



PSICOSOMÁTICA E INMIGRACIÓN

María Clara Ruiz Martínez¹

“Yo diría que hay que empezar por apoderarse de las calles. De las esquinas, del cielo. De los cafés. Del sol y, lo que es más importante, de la sombra. Cuando uno llega a percibir que una calle no le es extranjera, solo entonces la calle deja de mirarlo a uno como a un extraño. Y así con todo”.

Mario Benedetti (primavera con una esquina rota)

Carmen es una mujer de 40 años, Colombiana, que vino a la consulta por una situación de crisis. Levaba un mes viviendo en Valencia y se encontraba totalmente desubicada, apática ante la vida y la gente, lloraba constantemente, le dolía la cabeza, tenía temblores en todo el cuerpo, insomnio, y presentaba especialmente un estado confusional muy parecido al de un shock postraumático. Decía que quería volver a su país pues “*aquí no me hallo*”, “*me estoy volviendo loca*”. Sin embargo, cuando se le planteaba la libertad de volver, no la tomaba, pues aparte de que aquí está su familia nuclear, ella había deseado emigrar a España por razones también individuales.

La inmigración y su situación familiar fueron los detonantes de esta crisis. Hace 5 años, su marido, con quien tiene 2 hijos, se vino a España buscando mejorar la calidad de vida de la familia. Durante este tiempo él encontró un trabajo fijo y con el tiempo pudo regularizar su situación legal, con lo que también tuvo la opción de pedir la reagrupación familiar, que da derecho a la familia a emigrar a España. Cuando le otorgaron este permiso, Carmen y sus hijos se dispusieron a viajar. Ella, en Colombia, vivía en un pueblo cercano a Bogotá cerca de su familia, especialmente de su abuela con quien mantiene una estrecha relación. Un mes después, estaban en España. Sin embargo, durante este mes, el compañero de Carmen le habló sobre una relación puntual en la que había tenido una hija. Con esta sorpresa, Carmen llegó a España con sus hijos, entrando inmediatamente en una situación de crisis que se iba ampliando cada vez más a todo el grupo familiar.

1 Psicóloga, Universidad Javeriana de Bogotá. Psicoterapeuta Caracteroanalítica. Email: maclarm@cop.es



Acudió a los servicios sociales, y la remitieron directamente a psiquiatría, diagnosticándole depresión, y medicándola con antidepresivos, ansiolíticos y pastillas para dormir, que en una o dos ocasiones utilizó como amenaza de suicidio. Como le daban las citas muy espaciadas, encontró alguien que “traficaba” con estos medicamentos por lo que podía acceder a ellos cada vez que se sentía nerviosa. El problema era que tenían efectos sedantes y disminuían sus capacidades de acción, con lo cual se sentía aún más impedida para responder a los nuevos estímulos que tenía que integrar, con lo cual se fue creando un círculo vicioso.

Cuando Carmen llegó a la consulta, me llamó la atención la confusión que tenía, especialmente en relación a la temporalidad. Mezclaba constantemente los tiempos, tenía una actitud ambivalente respecto a su familia, por un lado amenazando con irse y por otro, exigiéndole permanecer a su lado. Además estaba mezclada la decepción afectiva con el deseo de recomponer su relación y a todo esto se sumaba el hecho de que durante estos 5 años, la pareja había mantenido una relación en la distancia y se habían “congelado” los lazos, se tenían que re-conocer y replantear su proyecto juntos. El asumía una actitud de culpabilidad que reforzaba los síntomas en la paciente.

La primera entrevista consistió en una charla con la paciente de forma individual, una parte con los dos miembros de la pareja, y otra con el grupo familiar. Los hijos estaban también recién emigrados y especialmente el mayor, de 14 años, llevaba una gran carga pues su madre se aferró a él dentro de su inestabilidad.

