



Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
e Inmunología y Microbiología Médicas

Tesis doctoral

Autopercepción de la salud, apoyo social y salud mental en Atención Primaria:
diferencias entre población autóctona e inmigrante

Miguel Ángel Salinero Fort

2013

D^a. Paloma Gómez Campelo, profesora de Estudios de Psicología de la Universitat Oberta de Catalunya, investigadora de la Fundación de Investigación del Hospital Carlos III de Madrid

CERTIFICA

Que el proyecto de tesis doctoral titulado “**Autopercepción de la salud, apoyo social y salud mental en Atención Primaria: diferencias entre población autóctona e inmigrante**” ha sido realizado bajo mi dirección por D. Miguel Ángel Salinero Fort y reúne todos los requisitos científicos y formales para ser presentado y defendido ante el tribunal correspondiente.

Y para que así conste a todos los efectos, firmo el presente certificado en Madrid, a 30 de Abril de dos mil trece.

Dra. Paloma Gómez Campelo

D. Rodrigo Jiménez García, Catedrático del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología y Microbiología Médicas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos

CERTIFICA

Que el proyecto de tesis doctoral titulado “**Autopercepción de la salud, apoyo social y salud mental en Atención Primaria: diferencias entre población autóctona e inmigrante**” ha sido realizado bajo mi dirección por D. Miguel Ángel Salinero Fort y reúne todos los requisitos científicos y formales para ser presentado y defendido ante el tribunal correspondiente.

Y para que así conste a todos los efectos, firmo el presente certificado en Madrid, a 30 de Abril de dos mil trece.

Prof. Dr. Rodrigo Jiménez García



**Universidad
Rey Juan Carlos**

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
e Inmunología y Microbiología Médicas

Tesis doctoral

Autopercepción de la salud, apoyo social y salud mental en Atención Primaria:
diferencias entre población autóctona e inmigrante

Autor: Miguel Ángel Salinero Fort

Directores: D^a. Paloma Gómez Campelo
D. Rodrigo Jiménez García

Junio, 2013

AGRADECIMIENTOS

Esta Tesis ha sido realizada en la Fundación de Investigación Biomédica del Hospital Carlos III y originariamente en la Unidad de Investigación de Atención Primaria del Área 4 de Madrid a partir de la inquietud investigadora sobre los problemas de salud mental de la población inmigrante que me transmitió el Dr. Hervé Valdivia, médico de familia del Centro de Salud Daroca en el año 2006, momento en que se inició el primer germen de esta Tesis; gracias a su iniciativa, empecé a conocer los primeros estudios sobre inmigración y salud y fui familiarizándome con los instrumentos diagnósticos del apoyo social y de la salud mental como el PRIME-MD.

Al Fondo de Investigación Sanitaria que en el año 2007 nos financió el proyecto “Psicopatología en la población inmigrante atendida en Atención Primaria: prevalencia, factores asociados y eficacia de la intervención psicosocial” en el que participaron algunos profesionales que detallo más abajo.

Al Instituto de la Salud Carlos III que durante los años 2008 y 2009 me otorgó una ayuda para la intensificación de la actividad investigadora, que permitió contratar durante 12 meses a un médico de familia que realizó las tareas asistenciales en mi plaza del Centro de Salud Virgen del Cortijo de Madrid.

A Carmen Martín Madrazo, que quiso acompañarme durante unos años en el impulso de la investigación en Atención Primaria, y colaboró muy activamente en la puesta en marcha de un grupo de investigadores de Atención Primaria que se dedicaron a la intervención grupal con los inmigrantes, en cuyas reuniones de trabajo fui profundizando en las bases teóricas de la aculturación del proceso migratorio.

A Laura del Otero Sanz que, durante su tercer año de residencia en Medicina Preventiva, dejó sus queridas Islas Canarias para trasladarse a la Unidad de Investigación del Área 4 de Madrid y participar en el desarrollo del estudio, con especial dedicación al procesamiento de datos, los primeros análisis estadísticos y la redacción en inglés del primer borrador del artículo sobre apoyo social. Sin su abnegada labor no hubiera sido posible terminar con éxito el proyecto, los tres estudios y muy probablemente esta Tesis.

A las psicólogas Raquel Sanz Bucero y Flor Salvador Silva, que durante muchísimos meses hicieron el extenuador trabajo de campo, en condiciones muy precarias, que supieron solventar con su buen hacer, generosidad y proverbial disposición. Sin su dominio de las técnicas de entrevista y su conocimiento de los instrumentos diagnósticos esta Tesis carecería de solvencia metodológica.

A Juan Carlos Abánades Herranz, exjefe, y excompañero del Centro de Salud Monóvar hace ya veinte años y finalmente compañero de viaje a China, a la que partimos en el año 2005, en búsqueda de nuestras hijas del sol naciente, porque, además de su amistad y experiencias compartidas durante tantos años, me ha brindado siempre apoyo y ejemplo de rigor y profesionalidad.

A Carmen de Burgos Lunar, a la que he tenido la suerte de tener como residente de la Unidad Docente de Medicina de Familia del Área 4 de Madrid, posteriormente como rotante de la especialidad de Medicina Preventiva de Salud Pública y, finalmente, como responsable de la Unidad de Epidemiología Clínica del Hospital Carlos III. En todos estos años he contado con su inestimable interés y colaboración, constituyendo para mí un ejemplo de dedicación a la ciencia, profesionalidad y de rigor intelectual. Sus constantes estímulos han permitido que no desfalleciera en ningún momento de la larga travesía de esta Tesis.

A Enrique Carrillo de Santa Pau, que en su día fue becario de la Unidad de Investigación del Área 4 y ahora es un reconocido científico en el Centro Nacional de Investigación Oncológica; gracias a su metódica formación y enorme entusiasmo aprendimos a ver las cosas desde otra perspectiva más científica y a la vez más optimista. Participó muy activamente en la fase del estudio relacionada con la salud autopercebida y sus sugerencias y comentarios siempre fueron muy provechosos para el resultado final de esta Tesis.

A Paloma Gómez Campelo, que desde el año 2005 ha sido mi mano derecha, hasta el punto que sin su abnegado desempeño, conocimientos, y habilidades técnicas en una gran cantidad de campos (estadística, ofimática, inglés, metodología de la investigación) no hubiera sido posible la elevada producción científica de la Unidad de Epidemiología Clínica del Hospital Carlos III. Buena parte de esta Tesis ha sido más fácil gracias a ella, pues ha sabido entrelazar y codirigir, con la maestría de una avezada psicóloga, aspectos no suficientemente conocidos por un profesional de la medicina.

A Fernando Carrillo Arias, exgerente del Área 4 de Atención Primaria y actualmente gerente del Hospital Carlos III de Madrid, porque, como investigador que es, ha sabido interpretar la necesidad de la investigación epidemiológica en cualquier ámbito del Sistema Sanitario, y me ha proporcionado la libertad y mimbres para crear una Unidad de Investigación en Atención Primaria y, posteriormente, una Unidad de Epidemiología en el Hospital, en las que he podido aglutinar un conjunto de profesionales que me han hecho mejor investigador y mejor persona, y lo que es más importante han permitido generar conocimiento.

A mi director de Tesis, el Profesor Rodrigo Jiménez García, con el que comparto líneas de investigación paralelas y que espero en un futuro puedan ser convergentes. Ha sabido tutorizar y dirigir esta tesis con la actitud de un compañero y la solvencia de su autoridad intelectual, con lo que he recibido dos enseñanzas: una metodológica y otra, más inolvidable, de humildad y generosidad.

A mis hijas María Jierui y Beatriz Xinqi, que a pesar de su corta edad y como consecuencia de su origen chino, han recibido muestras de lo que significa el racismo por parte de nuestra comunidad, con la confianza de que algún día, cuando lean esta Tesis, puedan entender que el tiempo que las negué para la redacción de la misma era mi contribución, sorda y desigual, a la lucha contra la exclusión social y el racismo, que espero no encuentren en la sociedad que les dejemos en un futuro cercano.

A Rosa, mi mujer, porque sin ella yo no hubiera tenido la trayectoria vital y profesional de los últimos 27 años, y porque las múltiples renunciaciones que ha tenido que soportar, por estar a mi lado durante tantos años, no las podré pagar en la vida, ni siquiera con el orgullo que seguramente tendrá cuando lea esta Tesis.

A todas las mujeres y hombres de ciencia, que se abrieron camino con dificultades en ésta nuestra España de toreros y futbolistas, para que con su ejemplo los jóvenes intelectuales se incorporen a la generación de conocimiento con humildad y generosidad, tanto desde nuestro país, como desde las Universidades o centros de Investigación, que les acojan fuera de nuestras fronteras, con el deseo de que nunca renuncien a sus principios de buena práctica investigadora.

ÍNDICE

GLOSARIO DE ABREVIATURAS	1
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	17
INMIGRACIÓN	19
<i>FENÓMENO MIGRATORIO</i>	19
<i>FLUJOS MIGRATORIOS</i>	24
EL PROCESO MIGRATORIO	26
<i>DUELO MIGRATORIO</i>	26
<i>CHOQUE CULTURAL</i>	28
<i>EL PROCESO DE ACULTURACIÓN</i>	30
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	34
<i>CALIDAD DE VIDA: DEFINICIÓN Y DIMENSIONES</i>	34
<i>CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD</i>	36
<i>APOYO SOCIAL</i>	38
SALUD MENTAL E INMIGRACIÓN	41
<i>SALUD MENTAL</i>	41
EL INMIGRANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA	68
JUSTIFICACIÓN	73
HIPÓTESIS	77
HIPÓTESIS GENERAL	79
HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	79
OBJETIVOS	81
OBJETIVO GENERAL	83
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	83
MATERIAL Y MÉTODOS	85
ESTUDIO I: La relación entre el Apoyo Social y Salud autopercebida en Atención Primaria: diferencias entre autóctonos e inmigrantes.	89
<i>DISEÑO</i>	89
<i>ÁMBITO</i>	89
<i>POBLACIÓN DE ESTUDIO</i>	89
<i>MÉTODOS ESTADÍSTICOS</i>	90

ESTUDIO II: Salud autopercebida en Atención Primaria: la influencia de la inmigración latinoamericana y otros factores asociados.	93
<i>DISEÑO</i>	93
<i>ÁMBITO</i>	93
<i>POBLACIÓN DE ESTUDIO</i>	93
<i>MÉTODOS ESTADÍSTICOS</i>	94
ESTUDIO III: Trastornos mentales comunes en Atención Primaria: diferencias entre los residentes en Madrid latinoamericanos y españoles	97
<i>DISEÑO</i>	97
<i>ÁMBITO</i>	97
<i>POBLACIÓN DE ESTUDIO</i>	97
<i>MÉTODOS ESTADÍSTICOS</i>	98
RESULTADOS	101
ESTUDIO I	103
ESTUDIO II	107
ESTUDIO III	115
DISCUSIÓN	127
ESTUDIO I	129
ESTUDIO II	132
ESTUDIO III	135
CONCLUSIONES	141
BIBLIOGRAFÍA	147
ÍNDICE DE TABLAS	181
ÍNDICE DE FIGURAS	183
ANEXO: TABLAS	185
ANEXO: CUESTIONARIOS	211

**GLOSARIO DE
ABREVIATURAS**

ASIS: Anxiety Status Inventory Scale
BAI: Beck Anxiety Inventory
BDI: Beck Depression Inventory
CD: Cualquier tipo de Depresión
CEP: Cuestionario de Elaboración Propia para Ansiedad
CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CGAS: Children's Global Assessment Scale
CIDI: Composite International Diagnostic Interview
CIDI-SF : Composite International Diagnostic Interview Short Form
CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Revisión
CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades. 11ª Revisión
CIS: Clinical Interview Schedule
CIS-R: Revised Clinical Interview Schedule
CPRS: Comprehensive Psychopathological Rating Scale
CRMH: Scale Referral Criteria for Mental Health
CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DICA: Diagnostic Instrument for Children and Adolescents
DIS: Diagnostic Interview Schedule
DISSI: Diagnostic Interview Schedule Screening Interview
DM: Depresión Mayor
DSM : Diagnostic and Statistical Manual (of Mental Disorders)
DSM-III : DSM tercera edición
DSM-III-R: DSM tercera edición renovada
DSM-IV : DSM cuarta edición
DSM-IV-TR : DSM cuarta edición, texto revisado
DSM-V : DSM quinta edición
DSQ79 : Diagnostic Screening Questionnaire (79 questions)
EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Uso y Abuso de Drogas en España
EEUU: Estados Unidos de Norteamérica
EQ-5D: European Quality of Life-5 Dimensions
FDIPS: "Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen" (Forschungs version) or Diagnostic Interview for Mental Disorders, Research version.
GADS: Goldberg Anxiety and Depression Scale
GDS: Geriatric Depression Scale
GHQ: General Health Questionnaire
GHQ-9: General Health Questionnaire (9 questions)
GHQ-12: General Health Questionnaire (12 questions)
GHQ-20: General Health Questionnaire (20 questions)
GHQ-28: General Health Questionnaire (28 questions)
GHQ-30: General Health Questionnaire (30 questions)
GHQ-36: General Health Questionnaire (36 questions)
GHQ-60: General Health Questionnaire (60 questions)
GHQ-70: General Health Questionnaire (70 questions)

GMS: Geriatric Mental State
GMS/AGECAT: Geriatric Mental State/AGECAT computer program
HAD: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria
HAM-D17: Escala de Hamilton de 17 ítems
HSC: Hopkins Symptom Checklist
ICD: International Classification of Diseases
ICD-10: 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)
INE: Instituto Nacional de Estadística
LT: Life Time
MAAR: Modelo Ampliado de Aculturación Relativa
MDI : Major Depression Inventory
MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview
NCS: National Comorbidity Survey
NHP: Nottingham Health Profile
OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OMS: Organización Mundial de la Salud
OR: Odds Ratio
PAS: Pakistan Assessment Schedule
PAS: Psychiatric Assessment Schedule
PHQ: Patient Health Questionnaire
POPR: Problem Oriented Patient Report
PRIME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PSE: Present State Examination Schedule
PVPS: Phan Vietnamese Psychiatric Scale
SAD: Escala de Ansiedad y Depresión
SCAN: Schedules for Clinical Assesment in Neuropsychiatry
SCL8: Sympton Check List for mental disorders
SIDA: Síndrome de InmunodeficienciaAdquirida
SDS: Sheehan Disability Scale
SF-12: 12-Item Short Form Health Survey
SF-36: 36-Item Short Form Health Survey
SRQ: Self Report Questionnaire
SRQ20: Self Report Questionnaire (SRQ-20)
SSTLMH: Short Screening Tool for Lifestyle and Mental health
STAI: State Trait Anxiety Inventory
TA: Trastorno de Ansiedad
TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada
TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria
WMH: World Mental Health
YGDS: Yessavage Geriatric Depression Scale
ZSDS: Zung Self-rating Depression Scale

RESUMEN

La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni virus raros. Es medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte. De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores.

R. Colasanti. En: II Congreso de Medicina y Emigración. Roma, 1990.

INTRODUCCIÓN

En España, la inmigración se ha duplicado desde la segunda mitad de los noventa, creando una nueva realidad socio-política con sus correspondientes retos sociales y sanitarios. En la actualidad, la población de España ha crecido hasta más de 46 millones de personas y casi el 12% (17% en Madrid) de este crecimiento tiene su origen en la inmigración, sin incluir la inmigración ilegal por residentes nacidos en el extranjero. En 2010, entre 60%-80% de los extranjeros de la parte nordeste de Madrid provenían de Latinoamérica (Ecuador, Colombia, Perú, Bolivia, República Dominicana y Paraguay). Estos datos son muy parecidos a los informados en otras grandes ciudades españolas.

La emigración conlleva grandes cambios en el entorno de una persona, con la incorporación de un nuevo contexto físico, institucional y sociocultural, por lo que puede ser por sí misma una experiencia estresante. Además, las personas nacidas en el extranjero pueden encontrarse muchos problemas en su país anfitrión (inseguridad laboral, inestabilidad legal, difícil acceso a la vivienda, aislamiento social y prejuicios étnicos), además de cambios importantes en su entorno que pueden suponer un riesgo para la salud y afectar a su adaptación e integración en la nueva sociedad.

Dada esta realidad de problemática múltiple, el apoyo social se alza entre los factores más relacionados con el éxito de la migración y la integración en la nueva sociedad. Por lo tanto, en la experiencia migratoria, el apoyo social es una fuente de recursos de distinta naturaleza: obtención de afecto (apoyo afectivo), comprensión y oportunidades para la participación social (apoyo de interacción social positiva), obtención de información sobre el país anfitrión en la búsqueda de empleo y vivienda (apoyo emocional/informativo), obtención de acceso a recursos sociales básicos, educación y sanidad, así como asistencia instrumental en áreas como la adquisición del idioma, el procesamiento o transporte de documentos (apoyo instrumental).

Algunas investigaciones previas han confirmado el efecto positivo del apoyo social y sus dimensiones funcionales en la experiencia de la migración sobre la salud y bienestar subjetivo de los inmigrantes, demostrando que las personas aisladas informaron de una salud peor, física y psicológica. Se encontró una relación positiva entre el apoyo social y la buena percepción de salud física y la autonomía funcional y una mejora del bienestar subjetivo. En general, parecen sugerir que la mera presencia de vínculos interpersonales es insuficiente, resultando esencial tener varios tipos de relaciones sociales que pueden llegar a proporcionar un impacto positivo sobre la salud de los inmigrantes. Sin embargo, los orígenes y los mecanismos de la asociación entre la inmigración, el apoyo social y el estado de salud son poco claros. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de aclarar en qué condiciones resulta beneficioso el apoyo social para la salud y el bienestar de los inmigrantes.

Por otra parte, se ha sugerido que el estado de salud autoinformado puede ser un predictor potente y bien validado de la mortalidad y existe evidencia de que hay diferencias entre el estado de salud de las comunidades inmigrantes y las nativas. Diferentes investigaciones han mostrado la relación entre la inmigración y el estado de salud autoinformado, así como la manera de identificar el enfoque de estas relaciones y las variables mediadoras potencialmente involucradas.

Los inmigrantes latinoamericanos tienden a contar con un buen estado de salud a su llegada al país anfitrión. Esto resulta sorprendente, dada la asociación de una salud pobre con un bajo estatus socioeconómico. Sin embargo, esta paradoja desaparece con el tiempo, a medida que la ventaja de los inmigrantes latinoamericanos parece reducirse con la aculturación. La explicación para este fenómeno es poco clara. Asimismo, se han asociado muchos factores a esta percepción deteriorada de la salud: estrés, exposición traumática en el país de origen,

separación de la familia, pobreza, nivel educativo bajo, bajo estatus laboral y discriminación. Todos ellos aumentan el riesgo de un estado de salud autoinformado más negativo.

En la actualidad, apenas existe información sobre la prevalencia de los trastornos mentales comunes entre las poblaciones inmigrantes dentro de los países de la Unión Europea y los hallazgos encontrados no son totalmente coherentes. Estudios anteriores demostraron que los inmigrantes cuentan con mayor prevalencia de trastornos mentales comunes, frente a la población autóctona en su país anfitrión. Más concretamente, se cree que la emigración aumenta el riesgo de padecer trastornos depresivos y de ansiedad. Por otra parte, otros autores han encontrado menor prevalencia de trastornos mentales comunes en inmigrantes en comparación con la población del país anfitrión.

La naturaleza de la asociación entre la emigración y la salud mental ha ido cambiando con el tiempo. Los estudios sobre la inmigración y la salud mental han apuntado que la elevada prevalencia de trastornos mentales comunes puede atribuirse a la incapacidad para cumplir las expectativas fijadas antes de emigrar. Existen pruebas de que la prevalencia y los factores de riesgo para los trastornos mentales comunes son distintos en función del sexo. Se ha observado que las mujeres presentan una prevalencia de trastornos mentales afectivos mayores que los hombres. Muchos estudios destacan el hecho de que las mujeres inmigrantes tienden a experimentar niveles mucho más elevados de estrés en comparación con los hombres en situaciones similares. Finalmente, algunas investigaciones previas sugieren que la etnicidad también es un predictor independiente de los trastornos de salud mental.

HIPÓTESIS

La población inmigrante que acude a las consultas de Atención Primaria padece una mayor morbilidad psíquica que la población autóctona.

Hipótesis específicas

1. El apoyo social, en términos cuantitativos (tamaño de la red social) como cualitativos, es peor en la población inmigrante que la autóctona.
2. El estado de salud autoinformado en la población inmigrante, especialmente en la población de origen latinoamericano, es peor que la de la población autóctona.
3. El nivel de estrés de la población inmigrante es mayor que el de la población autóctona
4. La falta de apoyo social y el mal estado de salud autoinformado se asocian a peor salud mental con independencia de otros factores sociales, económicos y del nivel de estrés.
5. Los trastornos de somatización son considerablemente más prevalentes en población inmigrante que autóctona.

OBJETIVOS

Objetivo general

Estudiar la prevalencia de los problemas de salud mental más comunes (ansiedad, depresión, trastorno somatomorfo, consumo excesivo de alcohol, trastorno de la conducta alimentaria) en población inmigrante y autóctona, que acude a las consultas de Atención Primaria, e identificar los factores asociados.

Objetivos específicos

1. Describir el apoyo social de la población inmigrante y autóctona y estudiar la posible asociación entre falta de apoyo social global y sus diferentes dimensiones (emocional, instrumental, afectivo e interacción social), con la inmigración tras ajustar por factores sociodemográficos, económicos y autopercepción de la salud.
2. Describir y comparar el estado de salud autoinformado entre autóctonos e inmigrantes de origen latinoamericano, ajustando por tiempo de residencia en España y analizar las variables sociodemográficas y psicosociales asociadas con una mejor autopercepción de la salud.
3. Estimar y comparar la prevalencia de los problemas más comunes de salud mental en población autóctona e inmigrante de origen latinoamericano.
4. Analizar la posible asociación entre tiempo de residencia en España y peor salud mental, en la población inmigrante de origen latinoamericano.
5. Identificar el modelo logístico que mejor explique los diferentes problemas de salud mental en la población de 18 a 55 años que acude a las consultas de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para poder responder a los objetivos el estudio se llevó a cabo en tres etapas:

- **Estudio I:** para dar respuesta al objetivo 1 se ha realizado un estudio observacional transversal, analítico, de asociación cruzada en pacientes autóctonos e inmigrantes, entre 18 y 55 años, que acudieron a las consultas de medicina y/o enfermería en 15 centros de salud del área metropolitana noreste de la ciudad de Madrid.
- **Estudio II:** para dar respuesta al objetivo 2 se ha realizado un estudio observacional transversal de asociaciones cruzadas en pacientes autóctonos e inmigrantes de origen latinoamericano, entre 18 y 55 años, que acudieron a las consultas de medicina y/o enfermería en 15 centros de salud del área metropolitana noreste de la ciudad de Madrid.
- **Estudio III:** para dar respuesta a los objetivos 3, 4 y 5 se ha realizado un estudio transversal de asociaciones cruzadas y de análisis de regresión logística de carácter explicativo, en pacientes autóctonos e inmigrantes de origen latinoamericano, entre 18 y 55 años, que acudieron a las consultas de medicina y/o enfermería en 15 centros de salud del área metropolitana noreste de la ciudad de Madrid.

RESULTADOS

- **Estudio I:**
 - ❖ Respecto al tamaño de la red social, el grupo de inmigrantes informó que contaba con una red de apoyo más pequeña que los autóctonos (6 y 9 personas, respectivamente), lo que implicaba una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).
 - ❖ Para la percepción del apoyo social global y para las cuatro dimensiones estudiadas se observaron diferencias significativas entre los inmigrantes y los nativos ($p < 0,001$), siendo mejor siempre la percepción de los autóctonos en comparación con los inmigrantes.

- ❖ Los factores que mostraron una asociación independiente con la falta de apoyo social global fueron: ser inmigrante (RP= 2,72, IC 95% 1,81-4,09; p<0,01), ser hombre (RP= 2,26, IC 95% 1,47-3,46; p<0,01), tener ingresos mensuales <500 euros (RP= 3,81, IC 95% 2,12-6,87; p<0,01) o entre 500 y 1.000 euros (RP= 1,91, IC 95% 1,27-2,88; p=0,02), padecer estrés (RP= 1,94, IC 95% 1,35-2,78; p<0,01). Por otro lado, un estado de salud autoinformado como excelente/muy bueno se asocia inversamente, y de manera independiente, con la falta de apoyo social global (RP=0,46, IC 95% 0,26-0,80).
- ❖ Considerando las cuatro dimensiones del apoyo social, se observó que la falta de dicho apoyo se asociaba de manera significativa con el hecho de ser un inmigrante y padecer estrés, tras ajustar por potenciales variables de confusión. Sin embargo, la variable que explicó una asociación significativa y superior con la prevalencia de la falta de apoyo social fue el hecho de percibir unos ingresos reducidos, especialmente los ingresos por debajo de 500 €/mes (RP entre 3 y 5).

