

J. García Campayo¹
C. González Broto²
B. Buil²
M. García Luengo³
L. Caballero⁴
F. Collazo⁵

Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión

¹ Servicio de Psiquiatría
² Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital Universitario Miguel Servet
Universidad de Zaragoza
Zaragoza

³ Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital Clínico Universitario
Zaragoza
⁴ Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Puerta de Hierro
Madrid

⁵ Servicio de Psiquiatría
Hospital Vall d'Hebron
Barcelona

Introducción. Se evalúan las actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes.

Material y método. Diseño: estudio descriptivo transversal mediante encuesta de opinión realizado en enero-junio de 2003. Población y entorno: médicos de familia y residentes de tercer año (n = 191) de 15 centros de salud de Zaragoza. Instrumento: encuesta diseñada al efecto (cuyas características psicométricas fueron evaluadas en un estudio piloto independiente) cumplimentada de forma anónima y voluntaria.

Resultados. Respondieron el 62,3% de los entrevistados. Alrededor del 75% de los médicos había recibido formación en emigración, principalmente de tipo teórico. Casi el 25% de los inmigrantes consultan por problemas diferentes a cuestiones de salud. Los médicos piensan que los inmigrantes somatizan más que los autóctonos, pero que no presentan más patología psiquiátrica. También opinan que son peores cumplidores del tratamiento y más reivindicativos que los pacientes españoles. Están en desacuerdo en que puedan existir sesgos raciales en la práctica médica, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico, con estos enfermos. Los médicos españoles consideran igual de difíciles de manejar a todos los grupos étnicos, pero los que presentan un estereotipo más negativo son los magrebíes.

Discusión. Se discuten estos hallazgos desde una perspectiva psicológica y antropológica.

Palabras clave:
Inmigrantes. Actitudes. Relación médico-paciente.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(6):371-376

Attitudes of Spanish doctors towards immigrant patients: an opinion survey

Introduction. We assess the attitudes of Spanish doctors towards immigrant patients.

Correspondencia:
Javier García Campayo
Av. Gómez Laguna, 52, 4.º D
50009 Zaragoza
Correo electrónico: jgarcamp@arrakis.es

Material and method. Design: cross-sectional descriptive study carried out in January-June 2003. Sample and setting. Family doctors and third-year residents of 15 health care centers in Zaragoza, Spain. Instrument: specifically designed interview answered in anonymously and on a voluntary basis.

Results. A total of 62.3% of the sample responded. Nearly 75% of the doctors had received training on immigration, mainly from a theoretical point of view. Almost 25% of immigrant consultations are not related to health matters. Doctors think that immigrant patients somatize more than Spanish ones but they do not suffer from more psychiatric illness. They also think immigrants show less treatment compliance and are more demanding. They disagree about possible racial biases in diagnosis or treatment of these patients. Spanish doctors consider that the different ethnic groups present similar management difficulties. The group with the most negative stereotype was the patients from Muslim North African countries.

Discussion. These findings are discussed from a psychological and anthropological perspective.

Key words:
Inmigrantes. Actitudes. Doctor-patient relationship.

INTRODUCCIÓN

En el año 2002 se cifraba en cerca de 175 millones el número de personas que residían en un país distinto del que nacieron, lo que equivale, aproximadamente, al 3% de la población mundial¹. Los movimientos migratorios masivos constituyen uno de los fenómenos socioculturales y políticos de mayor trascendencia en el siglo XXI. España se ha mantenido con tasas de inmigración muy bajas durante décadas, aunque en los últimos años se están incrementando de forma exponencial a la vez que las tasas de natalidad disminuyen alarmantemente². En este momento la población inmigrante constituye, aproximadamente, el 9% de los pacientes en el sistema sanitario español³. Pese a ello, el problema de la salud mental de los inmigrantes en España apenas ha sido motivo de interés³, centrándose la atención en los problemas

infecciosos^{4,5} o de morbilidad y consumo de servicios⁶ que presenta esta población.

