, equitativa e inclusiva. Una mayor sensibilización va más allá de brindar una atención comprensiva que responda a las necesidades inmediatas de esta población, pues debe promover un ambiente abierto y de respeto a la diversidad cultural de nuestra sociedad. Finalmente, la creación de programas especializados como puntos de referencia que cuenten con la figura del agente comunitario de salud mental fortalecerá la infraestructura sociosanitaria de España a la vez que hará posible la implementación integrada de las propuestas planteadas. Se trata de programas de anclaje que se impliquen en objetivos a todos los niveles, desde los agentes comunitarios de salud mental que actuarían como puente entre las comunidades y los servicios, promoviendo la confianza y la adherencia a las intervenciones, hasta los profesionales que se encargarían del asesoramiento a las figuras competentes en la Administración.

Estas propuestas contribuyen a la formulación de políticas públicas adaptadas a la realidad de la población actual, promueven la comunicación intersectorial de los ámbitos sanitario, educativo y social, y conducen a una mejora de la experiencia individual de las personas con origen migrante a su paso por el sistema de salud.

Editor responsable del artículo

Alberto Lana.

Contribuciones de autoría

Todas las personas firmantes han contribuido expresando la necesidad de la elaboración de este documento, y han aportado las ideas clave que debían aparecer en él. I. Falgas-Bague y A. Fernández Rodríguez redactaron el texto inicial. I. Falgas-Bague supervisó la redacción del manuscrito. Todas las personas firmantes revisaron y aprobaron la versión final del trabajo.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Consejo Económico y Social. Informe 02-2019. La inmigración en España: efectos y oportunidades. Madrid: Consejo Económico y Social; 2019. Disponible en: <https://www.ces.es/documents/10180/5209150/Inf0219.pdf>.
2. Instituto Nacional de Estadística. Población extranjera por nacionalidad, sexo y año. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2022. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=01005.px>.
3. James PB, Renzaho AM, Mwanri L, et al. The prevalence of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder among African migrants: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2022;317:114899.
4. Falgas-Bague I, Cruz-González M, Zhen-Duan J, et al. Association of sociocultural stressors with bipolar disorder onset in Puerto Rican youth growing up as members of a minoritized ethnic group: results from the Boricua Youth Longitudinal Study. *Lancet Reg Health Am*. 2023;24:100549.
5. Lewis-Fernández R, Kirmayer LJ. Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: understanding symptom experience and expression in context. *Transcultural Psychiatry*. 2019;56:786–803.
6. Riza E, Karnaki P, Gil-Salmerón A, et al. Determinants of refugee and migrant health status in 10 European countries: the Mig-HealthCare project. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:6353.
7. Alegría M, Álvarez K, Falgas-Bague I. Clinical care across cultures. *JAMA Psychiatry*. 2017;74:865.
8. Casado RM, de Arce Borda R. Inmigración economía pública: prejuicios, mitos y percepciones erróneas del caso de España. *Revista CENTRA de Ciencias Sociales*. 2022;1:53–78.
9. Foro para la Integración Social de los Inmigrantes. Situación de las personas migrantes y refugiadas en España. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones; 2024. Disponible en: https://www.foroinmigracion.es/documents/1652165/4998667/INFORME.FISI.2023_accesible.pdf/eec715ec-0204-9f7f-9ed2-752b7e404a09?t=1719902353115.
10. Pena Díaz C. La comunicación intercultural en el sistema público de salud mental en España. *Onomázein. Revista de Lingüística, Filología y Traducción*. 2024;(NE XIII):19–38.
11. Rousseau C, Frounfelker RL. Mental health needs and services for migrants: an overview for primary care providers. *J Travel Med*. 2019;26, tay150.
12. Álvarez MR, Llorente AHA, del Llano Señarís JE. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Rev Española Salud Pública*. 2022;96:68.
13. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf.
14. Drydakis N. Mobile applications aiming to facilitate immigrants' societal integration and overall level of integration, health and mental health. Does artificial intelligence enhance outcomes? *Comput Hum Behav*. 2021;117:106661.
15. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, et al. RE-AIM planning and evaluation framework: adapting to new science and practice with a 20-year review. *Front Public Health*. 2019;7:64.
16. Payne J, Razi S, Emery K, et al. Integrating community health workers (CHWs) into health care organizations. *J Commun Health*. 2017;42:983–90.
17. Kirmayer LJ, Fung K, Rousseau C, et al. Guidelines for training in cultural psychiatry. *Can J Psychiatry*. 2021;66:195–246.