Era necesaria una reorganización de la situación teniendo en cuenta sus posibilidades, y planteamos entonces sesiones de apoyo, con un encuadre de psicoterapia breve, 3 veces al mes y con un ajuste de la tarifa dado que, aunque su situación económica no era precaria en exceso, sí era bastante justa. Es importante anotar que aunque el estado confusional era bastante intenso, a nivel corporal energético se podía ver que detrás de esta crisis había una estructura fuerte, con capacidad para soportar el momento con una ayuda adecuada. Además, la influencia del factor cultural era evidente, en lo que se refiere a la forma de reaccionar y de manejar los conflictos.

Con estos elementos, empezamos a crear un espacio terapéutico cálido, seguro y confiable, donde se sintiera contenida en un nuevo país al que sentía hostil. La relación terapéutica cumplió un papel predominante, respondiendo primero a su necesidad de protección y luego a la necesidad de estructuración de su nueva vida en Valencia, tomando en cuenta asuntos básicos como el acceso a planos de la ciudad, vías para conseguir trabajo, formas de crear redes sociales, etc. El hecho de que la terapeuta también fuera colombiana facilitó la alianza, pues la paciente se sintió bien acompañada y comprendida en el uso del lenguaje y el conocimiento de los códigos de comunicación no verbal.

A nivel corporal, nos limitamos a trabajar los primeros segmentos para facilitar básicamente una relajación de los telerreceptores y una apertura de su capacidad



de percepción. El masaje también le facilitó sentirse acogida y con el tacto, fue recuperando la conciencia corporal que tenía antes de la crisis.

Durante las sesiones fuimos viendo que la situación con la pareja le permitió ubicarse en una posición de víctima y no asumir algunas responsabilidades que le superaban en este país, por ejemplo la necesidad de trabajar. En Colombia nunca trabajó, excepto en ocasiones puntuales más relacionadas con su deseo de “hacer algo”, y se sentía poco apta para un trabajo, en cualquier parte del mundo. No hacía nada, aunque mantenía una mínima estructura pues tenía que recoger a su hija de 11 años en el colegio y este era un punto de realidad que le ayudaba, aunque fuera el único del día. Las sesiones también le ayudaban a estructurarse, pero como vemos, eran momentos puntuales dentro de la carencia de estímulos externos que le impusieran un control del tiempo.

Pero la nueva situación de inmigración le obligaba a buscar ingresos extras, además de ver la imperiosa necesidad de reorganizar la estructura familiar asumiendo su rol. Fue entendiendo que se estaba anclando en la decepción afectiva y que ésta le estaba sirviendo de escudo para seguir resistiéndose a asumir una posición más adulta en la vida. Al poder situar su experiencia afectiva, empezaron a salir sus miedos respecto a la migración, su duelo por lo que había dejado, sus sentimientos de culpabilidad por la posibilidad de mejorar su vida dejando al resto de su familia, especialmente a su abuela en Colombia, y sobretodo la consciencia de que tenía una oportunidad en España que deseaba tomar y que le suponía traspasar y controlar algunas de sus actitudes. Se dio cuenta que contaba con recursos para recuperar a su familia y para dar un salto que nunca había dado. Es decir, se dio cuenta que la inmigración, con su duelo y sus factores desestabilizantes, constituía también una oportunidad de cambio y crecimiento deseado.

Al ver esto, su relación con Valencia empezó a ser más positiva, ya se mostraba dispuesta a hablar con otras personas, y de vez en cuando salía a pasear por el centro de la ciudad. No acabó de sentirse totalmente ubicada, pero entendió que esto requiere un proceso largo, y que necesitaba tiempo, tal vez mucho tiempo, para recuperar algunas piezas de sí misma que se le habían perdido por el camino.