Intensamente relacionado con el tema de la salud mental se encuentra el problema de la relación médico-paciente en inmigrantes y cómo ésta influye en el tratamiento de los enfermos⁷. Este fenómeno, denominado «contratransferencia cultural»^{8,9}, se refiere a los sentimientos de los profesionales hacia los enfermos de distinto grupo étnico. Muchos de estos pensamientos y sentimientos no son conscientes, mientras que otros, siendo conscientes, no son «aceptables» por el profesional (por su evidente dosis de racismo), pero contribuyen a fomentar conductas inapropiadas hacia ciertos pacientes.

El objetivo de este trabajo es conocer algunos aspectos sobre las actitudes de los médicos de familia de Zaragoza (como grupo representativo del resto de los médicos españoles) en relación a los pacientes inmigrantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta de opinión.

Entorno

Quince centros de atención primaria fueron elegidos de forma representativa y aleatoria de las distintas áreas sanitarias de la ciudad de Zaragoza.

Población

Médicos de familia y residentes de tercer año de medicina de familia de dichos centros. Se calculó una muestra representativa para un $\alpha=0,05$; un error estimado del 5% y una $p=0,5$ (suponiendo el caso más desfavorable, porque no había estudios previos). Se administró la encuesta a un total de 191 profesionales, siendo cumplimentada de forma anónima y voluntaria. El período de administración fue entre enero y junio de 2003. De los 191 médicos y residentes de familia a los que se les facilitó la entrevista, la devolvieron cumplimentada 119, lo que supone un 62,3% de los entrevistados.

Instrumento

Encuesta diseñada al efecto para conocer las actitudes de los profesionales de atención primaria hacia los pacientes inmigrantes. La encuesta consta de un total de 17 preguntas y sigue la metodología recomendada al efecto para mejorar la calidad de los resultados^{10,11}. Se realizó un estudio piloto previo independiente ($n=40$) para evaluar las principales características psicométricas de la encuesta, como validez

($\alpha=0,68-0,84$ para los diferentes ítems) o fiabilidad tests-retest (0,69-0,77 para los diferentes ítems), siendo los resultados satisfactorios. Los autores han aprovechado su experiencia previa en el diseño de entrevistas sobre actitudes¹² y en la validación de cuestionarios psicométricos¹³⁻¹⁵.

Hemos definido inmigrante como «persona que llega a un país distinto del propio para establecerse en él». La clasificación por grupos étnicos de los inmigrantes no sigue las recomendaciones del Centers for Disease Control and Prevention de Estados Unidos¹⁶, sino otra más adecuada para el tipo de inmigración que se está produciendo en España y que hemos defendido anteriormente¹⁷. Este modelo clasifica a los inmigrantes en cinco grupos étnicos: *a*) magrebíes; *b*) latinoamericanos; *c*) asiáticos; *d*) subsaharianos, y *e*) europeos del este. Los datos sobre las características de los emigrantes son una apreciación del médico, ya que en todo momento estamos hablando de actitudes subjetivas del profesional. No es un estudio descriptivo objetivo. El estudio fue aprobado por la comisión ética de investigación del área de salud donde se desarrolló.

Estadística

Descriptiva. Para las comparaciones entre variables cualitativas se ha empleado el estadístico chi cuadrado. Como nivel de significación se ha considerado 0,05. Para los cálculos estadísticos se ha utilizado el programa SPSS.

RESULTADOS

De los 191 médicos y residentes de familia a los que se les facilitó la entrevista la devolvieron cumplimentada 119, lo que supone un 62,3% de los entrevistados. Las características sociodemográficas de la muestra son las siguientes: más de la mitad de los que respondieron eran mujeres (52,1%). Respecto a la edad, el grupo más numeroso (47,8%) era el de 40-49 años, seguido por el de 50-59 años (18,4%) y el de 30-39 años (15,9%). En cuanto a la categoría profesional, menos de la cuarta parte (23,5%) eran residentes y el resto médicos de familia. El 58,8% de los médicos cuentan con menos del 5% de población inmigrante, para el 29,4% de los profesionales este grupo de pacientes supone el 5-10% del total y para el 11,8% de médicos restantes más del 10% de su cupo son inmigrantes.

En relación a las características de los pacientes inmigrantes que consultan la edad media se sitúa mayoritariamente (71,4%) entre 26-35 años, aunque el colectivo de 36-45 años constituye el segundo grupo más importante (18,4%). Según los residentes y médicos de familia, el 23,5% de las consultas no están motivadas por problemas de salud, sino por otras razones, como las sociales, económicas o familiares.

