A. Qureshi¹
F. Collazos^{1,2}
M. Ramos¹
M. Casas^{1,2}

Aculturación y espiritualidad

¹Department of Psychiatry
Hospital Universitari Vall d'Hebron
CIBERSAM
Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona

²Department of Psychiatry and Legal Medicine
Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona

RESUMEN

Se considera que la espiritualidad es un factor de protección en salud mental, y se reconoce que está muy presente en inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo. Por otro lado, la aculturación a la cultura anfitriona podría implicar un descenso de los niveles de espiritualidad, al adoptar el inmigrante los hábitos y costumbres de la cultura anfitriona. Conceptualmente, no está claro cómo la espiritualidad y la aculturación interactúan en relación con la salud mental. A lo largo de este artículo se tratará de arrojar luz sobre la compleja relación entre la espiritualidad y la aculturación, analizando los conceptos de aculturación y estrés aculturativo en el contexto del proceso de estrés aculturativo. Se sugerirá que la espiritualidad implica una importante estrategia de afrontamiento que puede ser activada a priori o como una respuesta al malestar mental, funcionando así diferencialmente como factor de protección *versus* la respuesta de afrontamiento. Más allá de esto, la investigación revisada demuestra que el contexto social del grupo inmigrante en cuestión tiene efecto en cómo la espiritualidad y la aculturación impactan en la salud mental. Se concluye que la relación entre espiritualidad y aculturación es compleja y multifactorial.

Palabras clave: Aculturación, Espiritualidad, Estrés aculturativo, Inmigración, Salud mental

ACCULTURATION AND SPIRITUALITY

Spirituality is understood to be a protective factor for mental health, and is also understood to be highly present in immigrants from the developing world. Acculturation to the host culture, on the other hand, would imply lowered levels of spirituality as the immigrant adopts the habits and customs of the host culture. Conceptually, it is unclear how spirituality and acculturation interact in relation to mental

health. The notion of acculturation and acculturative stress as well as the relationship between migration and mental health are elucidated in order to shed light on the complex relationship between spirituality and acculturation, which is analyzed in the context of the acculturative stress process. It will be suggested that spirituality comprises an important coping strategy that may be enacted prior to or as a response to mental distress, thus functioning differentially as a protective factor versus coping response. Further, research reviewed demonstrates that the social context of the immigrant group in question has an effect on how spirituality and acculturation impact mental health. It is concluded that the relationship between spirituality and acculturation is complex and multifactorial.

Key words: Acculturation, Spirituality, Acculturative stress, Immigration, Mental health

La espiritualidad y la religiosidad se están incorporando progresivamente a la conceptualización de la salud mental, en la medida que un modelo "biosociopsicoespiritual" pudiera ser sostenible. En general, la espiritualidad se contempla desde dos enfoques: el "de la salud" y el "de la patología". Por un lado, la religiosidad y la espiritualidad se pueden considerar importantes factores para el bienestar mental, y por otro lado, varios tipos de creencias espirituales y religiosas se podrían incluir como síntomas en el marco de algún trastorno enfermedad mental. El grueso de la atención prestada recientemente en psiquiatría y psicología a estos temas se ha focalizado en los aspectos protectores y funcionales de la espiritualidad y la religión¹⁻⁴.

Un argumento común que se encuentra en mucha de la literatura es que las sociedades "tradicionales"—las no "occidentales"—son más religiosas y/o espirituales⁵, y en ellas la religión y la espiritualidad juegan un importante papel protector y de refuerzo de la salud, funcionando como estrategia de afrontamiento. La aculturación, entendida como la incorporación de las normas de la cultura anfitriona, el idioma y las costumbres, está relacionada generalmente con una mejor salud mental^{6,7}. Este punto de vista de la acultu-

Correspondencia:
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Vall d'Hebron
Pg. Vall d'Hebron 119-129
08035 Barcelona
Correo electrónico: asfqureshi@gmail.com

ración implicaría el rechazo de los valores más tradicionales de la cultura de origen, entre los que la espiritualidad y la religiosidad son más importantes que en la cultura anfitriona. De este modo la literatura sugiere dos perspectivas aparentemente contradictorias en la relación entre aculturación y espiritualidad, ambos constructos complejos, que interactúan multifactorialmente en la relación con la salud mental y que serán exploradas con más detalle en este artículo.

Espiritualidad y religiosidad

Espiritualidad y religión*, de una manera u otra, están relacionadas con la trascendencia en el contexto de la existencia y el significado de la vida. En efecto, los autores señalan que hay un solapamiento considerable entre los constructos, en la medida en que Zinnbauer y Pargament⁸ sostienen que:

La espiritualidad es definida como la búsqueda de manera personal de lo sagrado personal o grupalmente. La religiosidad es definida como la búsqueda de lo sagrado personal o grupalmente que ocurre dentro de un contexto tradicional sagrado. (p. 35).