- **Estudio II:**

- ❖ Las mujeres latinoamericanas respecto a los hombres latinoamericanos tienen un apoyo social más pobre (14% vs. 28%, p<0,001), son solteras con mayor frecuencia (43% vs. 35,6%, p=0,005), tienen mayor desempleo (21,8% vs. 13,4%, p=0,046) y tienen en mayor medida ingresos económicos por debajo de los 500 euros (14% vs. 7,6%, p=0,006).
- ❖ Respecto al porcentaje de sujetos con estrés en la muestra, los latinoamericanos notificaron más estrés (55,9%) de forma significativa que los españoles (45,6%).
- ❖ Los españoles presentaron un estado de salud autoinformado mejor (bueno, muy bueno o excelente) que los latinoamericanos (79,8% vs. 69,3%, p<0,001).
- ❖ Los datos crudos presentaron un gradiente descendiente de estado de salud autoinformado entre los españoles, seguido por los latinoamericanos con una residencia de menos de cinco años y los latinoamericanos con una duración mayor de la residencia en España.
- ❖ Globalmente, el 75,6% (n=1.594) de los pacientes informó de un estado de salud autoinformado bueno, muy bueno o excelente. Los entrevistados que lo informaban tenían más probabilidades de ser hombres, menores de 34 años, españoles, solteros o casados, con un diploma universitario de grado medio, trabajando como gestores u obreros especializados, con unos ingresos mensuales por encima de los 500 euros, un apoyo social elevado y poco estrés.
- ❖ Un análisis multivariante (Modelo 1) confirmó diferencias significativas en: estado de salud autoinformado positivo en los hombres (RP=2,24, IC 95%=1,48-3,37), edad inferior a los 34 años (RP= 2,46, IC 95%=1,75-3,43), españoles (RP=1,49, IC 95%=1,06-2,10), con ingresos mensuales superiores a los 1000 euros (RP=1,96, IC 95%=1,03-3,80), con un apoyo social elevado (RP= 1,80, IC 95%=1,26-2,57) y sin estrés (RP=2,05, IC 95%=1,51-2,76).
- ❖ Finalmente, el análisis multivariante (Modelo 2) que incluía la variable de la duración de la residencia en España (tres categorías) confirmó los resultados de análisis anteriores multivariantes, con valores similares de RP para las variables, mostrando que el estado de salud autoinformado en los españoles es similar al de los latinoamericanos que han residido en España durante menos de 5 años (RP=1,09, IC 95%=0,63-1,89). Además, estos datos demuestran que haber nacido en Latinoamérica y vivido en España durante 5 años o más, se asocia a un peor estado de salud autopercibido (RP=0,58, IC 95%=0,40-0,83).

- **Estudio III:**

- ❖ Los datos indican la presencia de uno o más trastornos mentales en el 49,9% (IC 95%= 47,4%-52,3%) de la muestra total. La prevalencia de los trastornos mentales comunes entre los latinoamericanos fue superior a la de los participantes españoles: tanto para cualquier trastorno mental común (57,8% vs. 43,9%; $p<0,001$) como para cualquier trastorno del estado de ánimo (40,1% vs. 34,8%; $p=0,030$) y cualquier trastorno de ansiedad (20,5% vs. 15,3%; $p=0,006$). La prevalencia de trastornos somatomorfos fue casi el triple para los participantes latinoamericanos (18,1% frente a 6,6%; $p<0,001$). Sin embargo, los participantes españoles presentaban prevalencias superiores de: recurrencia de trastornos depresivos mayores, trastorno distímico, trastorno bipolar, ansiedad debida a un trastorno físico, trastornos alimentarios y trastornos alimentarios por atracones.
- ❖ Se observaron claras diferencias por sexo, independientemente del país de origen. Así, las mujeres mostraron significativamente mayor prevalencia de cualquier tipo de trastorno, así como de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, trastornos de la conducta alimentarios y trastornos somatomorfos, en comparación con los hombres. Dentro del grupo de latinoamericanos, esta diferencia resultó estadísticamente significativa para cada trastorno excepto para el trastorno de ansiedad. Por otra parte, todos los trastornos por abuso/dependencia de alcohol se mostraron, de manera significativa, con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres.
- ❖ Para los hombres, los latinoamericanos con menos de cinco años de residencia en España y aquellos con cinco o más años mostraron prevalencias significativamente superiores para cualquier trastorno mental y para el trastorno de abuso/dependencia de alcohol que los hombres españoles. Para las mujeres, los dos grupos de latinoamericanas (menos de 5 años y cinco o más años en España) presentaron prevalencias significativamente superiores para cualquier trastorno y el trastorno somatomorfo que las españolas.
- ❖ Igualmente, las mujeres latinoamericanas con cinco años o más de residencia en España mostraron una prevalencia significativamente superior de trastorno de ansiedad que las mujeres nacidas en España. Los datos demuestran que no existieron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo entre los latinoamericanos con menos de cinco años de residencia y los de cinco años de residencia o más.
- ❖ El análisis multivariante sugiere que el sexo, el hecho de tener hijos, los ingresos mensuales, el país de residencia y el apoyo social global fueron las variables principales significativamente asociadas a cada trastorno de salud mental.
- ❖ Las variables que explicaron una asociación mayor y significativa con los distintos trastornos mentales comunes fueron: el país de origen, específicamente ser latinoamericano (RP entre 1,47 y 2,56), unos ingresos mensuales inferiores a 1.000 euros (RP entre 1,37 y 3,03), un apoyo social bajo-normal (RP entre 1,86 y 2,83) y el sexo femenino (RP entre 1,55 y 2,63). Sin embargo, el hecho de ser mujer se asoció inversamente a cualquier trastorno probable de abuso/consumo de alcohol (RP=0,12).

CONCLUSIONES

- ❖ El Apoyo Social global en la población autóctona es mayor que la percibida por los inmigrantes residentes en la zona noreste del área metropolitana urbana de Madrid, constituida por una mayoría de inmigrantes Latinoamericanos. Las cuatro dimensiones de Apoyo Social (Emocional, Instrumental, Interacción social y afectivo) son igualmente mejor percibidas por los autóctonos que por los inmigrantes.
- ❖ Los españoles presentan un estado de salud autoinformado mejor (bueno, muy bueno o excelente) que los latinoamericanos.
- ❖ Los factores asociados con un estado de salud autoinformado positivo son: ser hombre, edad inferior a los 34 años, español, con ingresos mensuales superiores a los 1.000 euros, con un apoyo social elevado y sin padecer estrés.
- ❖ Al incluir la variable duración de la residencia en España (siempre, <5 años y >=5 años) se confirman los resultados anteriores, con valores similares de RP para las variables, mostrando que el estado de salud autoinformado en los españoles es similar al de los latinoamericanos que han residido en España durante menos de 5 años. Además, estos datos demuestran que haber nacido en Latinoamérica y vivido en España durante 5 años o más, se asocia a un peor estado de salud autopercebido.
- ❖ La prevalencia de uno o más trastornos mentales comunes fue elevada en la muestra total, hasta el punto de estar afectado uno de cada dos participantes.
 - La prevalencia de uno o más trastornos mentales comunes fue más elevada que la encontrada en registros de historias clínicas de la Comunidad de Madrid, lo que parece indicar un infradiagnóstico o un subregistro.
- ❖ La Prevalencia de trastornos mentales comunes entre los inmigrantes latinoamericanos fue superior que la de los participantes españoles para las siguientes rúbricas diagnósticas:
 - Cualquier trastorno mental común
 - Cualquier trastorno del estado de ánimo
 - Cualquier trastorno de ansiedad
 - Trastorno somatomorfo
 - Trastorno por consumo de alcohol
- ❖ Los participantes españoles mostraron mayor Prevalencia que los inmigrantes latinoamericanos en las siguientes rúbricas diagnósticas:
 - Recurrencia de trastornos depresivos mayores
 - Trastorno distímico
 - Trastorno bipolar
 - Ansiedad debida a un trastorno físico
 - Trastornos de la conducta alimentaria
 - Trastorno alimentarios por atracones

- ❖ Con independencia del lugar de origen, las mujeres con respecto a los hombres mostraron significativamente mayor Prevalencia de las siguientes rúbricas diagnósticas:
 - Cualquier tipo de trastorno mental común
 - Trastornos del estado de ánimo
 - Ansiedad
 - Trastornos de la conducta alimentaria
 - Trastornos somatomorfos
- ❖ En los inmigrantes latinoamericanos, las mujeres con respecto a los hombres mostraron significativamente mayor Prevalencia de las siguientes rúbricas diagnósticas:
 - Cualquier tipo de trastorno mental común
 - Trastornos del estado de ánimo
 - Trastornos de la conducta alimentaria
 - Trastornos somatomorfos
- ❖ Para los hombres, los dos grupos de latinoamericanos (con menos de 5 años de residencia y con 5 o más años) mostraron prevalencias significativamente superiores para cualquier trastorno mental común y para el trastorno de abusodependencia de alcohol, que los hombres españoles.
- ❖ Para las mujeres, los dos grupos de latinoamericanas (con menos de 5 años de residencia y con 5 o más años) presentaron prevalencias significativamente superiores para cualquier trastorno mental común y el trastorno somatomorfo que las mujeres españolas.
- ❖ Las mujeres latinoamericanas con 5 o más años de residencia en España mostraron una Prevalencia significativamente superior de trastorno de ansiedad que las mujeres españolas.
- ❖ Las variables que explican una asociación mayor y significativa con los distintos trastornos mentales comunes fueron:
 - País de origen (ser latinoamericano)
 - Ingresos mensuales inferiores a 1.000 euros
 - Apoyo social bajo-normal
 - Sexo femenino
- ❖ La elevada Prevalencia de trastornos mentales comunes en la población inmigrante latinoamericana no parece ser una patología importada, dado que las prevalencias informadas de dichas patologías en Latinoamérica son sensiblemente más bajas.
- ❖ Nuestros datos no apoyan la hipótesis del inmigrante saludable a la llegada, al no encontrar diferencias significativas en las prevalencias de trastornos mentales entre los inmigrantes recientes y los que llevan 5 o más años en España.

- ❖ Existen pocas probabilidades de que el cuestionario PRIME-MD haya considerado erróneamente como depresión (falso positivo) a los inmigrantes que padecieran el “Síndrome de Ulises”, dado que sus principales síntomas (tristeza y llanto) no son suficientes para cumplir los criterios del DSM-IV para los cuales el cuestionario PRIME-MD ha mostrado una sensibilidad del 92% y una especificidad del 78% (Spitzer et al., 1994).

INTRODUCCIÓN

INMIGRACIÓN

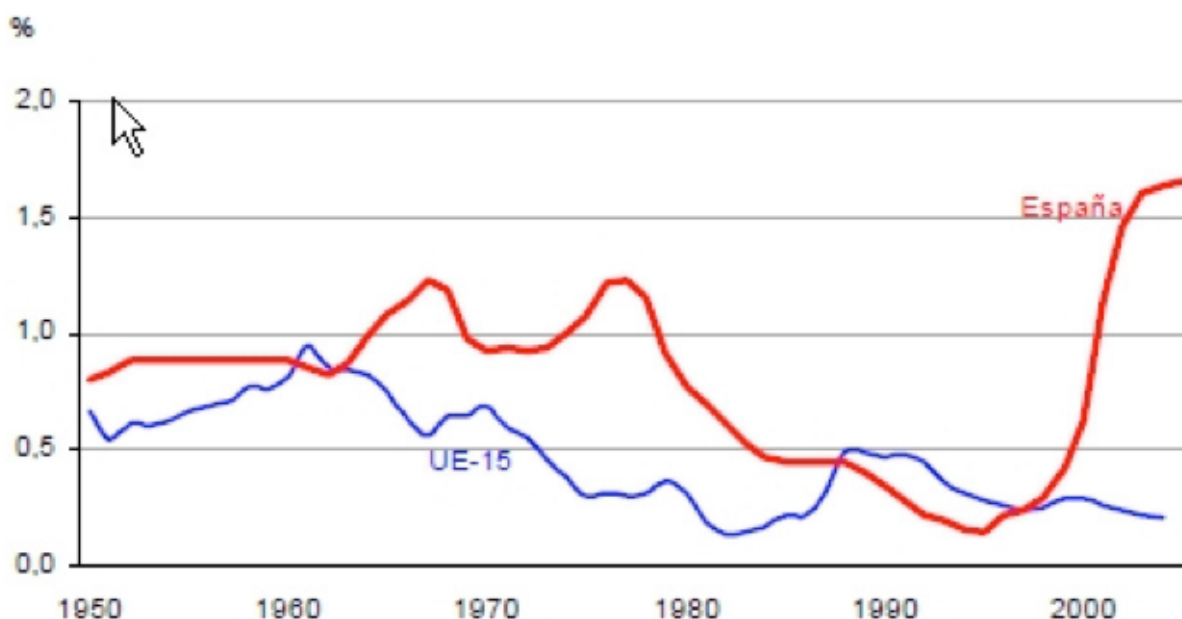
FENÓMENO MIGRATORIO

El fenómeno migratorio ha sido una actividad consustancial a la humanidad desde tiempos inmemoriales. En los dos últimos siglos el flujo de inmigrantes se producía desde los países europeos hacia Estados Unidos, Canadá, Argentina, Brasil y Australia. En cambio, en el momento actual, el origen de la migración se encuentra en los países latinoamericanos, Asia y África, siendo los países receptores Norteamérica y la Unión Europea.

Durante la mayor parte del siglo XX, España ha sido un país en el que las migraciones a otros países europeos y a Latinoamérica tuvieron una importancia capital. Sin embargo, desde la última década del siglo pasado y como consecuencia del crecimiento económico y de la demanda del mercado laboral, se produjo un cambio del flujo migratorio, de tal manera que se invirtió, siendo nuestro país receptor de inmigrantes.

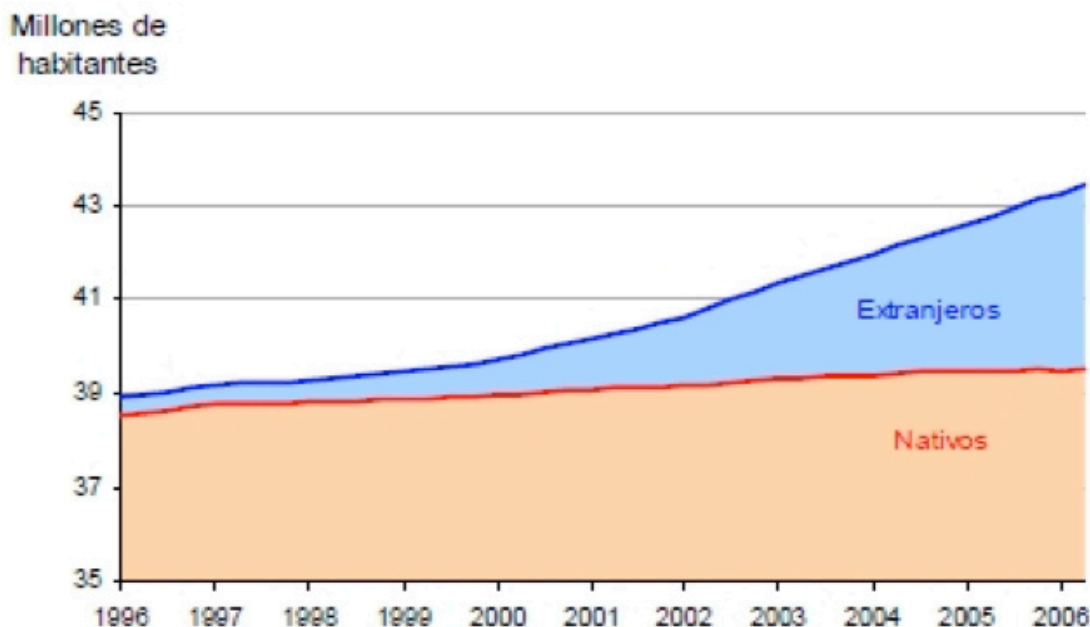
Según datos de Instituto Nacional de Estadística (INE)(1), en el año 1999, la población empadronada en España fue de 40,2 millones de personas, de las cuales 748.593 eran extranjeras, lo que representaba aproximadamente el 2% de la población total. Una década más tarde, en el año 2009, la población empadronada ha sido de 46,6 millones, siendo el porcentaje de población extranjera del 12%.

Según datos, de la oficina económica de Presidencia del Gobierno (2), la tasa de crecimiento de la población española desde el año 2.000 hasta 2.006 ha sido la más alta de la historia, alcanzando un 1,5% y superando las épocas del *baby-boom*. En un contexto de baja natalidad, este incremento se ha debido al aumento de la esperanza de vida (2,5 años más que la Unión Europea-25) y a la inmigración, pasando de 0,9 millones en 2.000 hasta 4 millones en 2.006 (Figuras 1 y 2).



Fuente: Maddison historical series e INE.

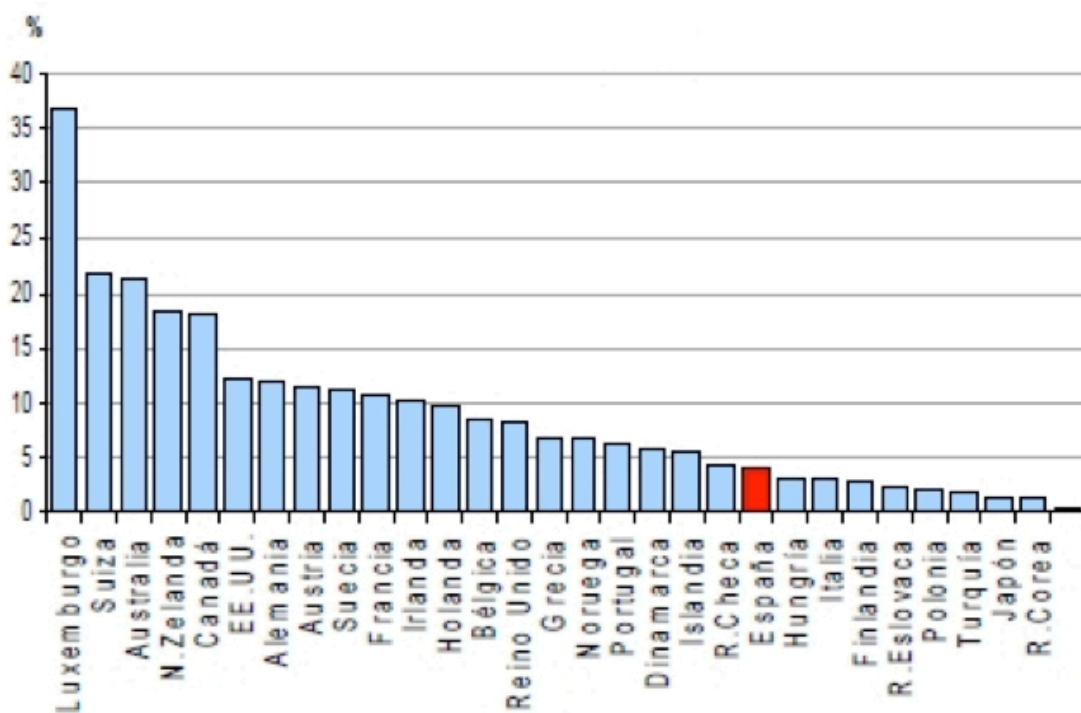
Figura 1. Crecimiento de la población española y de la Unión Europea.



Fuente: Encuesta de Población Activa. INE. 2006

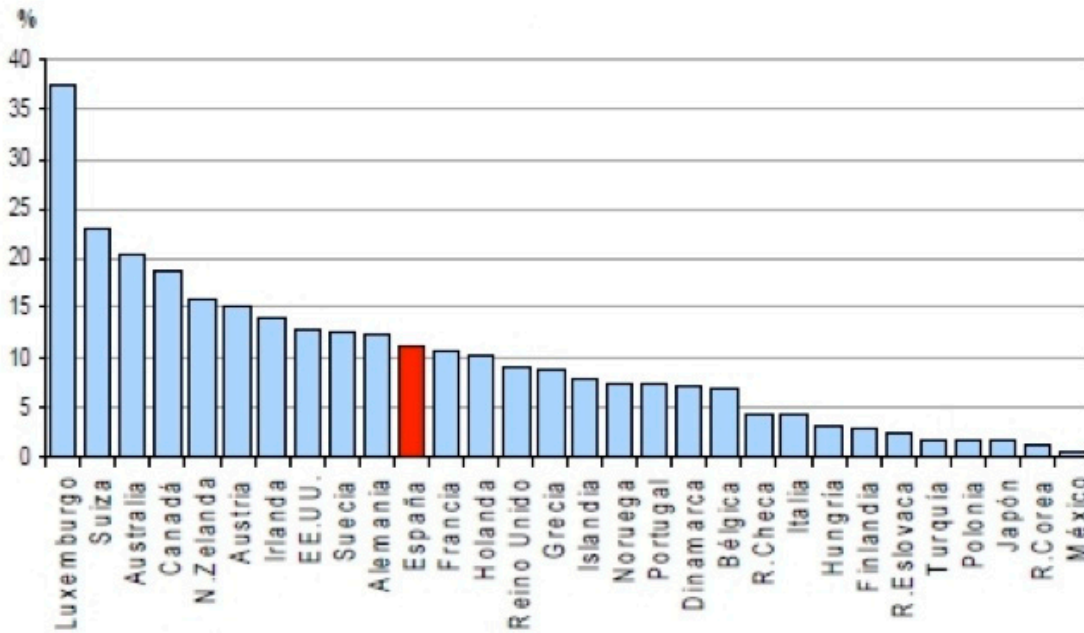
Figura 2. Evolución de la población en España en el periodo 1996-2006

En proporción de inmigrantes sobre la población total, España ha pasado de ocupar el puesto 21 de los países de la OCDE en el año 2.000, a ocupar el puesto 11 en el año 2.005 (Figuras 3 y 4).



Fuente: Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision. ONU. 2006

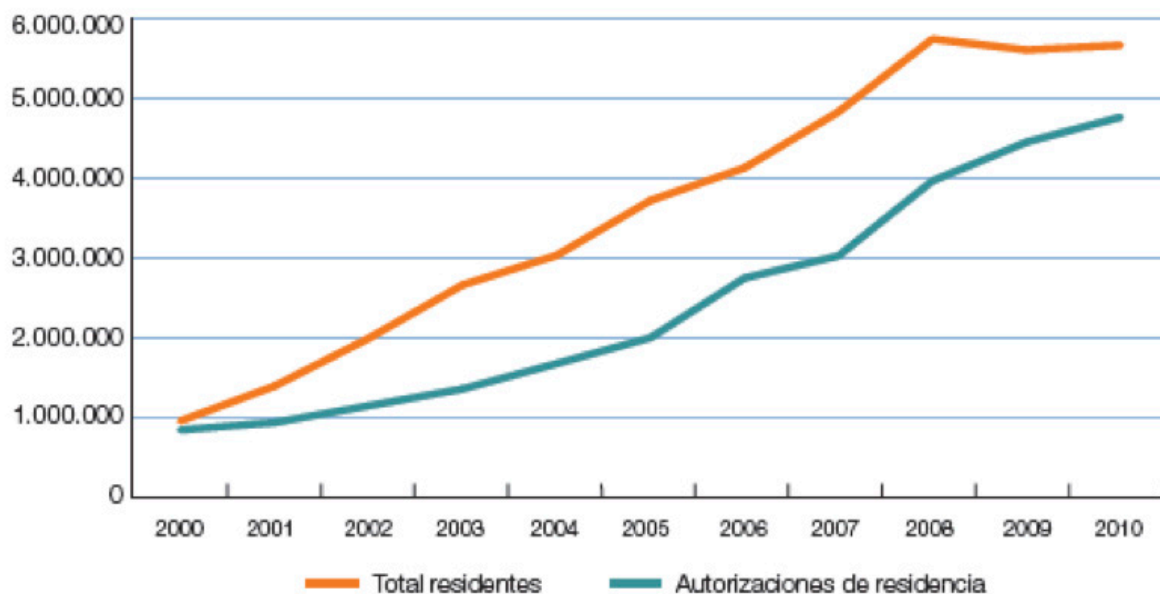
Figura 3. Proporción de inmigrantes en la población, en el año 2000



Fuente: Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision. ONU. 2006

Figura 4. Proporción de inmigrantes en la población, en el año 2005

No obstante, el número de extranjeros que residen legalmente en España ha sido siempre superior a las cifras apuntadas por el padrón. La figura 5 nos permite comparar los datos del padrón anteriormente comentados con los datos del Ministerio del Interior relativos a las personas de nacionalidad extranjera con autorización para residir legalmente en España. Así, en junio del año 2010 el número de extranjeros con permiso de residencia vigente era ligeramente superior a 4,7 millones, frente a algo más de seis millones del padrón (3).