Los síntomas fueron disminuyendo, especialmente el dolor de cabeza, el insomnio, y la excesiva confusión, lo que le permitió estar más activa y receptiva durante el día. Al poco tiempo consiguió un trabajo de media jornada que le permitió ir entrando en el nuevo sistema y en ese momento decidimos que podía dejar las sesiones, sabiendo que podría acudir en caso de necesidad, o de querer profundizar en aspectos de su carácter que había descubierto en estas sesiones, y que no trabajamos por las características del encuadre, que no tenía objetivos psicoterapéuticos sino de apoyo en la crisis.

Una de las experiencias humanas en las que podemos ver con claridad la representación en el organismo de una situación vital es la migración. En este espacio me centraré en la salud psicosomática de la persona inmigrante, a



sabiendas de que esta problemática supone tener presentes sus implicaciones sociales, culturales, económicas y políticas, que le dan una interesante complejidad. Me referiré a una población con un nivel medio educativo y socioeconómico en su país de origen, que opta por un proyecto migratorio para mejorar su calidad de vida. Además he de admitir un sesgo hacia el inmigrante latinoamericano, por el hecho de que es la población que más conozco y de la que hago parte, a sabiendas de que existen muchas otras formas y diferentes implicaciones en inmigrantes de diversos contextos y culturas.

Una persona que ha emigrado, atraviesa una serie de experiencias desde el momento de la decisión de embarcarse en el proyecto, hasta un tiempo después del viaje. El motivo que la lleva a salir de su país y las condiciones del lugar de llegada ya son datos a tomar en cuenta pues es diferente si en el país a donde llega le están esperando, se habla el mismo idioma, viene sola o en compañía, con un nivel cultural que le facilita el recorrido, con una base económica o con la necesidad de encontrar un trabajo cuanto antes para ganarse la vida.

De cualquier manera, la inmigración supone un desajuste del equilibrio vital. Se mezclan deseos y expectativas con temores, se mezcla la belleza de lo nuevo con el duelo por lo conocido y empieza una búsqueda intensa para hacer encajar pasado, presente y futuro. En general, es una experiencia rica en sucesos y emociones. De ninguna manera será un hecho que pase desapercibido o que pueda ser olvidado.

Veamos algunas de las implicaciones psicosociales y psicosomáticas que puede experimentar una persona que ha emigrado a otro país:

Por una parte, las diferencias culturales pueden ser causa de confusión. Códigos de lenguaje verbal y no verbal, formas diferentes de expresión de las emociones que pocas veces se toman en cuenta a la hora de interpretar la conducta. Sabemos que, por ejemplo, en la cultura latinoamericana se tiende a una mayor expresión de las emociones hacia fuera, más visceral. En Europa esta expresión es más contenida, más cortical. La necesidad de adaptación puede hacer que una persona, aún sin darse cuenta, suprima su forma natural de expresarse, evitando el riesgo de ser excluido, de no ser aceptado, o al contrario, que elija por aislarse manteniendo contacto solo con los iguales.

Además, cambia la percepción del espacio y del tiempo, y con ellos la identidad. Las referencias originales se quedan grabadas, incluso, es una de las situaciones en las que se ve más claramente cómo el ser humano tiene la capacidad de idealizar el pasado. Puede suceder que se ancle un estado de anhelo permanente, pues es común que, sobretodo al principio, el inmigrante atribuya todo lo que le sucede, cualquier situación, fracaso, rechazo, etc., a su condición de extranjero. Esto lo he comprobado hablando con muchos de ellos, y muchas veces reflexionando sobre mis propias actitudes. La condición de inmigrante se convierte en un hecho que da identidad y explicación a muchas de las grandes preguntas sobre la vida actual.



Suele haber un cambio radical en el estilo de vida. Cambian las actividades, cambian las estaciones, cambian los hábitos alimenticios. Es un proceso de re-aprendizaje, pero como no somos una tabla rasa, los hábitos anteriores no desaparecen. Se trata de hacer encajar los antiguos con la realidad actual y adoptar nuevos recursos. «La inmigración es una de las situaciones más estresantes que existen»

Desde nuestro enfoque orgonómico, no podemos olvidar que la historia personal, la estructura y el carácter, determinan en gran medida la forma como una persona afronta su situación. Vemos que suele haber una exacerbación de los rasgos caracteriales al encontrarse en la nueva situación, haciendo uso de los mecanismos de defensa que tiene a disposición y que en este tránsito resultan bastante útiles para enfrentar los obstáculos que cotidianamente se le plantean, que además, añadiendo la problemática social y cultural, suelen superar la lógica de un proceso natural de adaptación.