Aunque algunos defensores de la espiritualidad afirman que es un proceso eminentemente personal, Zinnbauer y Pargament argumentan que:

La espiritualidad siempre se manifiesta dentro de un contexto...cultura, comunidad, sociedad, familia y tradición existen como un crisol dentro del que se desarrolla la espiritualidad, o las bases desde las cuales se diferencia. (p. 35-36).

En el contexto de la inmigración, esto está aún mucho más relacionado y la investigación indica que la conexión entre la espiritualidad y su contexto cultural afecta a sus muchas manifestaciones, como desarrollaremos más adelante. Una distinción importante para los propósitos de este artículo, tiene que ver con la religión *extrínseca versus* lo *intrínseca*. La primera es la aproximación más formalista, también conocida como la de los fines espirituales, la que concierne a las metas no sagradas; mientras que la última, también conocida como la de los medios espirituales, concierne a aquello que está focalizado directamente en lo sagrado o trascendente. Para este fin, la espiritualidad, en relación a sí misma está asociada o no a una religión⁹ particular, es más subjetiva y efímera, presentándose como elusiva a la medida, mientras que la religión, al menos la *extrínseca*, es claramente más concreta, al incluir acciones específicas como, por ejemplo, ir a la iglesia o rezar.

* Aunque hay claras diferencias entre espiritualidad y religiosidad, para el propósito de este artículo los dos términos se usarán de manera equivalente.

La espiritualidad y la salud mental

La importancia de una cultura en relación a la salud mental, particularmente en el contexto de la espiritualidad, puede comprenderse teniendo en cuenta la forma en que se produce la experiencia, la expresión y la explicación tanto de las emociones como del malestar, así como las expectativas concernientes al tratamiento, curso y resultado de la enfermedad mental. La considerable variabilidad que se encuentra tras las culturas dificulta incluso el conocimiento más básico de las diferencias culturales de los pacientes en salud mental. Dicho brevemente, la variabilidad cultural cuestiona la identificación de los síntomas psiquiátricos y su relación con el trastorno mental.

Experiencia

Hay cada vez más evidencias desde diferentes perspectivas conceptuales y empíricas de que la experiencia, incluso a nivel físico, está mediada. La investigación sobre el llamado "cerebro cultural" y la plasticidad neuronal sostiene que las interacciones con el ambiente—cultura—desde el nacimiento en adelante, influyen sobre la experiencia y cómo se procesa la información¹⁰. Esto implica que la manera en que una persona experimenta un estado particular, externa o internamente, no es por sí mismo neutral, sino que está condicionado culturalmente. En el contexto de la espiritualidad, esto puede suponer que lo que se experimenta como "natural" en un contexto cultural puede ser experimentado como "mágico" en otro.

Expresión

Está razonablemente bien establecido que el sufrimiento mental se expresa a través de "expresiones de malestar"¹¹ culturalmente normativas. Los niveles o formas de expresividad varían en función de las culturas, como se observa en la expresividad de los "estoicos" europeos del norte versus los "emotivos" del sur de Europa. Una de las críticas más comunes de los sistemas nosológicos occidentales, es que tienden a consagrar una expresión local normativa como universal¹². La expresión del sufrimiento—un síntoma—es en parte culturalmente normativa, lo que significa que en una cultura en la que la espiritualidad está más presente, se puede esperar que la expresión del malestar siga la norma. La creencia en los espíritus, por ejemplo, puede ocasionar que una persona hable con antecesores muertos. Desde una perspectiva occidental, esto podría ser visto como un síntoma de alucinaciones o delirios, sin embargo, desde otras perspectivas culturales, no sería sólo normativo, sino hasta funcional. La expresión espiritual relacionada con el malestar puede ser difícil de descifrar para los clínicos formados en Occidente dado que lo que puede ser normativo y funcional en el contexto cultural del paciente, podría ser patológico en el del clínico.

Explicación

Las explicaciones sobre el sufrimiento son culturalmente contingentes¹³. La psiquiatría es una especialidad decididamente modernista, en la que la causalidad está en función de las leyes de la naturaleza, el locus de control es interno, y el ser humano es el centro del universo. En contraste, muchos pacientes inmigrantes proceden de culturas caracterizadas por una perspectiva epistémica preclásica, lo que supone una causalidad sobrenatural, que está frecuentemente relacionada con un *locus* de control externo, con Dios (o el equivalente del mismo) en el centro del universo¹⁴. Las muchas nociones de lo "mental" y la "psyche" son definidas dentro del dualismo cartesiano, lo que no significa que de ningún modo esto sea universal¹⁵.¹⁶ De esta manera, la forma en que se entiende y se explica el malestar mental puede variar considerablemente a través de las culturas, particularmente cuando una persona tiene una espiritualidad alta. Una explicación espiritual o sobrenatural del sufrimiento puede parecer sintomática de psicopatología y este hecho puede llevar fácilmente a un diagnóstico equivocado. Es más, un "conflicto de modelos explicativos" puede también acabar en observaciones clínicas como "el paciente tiene poca conciencia de enfermedad" o "niega la patología" o "tiene problemas al contrastar la realidad" cuando de hecho el paciente tiene más que claros sus problemas, sólo que desde una perspectiva distinta de la del clínico.