Fuente: Ministerio de Trabajo e INE

Figura 5. Evolución del número de extranjeros residentes y de las autorizaciones de residencia

Los inmigrantes, según datos oficiales del año 2005 (2), no se han distribuido de manera uniforme en nuestro país. Algunas Comunidades Autónomas tienen proporciones elevadas de inmigrantes, similares a las de Nueva Zelanda (Baleares, 16%), a la de Estados Unidos (Madrid, 13%) o Alemania (Murcia, Cataluña y Comunidad Valenciana, con aproximadamente 12%), mientras que otras tienen muy pocos inmigrantes, similares a las de la República Eslovaca (Extremadura, Asturias y Galicia, con un 2,5%) (Figura 6).

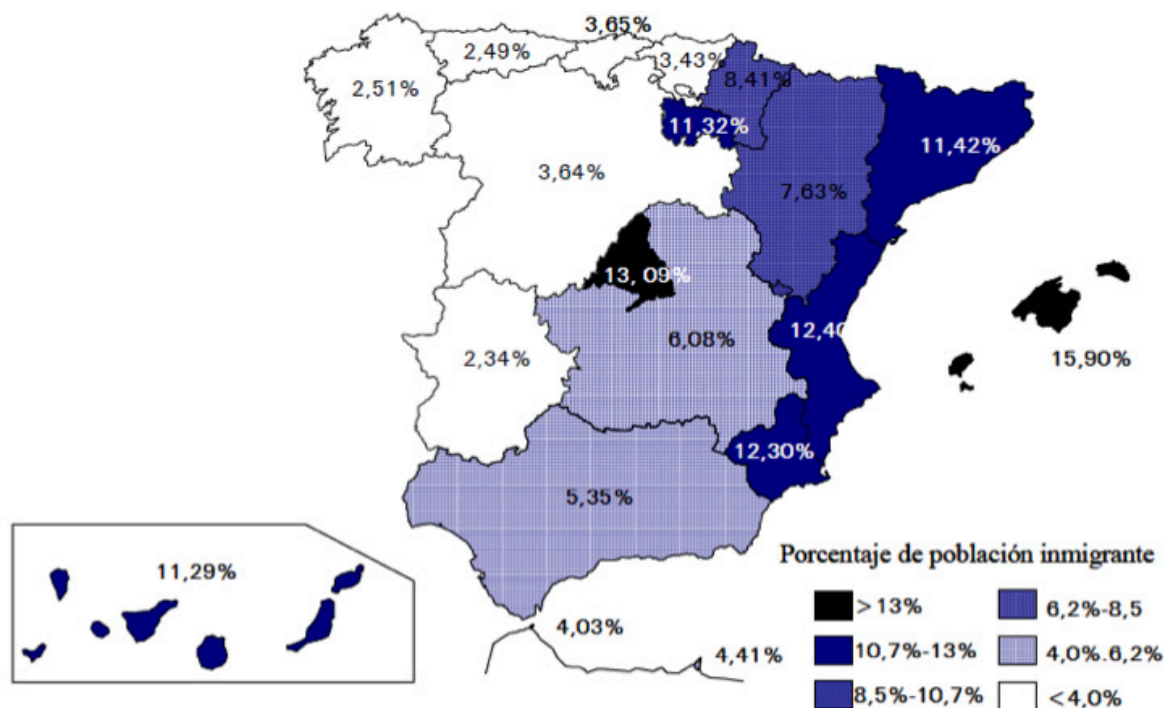


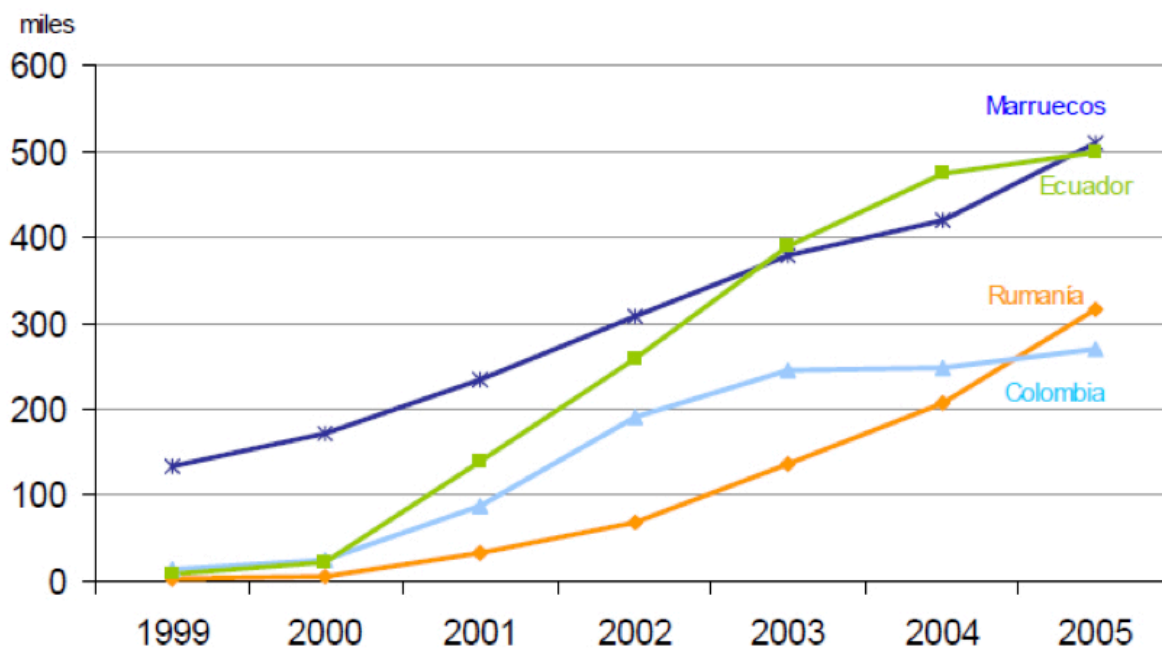
Figura 6. Proporción de inmigrantes por Comunidades Autónomas, en el año 2005

En la ciudad de Madrid el 15,9% de la población era inmigrante según datos del Padrón Municipal, de 1 de julio de 2007 (4), que en el caso del distrito de Ciudad Lineal llegó al 17,6%, en Hortaleza al 11,3%, y en San Blas al 12,1%, distritos que constituyen la zona Noreste del área urbana de Madrid.

En cuanto a la procedencia de los inmigrantes, destaca en España, la presencia de latinoamericanos, que representan un 40% del total. En cambio, en Francia, con una tasa similar de inmigrantes, predominan los procedentes del Magreb.

Poco más del 20% de los inmigrantes residentes en España provienen de la UE-25, proviniendo el resto de países con ingresos per cápita medios o bajos (35,4% de América del Sur y 17,8% de países africanos).

Las cuatro fuentes fundamentales de inmigrantes, que acumulan entre ellas el 42,8% del total, son: Marruecos (13,7%), Ecuador (13%), Rumanía (8,5%) y Colombia (7,3%). No obstante, la evolución temporal de los flujos migratorios procedentes de estos cuatro países ha sido dispar, como puede verse en la figura 7.



Fuente: Explotación estadística del Padrón (Principales series de población). INE. 2006

Figura 7. Evolución del flujo anual de inmigrantes de los principales emisores (1999-2005)

Los perfiles de edad de los inmigrantes, sin duda, son muy diversos según su origen; los inmigrantes de países desarrollados tienen un perfil de edad similar al de los españoles, o incluso de mayor edad, mientras que los inmigrantes procedentes de países en desarrollo tienden a ser más jóvenes. Así, no es de extrañar que la media de edad de los inmigrantes procedentes de los países de la UE-25 sea de, aproximadamente, 37 años, mientras que la de los inmigrantes procedentes del resto de países del mundo es de 31 años. Por su parte, la edad media de la población española se sitúa en los 40 años (2).

El perfil del inmigrante es principalmente un varón (52,2% del total) con una edad media de 38,4 años (5).

El 79,6% de los inmigrantes tenía contactos en España antes de venir. Este dato ha ido evolucionando al alza desde el 74% para los que llegaron entre 1990 y 1997 hasta el 86,2% para los llegados a partir del 2005. Los procedentes de países americanos son los que tienen mayor número de contactos (87,5%) (5).

Según la Encuesta Nacional de Inmigrantes, realizada en 2.007, los principales motivos para venir a España, son los referidos en la Tabla 1 (6).

Motivos	%
Calidad de vida	40
Búsqueda de un empleo mejor	39
Reagrupación familiar	32,1
Falta de empleo	23,3
Coste de vida	14,3
Clima	11,4
Razones formativas o educativas	8,4
Cambio de destino laboral	5,9
Jubilación	3,6
Razones políticas	3
Estancia temporal en país de tránsito	1,1
Razones religiosas	0,4
Otros	12,1

Una persona puede marcar más de una opción.

Tabla 1. Motivación para venir a España. ENI 2007 (INE).

En términos generales la población inmigrante ha alcanzado un nivel de educación alto. Una de cada dos personas ha completado los estudios de educación secundaria (primer y segundo ciclo) y el 20,5% de los inmigrantes es titulado superior (6).

Del total de la población inmigrante, el 52,2% (2,37 millones) está casado. Por su parte, los solteros representan el 37,7% (1,71 millones) y el 10% restante son separados, divorciados o viudos. En el 36,6% de los casos, el inmigrante convive con su pareja e hijos (6).

FLUJOS MIGRATORIOS

La evolución, la intensidad y el asentamiento diferencial de los flujos migratorios en las metrópolis españolas han generado cambios significativos entre los años 2001 y 2005. Si observamos la Tabla 2, en 2001 las siete metrópolis estudiadas se agrupaban en tres grupos en función del porcentaje que la población extranjera representaba sobre el total: Málaga, Madrid y en menor medida Barcelona, presentaban un porcentaje superior al general del Estado, las metrópolis de Valencia y Zaragoza se situaban algo por debajo, mientras que Sevilla y Bilbao presentaban un porcentaje muy por debajo al Estatal.

El año 2005, después de la absorción de gran parte del flujo migratorio, los tres grandes grupos se mantienen, pero se observan cambios y tendencias interesantes: Madrid, Málaga y Barcelona continúan siendo las que presentan un mayor porcentaje, sin embargo, Madrid pasa a ser la principal y Barcelona aumenta su protagonismo en comparación con el 2001. Por otra parte Valencia y Zaragoza, se mantienen por debajo del % Estatal pero en menor grado, mientras que Sevilla y Bilbao siguen siendo las metrópolis con menor porcentaje.

Metrópolis	Nacionalidad	2001		2005		Incremento % 2001-2005
		N	%	N	%	
Madrid	Española	4.804.578	94,27	4.874.119	86,85	-7,42 7,42
	Extranjera	292.125	5,73	738.189	13,15	
	Total	5.096.703	100,00	5.612.308	100,00	
Barcelona	Española	4.218.000	96,13	4.236.390	88,86	-7,27 7,27
	Extranjera	169.734	3,87	530.867	11,14	
	Total	4.387.734	100,00	4.767.257	100,00	
Valencia	Española	1.332.936	97,70	1.352.643	91,80	-5,90 5,90
	Extranjera	31.349	2,30	120.813	8,20	
	Total	1.364.285	100,00	1.473.456	100,00	
Sevilla	Española	1.163.662	99,06	1.193.584	97,53	-1,52 1,52
	Extranjera	11.088	0,94	30.198	2,47	
	Total	1.174.750	100,00	1.223.782	100,00	
Bilbao	Española	894.518	98,80	874.123	96,77	-2,03 2,03
	Extranjera	10.842	1,20	29.185	3,23	
	Total	905.360	100,00	903.308	100,00	
Málaga	Española	718.519	93,71	754.437	88,09	-5,62 5,62
	Extranjera	48.223	6,29	101.965	11,91	
	Total	766.742	100,00	856.402	100,00	
Zaragoza	Española	617.182	97,69	620.921	92,07	-5,62 5,62
	Extranjera	14.583	2,31	53.492	7,93	
	Total	631.765	100,00	674.413	100,00	
España	Española	39.746.185	96,67	40.377.920	91,54	-5,12 5,12
	Extranjera	1.370.657	3,33	3.730.610	8,46	
	Total	41.116.842	100,00	44.108.530	100,00	

Fuente: Explotación estadística del Padrón. INE. 2006

Tabla 2. Evolución de la población por Nacionalidad (2001-2005)

La razón a estos cambios la encontramos en la evolución diferencial que ha tenido dicho fenómeno en cada metrópoli: Madrid y Barcelona han sido las que han visto aumentado su % de forma más aguda (más de 7 puntos porcentuales), lo que ha hecho que Madrid se posicione como la primera metrópoli en porcentaje de inmigrantes y Barcelona haya aumentado su peso dentro del primer grupo. Por otra parte, Málaga, Valencia y Zaragoza han visto como su % se incrementa en algo más de 5 puntos porcentuales, al igual que el incremento Estatal, mientras que Sevilla y Bilbao, continúan en el último lugar, con un crecimiento mucho menor al resto (entre un 1,5-2,2%).

EL PROCESO MIGRATORIO

Los inmigrantes no constituyen un grupo homogéneo, sino que son un conjunto de individuos con vivencias particulares, influidos por su país de origen, la razón por la que emigraron, las condiciones de acogida en el país anfitrión, los recursos socioeconómicos de que disponen y su bagaje psicológico específico (7). Asimismo, el proceso migratorio conlleva, para la población inmigrante, el traslado a una nueva sociedad, que se asociará, de manera específica según sus características, con múltiples cambios con consecuencias positivas y negativas.

DUELO MIGRATORIO

Como ya hemos señalado, la migración supone un conjunto de cambios en el entorno que rodea al individuo en diferentes niveles: laboral, cultural, costumbres, familiar, social, económica, idioma, etc. Así, afrontar la migración implica la pérdida simultánea de numerosos objetos y ser capaz de cierta flexibilidad y estabilidad para desarrollar la vida cotidiana en el otro país (8).

Aunque se le conoce como duelo migratorio, existen múltiples denominaciones en la literatura para hacer referencia a este concepto: “síndrome de Ulises”, “mal del migrante”, “reacción adaptativa”, “morriña”, “melancolía” y “nostalgia del viajero”, entre otros.

En cualquier caso, el duelo migratorio implica la necesidad de elaborar un duelo por pérdidas múltiples, el denominado estrés o duelo migratorio.

El duelo migratorio es un proceso amplio y complejo y que presenta características diferenciales del duelo migratorio de otros duelos: la parcialidad, la recurrencia y la multiplicidad (8,9).

- **Parcialidad:** se define por una pérdida o separación parcial donde el objeto del duelo, su país de origen, no hay pérdida definitiva o total, y cabe la posibilidad de recuperarlo (contactos breves o regreso al mismo); con excepción de los refugiados que no pueden regresar.

Considerando esta característica de parcialidad, el duelo migratorio se caracteriza por ser una separación temporo-espacial. En primer lugar, el tiempo sería aquel periodo en que el inmigrante está fuera de su país de origen y se suceden numerosos cambios, tanto en el país de origen como en el propio inmigrante. En segundo lugar, consideraríamos el espacio como la distancia o la separación física respecto del país de origen y todo lo que supone (familia, trabajo, etc.).

- **Recurrencia:** facilitado porque los vínculos con el país de origen siguen, con frecuencia, activos, el duelo migratorio tiende a reactivarse fácilmente.

- **Multiplicidad:** la migración como proceso incluye múltiples cambio en la vida de una persona. Entre ellos, destacan al menos siete duelos en la migración (10):

- La familia y los amigos: incluye principalmente situaciones como la separación de unos hijos, matrimonios, padres mayores, etc.
- La lengua: con frecuencia la migración se produce a países con distinta lengua, por lo que hay que sumar la dificultad de este aprendizaje.
- La cultura: el cambio cultural suele ser muy frecuente.

- La tierra: con frecuencia se magnifica lo bueno del país de origen y de minusvalora el país de acogida.
- El nivel social: con frecuencia se pierde el nivel social que se tenía en el país de origen.
- El contacto con el grupo étnico: con la migración se puede reforzar la identificación con el grupo de pertenencia.
- Los riesgos físicos ligados a la migración: que incluye los posibles riesgos del viaje, nuevas enfermedades, etc.

- **Transgeneracional:** debido a las identificaciones que los hijos de inmigrantes realizan con sus padres. Parece que “la elaboración de los distintos y varios aspectos que implica la migración no se agota en la persona del inmigrante, sino que afecta también a sus hijos, que moldean su personalidad a través de las identificaciones con las figuras paterna y materna” (11). Así, el duelo migratorio en “sucesivas generaciones” resulta más complejo que el de sus predecesores.

Como consecuencia del duelo migratorio, los síntomas que el emigrante presenta con mayor frecuencia son: tristeza, llanto, culpa, ideas de muerte, ansiedad, tensión, nerviosismo, preocupaciones excesivas y recurrentes, irritabilidad, insomnio, presencia de somatización en cefaleas, fatiga, y molestias abdominales.

Por último, si bien no hay acuerdo al respecto de su denominación al hablar de duelo debemos destacar aquellas etapas por las que pasa un inmigrante. En 1977, se describieron cuatro etapas del proceso migratorio (12). Dichas etapas tienen como finalidad la elaboración del duelo y la adaptación/integración si finalmente este se culmina con éxito, o la disfunción y/o patología si este se estanca. Incluyen: etapa de “luna de miel”, etapa “depresiva”, etapa de “adaptación” y la etapa de “rechazo de la cultura original”.

Por otra parte, Tizón (11) hace una clasificación del proceso migratorio:

- 1) **Etapla preparatoria.** Se trata de una fase de preparación del proyecto migratorio. La persona puede sentirse estresada, con ansiedad y miedo al fracaso. La elaboración del duelo migratorio comienza antes de la propia migración, en el periodo de preparación de la migración, y puede incluir múltiples dificultades: dificultades económicas, decisiones precipitadas, situación familiar, etc.
- 2) **La cruzada.** Comienza el viaje hacia el nuevo proyecto; se produce la migración. Se conjugan intensos y frecuentes momentos de angustia, temor, incertidumbre, pena, nostalgia, duda, etc. Debido a la planificación previa, no se prevén graves dificultades en esta fase.
- 3) **Momento de la migración.** Se establece el primer contacto del inmigrante con el país de acogida. Se caracteriza por el desconcierto y desorientación ante las nuevas situaciones y dificultades: lograr el trabajo, alojamiento, añoranza de la familia, etc. Es una fase que se caracteriza por mucha angustia. Lo fundamental es satisfacer las necesidades básicas.
- 4) **Periodo de asentamiento.** Se produce la verdadera incorporación a la nueva sociedad. Con frecuencia existe dificultad en que se cumplan las expectativas de la migración, lo que puede representar una grave dificultad y frustración. En ocasiones el intento de

integración en la nueva sociedad se acompaña de situaciones de marginación, y valore que su integración tiene un límite.

- 5) **El regreso.** En ocasiones se produce el regreso al país de origen motivados por diferentes factores. Este regreso a menudo necesita un proceso de re-adaptación al país de origen.

Partiendo de toda esta situación, en la actualidad, es tal la influencia del duelo migratorio sobre la salud de los inmigrantes, que recientemente, en nuestro país, De La Revilla et al. (13) han presentado y validado un instrumento de valoración del duelo migratorio, con el objetivo de poder facilitar su aplicación en condiciones de práctica clínica habitual en el ámbito de la Atención Primaria.

CHOQUE CULTURAL

En el proceso migratorio, la toma de contacto con la sociedad de acogida, pone de relieve las diferencias existentes entre ambas sociedades, produciéndose el fenómeno de choque cultural. Este concepto fue descrito por primera vez a comienzos de los años 50 (14,15) por Sverre Lysgaard al realizar un estudio en 198 estudiantes Noruegos en EEUU(14).

Cada sociedad posee unos rasgos que las personas aprenden durante su desarrollo y que son las pautas que guían las acciones de la vida cotidiana (15); estas conductas, expectativas, valores y actitudes que se consideran adecuadas para actuar en una sociedad es lo que se conoce como cultura.

Al instalarse en una nueva sociedad, las personas contactan con otra u otras culturas, lo que supone verse rodeadas de un entorno que funciona con un modelo diferente al que manejaban y conocían antes de emigrar (16). Para la población inmigrante, esto supone que aquello que hasta ahora era la forma correcta de ver el mundo y actuar en él, se contrasta con una realidad distinta. La persona pierde su marco cultural externo y entra en un mundo “desconocido” culturalmente, por lo que la migración entraña consecuencias eventuales que hay que tener en cuenta. Las diferencias entre las culturas van a producir el llamado choque cultural.

Tras el choque cultural surge la necesidad de hacer frente a la situación que cuestiona lo que las personas han aprendido y valorado a lo largo de la vida, y, que demanda la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades para actuar de forma adecuada en la sociedad receptora. Los nuevos aspectos aprendidos no están presentes de forma explícita en la cultura de acogida, muchos de los elementos son inconscientes (17) y pueden ser opuestos a la cultura de origen (18). En un primer momento, las personas reaccionan ante el entorno que les provoca el malestar, pero tras un tiempo se produce una regresión en la que se olvidan de todas las dificultades y sólo recuerdan los aspectos positivos (15).

Sobre la propuesta de Lysgaard en 1955 (14), su conocido modelo en forma de U, para la comprensión del ajuste al nuevo contexto, se han definido cuatro fases de adaptación psicológica al proceso de migración y adaptación a la nueva cultura: luna de miel (las personas se muestran optimistas e ilusionadas), choque cultural (periodo de crisis en el que se produce un desajuste o choque cultural y aparecen sentimientos de tristeza y desorientación), apertura hacia la nueva sociedad y ajuste.

Posteriormente, Hurh y Kim (19) proponen un modelo en J que describe una relación curvilínea

entre el tiempo de residencia y la satisfacción. Establecen seis fases diferentes: la exigencia, que transcurre desde la llegada hasta los 2 años y sería la más dura debido a los problemas de lenguaje, desempleo, aislamiento social y choque cultural. A continuación, se daría una fase de resolución o interacción con la población autóctona aunque el grupo de referencia seguiría siendo el de origen. En ocasiones, se produce una crisis y sentimientos de relativa deprivación que da paso a una tercera fase. Si la población inmigrante descubre barreras raciales que obstaculizan su asimilación se produciría una fase de marginalidad social que puede derivar en dos nuevas fases: o la aceptación de la marginalidad que sería una estrategia de afrontamiento pasiva, o la creación de una nueva identidad que se trataría de una estrategia positiva. Es una propuesta que en sus inicios probó que la salud mental de la población inmigrante es más sensible en las primeras fases, que el grado de bienestar aumenta con el tiempo de residencia y que el incremento tiende a parar tras la fase de resolución, confirmándose así la propuesta del modelo en J.

Diferentes autores abogan por la distinción entre el ajuste psicológico y sociocultural (20-23). Searle hace referencia al bienestar psicológico o la satisfacción emocional, aunque también puede entenderse como un proceso de estrés y de afrontamiento, mientras que el ajuste sociocultural se refiere a las habilidades o competencias necesarias para el aprendizaje social del contexto (21). Estas dos dimensiones son empíricamente y conceptualmente diferentes (16,17, 21) aunque no hay que interpretarlas por separado porque están íntimamente relacionadas, de modo que cuanto mayor sea la demanda en cuanto a habilidades, mayor es el nivel de estrés y peores son los resultados psicológicos (24).

El ajuste sociocultural sigue una curva de aprendizaje con una progresión durante los primeros meses y una posterior etapa de estabilidad, mientras que el ajuste psicológico es más variable en el tiempo y correspondería más bien a una U inversa (11,16). En ambos casos las mayores dificultades son en los primeros momentos de la transición entre las culturas (25). Como consecuencia de las diferencias en la fluctuación de tiempo, la relación entre las dos dimensiones es baja en los primeros momentos de llegada, sin embargo, aumenta significativamente después del primer año de permanencia en la nueva sociedad (22).