Entonces, la realidad exige un gasto excesivo de energía para adaptarse. Puede pasar que al organismo se le esté pidiendo una adaptación que a veces no alcanza a responder a las exigencias del medio. El proyecto migratorio, por poco pretencioso que sea, siempre supone un estado de alerta permanente, atención al espacio, a los sonidos, a los tiempos que cambian, a los ciclos de las estaciones... es una cuestión de pura supervivencia. Hay que conseguir vivienda, trabajo, entender el lenguaje, ubicarse, obligaciones que hacen que una persona esté en permanente estado de alerta, con lo cual se puede entender que se recuerden con gran anhelo esos tiempos en que todo hacía parte de la obviedad y simplicidad de la vida cotidiana. Aquí, por el contrario, hay un re-comenzar y un re-aprender que a veces resulta verdaderamente fatigante, además de una constante incertidumbre por el futuro. En este punto es interesante ver cómo el Sistema Nervioso Autónomo puede verse afectado, generándose un desequilibrio al que la persona se habitúa y de la cual pocas veces es consciente.

Recordemos el papel que cumple el Sistema Nervioso Autónomo en los cambios de la vida. Sabemos que se compone del Sistema simpático, responsable, en general, de los estados de alerta, atención, disposición para actuar, y del Sistema parasimpático, encargado de la relajación, la distensión. La salud consiste en un equilibrio entre los dos. Un desequilibrio, es decir, un exceso de uno en perjuicio del otro, tiene que ver con la simpaticotonía, o la parasimpaticotonía. En una situación de estrés como vemos que sucede en el proceso de adaptación por inmigración, es común que se desarrolle una simpaticotonía. Se trata de una situación nueva en la que se ponen en marcha todos los posibles mecanismos de defensa, para poder responder a las exigencias del momento, con expectativas, miedos, desconocimiento, sentimientos de rechazo, etc.

Se habla de que estos síntomas se presentan en una primera etapa de la migración. Sin embargo, también podemos ver cómo se pueden cronificar y desarrollar cierto “equilibrio en el malestar” cuando no se les da la atención que merecen, pudiendo desencadenar en una enfermedad psicosomática sin que se llegue a asociar el síntoma con el motivo existencial relacionado.



El Síndrome de Ulises

En los últimos años, el psiquiatra e investigador Joseba Achotegui ha desarrollado en la ciudad de Barcelona un trabajo que contempla la situación general del inmigrante desde el punto de vista de la psicopatología. A la serie de dificultades que vive un inmigrante actualmente, le llama “Síndrome de Ulises”, haciendo mención a los textos de La Odisea que narran los naufragios de Ulises. También se llama “Síndrome del inmigrante con estrés crónico”, implicando una “síntomatología depresiva con características atípicas en la que los síntomas de tipo depresivo se entremezclan con los de tipo ansioso, somatomorfo y disociativo”. Estos síntomas deben ser interpretados en su contexto y por tanto se debe actuar frente a ellos de manera distinta, pues obedecen a causas directamente relacionadas con la realidad de la inmigración.