Respecto a la formación recibida, el 73,9% de los médicos afirman que han recibido formación específica sobre temas

Tabla 1	Características de los pacientes inmigrantes y prácticas profesionales de los médicos españoles con estos pacientes según la opinión de los médicos de familia		
	De acuerdo/totalmente de acuerdo	Desacuerdo/totalmente desacuerdo	No sabe/no contesta
Características de los pacientes			
Somatizan más	67 (56,3%)	44 (36,9%)	8 (6,7%)
Más patología psíquica	50 (42%)	57 (47,8%)	12 (10%)
Peores cumplidores	42 (35,2%)	17 (14,2%)	60 (50,4%)
Más reivindicativos	65 (54,6%)	43 (36,1%)	11 (9,2%)
Prácticas de los profesionales			
Posibilidad de diagnóstico erróneo de cuadros psiquiátricos (tipo psicosis) por creencias culturales (mal de ojo, hechizos, etc.)	52 (43,6%)	62 (52,1%)	5 (4,2%)
Los tratamientos dados a inmigrantes son diferentes (menor dosis, fármacos más baratos, menos pruebas complementarias, etc.) que a los autóctonos	3 (2,5%)	110 (92,4%)	6 (5%)

de inmigración en los últimos 5 años, mayoritariamente en forma de cursos o charlas aisladas, pero en ambos casos con contenidos teóricos (81,2%), mientras que sólo el 3,1% han recibido formación práctica tipo talleres. En esta pregunta el 45,7% no responde sobre el tipo de formación recibida. La Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social sólo era conocida por el 31% de los médicos encuestados. Cuando se pregunta sobre el tipo de formación que requerirían en el tema de inmigración, la mayoría no contesta (74,6%) y el resto se decanta por formación en enfermedades tropicales (14,7%) o por formación práctica tipo talleres (11,7%).

En el bloque específico de actitudes se pregunta cuáles son las dificultades más importantes con el paciente inmigrante. El 36,9% opina que el idioma, el 27,7% piensa que las diferencias culturales, el 15,1% el seguimiento y el 2,5% las enfermedades tropicales. Por último, el 7,5% ofrecía otras razones en porcentajes mínimos y el 10% restante no contestaba. También se preguntó por las mayores dificultades para acceder a la sanidad en relación con la población autóctona y las respuestas fueron: la situación de ilegalidad (35,2%), la dificultad para entender su enfermedad (28,5%), el idioma (22,6%) y la situación económica (10%). No hay diferencias por grupos etarios ni por sexos.

A continuación se preguntó por algunas características de los pacientes inmigrantes y por algunas de las prácticas de los profesionales que se resumen en la tabla 1.

También se preguntó qué grupos étnicos (de los cinco que hemos diferenciado para este trabajo) le resulta más complejo de manejar e independientemente qué grupo le produce mayor rechazo o sentimientos más negativos. Los resultados se resumen en la tabla 2.

Respuestas a la pregunta sobre cuáles eran las causas por las que los pacientes inmigrantes eran más difíciles de manejar o producían mayor rechazo, aparecen resumidas en la tabla 3.

Se preguntó cuáles podrían ser las soluciones para intentar modificar el rechazo que producían los pacientes inmigrantes y las respuestas fueron: cambiar de médico (8,9%), dar más tiempo por paciente (6,7%) y la ayuda de mediadores culturales^{4,2}. La mayoría no contestó (73,9%) o pensaba que no existía ninguna solución posible (6,3%).