Expectativas

El tratamiento en salud mental se establece sobre las bases epistemológicas de la ciencia y la medicina y, para ese fin, el tratamiento es "biopsicosocial"¹⁶⁻¹⁹. Las intervenciones psiquiátricas y psicológicas asumen que el tratamiento debe estar dirigido a dinámicas biológicas, psicológicas y/o sociales, todo lo cual es lo que más o menos esperaría un paciente que compartiera la misma visión epistémica. Sin embargo, si una persona experimenta y entiende el problema como espiritual, con una causalidad sobrenatural, entonces es probable que él o ella esperen que el tratamiento tenga un objetivo concordante. Por este motivo, un tratamiento biológico o psicosocial puede ser no esperado o deseado, lo que puede ocasionar un abandono temprano del tratamiento y/o pobre adherencia al mismo.

Claramente, todos estos "ejes" están relacionados y en su conjunto pueden acarrear una serie de complicaciones, *cuanto más "espiritual" sea el paciente inmigrante en su visión del mundo*. Como se mostrará más adelante, la investigación que existe sobre aculturación y espiritualidad indica que la espiritualidad está asociada con una mayor distancia percibida, con la identidad étnica y con un grado más bajo de adaptación a la cultura anfitriona.

La baja aculturación está asociada con más "ejes". Está también asociada con una mayor distancia percibida de las dos culturas así como de la salud mental predominante. La baja aculturación y la espiritualidad están también asociadas con un mayor uso de recursos de salud complementarios o tradicionales^{20, 21}. Esto puede ir en paralelo al uso de los servicios de salud mental establecidos; sin embargo, son usados con frecuencia como primera opción. Dados los "ejes" opuestos, la baja aculturación y la alta espiritualidad están asociadas con un menor uso y/o más tardío de los servicios de salud mental, así como con falsos positivos, dado que la expresión y la explicación no son normativas para la psiquiatría. Teniendo todo esto en cuenta, un mayor sufrimiento puede deberse al acceso más tardío a los servicios de salud mental, a un diagnóstico erróneo y a su tratamiento erróneo o inadecuado relacionado.

Espiritualidad e inmigración

En general, los expertos multiculturales consideran la espiritualidad como un recurso positivo para los inmigrantes, que cumple a la vez una serie de funciones protectoras, lo que puede ser entendido en términos de religión "intrínseca" y "extrínseca"^{22, 23}. Intrínsecamente, la espiritualidad puede proporcionar alivio en el afrontamiento de un problema derivado de la crisis existencial causada por las pérdidas, cambios y dolor que la inmigración trae consigo. Cuando el proceso migratorio amenaza con minar el sentido de significación de la vida, dada la complejidad y dificultad que implica, la espiritualidad puede suministrar respuestas y un espacio de contemplación. Extrínsecamente, la asistencia a los servicios religiosos, por ejemplo, puede suministrar un espacio concreto de protección y seguridad que resulta familiar, así como también una actividad que mantenga a la persona en contacto y comprometida, evitando el aislamiento. Cuanto más aislado se siente un inmigrante de la cultura predominante, hay más probabilidad de que se sumerja en prácticas religiosas²⁴. Es más, cuanto más se identifica una persona con la cultura de origen, más se implica religiosamente. Todo esto tiene gran lógica: religión y espiritualidad tienen ambas la función de alivio sagrado y profano del sufrimiento.

Sin embargo, quedan pendientes cuestiones, como la de la direccionalidad. Puede darse el caso de inmigrantes que son más espirituales sufriendo menos trastornos mentales, considerando que la espiritualidad tiene una función protectora.

Podría también suceder; sin embargo, que una gran espiritualidad esté relacionada con una menor adaptación a la cultura anfitriona, lo que puede tener a su vez un impacto negativo en salud mental. También podría suceder que aquellos inmigrantes que perciben mayor distancia por discriminación o por diferencias culturales sufran malestar

y se vuelvan hacia la espiritualidad y/o religión como una estrategia de afrontamiento. De hecho, como veremos más adelante, la investigación sugiere que esto podría ser una combinación de estos factores.

La pregunta de si la relación entre espiritualidad y religión puede ser formulada por sí misma sobre la noción occidental de que hay un aspecto "no-espiritual" del ser, está ejemplificada en la división Iglesia-Estado. Si tal diferenciación no existe, entonces estar "enculturado" dentro de la cultura de uno por definición también significa que uno es religioso o espiritual, lo que podría confundir los hallazgos de las investigaciones discutidas más adelante.