Estudios realizados sobre las fuentes de choque cultural en nuestro entorno han determinado que la población inmigrante en su conjunto percibe mayor planificación de la vida económica y social, una mayor igualdad en general y de género, un grado más alto de consumismo junto con una menor sociabilidad y cercanía en las relaciones sociales, menor vinculación con la familia extensa, menos invitaciones para acudir a las casas y mayor competitividad, orientación al logro y a la eficacia (26).

Para la población de Latinoamérica las mayores diferencias radican en una mayor instrumentalización y distancia en las relaciones sociales (27). Además, comparten con la población magrebí la percepción de un menor respeto, un estilo de comunicación directo y menor importancia del estatus social (26). A las personas que proceden del Magreb les llama la atención que la población sea más laica (28) y el mayor equilibrio en las relaciones entre géneros, concretamente en la corresponsabilidad del trabajo doméstico y de la libertad en el disfrute del tiempo libre (26). En cuanto a los valores, a la población magrebí le llama la atención que en la sociedad receptora se da menor importancia a los lazos familiares, mientras que señalan la libertad como el valor que más prima (28). Además, existen menos tabúes en cuanto al sexo, menstruación o expresar el amor en la calle que en su país de procedencia (26).

Además de las dimensiones culturales, hay que tener presente otros aspectos que hacen que la persona de un país determinado se sienta más o menos cercana al entorno que les recibe. En este sentido el idioma, la religión, la historia, el continente de procedencia y la raza, son algunas de las variables que acercan o alejan a las personas.

La población inmigrante de Latinoamérica se percibe más cercana a nuestra sociedad que aquella del Magreb (29). Las primeras comparten parte de la historia, tradiciones similares, fenotipo, en muchas ocasiones religión, idioma y aunque provengan de lugares más lejanos que aquellas del Magreb, se podría decir que tienen menos dificultades para comprender la nueva sociedad. Sin embargo, las personas magrebíes, tienen una religión, lengua, tradición y fenotipo diferente, lo que puede hacer que la llegada a nuestra sociedad sea más complicada.

EL PROCESO DE ACULTURACIÓN

Las personas que emigran de sus países de origen, sufren un primer impacto al instalarse en un nuevo contexto, choque cultural, e inician un proceso más prolongado de transición y adaptación a la nueva sociedad, lo que se conoce como proceso de aculturación. La diferencia entre ambos conceptos, comprendidos como fenómenos y no como fases, se basa en la propuesta de Smith y Bond (30), que plantean que los modelos de adaptación transcultural o choque cultural se centran más en el proceso de ajuste durante el tiempo, mientras que los modelos de aculturación se centran en los contenidos o respuestas de este complejo proceso, un proceso que conlleva cambios personales y grupales.

Definición y modelos del proceso de aculturación

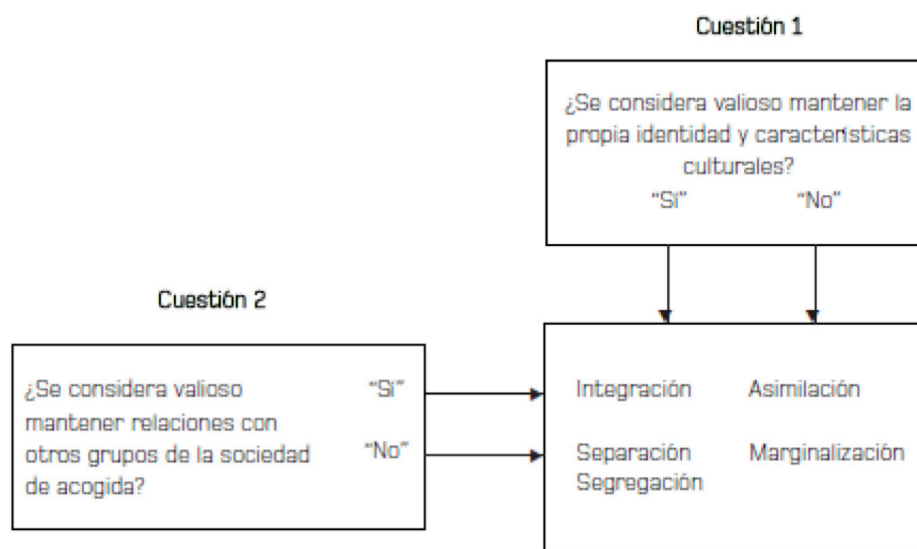
Si bien existe un consenso sobre la importancia que el proceso de aculturación tiene en el proceso migratorio, sin embargo, hay un desacuerdo en cuanto a la conceptualización y a su medida (31).

La definición clásica de aculturación es la originaria propuesta por Redfield, Linton y Herskovits (32), y se entiende como aquellos fenómenos que resultan de un contacto continuo y directo entre grupos de individuos que tienen culturas diferentes, con los consecuentes cambios en los patrones culturales originales de uno o ambos grupos. Ulteriormente, se han propuesto diversas definiciones de aculturación, pero en resumen se englobarían como el proceso por el cual los individuos adoptan las actitudes, los valores, las costumbres, las creencias y los comportamientos de otra cultura (33).

Los primeros modelos explicativos consideraron la aculturación como una adaptación progresiva en la que las personas se separan de su grupo de origen para incorporarse a la sociedad receptora (34), definiéndose una única dimensión y dirección. Así, el primer modelo de aculturación fue propuesto por Gordon en 1.964 (35) y denominado "Modelo Unidireccional de Aculturación", en el que afirmaba que las actitudes de los inmigrantes se mueven en un continuo que va desde el mantenimiento de sus propios rasgos culturales, hasta la adopción de la nueva cultura, pasando por un punto medio o bicultural, que se corresponde con el momento en que los inmigrantes presentan aspectos de la cultura heredada y al mismo tiempo

la absorción de elementos de la cultura nueva. Durante esta transición aparece necesariamente el conflicto de valores entre ambas culturas. Desde este planteamiento el éxito en la sociedad receptora sólo se alcanzaba llegando a la asimilación, por lo que los problemas de adaptación se deberían únicamente a su incapacidad para asimilarse al nuevo país (36).

En la década de los 70, las investigaciones realizadas demostraron que, la adaptación no se realizaba de modo lineal, y avanzaron hacia modelos más complejos (34). Así, el modelo propuesto por Berry y colaboradores (37) describe cuatro actitudes de aculturación diferentes en función de la identificación con cada una de las dos sociedades. Berry propone dos dimensiones actitudinales independientes: si los inmigrantes consideran su identidad cultural y sus costumbres lo suficientemente valiosas como para mantenerlas en la sociedad de acogida, y si las relaciones con otras personas o grupos de la sociedad de acogida son valiosas como para buscarlas y fomentarlas. La combinación de las respuestas a ambas dimensiones (Sí o No) dan lugar a un modelo donde se representan las cuatro posibles actitudes o estrategias de aculturación que manifiestan los inmigrantes (véase figura 8).



Fuente: Berry, 1990

Figura 8. Estrategias o actitudes de aculturación

Cuando la respuesta a la primera pregunta es negativa y a la segunda es positiva la opción resultante es la "asimilación", es decir, un deseo de abandonar la identidad cultural del país origen, y de orientarse hacia la sociedad del país de acogida. Por su parte, la opción de "integración" implica que la identidad cultural específica del grupo se mantiene, pero que simultáneamente se produce un movimiento en el seno del grupo para convertirse en parte integrante de la sociedad de acogida. La respuesta positiva a la primera pregunta (mantenimiento de la identidad y tradiciones propias) y negativa a la segunda (no existe relación del grupo con la sociedad de acogida) caracteriza a una tercera opción. Según esta situación se deba al control ejercido por el grupo dominante o a la voluntad del grupo no dominante, la opción se denomina "segregación" o "separación", respectivamente. La segregación no se contemplaba inicialmente en el modelo, pero fue incluida posteriormente al tener en cuenta que una misma estrategia podía ser adoptada de forma voluntaria o impuesta, dependiendo del origen de las elecciones y poderes que determinen la situación. Una última opción se caracteriza por el retraimiento y

la distancia con respecto a la sociedad de acogida, con el sentimiento de alienación, de pérdida de identidad y de estrés ligados a la aculturación; es la opción de “marginación”, en la que los individuos o grupos pierden el contacto cultural y psicológico tanto con su sociedad de origen como con la sociedad de acogida. La “exclusión” tiene las mismas consecuencias, pero viene impuesta por la sociedad dominante, apartando al grupo subordinado de cualquier posibilidad tanto de sus propias raíces como de introducirse en la nueva sociedad (38).

Desde este planteamiento, la actitud de integración es la más frecuente, adaptativa y que genera menos estrés, seguida de actitudes más desadaptativas como la asimilación y la segregación, y por último, la marginalización (39). No obstante, cada grupo étnico, por razones que son propias de su cultura y por las condiciones históricas y sociales de su propia inmigración, privilegia de forma diferente las opciones de la aculturación (40).

Como podemos observar, las primeras concepciones de la aculturación, defendían un proceso que sólo afectaba a la población inmigrante (35), no obstante, en la actualidad se defiende que la aculturación es un proceso de cambio bidireccional en el que están implicados todos los grupos (40-42) aunque se asume que la influencia es mayor en la población inmigrante (17,39).

A partir de la influencia que ejerció el modelo propuesto por Berry se distinguen tres elementos del proceso de aculturación: las actitudes de aculturación, preferencias que las personas muestran hacia la cultura receptora y hacia la cultura de origen, las estrategias, los cambios concretos en comportamientos o modos de vida en la nueva sociedad, y, las dificultades vividas en este proceso, estrés de aculturación (34,39,40).

No obstante, con el fin de subsanar las carencias que presenta el modelo de Berry, se ha propuesto un modelo de aculturación (Modelo Ampliado de Aculturación Relativa, MAAR) que pretende, por una parte, recoger algunas de las aportaciones realizadas en este campo por diferentes modelos y autores más recientes.

Concretamente, las aportaciones del MAAR (Figura 9) pueden resumirse en cinco elementos fundamentales, de los cuales los dos últimos constituyen, a nuestro juicio, aspectos novedosos en el estudio del proceso de aculturación. Así, el primer elemento que se ha tenido en es la consideración conjunta de las estrategias y actitudes de aculturación de los colectivos de inmigrantes y de la población autóctona —tal y como aconsejan Bourhis y cols.(42)—, puesto que es la confluencia de las opciones de ambos grupos lo que puede llevar a una relación intergrupual consensuada, problemática o conflictiva. En segundo lugar, se ha considerado la diferenciación de distintos colectivos de inmigrantes, puesto que el origen etnocultural de los inmigrantes es una variable de gran importancia en la forma en que tanto ellos mismos como la sociedad de acogida afrontan el proceso de aculturación (38,42). En tercer lugar, la influencia de una serie de variables psicosociales sobre las actitudes de aculturación mantenidas por los inmigrantes y los autóctonos, así como diversos indicadores comportamentales como consecuentes de las estrategias de aculturación adoptadas por ambas poblaciones (por ejemplo, prácticas lingüísticas, utilización de medios de comunicación, pertenencia a asociaciones, participación política, etc.), y algunas variables sociodemográficas (por ejemplo, edad, sexo, nivel de estudios, orientación religiosa y política, motivos de la emigración, duración de la estancia en nuestro país, etc.). En cuarto lugar, el Modelo Ampliado de Aculturación Relativa propone la distinción entre las actitudes de aculturación preferidas por ambas poblaciones y las estrategias finalmente adoptadas por los inmigrantes o percibidas por los autóctonos,

es decir, el paso del plano ideal al plano real en el proceso de aculturación. Y, finalmente, en quinto lugar, se propone la consideración de distintos ámbitos de la realidad sociocultural en los que pueden darse diferentes estrategias y actitudes de aculturación.

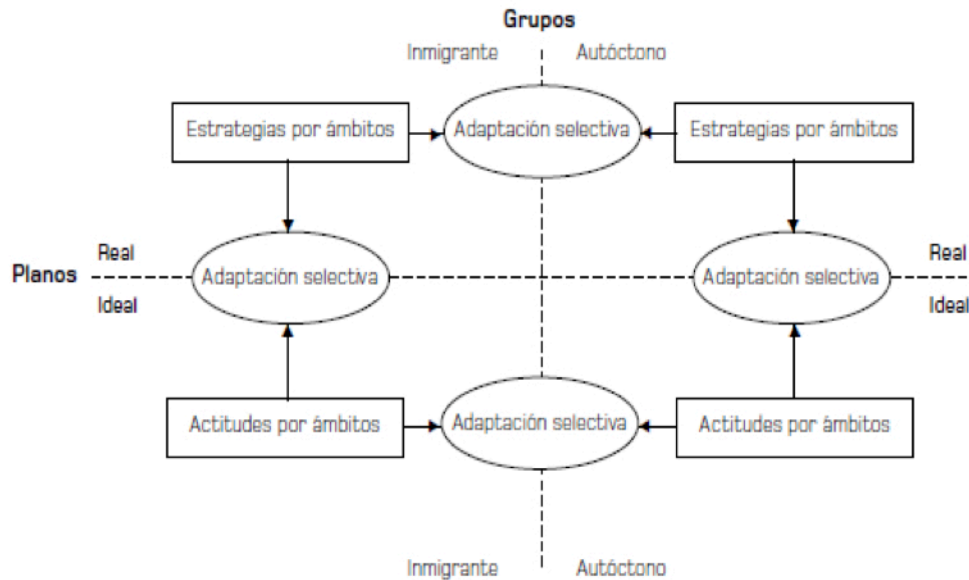


Figura 9. Modelo Ampliado de Aculturación Relativa

Aculturación y salud

Anteriormente hemos analizado que existe abundante literatura centrada en los modelos teóricos de la aculturación, no obstante, existe una laguna sobre su aplicación al ámbito de la salud, a pesar de que los numerosos retos y cambios de vida que se producen en este proceso, podrían beneficiar o afectar negativamente a la salud de los inmigrantes (44).

La aculturación es un proceso muy relacionado con la exposición a eventos estresantes o circunstancias adversas, de tal manera que pudiera afectar a resultados en salud como consecuencia de hacer frente a las circunstancias de discriminación y pobreza, pérdida de las redes sociales, cambios en la identidad, de comportamiento, creencias, los valores o normas (44). No obstante, estas variables relacionadas con la inmigración y el proceso de aculturación, y su influencia en la salud, no han sido estudiadas en profundidad.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

CALIDAD DE VIDA: DEFINICIÓN Y DIMENSIONES

La calidad de vida ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (45).

La calidad de vida se entiende como “una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada persona y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa”, refiriéndose la satisfacción global, a diferentes componentes, entre los que se incluyen aspectos como salud, matrimonio, familia o trabajo (46).

En esta línea, Schalock (47) concreta un poco más las dimensiones que componen la calidad de vida. Para ello, se basa en los resultados de sus investigaciones, así como en las aportaciones de otros autores:

“Calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos”.

Para Veenhoven (48) la calidad de vida puede tener dos significados. Por una parte, se trataría de un término que haría referencia a la presencia de condiciones necesarias para alcanzar la satisfacción vital, mientras que por otro, se tendrían en cuenta tanto las experiencias como la evaluación que se realiza de la vida. Según este modelo, entre las condiciones necesarias para la satisfacción vital se encuentran los recursos con los que cuenta la persona como los lazos familiares, las aptitudes personales como la fortaleza física o psíquica, los recursos sociales como el nivel económico, o las características de la confrontación como la preferencia por la soledad antes que por la compañía de los otros.

Además, el modelo tiene cuenta las experiencias vividas que pueden generar distintas reacciones dependiendo de sus características (positividad o negatividad de las mismas) y la evaluación que se realiza sobre la vida, tanto de forma global como atendiendo a estándares que son considerados relevantes en su medición.

Según la propuesta de Schalock y Verdugo (49), la calidad de vida se compone de 8 dimensiones y 24 indicadores, tal y como puede verse en la Tabla 3.

Dimensiones	Indicadores
1. Bienestar físico	Salud, actividades de la vida diaria, atención sanitaria, ocio
2. Bienestar emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
3. Relaciones interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
4. Inclusión social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
5. Desarrollo personal	Educación, competencia personal, desempeño
6. Bienestar material	Estatus económicos, empleo, vivienda
7. Autodeterminación	Autonomía/ control personal, metas/ valores personales, elecciones
8. Derechos	Derechos humanos, derechos legales

Tabla 3. Dimensiones de calidad de vida e indicadores (Schalock y Verdugo, 2003)

Ardila (50), ha propuesto una definición integradora de la calidad de vida: “Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente considerada”. Tal y como reconoce Ardila (50), es necesario tener en cuenta que el concepto de calidad de vida debe considerarse desde una perspectiva cultural, puesto que cambia dependiendo de las culturas, el momento histórico y la sociedad. Como consecuencia, un aspecto importante en su estudio es la evaluación de los factores psicológicos, que se han convertido en una característica clave de las medidas de calidad de vida (51).

Respecto de la importancia de los componentes de la calidad de vida, la salud es uno de los principales ya que influye de forma directa e indirecta en aquélla; de forma directa, puesto que las actividades cotidianas que realiza el ser humano dependen del estado de salud, y de forma indirecta debido a que afecta a otros aspectos presentes en la calidad de vida de las personas, como son las relaciones sociales, el ocio, la autonomía y demás (52).

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Actualmente, el área que más interés despierta y a la que más investigación se está dedicando es la salud. Así, es importante distinguir entre calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Si se comparan la calidad de vida y la CVRS, se observa que ésta es más descriptiva, se centra en aspectos del estado de salud, y une directamente la calidad de vida con el concepto de enfermedad (53).

Aunque no consta ningún modelo conceptual sobre la CVRS que sea aceptado de forma unánime por la comunidad científica, y por otra parte —como se mencionó anteriormente— tampoco existe consenso acerca de una definición de calidad de vida, hay acuerdo, sin embargo, con respecto a que la CVRS es un concepto multidimensional que debe incluir los siguientes aspectos (54):

Funcionamiento físico:

Incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. No se debe confundir la presencia o no de sintomatología debida a una enfermedad con la repercusión que dicha sintomatología tiene sobre la calidad de vida. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el habla, y de los trastornos del sueño, así como de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.

Bienestar psicológico:

Algunos autores llaman a esta dimensión salud mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. La capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, y la capacidad de pensar con claridad son conceptos típicos de esta dimensión. También recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.

Estado emocional:

Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También suele incluir la medición de las preocupaciones y la metapreocupación.

Dolor

Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana. Aunque el dolor podría considerarse una parte de la dimensión “funcionamiento físico”, lo habitual es tratarlo por separado, por la gran variabilidad existente entre individuos en cuanto a la percepción del dolor y la tolerancia al mismo.

Funcionamiento social:

Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.

Percepción general de la salud:

Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud. Esta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud. Es una dimensión fundamental para poder valorar las diferencias individuales en cuanto a reacciones frente al dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud. Esta dimensión suele correlacionarse con las anteriores.

Otras dimensiones:

Otras áreas particulares de la CVRS exploradas por algunos instrumentos son: la función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre la productividad laboral y las actividades de la vida diaria. También se han utilizado frecuentemente como indicadores de CVRS el número de visitas al médico por enfermedad o problemas médicos y la necesidad de utilizar fármacos.

La CVRS se evalúa mediante cuestionarios diseñados específicamente para ello y que reflejan el punto de vista del paciente. Estos instrumentos suelen estar formados por preguntas cerradas adaptadas al idioma y la cultura del paciente evaluado (no es apropiado utilizar instrumentos traducidos de otros idiomas) y deben de disponer de propiedades métricas demostradas.

Los primeros cuestionarios se desarrollaron en los años 70, pero, en general, eran excesivamente largos y de difícil aplicación. En la actualidad existe una amplia variedad de cuestionarios que han demostrado ser útiles (fiabiles, válidos, sensibles) y de fácil administración.

Aunque podrían utilizarse distintos criterios para clasificar los instrumentos de medida de la CVRS, la clasificación más aceptada es la propuesta por Guyatt y cols. (55). Según estos autores, los instrumentos de medida de la CVRS se dividen en instrumentos genéricos y específicos.

Los cuestionarios específicos se utilizan para evaluar la calidad de vida asociada a enfermedades o dolencias concretas (obesidad, dispepsia, hiperplasia prostática benigna, diabetes, SIDA, etc.), o a ciertos grupos de individuos (niños, mayores, drogodependientes).

Los cuestionarios genéricos incluyen la mayoría de las dimensiones ya mencionadas y se utilizan para medir la calidad de vida general de la población (perfiles de salud o cuestionarios tradicionales de calidad de vida, instrumentos de medición de utilidades o preferencias). Permiten comparar estados de salud entre diferentes sujetos o enfermedades y, como incorporan diversas dimensiones, pueden captar estados de salud variados e identificar las áreas de calidad de vida que más afecten a un individuo en particular. El inconveniente de estos instrumentos es que poseen poca sensibilidad para detectar pequeños cambios en el estado de salud de una dolencia en particular, por lo que, generalmente, no permiten detectar con precisión el efecto de una intervención sanitaria sobre la CVRS asociada a una enfermedad concreta. Entre los perfiles de salud más utilizados en nuestro contexto se encuentran el Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) (56-58), el Medical Outcomes Study 12-Item Short Form Health Survey (SF-12) (59), el EURO-QOL (EQ-5D) (60,61) y el Nottingham Health Profile NHP (62,63). Todos ellos son multidimensionales y proporcionan puntuaciones globales y por dimensiones, lo que es muy útil a la hora de comparar diferentes poblaciones o enfermedades.

La medida subjetiva de la salud (salud autopercebida), como se ha dicho antes, constituye una dimensión más de la CVRS. La validez transcultural de esta medida se ha estudiado con

frecuencia, y se han hallado diferencias en la forma en que los distintos grupos de poblaciones perciben la salud y sus condicionantes. A pesar de ello, la salud autopercebida es una medida que se ha mostrado asociada a la mortalidad, incluso en distintos grupos de inmigrantes (64). Asimismo, se ha demostrado que la autopercebida se relaciona con el uso de los servicios sanitarios, de forma que las personas que hicieron un mayor uso de los servicios sanitarios en los últimos 12 meses fueron las que tenían una peor autopercepción de la salud (65).

El término «salud autopercebida» abarca distintas «dimensiones» relacionadas directamente con la salud, como la duración de la vida, las incapacidades, el estado funcional, las percepciones de salud y las oportunidades (66).

Aunque la influencia de factores biológicos sobre la salud autopercebida es innegable, ésta puede reflejar también la interacción de muchos otros factores, algunos no medibles por variables clínicas o biológicas. Es un fenómeno reconocido que pacientes con los mismos criterios clínicos presenten respuestas totalmente distintas en su estado funcional y emocional (67).

Algunos de los instrumentos de medida genéricos se han adaptado al español, como los perfiles Sickness Impact Profile (perfil de las consecuencias de la enfermedad) (68), Nottingham Health Profile (Perfil de Salud de Nottingham) (63,69) y Medical Outcomes Study 36-item Short-Form (Cuestionario de Salud SF-36) (58) y escala de utilidades EuroQol (70).

APOYO SOCIAL

El funcionamiento social, es otra dimensión de la CVRS, cuya medición requiere en ocasiones de cuestionarios específicos.

No es fácil explicar qué se entiende por apoyo social, dado que es un concepto poco claro, en consecuencia, no existe una definición clara y consensuada. La ausencia de una definición consensuada se debe, tanto por la multitud de conductas aparentemente dispares entre sí que se incluyen bajo el término «apoyo social» (participación en asociaciones comunitarias, mostrar cariño, prestar un objeto, estar casado, etc.), como porque se trata de un concepto complejo que incluye tanto aspectos estructurales como funcionales, reales y cognitivos, y distintos niveles de análisis. Una de las definiciones más completas, dado que trata de incluir todas estas dimensiones, es la de Lin, Dean y Ensel (71), que conceptualizan el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

Otros autores (72) han definido el apoyo social como el conjunto de las distintas dimensiones que componen las relaciones de una persona, considerando que existen redes de apoyo cercanas a ella (fuente de recursos afectivos, emocionales e instrumentales proporcionados por las personas cercanas al sujeto) y redes de apoyo más lejanas (institucionales). La red de apoyo social estaría “compuesta por un número muy variable de personas, donde el núcleo central es el sujeto y a mayor o menor proximidad de él se sitúan los demás” integrantes del entorno social. Según estos autores, parece que esta composición varía de forma voluntaria o involuntaria, dependiendo de múltiples variables, sucesos vitales y factores personales.