DISCUSIÓN

Éste es el primer estudio sobre actitudes de los médicos de cualquier especialidad respecto a los pacientes inmigrantes

Tabla 2	Grupo étnico que le resulta más complejo y que le produce mayor rechazo	
	Grupo de manejo más complejo (n = 119)	Grupo que produce mayor rechazo (n = 119)
Magrebies	16 (13,4%)	24 (20,1%)
Latinoamericanos	17 (14,2%)	9 (7,5%)
Subsaharianos	16 (13,4%)	4 (3,3%)
Asiáticos	12 (10%)	2 (1,6%)
Europeos del este	8 (6,7%)	1 (0,8%)
Ninguno	11 (9,2%)	10 (8,4%)
No contesta	39 (32,7%)	69 (57,9%)

Tabla 3	Razones por las que los pacientes le resultan más complejos o le producen mayor rechazo	
	Grupo más complejo (n = 119)	Grupo de mayor rechazo (n = 119)
Desconfianza	10 (8,4%)	18 (15,2%)
Cultura	29 (24,3%)	6 (5%)
Hiperfrecuentador	18 (15,1%)	3 (2,5%)
Forma de ser	4 (3,3%)	12 (10%)
No contesta	58 (48,7%)	80 (67,2%)

realizado en España, y es también pionero a nivel internacional sobre este tema. Otros trabajos previos han evaluado las actitudes de los profesionales mediante viñetas clínicas en las que los protagonistas eran inmigrantes y sobre las que tenían que dar su opinión¹⁸ o directamente mediante la evaluación de las diferencias en el diagnóstico^{19,20} y el tratamiento^{21,22} que los médicos realizan con los pacientes inmigrantes en comparación con la población autóctona del país en estudio. También se han analizado los sesgos raciales a la hora de desarrollar trabajos de investigación clínica^{23,24}.

Algunos de los puntos fuertes de este estudio son la muestra amplia y representativa de los médicos de atención primaria de Zaragoza (extrapolable al resto de España) y la tasa de respuestas (62,3%) similar a la encontrada en estudios similares sobre actitudes¹⁸. El estudio se realizó antes del atentado ocurrido en Madrid el 11 de marzo de 2004, que podría haber modificado la opinión de la población española sobre los inmigrantes de religión musulmana. Este dato otorga aún más valor al estudio. En cuanto a las limitaciones, la principal es la elevada tasa de respuestas neutras tipo no sabe/no contesta en preguntas de alto contenido emocional como, por ejemplo, «¿qué grupo étnico le produce mayor rechazo?». Este problema es difícilmente resoluble pese al estricto anonimato con que se cumplimentaron las encuestas.

La muestra a estudio es relativamente joven por el hecho de que casi un 25% del total de la muestra son residentes de familia de tercer año. La mayoría de ellos (más del 70%) han recibido formación en temas de inmigración en los últimos 5 años, lo que demuestra la preocupación de las administraciones por este problema. Sin embargo, dicha formación se basa principalmente en contenidos teóricos. Cuando se evalúan algunos aspectos concretos de los conocimientos teóricos de los profesionales, como la Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros residentes en España y su integración social, parece que su difusión ha sido escasa, probablemente porque el conocimiento de esta ley no sea percibido como habilidades aprovechables en la consulta diaria con estos pacientes. Por otra parte es bien conocida^{12,17} la insuficiencia de los métodos teóricos para modificar actitudes como los sentimientos que producen los

pacientes, sean inmigrantes o no, en los profesionales, que es lo que se denomina en términos psicoanalíticos como «contratransferencia». Tampoco los profesionales parecen encontrarse muy interesados en la formación práctica, ya que sólo es demandada por el 11% de ellos y este hecho puede resultar una importante limitación a la hora de modificar actitudes.

Respecto a las actitudes de los médicos, las dificultades más importantes en el manejo de los inmigrantes identificadas son en primer lugar el idioma (36,9% de la muestra) seguido por las diferencias culturales (el 27,7%). El primer problema es resoluble mediante sistemas de traducción y mediadores culturales, pero para el segundo también se requeriría formación específica para disminuir las consecuencias negativas sobre el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, como ya se ha descrito en otros países¹⁸⁻²⁰.

En cuanto a las características de los inmigrantes, los médicos piensan que somatizan más que los autóctonos, pero que no presentan más patología psiquiátrica que aquéllos. Ambas respuestas son coherentes con los estudios de investigación sobre el tema^{7,25}. También opinan que son peores cumplidores y más reivindicativos que los pacientes españoles. Aunque no hay estudios específicos en España, sí los hay en otros países, y confirmarían que realmente existe un menor cumplimiento en comparación con los pacientes occidentales y que, probablemente, estaría ligado a la desconfianza en la medicina occidental^{7,26}. No existen estudios objetivos sobre una mayor actitud reivindicativa de los inmigrantes, aunque parece ser una impresión clínica generalizada que podría explicarse como una forma de defenderse de la percepción que tienen los inmigrantes de que son discriminados racialmente²⁷.