Considero que las aportaciones de Achotegui son muy valiosas y bastante afines al tratamiento que se le da a la psicopatología desde la ergonomía, por lo cual vamos a dedicar una parte de este espacio a comentar los aspectos más significativos, a mi modo de ver:

Este autor parte de la idea de que el inmigrante entra en una situación de estrés crónico, debido, como explicamos anteriormente, a las múltiples situaciones que tiene que afrontar como parte de su proceso de adaptación. La respuesta al estrés, en general, supone alteraciones en numerosos sistemas del organismo, fundamentalmente en las interrelaciones entre el eje hipotálamo-hipófisis y la corteza suprarrenal y las hormonas tiroideas y sexuales. El estrés da lugar a:

- El incremento de la secreción de corticoides que eleva la concentración de glucosa en la sangre y disminuye la inmunidad, lo que aumenta el riesgo de infecciones.
- El incremento de la secreción de adrenalina y noradrenalina que aumenta el ritmo cardíaco y la presión arterial.
- El incremento de la secreción de las hormonas tiroideas que da lugar a alteraciones del metabolismo, cambio de peso, etc.
- La disminución de la secreción de las hormonas sexuales (estrógenos y testosterona) que disminuyen la actividad sexual.
- Toda una serie de cambios digestivos (disminución de la actividad gástrica), musculares (incremento de la actividad), esfinterianos (rápida excreción de heces y orina), etc.

Estos cambios responden al intento de adaptación del organismo ante el peligro, a través de los mecanismos de lucha o de huida. Incrementar los valores de glucemia, la presión arterial y el gasto cardíaco suponen preparar al organismo para el esfuerzo. Disminuir la inmunidad, la sexualidad, la actividad digestiva, etc., suponen desconectar sistemas que no son esenciales a corto plazo para la supervivencia.

Con esta base, Achotegui divide la sintomatología del inmigrante en cuatro áreas.



Cabe apuntar que se toman constantemente en cuenta las particularidades culturales, que mediatizan los síntomas, lo que no se puede ignorar a la hora de hacer interpretaciones. A continuación expondré brevemente las áreas y los síntomas que las componen:

1. Área depresiva

- Tristeza. En los inmigrantes se asocia fundamentalmente a situaciones de duelo (familia, dejar el país, a los padres, a los hijos...) y duelo por el nivel social y el sentimiento de fracaso en el proyecto migratorio.
- Llanto. Se encuentran diferencias entre hombres y mujeres y también entre culturas. En casos en que el llanto no es explícito, se escuchan expresiones verbales como “salir agua por los ojos” o “llorar por dentro”.
- Baja autoestima. Se asocia al sentimiento de fracaso en el proyecto migratorio que es vivido como un fracaso personal, a pesar de que muchas veces las circunstancias son tan adversas que el inmigrante poco puede hacer contra ellas.
- Culpa. Se da más de tipo paranoide, ligada al temor al castigo. La persona no está preocupada por el daño que ha hecho a otro sino por el castigo que puede recibir por su “acción inadecuada”. Aquí cabe apuntar que ante el hecho de haber emigrado nunca se sabe con certeza si se ha tomado la opción correcta, y esta duda aparece en diferentes situaciones, especialmente en las más adversas.
- Pérdida de interés sexual. Más que todo en hombres. Esto puede ser debido a que las mujeres inmigrantes no suelen consultar por su sexualidad, lo cual no significa que no presenten distorsiones.
- Ideas de muerte, de suicidio y falta de interés, no suelen ser síntomas frecuentes, aunque existen. En general, el inmigrante posee una capacidad de lucha que le hace querer ir hacia delante incluso en contextos muy adversos. Puede tener sentimientos de tristeza pero aún conserva una cierta esperanza que le impulsa a desear seguir viviendo. Respecto a la pérdida o aumento de peso o apetito, no son fáciles de valorar porque, como vimos anteriormente, se producen importantes alteraciones en la dieta.