Debido a la complejidad del concepto, se han propuesto cinco criterios básicos para evaluar el apoyo social:

Tipo de apoyo

Existe una amplia variedad de clasificaciones que tratan de identificar los diferentes tipos de apoyo social. Entre ellos se citan (73): el apoyo informativo, el apoyo emocional (caracterizado por amor, respeto, simpatía, entendimiento, capacidad de escucha, tranquilidad...), el apoyo tangible (económico, físico, instrumental), el apoyo empático (la sensación de sentir que los demás nos entienden), el apoyo de afiliación (la sensación de mantener una identidad social) y el apoyo de valoración (el apoyo que da feedback al paciente). Otros autores han señalado otra tipología, por ejemplo, Helgeson y Cohen (74) mencionan tres tipos de apoyo social: el emocional, el informativo y el instrumental; y por último, Bottomley y Jones (75) diferencian entre apoyo informativo, instrumental, emocional, afirmativo y de valoración.

Fuentes de apoyo

La fuente de la que proviene el apoyo social se refiere a la persona que lo proporciona. Así, el apoyo social puede provenir de un amplio conjunto de fuentes: del parentesco (pareja y otros parientes), del ámbito social (amigos, vecinos, superiores del trabajo, compañeros, colegas), de la comunidad (cuidadores, grupos de autoayuda, iglesia y grupos de la comunidad) y de los profesionales (profesionales asistenciales y de la salud).

Cantidad y disponibilidad del apoyo social

Entre la gran diversidad de métodos para valorar la cantidad y disponibilidad del apoyo social de una persona, la forma más habitual es el enfoque estructural, que incluye una revisión de diferentes aspectos como la identificación y el análisis de las relaciones previas de la persona (recursos anteriores), el estado marital, el grupo profesional al que pertenece, las actividades de ocio previas a la enfermedad, etc. La información obtenida mediante este análisis ofrece un indicador general del nivel de actividad social de la persona, de su capacidad de comunicación, de la red de apoyo social (quiénes la componen, el tamaño o el número de contactos directos, la densidad o la frecuencia de los contactos, la estabilidad, la accesibilidad y la reciprocidad).

Calidad del apoyo

Respecto a la calidad del apoyo social de una persona, se suelen analizar dos aspectos: quién es el informante y cuándo se obtiene la información. Así, parece que la calidad del apoyo social varía notablemente, dependiendo de las necesidades y las demandas del sujeto en el momento en que se efectúa la evaluación, de manera que en el curso de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, progresión de la enfermedad, etc.) los sujetos pueden requerir más apoyo social o un tipo determinado apoyo.

Apoyo Social relacionado con la salud

Estudios científicos recientes han mostrado una asociación entre las relaciones sociales y la salud, y se encontró que las personas más aisladas tenían menos salud, física y psicológica, y más probabilidad de morir (76). Estos estudios cobraron un nuevo auge a partir de la década de 1970 con el surgimiento del concepto de "apoyo social". Aunque hay diversas conceptualizaciones (por ejemplo, estructural o funcional; global o específica) y medidas de apoyo social, se ha

encontrado evidencia de una relación negativa entre varias facetas del apoyo social y salud mental (77-83) y enfermedad física (84).

Algunos autores han encontrado un efecto amortiguador del apoyo social sobre los eventos vitales estresantes y la depresión (78,80). Mientras que algunos estudios mostraron que el apoyo social moderaba el impacto negativo de las circunstancias vitales estresantes (85), otros solo encontraron un efecto beneficioso de carácter general, independientemente del nivel de estrés (86). Estas diferencias encontradas pudieran ser debidas al tipo de apoyo social y al tipo de medida empleada en cada investigación. Así, los trabajos que utilizan medidas funcionales de apoyo social (apoyo percibido, satisfacción del apoyo, suficiencia...) tienen mayor probabilidad de detectar este efecto que aquellos que usan medidas estructurales (tamaño de la red, participación social).

El apoyo social se ha constituido como uno de los factores más ampliamente estudiados con la salud en general y sobre la salud mental en particular. La influencia del apoyo social sobre el bienestar psicológico ha sido claramente establecida (71,87-90), tanto de sus aspectos funcionales, el papel del apoyo social, como de sus aspectos estructurales, es decir, de la propia composición de las redes.

El apoyo social se ha convertido en un aspecto crucial del estudio de la salud mental y la literatura psicológica sobre este tema ha generado un intenso debate sobre varias facetas del impacto positivo de las redes sociales sobre el bienestar psicológico (91).

En la década de los años 70 aparecieron tres artículos pioneros en el estudio del apoyo social (92-94), que tratan de relacionarlo con el estrés psicosocial. En la actualidad, el apoyo social se analiza desde dos perspectivas, la hipótesis del efecto directo y la hipótesis del efecto de amortiguación. La primera, plantea que el apoyo social tiene un efecto sobre la salud y el bienestar, independientemente del estrés (95-98). En segundo lugar, la hipótesis del efecto de amortiguación, se considera que el apoyo social es un moderador de otros factores que influyen en el bienestar, en concreto los acontecimientos vitales estresantes (99-102).

En resumen, parece que el apoyo social es una variable relevante que puede afectar a diferentes aspectos de la adaptación global de la salud y que su relación, ya sea directa o de amortiguación, con el estrés ha sido probada.

SALUD MENTAL E INMIGRACIÓN

SALUD MENTAL

En 1948 se creó la OMS y, en el mismo año, se celebró el primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres. En la segunda sesión del Comité de Expertos de la OMS en Salud mental (11-16 de septiembre de 1950), se definieron del siguiente modo los términos de «salud mental» e «higiene mental» (103): «La higiene mental se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental. La salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico».

La British National Association for Mental Hygiene organizó el Primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres del 16 al 21 de agosto de 1948. Se inició como Conferencia Internacional de higiene mental y terminó en una serie de recomendaciones para la salud mental. J.C. Flugel, Presidente del Comité del Programa de Conferencias, sólo expuso un concepto de salud mental: «La salud mental es considerada como una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo de un individuo, en la medida que ello sea compatible con la de otros individuos» (104).

En 2001, la OMS dedicó su informe anual a la salud mental (*The World Health Report-Mental Health: new knowledge, new hope*) (105). La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (106).

Cabe destacar que los trastornos mentales son enfermedades muy prevalentes y constituyen un problema de salud pública con un gran impacto en términos de dependencia, discapacidad, costes económicos y sanitarios (OMS, 2003).

Aproximadamente un 14% de la carga global de las enfermedades a nivel mundial puede ser atribuida a trastornos neuropsiquiátricos, la mayoría debidos a enfermedades de naturaleza crónica como por ejemplo la depresión (107).

Entre las enfermedades no fatales, la depresión es la mayor causa de años vividos con discapacidad (108).

Clasificación de los trastornos mentales comunes

Aunque el *Diagnostic and Statistical Manual (of Mental Disorders) IV (DSM-IV)* define el trastorno mental como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (por ejemplo, dolor), a una discapacidad (por ejemplo, deterioro de una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente mayor de morir o de dolor, discapacidad o pérdida de libertad, y que además no debe ser meramente una respuesta cultural aceptada a un acontecimiento particular, es preciso diferenciar entre

lo que puede ser considerado “normal o anormal”, o enfermedad mental propiamente dicha, y otros trastornos psíquicos. En este sentido, se entiende como enfermedad mental aquella que posee una base genética, alteraciones biológicas, una ruptura biográfica del sujeto que la padece, que mantiene una coherencia y estabilidad de síntomas en el diagnóstico y cuya respuesta a tratamientos biológicos es superior a otras terapias.

Por otro lado, los trastornos psíquicos o psicosociales se diferencian de los anteriores porque en ellos existe una mayor reactividad a las circunstancias ambientales, las fluctuaciones clínicas son mayores y la eficacia y respuesta al tratamiento psicoterapéutico es mayor. Pero también observamos que el trastorno mental puede ser definido entre lo considerado como “normal” y lo “anormal”. Los profesionales de la salud mental desde hace tiempo manejan los síntomas mentales concibiéndolos como normales o patológicos con un alto grado de consenso, si bien carecemos de una forma aceptada unánimemente que nos sirva para distinguir lo considerado como normal de lo anormal. No obstante, disponemos de una serie de criterios que, sin abandonar el sentido común, pueden ser utilizados. Así, podemos entender lo anormal como una desviación estadística de los comportamientos y vivencias consideradas como frecuentes en la inmensa mayoría de las personas; lo anormal también lo podemos considerar como presencia de una lesión fisiológica o como una desventaja biológica, o finalmente como una desviación del conjunto de creencias y conductas aceptadas por la sociedad actual (109).

Actualmente existen varios sistemas de clasificación de los trastornos mentales. Los dos más utilizados son la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud, a día de hoy en su décima edición (CIE-10) (110) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) (111).

La *CIE-10* contiene 21 capítulos, siendo cada trastorno codificado con la letra F seguida de un sistema numérico. Los trastornos mentales se describen en unas cien categorías. Se trata de una clasificación descriptiva y no etiológica, aunque se tenga en cuenta el origen del trastorno bien sea éste orgánico, relacionado con sustancias o con el estrés. Esta clasificación puede considerarse como esencialmente mixta.

La clasificación nacida en Estados Unidos y fundamentalmente utilizada en ese país como sistema alternativo al propuesto por la Organización Mundial de la Salud con la CIE, DSM-IV-TR, organiza los trastornos mentales como patrones de reacciones, logrando una aproximación al carácter individual de los problemas y a su determinación por factores situacionales o estresores psicológicos, sociales o físicos. Las características fundamentales por las que se rige el DSM son la orientación descriptiva (recogiendo las manifestaciones de los trastornos mentales), los criterios diagnósticos (que aumentan la fiabilidad del proceso) y la descripción sistemática (se describe en función de sus características de edad, cultura, incidencia y riesgo) (112).

Recientemente se ha realizado una encuesta entre psiquiatras sobre la clasificación diagnóstica (113). Participaron aproximadamente 5.000 psiquiatras de 44 países de todas las regiones del mundo. A nivel global, un 70% de los psiquiatras que participaron afirmaron que la CIE-10 era el sistema diagnóstico que más usaban, y únicamente el 23% declararon usar más el DSM-IV. En Europa, estos datos eran incluso más acusados: más del 80% de unos 2.700 psiquiatras europeos que participaron en la encuesta usaban más la CIE-10, y sólo el 13% usaba más frecuentemente el DSM-IV.

Actualmente están en desarrollo las clasificaciones CIE-11 y DSM-V, que en nuestro país no se vienen empleando para fines de investigación.

Trastorno depresivo

El diagnóstico del trastorno depresivo es clínico y requiere una historia clínica detallada y una exploración física y mental. Según las clasificaciones CIE-10 y el DSM-IV, los síntomas deben estar presentes durante, al menos, 2 semanas. Existen sutiles diferencias entre ambas clasificaciones: la CIE, por una parte, incluye la “pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad”, y, por otra, permite acortar el criterio temporal si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido. Existen instrumentos específicos para estandarizar la evaluación diagnóstica como la *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* (114). A continuación se expone la descripción de los criterios diagnósticos según la CIE-10 y el DSM-IV-TR.

Clasificación CIE-10

F32. Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos de tipo leve, moderado o grave, el enfermo, por lo general, sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a una astenia que aparece tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

1. La disminución de la atención y la concentración.
2. La pérdida de la confianza en sí mismo y los sentimientos de inferioridad.
3. Las ideas de culpa y de ser inútil.
4. Una perspectiva sombría del futuro.
5. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
6. La pérdida del apetito.

Las categorías de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) y grave (F32.2 y F32.3), que se describen con mayor detalle a continuación, deben ser utilizadas únicamente para episodios depresivos aislados o para el primero. Los posibles episodios depresivos siguientes deben clasificarse dentro de una de las subdivisiones del trastorno depresivo recurrente (F33.-).

F32.0 Episodio depresivo leve

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de, al menos, dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32). El episodio depresivo debe durar, al menos, dos semanas.

F32.1 Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes, al menos, dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0), así como, al menos, tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. El episodio debe durar, como mínimo, dos semanas.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además, por lo menos, cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. El episodio debe durar, como mínimo, dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Se trata de un episodio que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

Clasificación DSM-IV-TR

Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto, o la observación realizada por otros.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
6. Fatiga, pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
9. Pensamientos recurrentes de muerte.

Los síntomas no cumplen los criterios para episodio mixto. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Los síntomas exigidos para el diagnóstico de esta enfermedad en ambas clasificaciones diagnósticas son similares, exigiéndose cinco de una lista de nueve, de los cuales uno, al menos, debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en el caso de la

depresión mayor (DSM-IV-TR), y cuatro síntomas de una lista de diez, de los cuales dos deben ser estado de ánimo deprimido, disminución de interés o placer, o falta de energía y fatiga en el episodio depresivo (CIE-10). En el caso de la depresión en la enfermedad bipolar, se habla de trastorno bipolar episodio actual depresivo o simplemente depresión bipolar.

Las clasificaciones internacionales utilizan terminologías similares para referirse a los síndromes depresivos, y requieren que los síntomas estén presentes al menos durante dos semanas, salvo para las situaciones de síntomas especialmente graves o intensos. Hablan de episodio depresivo (CIE-10) o de depresión mayor (DSM-IV) cuando se trata de un cuadro clínico de intensidad moderada o grave. Si la intensidad es leve, en la DSM se habla de depresión menor y en la CIE de episodio depresivo leve. La CIE establece la posibilidad de que el episodio presente o no síntomas somáticos (similares a los que ya se han reflejado como forma melancólica), y que existan síntomas psicóticos. Si el paciente ha presentado sólo un episodio de enfermedad se habla de él como de episodio único, mientras que si ha padecido dos o más episodios depresivos debe establecer el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente (CIE y DSM).

En el caso de que existan varios episodios de enfermedad en los que al menos uno es de tipo maníaco, se establece el diagnóstico de la enfermedad como trastorno bipolar en ambas clasificaciones, y se nombra el episodio actual según sus características depresivas o maníacas predominantes, o formas mixtas cuando hay mezcla de ambas presentaciones. Para las formas crónicas, se puede corresponder con alguna de las formas anteriores cronificadas o la distimia, que es un síndrome depresivo de más de dos años de duración, que suele iniciarse en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, con un curso fluctuante pero en el que los síntomas depresivos están presentes la mayoría de los días con una intensidad variable pero habitualmente con un carácter incapacitante y muy vinculado a la personalidad del paciente.

Trastorno por Ansiedad

Los Trastornos de Ansiedad (TA) son los más frecuentes dentro de los psiquiátricos en la población general. La etiología es multifactorial, se estima un factor hereditario del 40%, con una interacción sinérgica manifiesta de los factores externos.

La ansiedad es una reacción normal ante una situación de amenaza que alcanza el grado de patológica cuando es muy intensa o persiste en el tiempo de forma que puede afectar al estado físico o al rendimiento en la actividad diaria. En ocasiones, la ansiedad patológica no se asocia a una amenaza externa y surge de forma espontánea.

Clasificación diagnóstica de Ansiedad

La clasificación diagnóstica queda resumida en la Tabla 4, en la que se especifican los códigos empleados por la clasificación DSM-IV-TR y CIE-10.

Trastorno	DSM-IV-TR	CIE-10
Trastorno de Ansiedad Generalizada	300.2	41.1
Trastorno de pánico sin agorafobia	300.01	41.0
Trastorno de pánico con agorafobia	300.21	41.0
Agorafobia sin trastorno de pánico	300.22	40.0
Fobia social	300.23	40.1
Fobia específica	300.29	40.2
Trastorno obsesivo compulsivo	300.3	42

Tabla 4. Clasificación diagnóstica de Ansiedad y códigos de DSM-IV-TR y CIE-10.

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Consiste en un estado persistente de ansiedad y principalmente de preocupación excesiva e inespecífica, no limitada a una circunstancia ambiental determinante desencadenante y que está presente durante la mayoría de los días durante al menos un período de 6 meses. Esta ansiedad no está basada en la presencia de otros trastornos psiquiátricos, ni provocada por el consumo de sustancias o por una enfermedad médica, y no ocurre únicamente durante un trastorno del ánimo o psiquiátrico. La ansiedad es difícil de controlar, suele desencadenarse ante circunstancias estresantes y causa un intenso malestar en el sujeto y produce disfunción del área social, laboral o familiar. El curso es fluctuante y a menudo depende del nivel de estrés existente (115,116).

Entre los factores de riesgo para presentar un TAG se han descrito: desempleo, jubilación anticipada, separación, divorcio, viudez, historia familiar de TAG, estrés ambiental, antecedentes de trauma emocional o físico recientes, rasgos de personalidad ansiosos y padecer una enfermedad médica concomitante (117).

Los criterios diagnósticos (DSM-IV-TR / CIE-10) son:

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), superior a 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuáles han persistido más de 6 meses)
 - a. Inquietud o impaciencia
 - b. Fatigabilidad fácil
 - c. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - d. Irritabilidad
 - e. Tensión muscular

- f. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad o la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno, por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hace referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización), o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos), o una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico, etc.

Trastorno de Pánico

Un ataque de pánico o crisis de angustia es un episodio súbito, diurno o nocturno, de intenso miedo e intenso malestar en ausencia de de peligro real, que se acompaña de descarga neurovegetativa, con síntomas físicos y cognitivos, sensación de peligro o muerte inminente y urgente necesidad de escapar. Suele tener una duración de entre 15 y 30 minutos, alcanzando su máxima expresión en los primeros 10 minutos.

Estos episodios se repiten en diferentes ocasiones y circunstancias. El temor a que se vuelvan a producir genera ansiedad anticipatoria y conductas de evitación o fóbicas ante la situación o circunstancias en las que se produjeron los episodios anteriores (115).

Los criterios diagnósticos son (DSM-IV-TR):

- A. Se cumplen a y b:
 - a. Crisis de angustia inesperada recidivante.
 - b. Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - i. inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
 - ii. preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto de miocardio, volverse loco).
 - iii. cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis.
- B. Presencia o ausencia de agorafobia: según sea trastorno de pánico con o sin agorafobia.
- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.

- D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como la fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, o trastorno por ansiedad de separación.

Fobias

Se pueden definir como la ansiedad o malestar repetido, ilógico y desproporcionado ante determinados estímulos, que se acompañan de la tendencia a evitarlos. Hay diferentes tipos:

Agorafobia:

El término “agorafobia” se utiliza aquí con un sentido más amplio que el original y que el utilizado aún en algunos países. Se incluyen en él no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar). El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa. A muchos enfermos les aterra pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda, en público. La vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia. La mayor parte de los afectados son mujeres y el trastorno comienza en general al principio de la vida adulta. Están presentes a menudo síntomas depresivos y obsesivos y fobias sociales, pero no predominan en el cuadro clínico. En ausencia de un tratamiento efectivo la agorafobia suele cronificarse, aunque su intensidad puede ser fluctuante.

Fobia social

Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres. Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. El temor a vomitar en público puede ser importante. El contacto visual directo puede ser particularmente molesto en determinadas culturas. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

Fobia específica

Fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales. Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica. El temor a la situación fóbica tiende a ser estable, al contrario de lo que sucede en la agorafobia. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las radiaciones, a las infecciones venéreas y más recientemente al sida.

Trastorno obsesivo compulsivo

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a él. En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado reducida a un nivel mínimo. Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos, en especial pensamientos obsesivos, y la depresión. Los enfermos con trastornos obsesivo-compulsivos tienen a menudo síntomas depresivos y en enfermos que sufren un trastorno depresivo recurrente (F33.-) a menudo se presentan pensamientos obsesivos durante sus episodios de depresión. En ambas situaciones el incremento o la disminución en la gravedad de los síntomas depresivos se acompaña por lo general por cambios paralelos en la gravedad de los síntomas obsesivos.

El trastorno obsesivo-compulsivo es tan frecuente en varones como en mujeres y la personalidad básica suele tener rasgos anancásticos destacados. El comienzo se sitúa habitualmente en la infancia o al principio de la vida adulta. El curso es variable y, en ausencia de síntomas depresivos significativos, tiende más a la evolución crónica.

Alcoholismo

El alcoholismo o el síndrome de dependencia de alcohol es una enfermedad caracterizada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental de la persona y con sus responsabilidades familiares, laborales y sociales (118).

Según los resultados de la *Encuesta Domiciliaria sobre Uso y Abuso de Drogas en España* (EDADES) 2009-2010 (119), el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro país, de manera que el 63,3% de la población general ha consumido alcohol en los últimos treinta días y un 11% lo ha hecho a diario. El consumo está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, y la edad media de inicio de consumo de alcohol se sitúa en torno a los 16 años, siendo más temprana entre los primeros.

Las clasificaciones internacionales, DSM-IV y CIE-10, dividen los trastornos relacionados con el alcohol en *trastornos por consumo* (consumo perjudicial, abuso y dependencia) y *trastornos inducidos* (intoxicación, abstinencia y trastornos de comportamiento). El *consumo perjudicial* es un concepto recogido en la CIE-10 que incluye a los individuos que tienen problemas físicos o psicológicos derivados del consumo, independientemente de la cantidad de alcohol consumida. El término *abuso de alcohol*, es más empleado en las clasificaciones americanas para referirse a un patrón desadaptativo de consumo de alcohol en el que sin haberse desarrollado tolerancia o sin presentarse síntomas de abstinencia, existe un deterioro significativo en las obligaciones personales, se consume alcohol en situaciones de riesgo, el consumo se asocia a problemas legales, o se continúa consumiendo alcohol a pesar de las consecuencias sociales que ocasiona. Finalmente, el término *dependencia* se define como un trastorno caracterizado por un fuerte y persistente deseo de beber a pesar de sus consecuencias adversas, por la incapacidad para dominar este hábito, la mayor prioridad concedida al consumo de alcohol frente a otras actividades y obligaciones, la tolerancia al alcohol y una sensación física desagradable cuando se interrumpe su consumo (síndrome de abstinencia).

Trastorno somatomorfo

Los trastornos somatomorfos se caracterizan por síntomas corporales que sugieren un trastorno físico, sin causa orgánica demostrable o mecanismo fisiológico conocido que los explique completamente, y por la presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o estrés (120).

Los pacientes con trastornos somatomorfos crónicos y graves suelen presentar también trastornos de la personalidad (trastornos del eje II en el DSM-IV) que determinan la evolución o, incluso, son el diagnóstico principal del caso. Con frecuencia, además los pacientes con trastornos somatomorfos o síndromes somáticos funcionales presentan un importante estrés psicosocial (eje IV) cuando acuden al médico y serios problemas de ajuste social (eje V).

Los trastornos somatomorfos tienen una clasificación diferente entre la CIE-10 y el DSM-IV. La Tabla 5 muestra ambas clasificaciones y sus correspondencias relativas.

Trastornos Somatomorfos CIE-10	Trastornos Somatomorfos DSM-IV
F45.0 Trastorno por somatización	Trastorno por somatización
F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado	Trastorno somatomorfo indiferenciado
F45.2 Trastorno hipocondríaco	Hipocondría
F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa	No existe
F45.4 Trastorno por dolor somatomorfo	Trastorno por dolor
F45.8 Otros trastornos somatomorfos	No existe
F45.9 Trastorno somatomórfico sin especificar	Trastorno somatomórfico no especificado
Incluido en F44 Trastornos disociativos	Trastornos por conversión
Incluido en F45.2 Hipocondría	Trastorno dismórfico corporal

Tabla 5. Clasificación de los Trastornos Somatomorfos en DSM-IV y CIE-10 y sus correspondencias relativas (Tomado de Caballero L, 1998).

Trastorno por Somatización

El diagnóstico de trastorno por somatización con criterios DSM-IV se hace si presenta al menos:

- a. Cuatro dolores diferentes (por ej., cefalea, dorsalgia, dolor de las extremidades, dolor torácico, disuria, dismenorrea o dispnea).
- b. Dos síntomas gastrointestinales (por ej., náusea, hinchazón, diarrea o intolerancia alimentaria).
- c. Un síntoma sexual (síntomas menstruales, disfunción eréctil, eyaculatoria o indiferencia sexual).
- d. Un síntoma pseudoneurológico diferente del dolor (por e., sordera, parálisis, globus faríngeo, afonía, debilidad, anestesia o ceguera).

Trastorno de la Conducta de Tipo Alimentario

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son cada vez más frecuentes, especialmente entre la población femenina adolescente. Aunque la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa son las entidades más frecuentes y mejor delimitadas hay otras alteraciones como son la anorexia nerviosa atípica, la bulimia nerviosa atípica o el TCA no especificado.