Resulta llamativo que los profesionales están mayoritariamente en desacuerdo en que puedan existir sesgos raciales en la práctica médica con los pacientes inmigrantes tanto a nivel diagnóstico como, sobre todo, terapéutico cuando existen múltiples estudios que documentan este hecho^{17,20}. La explicación tal vez pueda ser que los miembros de los grupos étnicos autóctonos de un país son mucho menos sensibles a la detección de conductas de discriminación racial en el entorno que los miembros de minorías étnicas²⁸.

Por último, cuando se analizan los grupos étnicos que producen mayores dificultades en el manejo los médicos no muestran diferencias entre ellos y consideran igual de difíciles de manejar a latinoamericanos, magrebies, subsaharianos y asiáticos. Sólo los europeos del este plantean menos dificultades de manejo que el resto. Al preguntar las causas de esta dificultad de manejo destacan las diferencias culturales y la hiperfrecuentación de algunos de estos enfermos. Estas causas son objetivables y relativamente asépticas. Sin embargo, cuando se pregunta qué grupo étnico produce más rechazo, aparte de una elevada abstención (57%), lo que evidencia la elevada carga emocional de la pregunta, los resultados son completamente diferentes: existe un grupo

Anexo	Encuesta utilizada en el estudio
	<p>Características sociodemográficas del profesional</p> <p>Sexo</p> <p>Edad</p> <p>Categoría profesional: MIR (1, 2, 3). Médico de familia</p> <p>Características de la población inmigrante</p> <p>Porcentaje de población inmigrante en el cupo</p> <p>Edad media de la población inmigrante atendida (rango de 5 años)</p> <p>Razones por las que consultan y porcentaje</p> <p>Formación recibida sobre inmigración</p> <p>¿Ha recibido formación específica sobre inmigración en los últimos 5 años? Sí/No</p> <p>¿De qué tipo?: Cursos/charlas teóricos - Talleres prácticos - NS/NC - Otros (especificar)</p> <p>¿Conoce la Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España?</p> <p>¿Qué tipo de formación requeriría en este tema?</p> <p>Actitudes sobre inmigración</p> <p>¿Cuáles son las principales dificultades con el paciente inmigrante?</p> <p>¿Cuáles son las mayores dificultades para el acceso de los inmigrantes a la sanidad en relación con la población autóctona?</p> <p>¿Cuál de los cinco grupos étnicos le resulta más complejo de manejar? ¿Por qué?</p> <p>¿Cuál de estos grupos le produce más rechazo o más sentimientos negativos? ¿Por qué?</p> <p>¿Cuáles podrían ser las soluciones para intentar modificar el rechazo que producen los pacientes inmigrantes?</p>

étnico que destaca por producir un rechazo mucho mayor que el resto y que son los magrebíes. En este caso, cuando se preguntan las causas del rechazo a estos pacientes, las respuestas son muy diferentes a las enunciadas anteriormente, y aquí, la cultura y la hiperfrecuentación no son importantes, sino que pesan mucho más las respuestas relacionadas con la desconfianza que producen estos pacientes o «su forma de ser». Estas causas son poco objetivables y más arraigadas en el estereotipo básico que se tiene de este grupo étnico y, por tanto, más difíciles de modificar.

Se podría pensar en diferentes posibles explicaciones de las conductas de discriminación étnica entre los profesionales sanitarios²⁹, siendo la más consistente la de la influencia de los estereotipos étnicos y culturales²⁸. Uno de los más claros ejemplos en este sentido es la percepción extendida entre la sociedad blanca dominante norteamericana de que la minoría negra es intrínsecamente violenta y que odia a la población blanca³⁰. Ésta sería una de las principales razones de que en Estados Unidos los pacientes de raza negra sean diag-

nosticados más frecuentemente de esquizofrenia, se les administren dosis más elevadas de neurolepticos, se les inyecte la forma depot con mayor frecuencia porque se piensa que no van a seguir adecuadamente el tratamiento y, en general, sean vistos como los pacientes más violentos y peligrosos¹⁹⁻²². Este grupo étnico soporta el mismo estereotipo con similares consecuencias en otros países como Gran Bretaña, donde, además, constituye el principal grupo de pacientes ingresados en psiquiátricos penitenciarios³¹.