2. Área ansiedad

- Ansiedad. Relacionada o bien con la lucha y la inquietud por el logro del objetivo, o con el miedo por los peligros, las discriminaciones, etc.
- Preocupaciones excesivas e intrusitas. Serían excesivas más desde la capacidad de la mente para elaborarlas que desde el grado de realismo de estas preocupaciones. El ámbito emotivo y cognitivo ha de tomar muchas decisiones, a veces en poco tiempo y con escasos medios de análisis.
- Irritabilidad: Está relacionada con la magnitud de las frustraciones a las que debe hacer frente y con la ambivalencia. Tomemos en cuenta que en la migración se viven muchas situaciones de esfuerzo, de tensión, de frustración. Estas situaciones favorecen la rabia. El inmigrante siente a la vez amor hacia el país de origen y hacia el país de acogida, por todo lo que le han aportado, pero a la vez siente también rabia hacia el país de origen (del que tuvo que marchar porque no le daba lo que necesitaba) y hacia el país de acogida (por las frustraciones que le impone para poder adaptarse y progresar). Suele pasar, por eso, que cuando está



en el país de acogida elogia exageradamente al país de origen y cuando está en el país de origen elogia excesivamente al país de acogida.

3. Área somatizaciones

Es común que en las culturas de origen de los inmigrantes la emoción se suele expresar a través del cuerpo pero sin alexitimia. Es decir, la expresión corporal de los sentimientos se asocia a la expresión mental, emocional. Entre la sintomatología más frecuente que se observa en los inmigrantes destaca la triada insomnio-cefalea-fatiga, frecuentes también en la clínica de los autóctonos, pero en este caso afecta en igual medida a los jóvenes.

- Sueño. Ligado a las preocupaciones recurrentes. Afecta más a las personas sin trabajo, sin red de apoyo social, pero con estudios secundarios o superiores.
- Cefaleas. En los inmigrantes son de tipo primario, destacando la migraña y la cefalea tensional. Son casi siempre de tipo tensional y van asociadas a preocupaciones intensas. Suelen presentar síntomas de dolor opresivo, no pulsátil, de intensidad leve o moderada, localización bilateral, no se agrava con esfuerzos físicos, no se acompaña de náuseas y vómitos y no presenta fonofobia ni fotofobia.
- Fatiga. Muy intensa, especialmente en mujeres, que se quejan cuatro veces más que los hombres de este síntoma.
- Son frecuentes también las somatizaciones de tipo osteoarticular, molestias abdominales, torácicas y neurovegetativas.

4. Área disociativa

La más frecuente es de tipo confusional con síntomas de despersonalización asociados especialmente a confusiones temporo-espaciales, así como a síntomas del trastorno de identidad disociativo. Está también asociado a los síntomas depresivos.

- Sensación de fallos en la memoria, de la atención, sentirse perdido y perderse físicamente, hallarse desorientado a nivel temporal, etc.
- Más que negación de la realidad hay confusión, no saber dónde, ni en qué momento se está. El inmigrante, muchas veces, más que negar que haya cambiado de lugar, siente que “no sabe nada”. No es fácil evaluar esos síntomas (recordar que hay culturas que tienen una idea del tiempo circular y no lineal).

Veamos ahora lo que desde nuestro quehacer clínico y social podemos aportar en el trabajo con inmigrantes:

Hay que admitir que pretender vivir el cambio con conciencia puede parecer utópico y tal vez sea cierto, dadas las condiciones reales de la mayoría de inmigrantes. Pero el desconocimiento sobre el propio movimiento interno lleva a las personas a situarse en posiciones aún más vulnerables. Cuando no se ha hecho adecuadamente este proceso, puede pasar, por ejemplo, que otros cambios que se dan después, activen las emociones que no se vivieron en su momento. Es decir,



cuando la persona no ha sido consciente de lo que su nueva situación le genera a nivel emocional, las pérdidas o los cambios que vienen -separaciones de pareja, cambios de trabajo, de ciudad, etc.- pueden servir como canales de descarga del duelo que no se hizo por haber emigrado. Por esto es común que cuando alguien se encuentra con una situación vital dolorosa, la primera opción que aparece en la mente sea volver. Tiene su lógica, pues allí está aún el arraigo y cuando estamos en una situación de crisis emocional, lo que buscamos normalmente es el lugar donde está la raíz: la tierra.