Anorexia Nerviosa

Se define como un síndrome psiquiátrico multifactorial, que se manifiesta por la pérdida de peso voluntaria que condiciona una serie de alteraciones orgánicas. La causa inmediata es el intenso miedo a ganar peso a pesar de encontrarse en un peso normal, lo cual es el resultado de una alteración de su imagen corporal. Su incidencia es superior en el sexo femenino, especialmente en la edad pre o puberal.

El diagnóstico es fácil en los casos evolucionados; actualmente los criterios que se siguen son los de la Academia Americana de Psiquiatría de 1994 (DSM-IV) y los elaborados por la OMS en 1992 (CIE-10) (Tabla 6).

Anorexia Nerviosa CIE-10	Anorexia Nerviosa DSM-IV
Pérdida significativa de peso (IMC < 17,5) o de la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.	Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (pérdida de peso por debajo del 85% del esperado).
La pérdida de peso está provocada por el propio enfermo a través de evitar el consumo de alimentos que cree que engordan y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: • vómitos autoprovocados • purgas intestinales • ejercicio excesivo • consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos	Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
Distorsión de la imagen corporal, caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.	Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
Trastorno endocrinológico generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea, y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.	En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos, o presencia de menstruaciones únicamente con tratamiento hormonal).
Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de sus manifestaciones, o incluso ésta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.	
	Tipo restrictivo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). Tipo compulsivo/purgativo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Tabla 6. Clasificación de la Anorexia Nerviosa según DSM-IV y CIE-10 (Tomado de Caballero L, 1998).

Bulimia Nerviosa

El paciente bulímico presenta en general una conducta desordenada, al principio con la alimentación y más adelante en otros aspectos de su vida. Observamos un patrón de alimentación desordenado e imprevisible.

Los criterios diagnósticos de la clasificación DSM-IV son:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Según la clasificación CIE-10, deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas.

Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir en ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de intervalos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Estudios de Prevalencia de Trastornos Mentales en España. Papel de la Atención Primaria

En relación a la población seleccionada se pueden considerar tres tipos de estudios epidemiológicos de prevalencia de salud mental: los realizados en población tratada en los servicios psiquiátricos, los estudios de poblaciones que contactan con los servicios de Atención Primaria, y los estudios de base poblacional o comunitarios.

Los realizados en el ámbito de la población psiquiátrica aportan información sobre la carga de enfermedad psiquiátrica atendida en dichos servicios, lo que puede permitir la redistribución de recursos o una planificación de los mismos más adecuada.

Los estudios llevados a cabo en la población atendida en Atención Primaria, permiten un conocimiento más real de la morbilidad psiquiátrica y se puede conocer la evolución de los sujetos, confiriéndole una mayor utilidad desde el punto de vista de la salud pública. El estudio más relevante fue el realizado en 15 países por la OMS en 1995, en el que se estimó una prevalencia del 24 % (121).

En España se han desarrollado numerosos estudios (122-158) para evaluar la prevalencia de trastornos mentales, entre los que destaca la participación española en el ESEMeD (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales) (156), estudio de carácter diagnóstico, donde se estima que el 19,5% de los españoles presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental (prevalencia-vida), el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres. En relación a la prevalencia en los 12 meses previos a la realización del estudio (prevalencia-año), el 8,4% de la población presentó algún trastorno mental, el 5,2% en hombres y el 11,4% en mujeres (128). El trastorno más frecuente fue el episodio de depresión mayor (3,9% de prevalencia año y 10,5% de prevalencia vida), seguido de la fobia específica y la distimia, con una prevalencia vida de 4,52% y 3,65%, respectivamente.

En la Tabla 7 puede verse los datos obtenidos en el estudio ESEMeD sobre la tasa de prevalencia y Odds Ratio (OR) ajustados para cualquier trastorno mental en población española según las características sociodemográficas.

		Tasa de prevalencia	OR ajustados (IC 95%)
Sexo	Hombres	5,2	—
	Mujeres	11,4	2,4 (1,8-3,1)
Edad	18-24 años	10,1	—
	25-34 años	8,5	0,7 (0,4-1,2)
	35-49 años	8,4	0,7 (0,4-1,1)
	50-64 años	9,1	0,6 (0,4-1)
	Mayores 65 años	6,6	0,3 (0,2-0,7)
Estado civil	Casado o en pareja	7,7	—
	Previamente casado	12,9	1,7 (1,2-2,4)
	Nunca casado	8,8	Ns
Nivel de estudios	0-4 años estudios	9,1	—
	5-8 años	8,5	Ns
	9-12 años	8,5	Ns
	Más de 13 años	8,2	Ns
Tamaño del municipio	< 10.000 hab.	7,9	—
	10.000-15.000 hab.	8,4	Ns
	50.000-500.000 hab.	8	Ns
	Más 500.000 hab.	10,1	Ns
Situación laboral	Empleo remunerado	7,4	—
	Desempleado	14,7	1,8 (1,2-2,9)
	Jubilado	6,2	1,2 (0,7-2)
	Ama de casa	9,7	Ns
	Estudiante	7,3	Ns
	Baja maternal	7,3	Ns
	Baja enfermedad	15,4	2,4 (1,2-4,8)
	Discapacitado	19,4	3,4 (2-5,8)
	Otros	12,9	Ns
	NS/NC	2,8	Ns

Tabla 7. Tasas de prevalencia en la población española de cualquier Trastorno Mental según factores sociodemográficos (Fuente: ESEMeD).

Una amplia descripción de los estudios previamente referidos puede verse en el Anexo 1.

A partir de la Encuesta Nacional de Salud del año 2.006 (159), la prevalencia de problemas de salud mental en España sería del 19,4% entre los entrevistados, siendo más elevada entre las mujeres (24,6%) que entre los hombres (14,7%) (160), aumentando con la edad, principalmente entre las personas mayores de 65 años, tanto en hombres (20,5%) como en mujeres (36,0%) (161).

Un amplio rango de problemas de salud mental son atendidos en Atención Primaria (162), pues constituye un nivel de atención idóneo para tal fin (163) y sus profesionales cuentan con preparación adecuada para la prevención y tratamiento de los trastornos más comunes (164). La estructura de la atención sanitaria en salud mental en Atención Primaria se basa en una vía clínica como la referida en la Figura 10.



Figura 10. Vía clínica de atención sanitaria en Salud Mental (Bower y Gilbody, 2005).

Dicha vía supone la existencia de 5 niveles y 3 filtros entre la comunidad y la atención por el especialista en Salud Mental. Esta vía pone el énfasis en la importancia del profesional de Atención Primaria, que es quién detecta el trastorno mental (filtro 2) y refiere, si es necesario, al especialista (filtro 3). Esta vía, en embudo, garantiza una correcta atención sanitaria sin necesidad de que toda la población susceptible acuda al Psiquiatra (164).

La tipología de trastornos mentales atendidos en Atención Primaria han sido definidos por Goldberg (162) y pueden verse en la Tabla 8.

Tipo	Descripción	Ejemplos de trastornos	Cuidado
1	Trastornos mentales severos, que improbablemente remitan de manera espontánea, asociados con discapacidad mayor.	Esquizofrenia, trastornos orgánicos, trastorno bipolar	Incluye tanto cuidado en atención primaria y especializada
2	Trastornos bien definidos, asociados con discapacidad para los que son efectivos los tratamientos farmacológicos y psicológicos. Estos trastornos pueden remitir pero la recaída es frecuente	Depresión ansiosa, depresión pura, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo.	Habitualmente se manejan en Atención Primaria
3	Trastornos en que el efecto farmacológico es más limitado pero para los que la terapia psicológica es asequible.	Fobias, presentaciones somáticas del <i>distress</i> , trastornos de la alimentación, fatiga crónica.	Raramente tratados en Atención Primaria, sólo una pequeña proporción de casos son tratados por especialistas.
4	Trastornos que tienden a resolverse de manera espontánea.	Duelo y trastornos adaptativos	Apoyo, raramente requieren un tratamiento especializado, son necesarias habilidades en salud

Tabla 8. Tipología de trastornos mentales atendidos en Atención Primaria (Tomada de Bower y Gilbody, 2005).

Sobre los datos de prevalencia total de trastornos psiquiátricos descritos, tenemos que prestar atención a la distribución proporcional de cada trastorno. Hemos de tener en cuenta primero la importante comorbilidad existente. Aunque analizaremos más adelante esta comorbilidad, ahora nos interesa saber que la suma de las prevalencias de cada trastorno no es equivalente a la prevalencia total de trastornos psiquiátricos, ya que muchos pacientes presentan dos o más trastornos a la vez. En el estudio de Toft et al. (165) se describen los diferentes trastornos entre los pacientes en Atención Primaria, tal y como puede verse en la Tabla 9.

Tipo de Trastornos	Prevalencia
Trastornos somatomorfos	35,9%
Trastornos de ansiedad	16,4%
Trastornos del humor	13,5%
Trastorno mental orgánico	3,1%
Abuso de alcohol	2,2%
Psicosis	0,9%
Trastorno de la conducta alimentaria	0,9%

Tabla 9. Principales Trastornos Mentales observados en Atención Primaria (Tomada de Toft, 2005).

El estudio de Toft et al. utiliza la entrevista SCAN que clasifica la patología mental según las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10). Llama la atención la elevada presencia de los trastornos somatomorfos. Podemos comparar estos resultados con los obtenidos por Roca (125) y sus colaboradores en España y por Ansseau (166) en Bélgica, utilizando ambos el PRIME-MD diseñado para Atención Primaria (Tabla 10), que está basado en las categorías de la clasificación DSM-IV y se centra en las patologías más relevantes en este entorno.

Tipo de Trastornos	Roca et al. (126)	Ansseau et al. (164)
Trastornos afectivos	35,8%	31%
Trastornos de ansiedad	25,6%	19%
Trastornos somatomorfos	28,8%	18%
Abuso de alcohol	9%	10,1%
Trastornos alimentarios	2%	2,3%

Tabla 10. Principales Trastornos Mentales observados en Atención Primaria mediante cuestionario PRIME-MD (Elaboración propia).

La prevalencia en España es mayor también para cada una de las patologías más frecuentes (trastornos somatomorfos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos), y es más destacada la presencia de trastornos somatomorfos. Los datos descritos en el estudio español son equivalentes a los encontrados en otro estudio anterior realizado por Baca (167,168) y sus colaboradores también en España, que describían trastornos afectivos (38%), de ansiedad (21,7%) y somatomorfos (25%). Así, se confirma la apreciación de que los trastornos somatomorfos están más presentes en nuestro medio en comparación con otros países.

Mediante la estrategia de búsqueda en Medline: *Alcoholism [mh] AND "Emigration and Immigration" [mh] AND Spain*, sólo se recuperan dos artículos, que no abordan la prevalencia del alcoholismo de los inmigrantes en nuestro país.

Estudios de Prevalencia de Salud Mental en países europeos

El estudio PREDICT (169) llevado a cabo en 6 países europeos, en el ámbito de la Atención Primaria, fue diseñado para desarrollar un modelo predictivo de depresión en pacientes que acudían a su médico de familia, y como objetivo secundario se estimaron las diferencias de Prevalencia de los trastornos mentales más comunes entre los países participantes (Reino Unido, España, Portugal, Eslovenia, Estonia y Holanda) (170), cuyos resultados se resumen en la Tabla 11.

	Total	Inglaterra	España	Eslovenia	Estonia	Países Bajos	Portugal	Chi-cuadrado
Total, n (%)	2341							
-Hombres	(100)	441 (18,8)	375 (16,0)	409 (17,4)	291 (12,4)	446 (19,0)	382 (16,3)	
-Mujeres	4845 (100)	884 (18,4)	895 (18,4)	710 (14,6)	803 (16,5)	775 (15,9)	798 (16,4)	
Depresión mayor, n (%)								
-Mujeres								
Presente	677 (13,9)	117 (13,2)	165 (18,4)	46 (6,5)	119 (14,8)	88 (11,4)	142 (17,8)	66,66*
Missing	107 (2,2)	17 (1,9)	41 (4,6)	4 (0,6)	19 (2,4)	19 (2,5)	7 (0,9)	
-Hombres								
Presente	199 (8,5)	56 (12,7)	42 (11,2)	18 (4,4)	27 (9,3)	31 (7,0)	25 (6,5)	26,81*
Missing	36 (1,5)	4 (0,9)	16 (4,3)	3 (0,7)	6 (2,1)	6 (1,4)	1 (0,3)	
Otros Trast. Ansiedad, n (%)								
-Mujeres								
Presente	485 (10,0)	100 (1,3)	180 (20,1)	21 (3,0)	82 (10,2)	37 (4,8)	65 (8,2)	164,93*
Missing	69 (1,4)	16 (1,8)	4 (0,5)	13 (1,8)	0 (0)	36 (4,7)	0 (0)	
-Hombres								
Presente	117 (5,0)	37 (8,4)	37 (9,9)	9 (2,2)	16 (5,5)	9 (2,0)	9 (2,4)	49,86*
Missing	30 (1,3)	9 (2,0)	1 (0,3)	2 (0,5)	0 (0)	18 (4,0)	0 (0)	
Trast. De Pánico, n (%)								
-Mujeres								
Presente	445 (9,2)	91 (10,3)	104 (11,6)	54 (8,0)	64 (8,0)	26 (3,4)	106 (13,3)	57,62*
Missing	38 (0,8)	11 (1,2)	2 (0,2)	0 (0)	2 (0,3)	20 (2,6)	3 (0,4)	
-Hombres								
Presente	132 (5,6)	39 (8,8)	22 (5,9)	19 (4,7)	16 (5,5)	14 (3,1)	22 (5,8)	14,48*
Missing	19 (0,8)	5 (1,1)	2 (0,5)	2 (0,5)	0 (0)	10 (2,2)	0 (0)	

*p valor <0,05

Tabla 11. Prevalencia de Depresión y otros síndromes psiquiátricos en cada país (Tomada de King M et al., 2008).

La prevalencia de Depresión Mayor y de Ataques de Pánico fue mayor en el Reino Unido. Otros síndromes de ansiedad, sin embargo, fueron más frecuentes en España. En la mujer, la prevalencia de Depresión Mayor y otros síndromes de ansiedad fue mayor en España, mientras que los Ataques de Pánico fueron más frecuentes en Portugal. Para el diagnóstico de depresión y tras ajustar por factores sociodemográficos, se encontró un incremento no significativo en el caso de la mujer española frente a la británica, siendo significativamente menor la prevalencia en la mujer eslovena, respecto a la británica. En el caso de los hombres la prevalencia de Depresión siempre fue mayor en el británico, y significativamente menor en el esloveno, portugués y holandés, tal y como puede apreciarse en la Tabla 12.

	OR crudo (IC 95%)	OR ajustado por factores sociodemográficos (IC 95%)	OR ajustado por factores sociodemográficos, frecuentación e interacción* (IC 95%)
Mujeres			
-Reino Unido	1,00	1,00	
-España	1,64 (1,13-2,39)*	1,15 (0,74-1,78)	0,95 (0,62-1,44)
-Eslovenia	0,51 (0,34-0,76)**	0,38 (0,24-0,60)**	0,34 (0,21-0,55)**
-Estonia	1,13 (0,80-1,61)	0,74 (0,49-1,13)	
-Holanda	0,87 (0,56-1,35)	0,85 (0,54-1,35)	0,63 (0,37-1,10)
-Portugal	1,57 (0,94-2,60)	1,05 (0,60-1,81)	1,07 (0,62-1,85)
P valor variable país	<0,001	<0,001	<0,001
Mujeres			
-Reino Unido	1,00	1,00	
-España	0,86 (0,53-1,40)	0,92 (0,50-1,69)	0,62 (0,32-1,17)
-Eslovenia	0,30 (0,17-0,54)**	0,33 (0,16-0,67)**	0,26 (0,12-0,57)**
-Estonia	0,54 (0,31-0,96)*	0,51 (0,25-1,07)	
-Holanda	0,47 (0,28-0,81)**	0,43 (0,23-0,78)**	0,25 (0,11-0,53)**
-Portugal	0,42 (0,24-0,76)**	0,48 (0,24-0,95)*	0,38 (0,17-0,81)*
P valor variable país	<0,001	0,002	0,001

Factores sociodemográficos: edad, sexo, estado marital, empleo, educación, vivir solo, status migratorio, etnicidad, estatus profesional e ingresos económicos
Interacción: país y frecuentación
** p<0,01 *p<0,05

Tabla 12. Depresión: diferencias entre países estratificado por género y ajustado por factores sociodemográficos y frecuentación de las consultas (Tomada de King M et al., 2008).

El estudio ODIN (171) (Reino Unido, Noruega, Finlandia y España) realizado en 2001, sobre una muestra de 8,862 sujetos, señaló una prevalencia de Depresión del 8,6%, comportándose España como un país de prevalencia baja, respecto al Reino Unido (alta prevalencia) y al resto de países (prevalencia media).

Además de los estudios europeos previamente referidos han sido publicados otros muchos en diferentes países europeos como Alemania (172-186), Bélgica (166,187,188), Bosnia (189), Dinamarca (165,190,191), Eslovenia (192), Finlandia (193-200), Francia (201-205), Grecia (206), Groenlandia (207), Holanda (208-213), Hungría (214-217), Irlanda (218,219), Islandia (220-222), Italia (223-230), Noruega (231-235), Reino Unido (236-255), Suecia (256-260) y Suiza (261,262).

La mayoría de los estudios han evaluado una o más tipos de prevalencia (prevalencia de vida, prevalencia de año y prevalencia de mes), de las principales entidades de trastorno mental. Se considera que la prevalencia de vida proporciona información acerca de las personas que podrían necesitar tratamiento en cualquier momento durante la vida; la prevalencia correspondiente al año precedente proporciona información acerca de las necesidades de atención de la población en general; y la prevalencia en el momento actual (mes precedente) revela el número que necesita atención por un trastorno agudo.

Una descripción pormenorizada sobre los instrumentos diagnósticos utilizados, el tamaño muestral y los grupos de edad, así como de los resultados obtenidos, puede consultarse en el Anexo.

Otros Estudios Epidemiológicos Internacionales

Según el estudio de las áreas de captación epidemiológica (ECA, por sus siglas en inglés) realizado en 10 países, se estima que el 32,7% de las personas sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida, y de un 15,0% a un 25,0% en los últimos doce meses (263). Respecto a la prevalencia de depresión se encontraron cifras de prevalencia de vida entre el 1,5% y 19% y de prevalencia en último año entre el 0,8% y 5,9%(264) .

Otros estudios que han incluido muestras poblacionales de diferentes países son el realizado por Kisely S et al. (265), el estudio ESEMED realizado en 6 países (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) (266), que detectó una prevalencia de depresión en la vida del 14,2% y del 4,2% anual, el estudio de King M et al. (170) y finalmente dos estudios realizados en EEUU y Reino Unido por Cohen CI et al. (267) y Copeland JR et al. (268).

El estudio DEPRES (269) realizado en Bélgica, Francia, Alemania, Holanda, Reino Unido y España, en 78.463 sujetos, estableció mediante el instrumento MINI, una prevalencia de depresión en los últimos 6 meses del 17%.

Otro estudio llevado a cabo por Copeland JRM et al. (270) en 13.808 sujetos mayores de 64 años, pertenecientes a Islandia, Liverpool, Zaragoza, Dublín, Amsterdam, Berlín, Londres, Verona y Munich, arrojó datos de prevalencia de Depresión del 12,3%.

El estudio nacional de comorbilidad (NCS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos informó una prevalencia del 26,2% a lo largo de la vida de cualquier trastorno mental del CIDI-DSM-IV (Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional-Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) (271).

Se han publicado numerosos estudios en EEUU, entre los que destacan los de Kessler RC et al. (272-274), que llega a encontrar hasta un 30,5% de prevalencia de trastorno mental en población mayor de 18 años. Muchos otros estudios de EEUU (275-296) pueden consultarse en el Anexo.

En Canadá, destacan los estudios de Bland RC et al. (297,298), en los que se empleó el cuestionario DIS, y se encontraron valores de prevalencia de trastorno mental anual del 31%, y de ansiedad del 7%.

Los datos arrojados por la encuesta mundial de salud mental indican que el riesgo de padecer cualquier trastorno mental en el último año, según los criterios del DSM-IV, varía desde el 4,3% en Shangai hasta el 26,4% en los Estados Unidos, con un rango intercuartil (RIQ) del 9,1-16,9% (299). En una encuesta nacional en Japón, en personas mayores de 20 años, se documentaron prevalencias de los doce últimos meses del 8,8% (300).

Otros estudios que han incluido poblaciones asiáticas son los realizados en Afganistán (301,302), Arabia Saudí (303), China (304-307), Corea (308), India (309-311), Israel (312,313), Japón (314), Líbano (315), Pakistán (316), Qatar (317), Singapur (318), Taiwan (319,320), y Tasmania (321,322).

En Latinoamérica, los estudios transversales comunitarios, realizados en personas mayores de 18 años, informaron prevalencias globales de los trastornos mentales a lo largo de la vida del 45,9%, del 26,8% en el último año y del 22,0% en el último mes (323).

Vicente et al., en Chile, en una muestra nacional aleatorizada en dos etapas, con personas mayores de 15 años, encontraron prevalencias de vida y en los últimos seis meses del 36,0% y del 22,6%, respectivamente (324).

En Colombia, Posada et al., en el Primer Estudio Nacional de Salud Mental, realizado en 1993, con una muestra de 25,135 personas entre 12 y 64 años, encontraron una prevalencia de posible trastorno mental del 10,2% (325). El Segundo Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, en 1997, realizado en una población mayor de 12 años, no institucionalizada, documentó una prevalencia a lo largo de la vida del 30,1% (326). En el marco de la Encuesta Mundial de Salud Mental de 2003, Posada et al., informaron para Colombia una Prevalencia para cualquier trastorno mental del CIDI-DSM-IV del 40,1% en el curso de la vida, del 16,0% en los últimos 12 meses y del 7,4% en los últimos 30 días (327).

En el estudio de Kohn (328) se evaluó la información disponible hasta el año 2002 en América Latina sobre la prevalencia de vida, la prevalencia de año y la prevalencia de mes, de las principales entidades de trastorno mental. La mayor parte de los estudios analizados no abarcaron los tres tipos de prevalencia, y, como resultado, los datos usados para estimar las tasas de prevalencia para toda América Latina y el Caribe carecen de uniformidad, tal y como puede apreciarse en la Tabla 13.

Estudio	Prevalencia								
	Toda la vida			Año precedente			Actual		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Buenos Aires, Argentina							6,0	6,0	6,0
Bambul, Brasil	12,8	7,3	17,0	9,1	5,1	12,2	7,5	5,1	10,2
Brasilia, Brasil	2,8	1,9	3,8	1,5	1,1	2,9			
Porto Alegre, Brasil	10,2	5,9	14,5	1,3	0,0	3,6			
Sao Paulo, Brasil (CIDI)	12,6	8,8	15,3	5,8	3,6	7,5	3,9	2,7	4,8
Santiago, Chile							5,5	2,7	4,8
Chile	9,2	6,8	11,5	5,7	3,7	7,5	3,4	2,3	4,5
Colombia	19,6	18,3	20,7	1,9	0,7	3,0			
Colombia, depresión				10,0	6,2	12,0	8,5	5,3	10,2
Colombia (WMH)	12,1	8,6	14,9	5,6	3,5	7,3	1,9	0,7	2,8
Méjico (PSE)							3,2	2,2	3,9
Méjico (ENEP)	3,3	2,0	4,5	1,4	0,9	2,1	0,6	0,3	0,8
Méjico, DF	8,1	5,5	10,1	4,4	3,1	5,6	2,2	1,4	2,8
Méjico rural	6,2	2,9	9,1						
Lima, Perú	9,7	6,1	13,5	5,2	3,4	6,9			
Puerto Rico	4,6	3,5	5,5	2,3	2,4	3,3			
Media	8,7	6,0	11,1	4,9	3,1	6,5	4,3	2,9	5,4
Mediana	9,2	5,9	11,5	5,4	3,5	7,1	3,7	2,4	4,7

Tabla 13. Estudios epidemiológicos realizados en América Latina y el Caribe sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos (Tomado de Kohn et al., 2005)

Las tasas de prevalencia varían ampliamente entre los distintos estudios debido a diferencias metodológicas y a posibles diferencias en los riesgos presentes en las poblaciones estudiadas. Por consiguiente, se usaron las tasas mediana y media de los diversos estudios a fin de representar la tasa aproximada en cada período de prevalencia. Esto dio por resultado un cálculo bruto, sin efectuarse ningún intento por ponderar los estudios en función de su valor metodológico. Se usó un solo informe representativo de cada estudio a fin de eliminar informes basados en muestras parciales.