En el caso de España, y según nuestra encuesta, el grupo étnico que parece presentar un estereotipo más negativo son los magrebíes. No es la primera vez que en España se encuentran datos similares: existe otro estudio que demuestra que los marroquíes (el principal grupo nacional integrante de los magrebíes) eran el grupo de pacientes que más rechazo generaba entre los profesionales sanitarios³². Podrían considerarse motivos coyunturales como los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos o del 11 de marzo de 2004 en Madrid (el estudio se realizó antes de esta fecha). Este fenómeno, que produjo importantes secuelas psicológicas en la población general³³, se asoció a una evidente negativización del estereotipo de este grupo étnico-cultural, llegando incluso a describirse agresiones físicas directas a sus miembros³⁴. Sin embargo, podrían existir razones histórico-antropológicas más profundas. Para muchos historiadores la identidad nacional de España se fraguó durante la Edad Media en la lucha contra la invasión musulmana, dejando una enorme impronta en nuestros símbolos nacionales³⁵. La importante presencia actual de los magrebíes en España podría reavivar sentimientos atávicos relacionados con la invasión musulmana.

En cualquier caso, este trabajo sólo pretende ser el punto de partida de una reflexión sobre las actitudes de los médicos españoles con los emigrantes (lo que no deja de ser una aproximación de la actitud de los españoles en general hacia este colectivo) y sobre posibles soluciones para mejorar los estereotipos negativos de algunos grupos étnicos. Aunque los profesionales encuestados son pesimistas respecto a la posibilidad de modificar actitudes, existen programas de formación específicos que podrían ayudar a tomar conciencia de nuestros sesgos y que permitirían limitar el impacto negativo de estas actitudes en el tratamiento de los enfermos inmigrantes¹⁷.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias a la Red de Investigación en Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (REDIAPP-G03/170) del Instituto de Salud Carlos III de Madrid y al proyecto FIS «04/1933» titulado «Prevalencia y factores de riesgo de patología psiquiátrica en pacientes in-

*Algunos ejemplos son: a) el santo patrón de España es Santiago «matamoros»; b) el escudo oficial de Aragón (lugar donde se ha realizado el trabajo) está constituido en uno de sus cuadrantes inferiores por una cruz de San Jorge cantonada por cuatro cabezas de moros degollados que representa la toma de la ciudad de Huesca en 1096 por Pedro I.