Migración y salud mental

La relación entre migración y salud mental puede ser entendida desde dos perspectivas diferentes, cada una de las cuales es contraria a la otra. Una posibilidad, la "hipótesis de aculturación", sostiene que el tiempo en el país anfitrión correlaciona positivamente con la salud mental. La idea es que entre las secuelas inmediatas de la llegada a un nuevo país, los inmigrantes afrontan considerables dificultades en la adaptación a una nueva cultura, la cual, con el tiempo, disminuye y concomitantemente, mejora la salud mental. Una mayor adaptación al país anfitrión es beneficiosa y la inmigración, por sí misma, un factor de riesgo⁷. Desde una perspectiva como ésta, la implicación espiritual posiblemente disminuiría con el tiempo según el inmigrante se aculture a la cultura anfitriona.

"La paradoja del inmigrante" es contraintuitiva, con su afirmación de que el tiempo en el país anfitrión está inversamente relacionado con la salud mental^{25, 26}. La idea es que más que reducir el estrés con la adaptación al país anfitrión, el estrés aumenta cuando el individuo descubre que la exposición al país anfitrión y su propia cultura entran en conflicto, debido a la discriminación y las dificultades en la consecución de las expectativas de la inmigración, lo que en lugar de disminuir con el tiempo se vuelve más prominente. El inmigrante, que a la llegada estaba lleno de expectativas positivas y factores de protección específicamente culturales como la fuerza de los lazos grupales, encuentra que, a pesar de todos los esfuerzos, sigue siendo visto como un "extraño", encuentra que el "sueño" no es tan fácil de conseguir, teniendo como consecuencia un alto sufrimiento mental.

La investigación en este sentido está dividida, sin embargo se podría decir que está en función de grupos concretos de población en contextos específicos: los latinos en Estados Unidos parecen seguir el modelo de la "paradoja del inmigrante"²⁵, mientras que los marroquíes y turcos en Bélgica siguen la hipótesis de la aculturación²⁷. De hecho estos hallazgos "contradictorios" indican mayor complejidad de la relación entre migración y salud mental, y en este sentido, sugiere que se necesita incluir múltiples variables en la ecuación.

Aculturación

El concepto de aculturación se introdujo inicialmente como un proceso antropológico a nivel grupal, concerniente a los cambios que suceden en un contexto de contacto cultural. La noción de aculturación psicológica es más reciente, y concierne al impacto del contacto cultural a nivel individual. Convencionalmente, y en un lenguaje común, la "aculturación" es el proceso de adaptación a una nueva cultura, normalmente la del país anfitrión o del grupo mayoritario²⁶. Esta perspectiva está recogida en las primeras aproximaciones "unidimensionales", las cuales contemplaban la aculturación como un tipo de proceso de suma cero, en el que la mayor adaptación a la cultura anfitriona estaba inversamente relacionada con la disminución de la identificación con la cultura de origen. En términos generales, las aproximaciones unidimensionales han sido reemplazadas por perspectivas bidimensionales (o de hecho perspectivas multidimensionales), en las cuales la cultura de origen y la anfitriona se consideran ortogonales. Desde esta perspectiva, uno puede tener cualquier combinación de inmersión de la cultura de origen y la anfitriona, desde la separación (alta cultura de origen, baja cultura anfitriona) a la asimilación (baja cultura de origen, alta cultura anfitriona) o la integración (alta ambas)²⁸. Una cuarta "opción" es la marginalización, en las que ambas culturas son bajas, sin embargo este concepto se ha criticado por ser conceptualmente débil²⁹.

Una crítica a la noción de "estrategias de aculturación", y que es tenida en cuenta por el autor del modelo bidimensional más popular, John Berry, es que la opción de integración es sólo viable en contextos socio-políticos en los cuales hay varios tipos de "verdadera" aceptación de la inmigración y miembros de grupos minoritarios. Si hay un alto sentimiento antiinmigrante en el país anfitrión, con una legislación mínima multicultural o pluricultural, se presentarían cualquier tipo de integración de las dos altamente problemáticas²⁸ (ver Rudmin 2003²⁹ para una crítica exhaustiva del modelo de Berry). Este artículo usará el término en su sentido menos técnico, refiriéndose a la mayor inmersión en la cultura anfitriona.