La depresión mayor mostró una prevalencia media de 8,7%, 4,9% y 4,3% en algún momento de la vida, en el año precedente y en el momento actual (mes precedente), respectivamente. Las tasas medianas observadas en estos períodos de prevalencia fueron de 9,2%, 5,4% y 3,7%, respectivamente. La frecuencia de la enfermedad fue casi el doble en mujeres.

Los trastornos de ansiedad generalizada mostraron una alta prevalencia en la población y fueron más frecuentes en mujeres que en varones. Las tasas medias de prevalencia a lo largo de la vida y durante el último año, estimadas en 5,5% y 3,4%, fueron el doble de las tasas medianas, 2,6% y 1,3%, respectivamente. Las crisis de pánico mostraron una tasa de prevalencia de vida de 1,6% y una tasa de prevalencia durante el año precedente de 1,0%. Este trastorno afecta más frecuentemente a personas de sexo femenino.

La tasa media de prevalencia de vida del abuso o la dependencia del alcohol se estimó en 11,3% y la prevalencia media durante el año precedente, en 5,7%, observándose tasas de prevalencia mucho mayores en hombres que en mujeres. De 1,5% a 1,6% de la población se vio afectada por trastornos relacionados con el abuso de drogas en algún momento de la vida; 0,5% a 0,7% había tenido trastornos de ese tipo durante el año anterior. Se advirtieron tasas mucho más altas en hombres que en mujeres.

No existen estudios epidemiológicos de base poblacional de países en vías de desarrollo como Ecuador, lo que constituye un problema de primera magnitud para dichos países, dado que se sabe que la mayor carga de enfermedad mental en los próximos años recaerá sobre estas poblaciones (329).

Otros estudios realizados en América Latina, no incluidos en la revisión de Kohn, son el de Almeida OP et al. (330), que encontró una prevalencia del 26,8% en el último mes, en población mayor de 60 años; el de Fortes S et al. (331), realizado mayoritariamente en mujeres, evidenció una prevalencia de trastorno mental en el último mes del 64%; el de Maragno L et al. (332) en población mayor de 15 años con una prevalencia del 24,1% en el último mes; el de Araya R et al. (333) en población mayor de 18 años encontró una prevalencia del 53% utilizando el CIS como herramienta diagnóstica; el de Hayashi S et al (334) en Perú que encontró en mayores de 18 años una prevalencia de vida de trastorno mental del 41%, y finalmente, el estudio de Tolin DF et al. (335), que mostró una prevalencia de ansiedad del 25%, tras aplicar el CIDI a una muestra de 303 sujetos mayores de 49 años.

Las recientes encuestas World Mental Health (WMH) de la OMS, en la que participaron 28 países (336), y en los que se utilizó el mismo método diagnóstico, el Composite International Diagnostic Interview (CIDI), mostraron que el rango intercuartílico de la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental era del 18,1-36,1% (Tabla 14). Un trastorno mental diagnosticado por DSM-IV/CIDI a lo largo de la vida fue encontrado en un tercio de las encuestas de 5 países (Colombia, Francia, Nueva Zelanda, Ucrania, Estados Unidos), y en más de un 25% de las encuestas de seis países (Bélgica, Alemania, Líbano, Méjico, Holanda, Sudáfrica) y en más de un sexto de las encuestas de cuatro países (Israel, Italia, Japón y España).

	Algún Trastorno de Ansiedad % (EE)	Algún Trastorno de Ánimo % (EE)	Algún abuso de sustancias % (EE)	Algún Trastorno Mental % (EE)
Región OMS I (PAHO)				
Colombia	25,3 (1,4)	14,6 (0,7)	9,6 (0,6)	39,1 (1,3)
Méjico	14,3 (0,9)	9,2 (0,5)	7,8 (0,5)	26,1 (1,4)
Estados Unidos	31,0 (1,0)	21,4 (0,6)	14,6 (0,6)	47,4 (1,1)
Región OMS II (AFRO)				
Nigeria	6,5 (0,9)	3,3 (0,3)	3,7 (0,4)	12,0 (1,0)
Sudáfrica	15,8 (0,8)	9,8 (0,7)	13,3 (0,9)	30,3 (1,1)
Región OMS III (EMRO)				
Líbano	16,7 (1,6)	12,6 (0,9)	2,2 (0,8)	25,8 (1,9)
Región OMS IV (EURO)				
Bélgica	13,1 (1,9)	14,1 (1,0)	8,3 (0,9)	29,1 (2,3)
Francia	22,3 (1,4)	21,0 (1,1)	7,1 (0,5)	37,9 (1,7)
Alemania	14,6 (1,5)	9,9 (0,6)	6,5 (0,6)	25,2 (1,9)
Israel	5,2 (0,3)	10,7 (0,5)	5,3 (0,3)	17,6 (0,6)
Italia	11,0 (0,9)	9,9 (0,5)	1,3 (0,2)	18,1 (1,1)
Holanda	15,9 (1,1)	17,9 (1,0)	8,9 (0,9)	31,7 (2,0)
España	9,9 (1,1)	10,6 (0,5)	3,6 (0,4)	19,4 (1,4)
Ucrania	10,9 (0,8)	15,8 (0,8)	15,0 (1,3)	36,1 (1,5)
Región OMS V (WPRO)				
China	4,8 (0,7)	3,6 (0,4)	4,9 (0,9)	13,2 (1,3)
Japón	6,9 (0,6)	7,6 (0,5)	4,8 (0,5)	18,0 (1,1)
Nueva Zelanda	24,6 (0,7)	20,4 (0,5)	12,4 (0,4)	39,3 (0,9)

EE: Error Estándar

Tabla 14. Prevalencia de vida de trastornos mentales según DSM-IV/CIDI en las encuestas de World Mental Health (Elaboración propia a partir de datos de Kessler RC, 2009)

Los estudios epidemiológicos de salud mental realizados en Oceanía (337-343), como en África (344-351) pueden consultarse en el Anexo.

Estudios epidemiológicos de Salud mental en población inmigrante

Existen pocos estudios sobre prevalencia de Trastorno Mental en población inmigrante, hasta el punto que sólo hay nueve publicados en Europa. La mayoría pertenecen a estudios realizados en EEUU en refugiados y en población inmigrante de origen latinoamericano. En España se ha publicado recientemente un estudio por Del Amo J et al. (149), en el que se comparan los resultados de mujeres inmigrantes ecuatorianas con autóctonas, utilizándose como instrumento diagnóstico el GHQ-28. Asimismo el estudio de Herrero M et al. (158) realizado mediante el cuestionario PRIME-MD, arrojó cifras muy elevadas de cualquier trastorno mental común en una muestra muy reducida de mujeres latinoamericanas de entre 20 y 57 años. El estudio de Kirchner T et al.(352) realizado en una muestra de 186 mujeres inmigrantes latinas, de residencia rural y urbana, arrojó puntuaciones significativamente mayores del SCL-90-R, para las dimensiones de depresión y ansiedad, de la población inmigrante con respecto a los valores normalizados de mujeres nativas.

En general los estudios se han realizado con muestras reducidas, salvo el estudio publicado por Stuart GW et al. (353) en el que participaron más de 40.000 sujetos mayores de 14 años. Como

suele ser habitual, la utilización de diferentes instrumentos diagnósticos provoca grandes oscilaciones en los resultados, que van desde una prevalencia de trastorno mental del 1,1 al 62,5%. Las principales características de los estudios pueden verse en la tabla 15.

Autor	Localización	Año	Dx	Fases	N	Preval. Hombre (%)	Preval. Mujer (%)	Preval. Total (%)
Stuart GW (353)	Australia (Inmigrantes)	1998	CDI-9	1	41519	1,7-6,0 (15 d)	1,1-10,9 (15 d)	
Steel Z (354)	Australia (Refugiados Vietnam)	2000	CIE-10 / PVPS	2	1161			7
Del Amo J (149)	España (Madrid); Inmigrantes Ecuador y Autóctonos	2011	GHQ-28	1	1122		34 / 24	
Hauff E (234)	Noruega (Oslo: refugiados Vietnam)	1994	Symp. Check. 90 R Selft Rating Scale	1	145			18 (Depresión)
Turner SW (254)	Reino Unido (Refugiados Kosovo)	2003	BDI & BAI / DSM-IV	1	120			16 (Depresión)
Fenta H (355)	Canadá (Ontario: refugiados Etiopía)	2004	CIDI	1				9,8 (LT)
Eaton WW (356)	EEUU (Baltimore: Refugiados de Haití y Cuba)	1992	DIS / DSM-III	2	496 /441			4 / 8 (Depresión)
Hinton WI (357)	EEUU (Boston: Refugiados Vietnam)	1993	SCI / DSM-III	1	201			18,4
Vega WA (358)	EEUU (California: Mejicanos y Nativos)	2004	CIDI	1	3012			3,6 / 10 (año)
Vega WA (359)	EEUU (California: Mejicanos y Nativos)	1998	CIDI	1	3012			5,2 / 14,8 (LT)
Sack WH (360)	EEUU (Oregón: refugiados Camboya)	1994	DICA	1	209			10 (Depresión)
Carta MG (361)	Argentina (Inmigrantes Italianos)	2006	ICD-10	1	1250			13,5 / 26,7 (Depresión)

Autopercepción de la salud, apoyo social y salud mental en Atención Primaria: diferencias entre población autóctona e inmigrante - Miguel Ángel Salinero Fort

Autor	Localización	Año	Dx	Fases	N	Preval. Hombre (%)	Preval. Mujer (%)	Preval. Total (%)
Rojas G (362)	Chile (Inmigr. Perú)	2011	GHQ / MINI	2	282			17,8
Zilber N (313)	Israel (Inmigrantes rusos)	2001	CIDI-S	1	2001			3,9 (Ansiedad)
Carta MG (205)	Francia (París: Inmigrantes italianos)	2002	CIDI / ICD-10	1	3453			13,6 / 19,2 (Depresión vida) 5,9 / 8,6 (Depresión 6 meses) 6,2 / 13,1 (Ansiedad vida) 2,8 / 6,6 (Ansiedad 6 meses)
Tousignant M (363)	Canadá (Montreal: 35 naciones)	1999	DIS / CGAS	2	203			21
Menezes NM (364)	Canadá	2011	CIDI	1	35708			3,8 / 5,6 (Depresión 1 año)
Schouler M (365)	Alemania	2008	CIE-10	1	601			24,6 (Depresión)
Herrero M (158)	España (Mujeres latinas)	2001	PRIME-MD	1	32			62,5 (Cualquier trastorno)
Breslau J (366)	EEUU (Méjicanos)	2011	CIDI / DSM-IV	1	2663			2 (Desorden conducta)
Kirchner T (352)	España (Mujeres latinas)	2011	SCL-90-R	2	186		Score:1,75 vs 0,84 Score: 1,32 vs 0,59	Depresión Ansiedad
Wittig U (367)	Alemania (Polonia y Vietnam)	2008	GSCL-24	1	228	6,8-6,9 / 3,2-3,5 (Ansiedad)	8,1-8,2 / 4,0-4,8 (Ansiedad)	
Alegria M (368)	EEUU (Latinos)	2007	CIDI / DSM-IV	1	2554	28,1 (Cualquier trastorno)	30,2 (Cualquier trastorno)	
Grant BF (369)	EEUU (Mejicanos)	2004	DSM-IV	1	4558			36,7 (Cualquier trastorno) 14,1 (Depresión) 12,2 (Ansiedad)
Pertíñez J (157)	España (Minorías étnicas)	2002	Dx Clínico	1	224			15,2% (Depresión)

Tabla 15. Prevalencia de trastornos mentales en población inmigrante, estratificado según sexo (Elaboración propia)

Por otra parte, se ha documentado ampliamente que el ser inmigrante se encuentra asociado con un elevado riesgo para el consumo de sustancias (370); observándose este tipo de hallazgos entre inmigrantes de diversas nacionalidades, y en diversos países de acogida, como Canadá (371), Bélgica (372), Israel (373), y Australia (374).

Factores asociados a los Trastornos Mentales

En relación a los factores asociados a una mayor prevalencia de problemas de salud mental están ser del sexo femenino (128,156,375), estar separado/a o divorciado/a (128), tener enfermedades crónicas (107,156,376), estar desempleado/a (128,138,156,377,378) o en baja laboral (128), tener poco apoyo social (378-380) y tener una posición socioeconómica desaventajada, medida por indicadores tales como el nivel educativo, la clase social ocupacional o el nivel de ingresos (377,380-382). Por ejemplo, el estrés postraumático y otros acontecimientos vitales estresantes están asociados con una mayor prevalencia de trastornos mentales y tienden a ser más frecuentes entre las personas de nivel socioeconómico bajo y entre minorías raciales/étnicas (383).

Italia y España son los países europeos donde las mujeres tienen mayor riesgo de padecer un trastorno mental en los últimos 12 meses (OR=2,34 en España y OR=2,57 en Italia) (247). Se ha sugerido que el gradiente socioeconómico de salud y las desigualdades económicas entre hombres y mujeres, así como la violencia de género y la continua responsabilidad en el cuidado de otras personas, contribuyen a que las mujeres tengan peores resultados en salud mental, con especial relevancia para la depresión (384).

EL INMIGRANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria de Salud constituye el primer nivel de acceso de la población al Sistema Sanitario Público que tiene carácter universal y gratuito, lo que facilita que la población atendida sea prácticamente el 100% de la censada e incluya, asimismo, a la población inmigrante.

El abordaje asistencial es integral, por su enfoque biopsicosocial, e integrador, por incluir los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social. Además la asistencia es continuada y permanente, a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia.

El sistema de trabajo se basa en equipos multidisciplinares que incluyen la atención comunitaria y la educación para la salud, lo que ha permitido una muy buena valoración por parte de la población, como lo demuestra la alta confianza en el médico de familia, según el Barómetro Sanitario publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (385).

En Atención Primaria se resuelven el 90% de los problemas de salud (386) y se estima que en un año consulta al menos el 60% de la población.

Los inmigrantes en general no llegan enfermos a España, su vulnerabilidad empieza en el país receptor, por los hábitos y situaciones sociales adquiridas, las malas condiciones laborales y de vivienda y los pocos apoyos familiares y sociales, con las consiguientes repercusiones psicológicas (387).

Las patologías reactivas o de adaptación se expresan fundamentalmente con somatizaciones y síntomas vagos que indican una problemática relacional, de desarraigo, de falta de integración, de problemas de convivencia o de falta de recursos (388).

Los problemas por los que consulta el paciente inmigrante en el centro de salud son parecidos a los de la población autóctona (389-391), destacando los relacionados con infecciones respiratorias agudas, problemas digestivos, cefaleas y síntomas osteomusculares. En un porcentaje elevado de los casos los síntomas y signos son mal definidos, y generalmente suelen ser reflejo de problemas psicosomáticos, así como también lo parecen las consultas relacionadas con trastornos del sueño, mialgias repetidas, dolores abdominales o torácicos inespecíficos. Todos estos síntomas suelen ser expresión de un sufrimiento psicológico muchas veces no reconocido (392) como se ha constatado en diferentes estudios que han detectado la presencia de un infradiagnóstico de los trastornos mentales más comunes (393).

El paciente inmigrante tiene que adaptarse a muchas situaciones diferentes a las que vivía en su país de origen, por lo que es más probable que presenten mayores prevalencias de depresión y trastornos de ansiedad que grupos con idénticas características sociodemográficas de su país de origen o de la cultura anfitriona (394).

La mayoría de la patología de salud mental, que se observa en las consultas de Atención Primaria, en la atención al paciente inmigrante son trastornos de adaptación, somatizaciones y los relacionados con el duelo migratorio (395).

La relación entre el médico de Atención Primaria y el paciente está muy influenciada por aspectos sociales (396), culturales y de percepción de la salud (397). Hay diferencias en estos tres aspectos por razones etarias, étnicas y socio-económicas y todas ellas influyen directamente en la salud, tanto física como mental.

Existe el peligro de que el médico de familia banalice las quejas psíquicas del paciente inmigrante y “achaque” todo al desarraigo. Tanto es así, que a pesar de que, como hemos visto, existe amplia bibliografía que sugiere una mayor prevalencia de problemas de salud mental en población inmigrante con respecto a la población autóctona, los datos oficiales del Plan de Promoción de la Salud y Prevención, de la Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, muestran que el 3,4% de los episodios atendidos en población nacida fuera de España son debidos a trastornos mentales, frente a un 4,3% en población autóctona, como puede verse en la Tabla 16.

Si se excluyen de los episodios de trastornos mentales las rúbricas de abuso del tabaco, trastornos de memoria y demencia, el registro de patología de salud mental queda muy por debajo de lo esperado, tal y como reconocen diferentes autores (398).

La patología mental registrada en las consultas de Atención Primaria de Madrid aumenta con la edad y es mayor en el sexo femenino, tal y como ya es conocido (Figura 11).

Por otra parte, la población inmigrante, que acude a las consultas de Atención Primaria, es mayoritariamente joven, del sexo femenino (399) y muestra un comportamiento distinto en las demandas de salud que realiza, con una menor preocupación por la prevención de la enfermedad (400) y con vivencias de la enfermedad muy influenciadas por la cultura previa, el choque migratorio y las dificultades laborales y económicas (395).

	Nº de Episodios	% sobre el total de Episodios	Tasa por mil (ajustada por edad)
Hombres	312.773	3,9%	103,1 (98,5)
Mujeres	534.084	4,3%	162,4 (140,1)
Nacidos fuera de España	98.760	3,4%	86,2 (94,7)
Españoles	747.937	4,3%	144,4 (127,0)
Total	846.857	4,2%	133,9 (120,8)

Tabla 16. Patología mental atendida en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento en la Comunidad de Madrid (Tomada de Plan de Promoción y Salud 2011-2013 del Servicio de Informes de Salud y Estudios de la Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud)

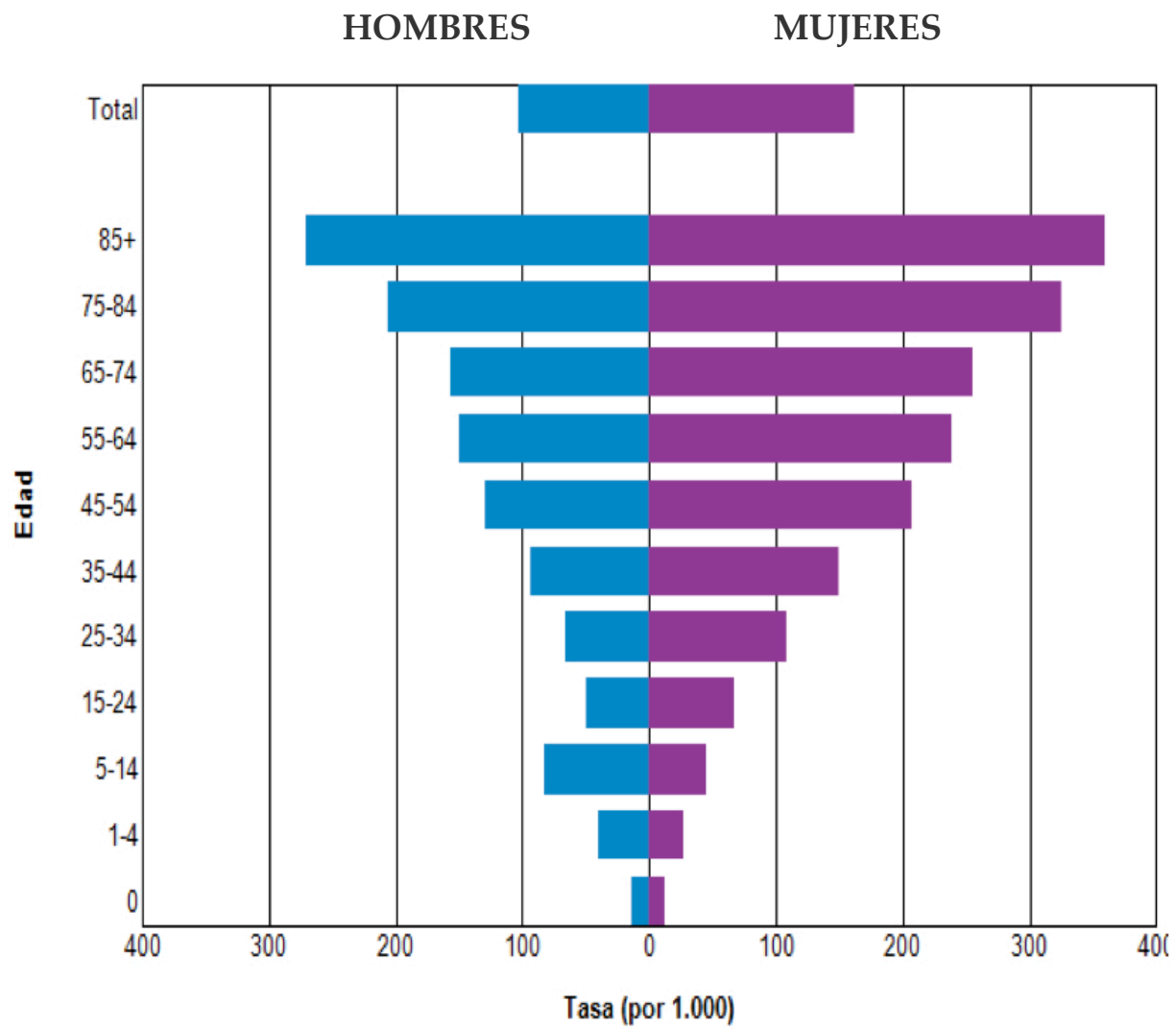


Figura 11. Episodios de Patología mental atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por 1.000 episodios. Comunidad de Madrid 2011 (Tomada de Plan de Promoción y Salud 2011-2013 del Servicio de Informes de Salud y Estudios de la Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud)

Los episodios de patología mental más frecuentes en función de la edad, observados en las consultas de Atención Primaria, pueden objetivarse en la Tabla 17.

Edad	Orden : 1º	Orden: 2º	Orden: 3º	Orden: 4º	Orden: 5º
15-24	P01-Sensación ansiedad/tensión N=11.188	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=2.845	P17-Abuso del tabaco N=2.623	P76-Depresión/ trastornos depresivos N=2.493	P06-Trastornos del sueño N=2.154
25-34	P01-Sensación ansiedad/tensión N=35.909	P76-Depresión/ trastornos depresivos N=10.851	P17-Abuso del tabaco N=10.055	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=9.887	P06-Trastornos del sueño N=6.484
35-44	P01-Sensación ansiedad/tensión N=50.161	P76-Depresión/ trastornos depresivos N=20.966	P17-Abuso del tabaco N=17.238	P74-Trast ansiedad/ estado ansiedad N=14.625	P06-Trastornos del sueño N=11.726
45-54	P01-Sensación ansiedad/tensión N=44.456	P76-Depresión/ trastornos depresivos N=27.286	P17-Abuso del tabaco N=21.131	P06-Trastornos del sueño N=16.480	P74-Trast ansiedad/ estado ansiedad N=12.877
55-64	P01-Sensación ansiedad/tensión N=31.496	P76-Depresión/ trastornos depresivos N=27.832	P06-Trastornos del sueño N=18.086	P17-Abuso del tabaco N=16.301	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=8.643
65-74	P76-Depresión/ trastornos depresivos N=22.673	P01-Sensación ansiedad/tensión N=20.123	P06-Trastornos del sueño N=19.053	P20-Trastornos de la memoria N=7.861	P17-Abuso del tabaco N=7.616
75-84	P76-Depresión/ trastornos depresivos N=21.256	P06-Trastornos del sueño N=18.209	P20-Trastornos de la memoria N=14.542	P01-Sensación ansiedad/tensión N=14.393	P70-Demencia N=12.375
85+	P70-Demencia N=12.641	P06-Trastornos del sueño N=8.901	P76-Depresión/ trastornos depresivos N=7.829	P20-Trastornos de la memoria N=6.647	P01-Sensación ansiedad/tensión N=4.760

Tabla 17. Distribución de Episodios de Patología mental atendida en Atención Primaria según edad. Comunidad de Madrid 2011 (Tomada de Plan de Promoción y Salud 2011-2013 del Servicio de Informes de Salud y Estudios de la Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud)

JUSTIFICACIÓN

Es posible, que las diferencias en apoyo social entre población autóctona e inmigrante, que consulta en Atención Primaria, influyan tanto en la autopercepción de la salud como en la salud mental, identificada por herramientas diagnósticas validadas fuera del ámbito de la atención médica especializada.