migrantes de atención primaria en relación con la población autóctona». Los autores quieren agradecer a la doctora Mercedes Febrel Bordejé, jefa del Servicio de Inmigración de la Diputación General de Aragón, su importante contribución a la elaboración de este artículo por su exhaustiva revisión de un borrador previo.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Migration Report 2002. United Nations Overview. Electronic document. (<http://un.org/esa/population/publications/ittmig2002/ittmigrep2002.htm>).
2. García Campayo J, Alda M. Salud mental e inmigración. Barcelona: Edikamed, 2005.
3. García-Campayo J. Psiquiatría transcultural: el desafío de la psicósomática en el nuevo milenio. *Cuad Med Psicossom* 2000;54:5-6.
4. Cabezos J, Durán E, Treviño B, Bada JL. Malaria importada por inmigrantes en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1995;104:45-8.
5. Durán E, Cabezos J, Ros M, Terre M, Zarzuela F, Bada JL. Tuberculosis en emigrantes recientes a Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 525-28.
6. Roca Saumell C, Balanzo Fernández X, Fernández Roure JL, Pujol Ribera E, Corachan Cuyas M. Caracterización demográfica, motivo de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos del distrito del Maresme. *Med Clin (Barc)* 1999;112:215-17.
7. García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)* 2002;118:187-91.
8. Halpern D. Minorities and mental health. *Soc Sci Med* 1993;36:597-607.
9. Leff J. Cultural influence on psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 1994;7:197-201.
10. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR. La encuesta como técnica de investigación (I). *Aten Prim* 2003;31:527-38.
11. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR. La encuesta como técnica de investigación (II). *Aten Prim* 2003;31:592-60.
12. García-Campayo J, Sanz Carrillo C, Yoldi A, López-Aylon R, Montón C. Management of somatisers in primary care: are family doctors motivated? *Austr N Z J Psychiatry* 1998;32:528-33.
13. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Pérez-Echeverría MJ, Campos R, Lobo A. Screening of somatization disorder: validation of the Spanish version of the Othmer and de Souza test. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:411-5.
14. Sanz Carrillo C, García-Campayo J, Rubio A, Santed MA, Montoro M. Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *J Psychosom Res* 2002;52:167-72.
15. García Campayo, Pascual A, Alda M, Marzo J, Magallón R, Fortes S. The Spanish version of the fibrofatiigue scale: validation of a questionnaire for the observer's assessment of fibromyalgia and chronic fatiigue syndrome. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28:154-60.
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) (June 25, 1993). Use of race and ethnicity in public health surveillance. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1993;42 (RR-10);11-12.
17. García Campayo J, Alda M. Problemas derivados de la inmigración. En: López Ibor JJ, Gómez Pérez JC, Gutiérrez Fuentes JA, editores. *Retos para la psiquiatría y la salud mental en España*. Barcelona: Ars Médica, 2003; p. 259-77.
18. Lewis G, Croft-Jeffreys C, David A. Are British psychiatrists racist? *Br J Psychiatry* 1990;157:410-15.
19. Strakowsky SM, Lonczak HS, Sax K. The effect of race in diagnosis and disposition from a psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry* 1995;56:101-7.
20. Jones BE, Gray BA. Problems in diagnosing schizophrenia and affective disorders among blacks. *Hosp Com Psychiatr* 1986;37:61-5.
21. Chung H, Mahler JC, Kakuna T. Racial differences in the treatment of psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 1995;46:585-9.
22. Kuno E, Rothbard AB. Racial disparities in antipsychotic prescription patterns for patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002;159:567-72.
23. Adebimpe VR. Race, racism and epidemiological surveys. *Hosp Com Psychiatr* 1994;45:27-31.
24. Lawson WB. Racial and ethnic factors in psychiatric research. *Hosp Com Psychiatr* 1986;37:50-4.
25. García-Campayo J, Campos R, Marcos G, Pérez-Echeverría MJ, Lobo A, GMPPZ. Somatisation in primary care in Spain. II. Differences between somatisers and psychologisers. *Br J Psychiatry* 1996;168:348-53.
26. Sue S, Fujino DC, Hu LT. Community mental health services for ethnic minority groups: a test of the cultural responsiveness hypothesis. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:533-40.
27. McGovern D, Hemmings P. A follow-up of second generation Afro-Caribbeans and white British with a first admission diagnosis of schizophrenia: attitudes to mental illness and psychiatric services of patients and relatives. *Soc Sci Med* 1994;38:117-27.
28. Inman ML, Baron RS. Influence of prototypes on perceptions and prejudice. *J Pers Soc Psychol* 1996;70:727-39.
29. Littlewood R. Psychiatric diagnosis and racial bias: empirical and interpretative approaches. *Soc Sci Med* 1992;34:141-49.
30. Harris M. La cultura norteamericana contemporánea: una visión antropológica. Madrid: Alianza Editorial, 1988; p. 129-56.
31. Boast N, Chesterman P. Black people in secure psychiatric facility: patterns of processing and the role of stereotypes. *Br J Criminol* 1995;35:2-14.
32. Navarro J, Morales R. Depresión y ansiedad en inmigrantes del tercer mundo: un estudio exploratorio en Granada. *Interpsiquis* 2001;2.
33. Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L, Jordan BK, Rourke KM, Wilson D, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *JAMA* 2002;288:581-8.
34. Swahn MH, Mahendra RR, Paulozzi LJ, Winston RL, Shelley GA, Taliano J, et al. Violent attacks on Middle Easterners in the United States during the month following the September 11, 2001 terrorist attacks. *Inj Prev* 2003;9:187-89.
35. Vidal C. España contra el Islam. De Mahoma a Ben Laden. Madrid: La Esfera de Los Libros, 2005.