Aculturación y salud mental

Se cree popularmente que la integración es la estrategia óptima de aculturación, seguida de la asimilación y la separación, aunque, hay que admitir que estas estrategias pueden estar moduladas por el contexto sociocultural. Sin embargo, un cuerpo creciente de investigación está planteando cuestiones importantes en la investigación. Los investigadores empezaron a observar lo que denominaron "la paradoja de la salud inmigrante" en la que se encontró que los inmigrantes tenían mejor salud mental que los nativos y además observaron que el tiempo en el país anfitrión correlacionaba negativamente con la salud mental^{25, 30}. La inves-

tigación en este área no es concluyente, sin embargo, estudios epidemiológicos significativos llevados a cabo en EE.UU. han encontrado no sólo que los inmigrantes tienen mejor salud mental que los nativos, sino que los hijos de los inmigrantes, que pueden estar razonablemente bien adaptados, muestran peor salud mental que sus padres inmigrantes³¹. Es más, la investigación muestra que la "densidad étnica"—altas proporciones de inmigrantes en la misma región—funciona como un factor protector, indicando que la "integración" por sí misma no es necesariamente relevante para la salud mental^{32, 33}. La aculturación, se considera como relacionada con la salud mental en el grado en que la estrategia particular usada coloca a cada individuo en situación de mayor o menor riesgo²⁸.

Estrés aculturativo: factores de riesgo y de protección

Los investigadores han apoyado progresivamente los modelos "de amortiguación", en los que se plantean una serie de factores que median y /o moderan la relación entre migración y salud mental, que quizás se expliquen mejor dentro del proceso de estrés³⁴. Desde esta perspectiva, no es la aculturación *per se* la que es mejor o peor para la salud mental, sino más bien el estrés asociado con el proceso de migración. Para este fin, los investigadores han focalizado su atención en el estrés aculturativo, que atañe al estrés generado por el proceso migratorio^{26, 35-37}. Basado en el modelo de estrés transaccional de Lazarus y Folkman³⁸ y en el modelo del proceso de estrés de Pearlin³⁹, el estrés del inmigrante es un proceso complejo que es en gran medida una función, no tanto del evento particular o condición que puede dar lugar al estrés, sino más bien de la capacidad del individuo para manejar el evento o la condición en función de los recursos internos y externos disponibles, así como del contexto social general. La espiritualidad puede ser entendida tanto como un recurso interno (o psicológico)—una estrategia de afrontamiento— como un recurso externo—el grado de participación en los servicios religiosos pueden servir de entrada a una red social.

Afrontamiento religioso

La espiritualidad y la religión pueden proporcionar una respuesta a la poderosa crisis existencial que la inmigración puede provocar relacionada con los cambios de rol, identidad, estatus y similares. Es más, la religión proporciona no sólo un significado existencial, sino también un sentido de pertenencia, comunidad, apoyo social y sentido de la legitimidad moral. El afrontamiento religioso o espiritual ha sido operativizado como un medio de dar sentido a la vida durante tiempos de crisis. Pargament et al.⁴⁰ identificaron dos clases de afrontamiento religiosos, uno que se caracteriza por una respuesta positiva hacia la religión, en el que la re-

ligión cumple una función de apoyo, y otro negativo, en el que el individuo se cuestiona los aspectos claves y fundamentales de su religión.

En un estudio llevado a cabo en Holanda con nativos holandeses e inmigrantes de Turquía, Marruecos y del Surinam/Antillas, Braam et al.⁴¹, se examinó el afrontamiento religioso, el comportamiento religioso y la depresión. Los inmigrantes, en comparación con los nativos holandeses, presentaron más un tipo de afrontamiento positivo que negativo. La estrategia de afrontamiento negativo más común fue la valoración de castigo, especialmente entre turcos y marroquíes. Los turcos fueron particularmente propensos a sentir que habían sido abandonados por Dios, lo que los autores consideran relacionado con el proceso de secularización llevado a cabo en Turquía en el último siglo. La duda sobre la existencia de Dios fue mínima en los turcos y marroquíes, lo que podría estar condicionado por la preocupación de que el entrevistador los viera como no musulmanes. Las bajas puntuaciones de afrontamiento negativo de los marroquíes podrían estar en función del colectivismo y de la importancia de la religión en la vida diaria.

El afrontamiento religioso positivo está asociado con depresión sub-umbral, sugiriendo que las personas recurren a la religión para afrontar el malestar mental, y que este tipo de afrontamiento puede ser un medio efectivo para mantener controlada la intensidad de la depresión. Los autores también encontraron una correlación entre la frecuencia de oración y el afrontamiento religioso positivo, sugiriendo que de hecho la espiritualidad ocurre en un contexto particular. El afrontamiento religioso negativo estaba asociado positivamente con síntomas depresivos y depresión, particularmente frente al sentimiento de abandono por Dios...

La oración y la asistencia a la mezquita estaban asociadas con niveles más bajos de síntomas depresivos en marroquíes, sugiriendo o bien que esas actividades extrínsecas son estrategias de afrontamiento efectivas o que los marroquíes deprimidos no participan en las actividades religiosas. En cambio, la oración y la asistencia a la mezquita o al templo estaban asociadas con *mayores* niveles de deprimidos en árabes que en hindús del Surinam. Esto podría indicar que para los surinameses las actividades religiosas extrínsecas son ineficaces, o que los individuos depresivos hacen uso de las actividades religiosas como una estrategia de afrontamiento, apoyado en parte por el hallazgo de que las actividades religiosas no estaban asociadas con el trastorno depresivo.