Es necesario seguir investigando las implicaciones de la inmigración en la salud mental, dentro de la prevención de patologías derivadas de un tratamiento inadecuado del cambio por migración. Aquí nos planteamos la pregunta sobre la forma eficaz de intervenir cuando nos encontramos con casos de inmigrantes con los síntomas antes descritos. Comprender el movimiento migratorio en su contexto y en su momento es indispensable para ofrecer una intervención justa y apropiada.

La relación entre el paciente y el terapeuta, como en todos los casos, tiene aquí una importancia fundamental. El terapeuta ha de ser lo suficientemente cuidadoso en el análisis y estar especialmente atento a no perder el contacto con el contexto cultural y la situación actual de la persona. Además, en una acción terapéutica con inmigrantes, lo no verbal, lo gestual, lo corporal, constituyen valiosas herramientas pues no hay un condicionamiento de la racionalización y la persona puede reencontrar su expresión más allá de las posibilidades y las dificultades del lenguaje. Además, incluso en la dimensión no verbal, es necesario estar atento a los diferentes significados culturales que una misma acción puede tener. Por ejemplo, sabemos, que la percepción de cercanía o distancia corporal que define la intimidad o el formalismo pueden ser radicalmente diferentes en un país y en otro. La experiencia terapéutica con inmigrantes puede ser verdaderamente enriquecedora para un terapeuta dispuesto a flexibilizar sus certezas.

Se plantea entonces una atención desde el espacio individual, tanto para ofrecer apoyo en momentos puntuales, como para profundizar, en la medida de lo posible, en la comprensión de reacciones psicósomáticas, en la forma como la persona acostumbra a responder a las situaciones que se le presentan en la vida, o en aspectos de su propia historia que puedan haberse activado con el cambio y que estén afectando su momento actual. Paralelamente, existe un espacio terapéutico grupal, donde la persona puede verse “en” y “con” los otros, crear lazos, pertenecer a un grupo, sentirse parte de algo.

Además hay diversas alternativas, facilitadoras del proceso, como la creación de redes sociales y también el uso de los lenguajes expresivos, en los que la relación con el mundo externo mediante la creación constituye un proceso transformador en la medida en que la persona es sujeto de su propia historia y no un simple objeto de las circunstancias.



Referencias

- ACHOTEGUI, J. (2002) *La depresión en los inmigrantes: Una perspectiva transcultural*. Barcelona: Mayo.
- ANGUERA DE SOJO, I. (1988) *Medicina Psicosomática*. Barcelona. Doyma
- BECKER, B (1995) *Insomnio*. Barcelona. Plaza y Janés
- BOCK, S. Y BOYETTE, M. (1996) *Melatonina* Barcelona. Martínez Roca
- GAMBOA, S. (2005) *El Síndrome de Ulises*. Barcelona: Seix Barral.
- LUBAN-PLOZZA, y col. (1997) *El enfermo psicosomático en la práctica*. Barcelona. Herder
- MATURANA, H. (1997) *El sentido de lo humano*. Santiago de Chile: Dolmen.
- MONTAGU, A. (1983) *El Contacto Humano*. Buenos Aires: Paidós.
- MONTERO-RIOS, M. (2003) *Saltando las olas. Reflexiones sobre crianza, educación y desarrollo infantil*. S/C de Tenerife: Obstore.
- NAVARRO, F. (1984) *La Somatosicodinámica*. Valencia: Orgón.
- REDON, M. (1997). *Psicosomática de la salud humana*. Monografía 8. Valencia, Orgón.
- SAMI-ALI, (2000), *El sueño y el afecto. Una teoría de lo somático*. Buenos Aires. Amorrortu
- SERRANO, X. (1997) *La psicoterapia Breve Caracteroanalítica*. Valencia: Orgón.
- ZULETA, E. (1985) *Sobre la idealización en la vida personal y colectiva*. Bogotá: Procultura.