Dunn y O'Brien⁴² examinaron el afrontamiento religioso, el estrés percibido, el apoyo social y la salud psicológica en una población inmigrante centroamericana de El Salvador y Guatemala bien adaptada. Aunque el estrés percibido estaba asociado con ansiedad, los niveles fueron de bajos a moderados en la muestra. El afrontamiento religioso y el apoyo social, al contrario de lo esperado, no estaba asociado con

la salud mental. Los autores sugieren que esto puede deberse a los relativamente bajos niveles de estrés, ansiedad y depresión; y que, si hubiesen sido mayores, entonces el afrontamiento religioso habría jugado un papel importante.

De la investigación disponible parecería que el afrontamiento religioso es relevante frente al malestar mental, es decir, si la vida es, más o menos, no problemática, el afrontamiento religioso no se desarrolla, una noción que da crédito al modelo del proceso de estrés.

Aculturación, espiritualidad y salud mental

Los pocos estudios que examinan la relación entre aculturación, espiritualidad y salud mental se aproximan al asunto con hipótesis opuestas. En un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos con inmigrantes mexicanos en California, Ellison et al.⁴³ encontraron que la importancia de la religión y la asistencia religiosa estaban inversamente asociadas con síntomas depresivos, por un lado, y por otro, que la religiosidad sirve para exacerbar la asociación positiva entre el estrés y síntomas depresivos. Curiosamente, los autores del estudio no contemplan la posibilidad de que esta asociación pueda estar relacionada con dificultades en la adaptación que ocurren en la depresión, lo que, a su vez lleva al individuo a buscar soluciones a través de la religión.

Friedman y Saragolou²⁴, en un estudio llevado a cabo en Bélgica, hipotizaron que la religiosidad inmigrante estaría percibida negativamente por la cultura anfitriona, dando lugar a la percepción de una gran diferencia cultural, lo que a su vez estaría asociado con niveles menores de aculturación. Es más, anticiparon que la religiosidad estaría asociada negativamente con la autoestima y positivamente asociada con la depresión. Los autores encontraron apoyo para el efecto de aculturación de distancia percibida y espiritualidad tanto en inmigrantes estigmatizados (musulmanes) como en no estigmatizados, sin embargo, la relación con la autoestima y la depresión se encontró sólo en musulmanes inmigrantes. Por otro lado, Amer y Hovey⁴⁴, en un estudio que estudiaba árabes que inmigraron a los Estados Unidos, encontraron que los inmigrantes árabes cristianos mostraban patrones consistentes con la teoría de la aculturación (una mayor aculturación está asociada con la salud mental), mientras que para los musulmanes, la integración no estaba asociada con la salud mental, y la religiosidad estaba asociada con el funcionamiento familiar y la salud mental. Los inmigrantes musulmanes parecen estar particularmente impactados por el contexto social; Awad⁴⁵ encontró que mientras que los inmigrantes árabes cristianos integrados percibían niveles menores de discriminación, los inmigrantes árabes musulmanes integrados percibían mayor discriminación. Se puede concluir de esta investigación que la relación entre la aculturación y la espiritualidad es compleja, y que el contexto social debe ser

tenido en cuenta en su análisis. El grado en el que los inmigrantes son discriminados —o al menos cuando perciben que están siendo discriminados— por la cultura anfitriona afecta considerablemente al papel que la adaptación cultural tiene sobre la salud mental, y a cuando la espiritualidad y la religión actúan como un factor protector frente a una estrategia de afrontamiento.

CONCLUSIONES

Desde la revisión de la investigación en este artículo, aún no está claro cómo la espiritualidad y la aculturación están relacionadas. Por un lado, puede ser que aquellos inmigrantes que tienen mayor dificultad para adaptarse al país anfitrión y sufren estresores asociados, recurren a la religión y/o espiritualidad como medio de afrontamiento. Por el contrario, también puede ser que aquellos inmigrantes que están más orientados espiritual o religiosamente, estén protegidos del malestar mental o, por el contrario, estén más marginados por la cultura anfitriona y por esto sufran más. Para ambos casos, la investigación no sugiere que la espiritualidad y la religión jueguen un papel importante en cómo el inmigrante trata su malestar mental.

No está claro cuánto pueden separarse la "espiritualidad" y la "afiliación cultural", es decir, ¿hay dos constructos diferentes o verdaderamente son uno o el mismo? Así, puede darse el caso de que altos niveles de espiritualidad no sean más que altos niveles de afiliación cultural. Por otro lado, también podría ser que altos niveles de espiritualidad sean en realidad altos niveles de identidad étnica.

Los contextos sociales específicos en los que la inmigración —y aculturación— tienen lugar son también de considerable importancia. La relación entre aculturación, espiritualidad y salud mental debe ser entendida en el contexto de la situación sociocultural y política específica en la que ocurre la inmigración. Para aquellos grupos de inmigrantes cuyas percepciones de distancia y antagonismo de la cultura anfitriona son mínimas, la relación entre espiritualidad y aculturación sería diferente que para aquellos grupos de inmigrantes que se sienten discriminados y rechazados en base a su cultura y religión. Para estos grupos, la espiritualidad es protectora en la medida que es un refugio contra los estresores del contacto intercultural.

Aunque no se ha discutido ampliamente en este artículo, el "significado" específico y la medida asociada de la espiritualidad y la religión es problemática para la investigación y el entendimiento de la compleja relación entre aculturación, la espiritualidad y la salud mental. La futura investigación necesitará encontrar una manera de reconciliar elementos tan complejos, así como la "equivalencia" de constructos de tal manera que lo que sea medido tenga el mismo significado para todos los grupos culturales implicados⁴⁶.

Implicaciones para el tratamiento

Dado el grado en que la experiencia, la expresión y la explicación del sufrimiento mental están culturalmente circunscritas y dado que la salud mental se define en una visión del mundo modernista, el error diagnóstico es un peligro real particularmente con un paciente inmigrante alto en espiritualidad. Claramente, la consecuencia es que una sólida formación en competencia cultural es un componente necesario para la competencia psiquiátrica¹⁷. Dado el más que limitado tiempo disponible de la mayoría de los psiquiatras, quizás el medio más sostenible para incrementar la sensibilidad cultural es a través de la atención a la relación médico-paciente⁴⁷. Esto es particularmente importante dado que los pacientes inmigrantes con orientaciones espirituales pueden ser reticentes a reconocerlo ante su doctor por vergüenza o malestar. Si este fuera el caso, y dado que muchos pacientes inmigrantes son de otras culturas que son jerárquicas, el paciente será reticente a contradecir o cuestionar (abiertamente) al clínico. Así el paciente podrá aceptar abiertamente el diagnóstico y la recomendación de tratamiento, sin embargo sin ninguna intención de seguirlo. El desarrollo de una relación terapéutica sólida es quizás el camino por el que puede solventarse este problema, en el que la experiencia vivida del paciente es tomada seriamente e incorporada en el proceso de tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su agradecimiento por el apoyo prestado por el Instituto de Salud Carlos III, el Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, España, Obra Social de "la Caixa" y el Vall d'Hebron Institut de Recerca.

BIBLIOGRAFÍA

- Verhagen PJ, Van Praag HM, Lopez-Ibor JJ, Cox J, Moussaoui D, editors. *Religion and psychiatry: Beyond boundaries*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009.
- Baetz M, Toews J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. *Can J Psychiatry*. 2009 May;54(5):292-301.
- Gallagher EB, Wadsworth AL, Stratton TD. Religion, spirituality, and mental health. *J Nerv Ment Dis*. 2002 Oct;190(10):697-704.
- Gilbert PD. Spirituality and mental health: a very preliminary overview. *Curr Opin Psychiatry*. 2007 Nov;20(6):594-8.
- Bernal G, Trimble JE, Burlew AK, Leong FTL. *Handbook of Racial and Ethnic Minority Psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2003.
- Berry J, Kim U. Acculturation and mental health. In: Dasen P, Berry J, Sartorius, eds. *Health and cross-cultural psychology: Towards application*. London: Sage, 1988; p. 207-36.
- Balls Organista P, K.C. O, Kurasaki K. The relationship between acculturation and ethnic minority mental health. In: Chun KM, Balls Organista P, Marin G, eds. *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research*. Washington DC: American Psychological Association, 2001; p. 139-62.
- Zinnbauer BJ, Pargament KI. Religiousness and spirituality. In: Paloutzian RF, Park CL, eds. *The Handbook of the Psychology of Spirituality and Religion*. New York: Guilford, 2005; p. 21-42.
- Huguelet P, Koenig HG. Introduction: Key concepts. In: Huguelet P, Koenig HG, eds. *Religion and Spirituality in Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009; p. 1-5.
- Han S, Northoff G. Culture-sensitive neural substrates of human cognition: a transcultural neuroimaging approach. *Nat Rev Neurosci*. 2008;9(8):646-54.
- Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(4):243-58.
- Alarcón RD, Westermeyer J, Foulks EF, Ruiz P. Clinical dimensions of contemporary cultural psychiatry. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 1999;187:465-71.
- Bhui K, Bhugra D. Explanatory models for mental distress: implications for clinical practice. *British Journal of Psychiatry*. 2002;181:6-7.
- Shayegan D. *Cultural schizophrenia: Islamic societies confronting the West*. Syracuse, NY: Syracuse University Press, 1997.
- Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001;62(suppl 13):22-8.
- Kirmayer LJ. Psychotherapy and the Cultural Concept of the Person. *Transcultural Psychiatry*. 2007 1 June;44(2):232-57.
- Qureshi A, Collazos F, Ramos M, Casas M. Cultural competency training in psychiatry. *Eur Psychiatry*. 2008 Jan;23(Suppl1):49-58.
- Zandi T, Havenaar JM, Limburg-Okken AG, Van Es H, Sidali S, Kadri N, et al. The need for culture sensitive diagnostic procedures. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 2008;43(3):244-50.
- Kirmayer LJ, Minas H. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry*. 2000 Jun;45(5):438-46.
- Townsend MC. Chapter 5: Cultural and spiritual concepts relevant to psychiatric/mental health nursing. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis, 2008; p. 66-92.
- Comas-Díaz L. *Cultural Variation in the Therapeutic Relationship*. Washington, DC: American Psychological Association, 2006.
- Friedman M, Saroglou V. Religiosity, Psychological Acculturation to the Host Culture, Self-Esteem and Depressive Symptoms Among Stigmatized and Nonstigmatized Religious Immigrant Groups in Western Europe. *Basic and Applied Social Psychology*. 2010;32(2):185-95.
- 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 1March;165(3):359-69.
- Caplan S. Latinos, acculturation, and acculturative stress: a dimensional concept analysis. *Policy Polit Nurs Pract*. 2007 May;8(2):93-106.
- 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 Jan;97(1-3):229-39.
- Berry J. Conceptual approaches to acculturation. In: Chun KM, Balls Organista P, Marin G, eds. *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research*. Washington DC: American Psychological Association, 2001; p. 17-38.
- Rudmin FW. Critical history of the acculturation psychology of assimilation, separation, integration, and marginalization. *Review of General Psychology*. 2003;7(1):3-37.
- Turner RJ, Lloyd DA, Taylor J. Stress burden, drug dependence and the nativity paradox among U.S. Hispanics. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006;83(1):79-89.
- 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 Jan;97(1):68-75.
30. Bhugra D, Arya P. Ethnic density, cultural congruity and mental illness in migrants. *International Review of Psychiatry*. 2005;17(2):133-7.
 31. Veling W, Susser E, van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HW. Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *Am J Psychiatry*. 2008 Jan;165(1):66-73.
 32. Revollo HW, Qureshi A, Collazos F, Valero S, Casas M. Acculturative stress as a risk factor of depression and anxiety in the latin American immigrant population. *International Review of Psychiatry*. 2011;23:84-92.
 33. Collazos F, Qureshi A, Antonin M, Tomas-Sabado J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*. 2008;29(3):307-15.
 34. Berry J. Acculturative stress. In: Wong PTP, Wong LCJ, editors. *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. New York: Springer Science, 2006.
 35. Rudmin FW. Constructs, measurements and models of acculturation and acculturative stress. *International Journal of Intercultural Relations*. 2009;33(2):106-23.
 36. Lazarus RS. *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer, 1999.
 37. Pearlin LI. The stress process revisited: Reflections on concepts and their interrelationships. In: Aneshensel C, Phelan J, eds. *Handbook of the sociology of mental health*. New York: Springer, 1999.
 38. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*. 2000;56(4):519-43.
 39. Braam AJ, Schrier AC, Tuinebreijer WC, Beekman ATF, Dekker JJM, de Witt MAS. Religious coping and depression in multicultural Amsterdam: A comparison between native Dutch citizens and Turkish, Moroccan and Surinamese/Antillean migrants. *Journal of Affective Disorders*. 2010;125(1):269-78.
 40. Dunn MG, O'Brien KM. Psychological Health and Meaning in Life. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2009 1May;31(2):204-27.
 41. Ellison CG, Finch BK, Ryan DN, Salinas JJ. Religious involvement and depressive symptoms among Mexican-origin adults in California. *Journal of Community Psychology*. 2009;37(2):171-93.
 42. Amer M, Hovey J. Socio-demographic Differences in Acculturation and Mental Health for a Sample of 2nd Generation/Early Immigrant Arab Americans. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2007;9(4):335-47.
 43. Awad GH. The Impact of Acculturation and Religious Identification on Perceived Discrimination for Arab/Middle Eastern Americans. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2010;16(1):59-67.
 44. van de Vijver F, Tanzer NK. Bias and equivalence in cross-cultural assessment. *Revue européenne de psychologie appliquée*. 2004;54:119-35.
 45. Qureshi A, Collazos F. The intercultural and interracial therapeutic relationship: Challenges and recommendations. *International Review of Psychiatry*. 2011;23(1):10-9.