El estudio de las posibles diferencias en salud mental entre población autóctona e inmigrante y el estudio de la influencia que factores como el apoyo social, la autopercepción de la salud y el nivel de estrés, puedan tener, permitiría una reorientación en el abordaje de los problemas de salud mental, incluyendo la intervención comunitaria, y social, por equipos multidisciplinares, en el que un psicólogo pueda participar como consultor.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

La población inmigrante que acude a las consultas de Atención Primaria padece una mayor morbilidad psíquica que la población autóctona.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. El apoyo social, en términos cuantitativos (tamaño de la red social) como cualitativos, es peor en la población inmigrante que la autóctona.
2. La autopercepción de la salud en la población inmigrante, especialmente en la población de origen latinoamericano, es peor que la de la población autóctona.
3. El nivel de estrés de la población inmigrante es mayor que el de la población autóctona.
4. La falta de apoyo social y la mala autopercepción de la salud se asocian a peor salud mental con independencia de otros factores sociales, económicos y del nivel de estrés.
5. Los trastornos de somatización son considerablemente más prevalentes en población inmigrante que autóctona.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estudiar la prevalencia de los problemas de salud mental más comunes (ansiedad, depresión, trastorno somatomorfo, consumo excesivo de alcohol, trastorno de la conducta alimentaria) en población inmigrante y autóctona, que acude a las consultas de Atención Primaria, e identificar los factores asociados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el apoyo social de la población inmigrante y autóctona y estudiar la posible asociación entre falta de apoyo social global y sus diferentes dimensiones (emocional, instrumental, afectivo e interacción social), e inmigración tras ajustar por factores sociodemográficos, económicos y autopercepción de la salud.
2. Describir y comparar la autopercepción de la salud entre autóctonos e inmigrantes de origen latinoamericano, ajustando por tiempo de residencia en España y analizar las variables sociodemográficas y psicosociales asociadas con una mejor autopercepción de la salud.
3. Estimar y comparar la prevalencia de los problemas más comunes de salud mental en población autóctona e inmigrante de origen latinoamericano y los factores asociados.
4. Analizar la posible asociación entre tiempo de residencia en España y peor salud mental, en la población inmigrante de origen latinoamericano.
5. Identificar el modelo logístico que mejor explique los diferentes problemas de salud mental en la población de 18 a 55 años que acude a las consultas de Atención Primaria.

**MATERIAL Y
MÉTODOS**

Para poder responder a los objetivos el estudio se llevó a cabo en tres etapas:

- **Estudio I:** para dar respuesta al objetivo 1 se ha realizado un estudio observacional transversal, analítico, de asociación cruzada en pacientes autóctonos e inmigrantes, entre 18 y 55 años, que acudieron a las consultas de medicina y/o enfermería en 15 centros de salud del área metropolitana noreste de la ciudad de Madrid.

- **Estudio II:** para dar respuesta al objetivo 2 se ha realizado un estudio observacional transversal de asociaciones cruzadas en pacientes autóctonos e inmigrantes de origen latinoamericano, entre 18 y 55 años, que acudieron a las consultas de medicina y/o enfermería en 15 centros de salud del área metropolitana noreste de la ciudad de Madrid.

- **Estudio III:** para dar respuesta a los objetivos 3, 4 y 5 se ha realizado un estudio transversal de asociaciones cruzadas y de análisis de regresión logística de carácter explicativo, en pacientes autóctonos e inmigrantes de origen latinoamericano, entre 18 y 55 años, que acudieron a las consultas de medicina y/o enfermería en 15 centros de salud del área metropolitana noreste de la ciudad de Madrid.

ESTUDIO I: La relación entre el Apoyo Social y Salud autopercebida en Atención Primaria: diferencias entre autóctonos e inmigrantes.

DISEÑO

Estudio multicéntrico, observacional, transversal, y analítico, de asociación cruzada en pacientes autóctonos e inmigrantes.

ÁMBITO

El estudio se llevó a cabo en los Centros de Atención Primaria de la zona noreste de la ciudad de Madrid, que conformaban la extinta Área sanitaria 4, y ofrece asistencia a una población de 602.293 personas.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

El ámbito del muestreo incluyó a los 20 centros de atención primaria de la extinta área 4 de Madrid, ubicados en la zona noreste del área metropolitana de Madrid (España). Ninguno de los centros contaba con programas especiales dirigidos a la atención de los inmigrantes. Al final, 15 centros de atención primaria aceptaron participar en el estudio. En este área sanitaria, los datos muestran que el 18% de población es inmigrante, siendo el origen Latinoamérica en un 65% (401).

De cada centro de Atención Primaria participante, reclutamos una muestra de pacientes que habían acudido al centro para una visita médica o de enfermería en el periodo comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2009. El número de pacientes reclutados para cada subgrupo en cada centro osciló entre 75 y 125. Se utilizó un método de selección simple para seleccionar a 3.000 pacientes ambulatorios.

Los entrevistadores observaban a los participantes potenciales a medida que se iban registrando en la recepción para sus visitas con los médicos y/o enfermeras y seleccionaron a cada enésimo paciente para solicitarle que participase en el estudio. El entrevistador se dirigía al paciente: "Estamos realizando un estudio con población nacida en España o inmigrantes" y le invitaba a participar en el estudio. Para reducir el cribado y evitar seleccionar a participantes entrevistados previamente, los entrevistadores preguntaban al paciente si "ya ha realizado esta entrevista antes".

Los sujetos resultaban elegibles si cumplían los criterios de inclusión y firmaban el consentimiento informado. Se invitaba a los pacientes elegibles a saber más sobre el estudio en una sala privada. El entrevistador explicaba que el objetivo del estudio era “describir el apoyo social de la población nativa e inmigrante, así como examinar la relación entre la inmigración y la falta de apoyo social, además de cómo influye esto en su percepción de la salud”. Las respuestas eran confidenciales.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio eran los siguientes: edad entre 18 y 55 años, asistir a una visita médica o con personal de enfermería y entender el castellano. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Ramón y Cajal (Madrid). Los criterios de exclusión eran los siguientes: todo paciente que rechazara participar, los pacientes con trastornos psicóticos o de humor (tipo bipolar) a juicio del entrevistador, así como los pacientes con enfermedades crónicas graves o con discapacidades físicas o cognitivas significativas.

MÉTODOS

Dos psicólogos que habían recibido una formación homogénea sobre métodos para entrevistar y sobre el procedimiento de evaluación del estudio fueron los encargados de realizar las entrevistas, de cara a minimizar los sesgos en las entrevistas entre ellos. Los cursos titulados “La entrevista clínica” y “El estudio PI06/1407”, organizados por la Unidad de Formación e Investigación del Área 4 de Madrid, proporcionaron formación relativa a la evaluación y la identificación de la muestra, así como los procedimientos del trabajo de campo práctico del estudio.

Variables del estudio

Se evaluó el apoyo social usando la versión española del cuestionario de Apoyo Social de Sherbourne y Stewart (*Medical Outcomes Study-Social Support Survey, MOS-SSS*) (402,403). Se trata de un autoinforme, breve y multidimensional. La escala contiene 20 ítems, el primero de ellos evaluó el tamaño de la red social con la pregunta: “Aproximadamente, ¿con cuántos amigos cercanos y familiares (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablarles sobre lo que le pasa por la mente) cuenta?”. Los ítems del 2 al 20 se puntuaron de acuerdo con la puntuación de una escala tipo Likert del 1 (nunca) al 5 (siempre). El cuestionario proporciona información de una dimensión global de apoyo social y cuatro sub-dimensiones de apoyo social: a) apoyo emocional/informativo, que incluye la expresión de afecto positivo, comprensión empática y estímulo de la expresión de sentimientos u ofrecimiento de consejo, información, directrices o comentarios (elementos: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19); b) apoyo de interacción social positiva, disponibilidad de otras personas para divertirse (elementos: 7, 11, 14 y 18); c) apoyo afectivo, expresiones de amor (elementos: 6, 10 y 20); y d) apoyo instrumental, disponibilidad de ayuda material o asistencia conductual (elementos: 2, 5, 12 y 15). Se transformó la puntuación en una escala del 0 al 100, donde las puntuaciones más elevadas indican un mayor apoyo social (402). La falta de apoyo social se definió como menos de 57 puntos y los puntos de corte sugirieron que para la falta de interacción emocional, instrumental y social, así como el apoyo afectivo,

eran: 23/24, 11/12, 8/9 y 8/9, respectivamente (404). En el estudio, el cociente Alfa de Cronbach para la escala total fue de 0,96 y para las subescalas emocional e informacional, de interacción social positiva, de apoyo afectivo e instrumental, fue de 0,94, 0,91, 0,88 y 0,89 respectivamente. El estrés en la vida diaria se midió mediante la escala de ajuste social (SRRS, por sus siglas inglesas para *Social Readjustment Rating Scale*) de Holmes y Rahe (405), y se usó la traducción y adaptación española de González de Rivera *et al.* (406). La escala incluye una lista de 43 elementos sobre acontecimientos vitales con una elevada carga de estrés, como un divorcio, una muerte en la familia, un cambio de trabajo, etc., durante el último año. Se puntúa los elementos de 1 a 100. El estrés se define por valores superiores a 150 en la puntuación global (407-409). El cociente Alfa de Cronbach para la escala SRRS fue de 0,81. El estado de salud autopercebido se midió mediante un indicador autoinformado compuesto por un único elemento: "¿Diría que su salud en general es...?" El formato de respuesta incluía cinco categorías, que de acuerdo a otros autores, (410,411), se combinaron en tres categorías: pobre/aceptable, buena o muy buena/excelente.

Entre las variables sociodemográficas recogidas se incluyeron las siguientes: El *status* nativo o inmigrante se basó en el país de nacimiento de la persona. El estado civil se codificó en cuatro categorías: soltero, casado, divorciado y viudo. El estado ocupacional se aunó en cuatro categorías: gestor, administrativo/autónomo, trabajador manual y desempleado. El estatus económico se midió mediante la autodeclaración de ingresos mensuales que se dividió en las siguientes categorías: menos de 500 €, 500–1000 € y más de 1000 €. Adicionalmente, recogimos algunos datos específicos de la población inmigrante sobre las razones y las condiciones para la migración, así como los años vividos en España.

El tamaño de la muestra se calculó para la peor prevalencia esperada de ausencia de apoyo social: 50% (incerteza posible máxima) en cada sub-grupo (nativo e inmigrante) y las siguientes hipótesis: 4% de precisión, 95% de intervalo de confianza, 20% de riesgo beta y 20% de pérdidas. El tamaño calculado se obtuvo mediante el programa de ordenador GRANMO 5.2 del IMIM (Instituto Municipal de Investigación Médica) y fue de 751 sujetos en cada grupo.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables mediante la media y la desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas y las frecuencias para las variables cualitativas. Se calcularon las distribuciones de frecuencia correspondientes para las variables cualitativas, analizando si existían diferencias significativas entre ambas poblaciones de estudio (inmigrantes y autóctonos). Para las comparaciones de proporciones de dos variables, se aplicó el método de prueba exacta de Fisher o el chi-cuadrado de Pearson. La prueba t de Student se aplicó en las comparaciones de medias de dos variables.

Se ajustó un modelo de regresión logística múltiple para examinar la influencia del estado migratorio y el apoyo social (para facilitar nuestra discusión, consideramos esto como una variable ficticia dicotómica: sí/no) sobre el estado de salud autopercebido, controlando las covariables sociodemográficas potencialmente confusoras que han mostrado tener una relación significativa en la literatura especializada, como la edad, el estado civil, el sexo, el estado ocupacional, los ingresos mensuales y el estrés. Se introdujo paso a paso variables en el modelo, basándose en la significación estadística del análisis bivalente y su relevancia para

el estudio. También se comprobaron las interacciones entre el estado migratorio, el sexo y los factores socioeconómicos. Se calcularon las razones de prevalencia (RP) ajustadas, con su IC 95% correspondiente.

En todos los casos, el nivel de significación aceptado fue de 0,05 ó menor. Los análisis estadísticos de los datos fueron realizados mediante el programa estadístico SPSS 15.0 (SPSS, Inc., Chicago, Illinois).

ESTUDIO II: Salud autopercebida en Atención Primaria: la influencia de la inmigración latinoamericana y otros factores asociados.

DISEÑO

Estudio multicéntrico, observacional, transversal, y analítico, de asociación cruzada en pacientes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos.

ÁMBITO

El estudio se llevó a cabo en los Centros de Atención Primaria de la zona noreste de la ciudad de Madrid, que conformaban la extinta Área sanitaria 4, y ofrece asistencia a una población de 602.293 personas.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

El ámbito del muestreo incluyó a los 20 centros de atención primaria de la extinta área 4 de Madrid, ubicados en la zona noreste del área metropolitana de Madrid (España). Ninguno de los centros contaba con programas especiales dirigidos a la atención de los inmigrantes. Al final, 15 centros de atención primaria acordaron participar en el estudio. En este área sanitaria, los datos muestran que el 18% de población es inmigrante, siendo el origen Latinoamérica en un 65% (401).

De cada centro de Atención Primaria participante, reclutamos una muestra de pacientes que habían visitado el centro de Atención Primaria para una visita médica o de enfermería en el periodo comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2009. El número de pacientes reclutados para cada subgrupo en cada centro osciló entre 75 y 125. Se utilizó un método de selección simple para seleccionar a 3.000 pacientes ambulatorios.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo por dos psicólogos que recibieron una formación homogénea sobre métodos de entrevistar y el procedimiento de evaluación usado en el estudio de cara a minimizar los sesgos de las entrevistas entre ellos.

Los entrevistadores explicaron el objetivo del estudio a los participantes potenciales y les invitaron a participar. Se invitó a los pacientes elegibles a que pasaran a una sala privada para explicarles más sobre el estudio, y todas las entrevistas se realizaron después de la visita clínica del paciente. Los criterios de inclusión eran ser pacientes ambulatorios con edades entre 18 y

55 años, que se visitaban con un médico o personal de enfermería y que fueran residentes en España latinoamericanos o en España. Los entrevistadores evaluaron los criterios de exclusión de acuerdo con su juicio clínico. Dichos criterios fueron: el trastorno psicótico o bipolar, las enfermedades crónicas serias o las discapacidades físicas o cognitivas significativas que pudieran invalidar el consentimiento informado o la entrevista.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Ramón y Cajal (Madrid) y todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

MÉTODOS

Dos psicólogos que habían recibido una formación homogénea sobre métodos para entrevistar y sobre el procedimiento de evaluación del estudio fueron los encargados de realizar las entrevistas, de cara a minimizar los sesgos en las entrevistas entre ellos. Los cursos titulados “La entrevista clínica” y “El estudio PI06/1407”, organizados por la Unidad de Formación e Investigación del Área 4 de Madrid, proporcionaron formación relativa a la evaluación y la identificación de la muestra, así como los procedimientos del trabajo de campo práctico del estudio.

Variables del estudio

La variable principal de resultado fue el estado de salud autopercebido, medido por un único elemento indicador autoinformado: “¿Diría que su salud en general es...?”. El formato de respuesta incluía cinco categorías, que de acuerdo a otros autores, (410,411), se combinaron en tres categorías: pobre/aceptable, buena o muy buena/excelente.

Se evaluó el apoyo social usando la versión española del cuestionario de Apoyo Social de Sherbourne y Stewart (*Medical Outcomes Study-Social Support Survey, MOS-SSS*) (402,403). Se trata de un autoinforme, breve y multidimensional. La escala contiene 20 items, el primero de ellos evaluó el tamaño de la red social con la pregunta: “Aproximadamente, ¿con cuántos amigos cercanos y familiares (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablarles sobre lo que le pasa por la mente) cuenta?”. Los items del 2 al 20 se puntuaron de acuerdo con la puntuación de una escala tipo Likert del 1 (nunca) al 5 (siempre). El cuestionario proporciona información de una dimensión global de apoyo social y cuatro sub-dimensiones de apoyo social: a) apoyo emocional/informativo, que incluye la expresión de afecto positivo, comprensión empática y estímulo de la expresión de sentimientos u ofrecimiento de consejo, información, directrices o comentarios (elementos: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19); b) apoyo de interacción social positiva, disponibilidad de otras personas para divertirse (elementos: 7, 11, 14 y 18); c) apoyo afectivo, expresiones de amor (elementos: 6, 10 y 20); y d) apoyo instrumental, disponibilidad de ayuda material o asistencia conductual (elementos: 2, 5, 12 y 15). Se transformó la puntuación en una escala del 0 al 100, donde las puntuaciones más elevadas indican un mayor apoyo social (402). Se dicotomizó la puntuación, con apoyo bajo-normal (por debajo del percentil 75) y apoyo social elevado (por encima del percentil 75) (431). El Alfa de Cronbach para la escala total fue de 0,97.

Los acontecimientos relacionados con el estrés en la vida real se midieron mediante la escala de reajuste social (SRRS, por sus siglas inglesas *para Social Readjustment Rating Scale*) (405,406). Esta escala incluye una lista de 43 elementos que se centran en los acontecimientos vitales muy estresantes que han sucedido en el año anterior. El estrés viene definido por una puntuación global por encima de 150 (432). El Alfa de Cronbach en este caso fue de 0.89.

Se midieron las siguientes variables sociodemográficas utilizando un cuestionario autoinformado: sexo, edad (años), país de origen (españoles o latinoamericanos), estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo), nivel educativo (sin educación completada, primaria, secundaria, diplomado universitario y licenciado universitario), estatus laboral (gerente, oficial administrativo/autónomo/supervisor, obrero especializado/sin especialización, desempleado), estatus económico (ingresos mensuales: menos de 500 euros, 500-1000 euros, más de 1000 euros) y duración de la residencia en España (siempre para los españoles, y para latinoamericanos: menos de cinco años y cinco años o más de residencia). Asimismo, se recogieron algunos datos específicos sobre los factores previos a la emigración de los participantes latinoamericanos: estatus laboral, exposición a distintos tipos de violencia, razones y condiciones para la emigración y duración de la residencia en España (años).

Se calculó el tamaño de la muestra teniendo en cuenta la prevalencia esperada del mejor estado de salud autoinformado (bueno, muy bueno y excelente), obtenido tras un estudio piloto con ambas poblaciones. Este estudio piloto proporcionó los siguientes resultados: el 70% de los participantes latinoamericanos puntuó su salud como buena, muy buena o excelente, mientras que en el caso de los participantes españoles fue el 78%. También se tuvo en cuenta los siguientes supuestos: precisión de 2,75% (españoles) y 3,5% (latinoamericanos), intervalo de confianza de 95% (IC 95%), riesgo beta de 20% y pérdidas de 5%. El tamaño calculado se obtuvo mediante el programa de ordenador GRANMO 5.2 del IMIM (Instituto Municipal de Investigación Médica) y fue de 909 sujetos españoles y 689 latinoamericanos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo para todas las variables del estudio, incluyendo la media y la desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas, así como las frecuencias para las variables cualitativas. Se calculó las distribuciones de frecuencia de las variables cualitativas, analizando si existían diferencias significativas entre las dos poblaciones de estudio. Para la comparación bivariable de las proporciones, se aplicó el método de Pearson de chi-cuadrado o el método de la prueba exacta de Fisher. Se utilizó la prueba t de Student para la comparación bivariable de medias.

Se realizó análisis multivariable para examinar la relación del estado migratorio y el estado de salud autopercebido utilizando un modelo de regresión logística ajustado por variables demográficas (edad, sexo, estado civil, estatus laboral y estatus económico) y psicosociales (apoyo social y estrés). Se introdujeron paso a paso las variables en el modelo, basándose en la significación estadística del análisis bivariable y en la relevancia clínica de las variables. El modelo generado (Modelo 1) contenía todas las variables a un nivel de $p \leq 0,20$ en el análisis bivariable, ajustado por los factores de confusión. La magnitud de asociación se expresó con la Odds Ratio, interpretado como razón de prevalencia (RP). También se comprobó las interacciones entre el país de origen, el sexo y los factores socioeconómicos. Finalmente,

realizamos un segundo análisis multivariable (Modelo 2) que incluyó la variable de la duración de la residencia en España codificada en tres categorías. En todos los casos, el nivel de significación aceptado fue de 0,05 ó menos, con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%).

El análisis estadístico se realizó usando el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows, versión 19.0; Chicago, Illinois, EE. UU.).

ESTUDIO III: Trastornos mentales comunes en Atención Primaria: diferencias entre los residentes en Madrid latinoamericanos y españoles.

DISEÑO

Estudio multicéntrico, observacional, transversal, y analítico, de asociación cruzada en pacientes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos.

ÁMBITO

El estudio se llevó a cabo en los Centros de Atención Primaria de la zona noreste de la ciudad de Madrid, que conformaban la extinta Área sanitaria 4, y ofrece asistencia a una población de 602.293 personas.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

El ámbito del muestreo incluyó a los 20 centros de Atención Primaria de la extinta área 4 de Madrid, ubicados en la zona noreste del área metropolitana de Madrid (España). Ninguno de los centros contaba con programas especiales dirigidos a la atención de los inmigrantes. Al final, 15 centros de Atención Primaria aceptaron participar en el estudio. En este área sanitaria, los datos muestran que el 18% de población es inmigrante, siendo el origen Latinoamérica en un 65% (401).

De cada centro de Atención Primaria participante, reclutamos una muestra de pacientes que habían visitado el centro para una visita médica o de enfermería en el período comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2009. El número de pacientes reclutados para cada subgrupo en cada centro osciló entre 75 y 125. Se utilizó un método de selección simple para seleccionar a 3.000 pacientes ambulatorios.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo por dos psicólogos que recibieron una formación homogénea sobre métodos de entrevista y el procedimiento de evaluación usado en el estudio de cara a minimizar los sesgos de las entrevistas entre ellos. Los cursos titulados "La entrevista clínica" y "El estudio PI06/1407", organizados por la Unidad de Formación e Investigación del Área 4 de Madrid, proporcionaron formación relativa a la evaluación y la identificación de la muestra, así como los procedimientos del trabajo de campo práctico del estudio.

Los entrevistadores explicaron el objetivo del estudio a los participantes potenciales y les invitaron a participar. Se invitó a los pacientes elegibles a que pasaran a una sala privada para explicarles más sobre el estudio, y todas las entrevistas se realizaron antes o después de la visita clínica del paciente. Los criterios de inclusión eran ser pacientes ambulatorios con edades entre 18 y 55 años, que se visitaban con un médico o personal de enfermería y que fueran residentes en España latinoamericanos o en España. Los entrevistadores evaluaron los criterios de exclusión de acuerdo con su juicio clínico. Dichos criterios fueron: el trastorno psicótico o bipolar, las enfermedades crónicas serias o las discapacidades físicas o cognitivas significativas que pudieran invalidar el consentimiento informado o la entrevista.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Ramón y Cajal (Madrid) y todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

MÉTODOS

Variables del estudio

La variable de resultado principal fue la presencia de un trastorno mental común, tal como se definen en la versión española del cuestionario PRIME-MD (siglas inglesas para *Primary Care Evaluation of Mental Disorders*, (147,167,446). El PRIME-MD se basa en los criterios diagnósticos del Manual estadístico y diagnóstico de trastornos mentales de la asociación psiquiátrica americana, tercera edición revisada (*American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition, DSM-III-R*) (447), que permite a un profesional de Atención Primaria diagnosticar y clasificar rápidamente 18 trastornos mentales específicos en cinco grandes grupos: trastorno del estado de ánimo, trastorno de la ansiedad, trastornos por abuso/dependencia de alcohol, trastornos alimentarios y trastornos somatoformes. El cuestionario PRIME-MD consta de dos fases: un primer procedimiento de cribado (a completar por el paciente antes de la visita con el médico) y una segunda fase de entrevista o de evaluación clínica (un formulario de entrevista estructurada que el profesional clínico usará para el seguimiento a partir de las respuestas positivas del cuestionario del paciente). El cuestionario del paciente consta de 26 preguntas, con respuestas sí/no, sobre los signos y síntomas presentes durante el último mes, divididas en las cinco áreas diagnósticas que se ha indicado, además de una pregunta sobre el estado de salud general del paciente. El cuestionario del paciente indica al profesional clínico cuál de los cinco módulos diagnósticos de la guía de evaluación clínica (en caso de que corresponda alguno) debería utilizarse. El profesional clínico determina la presencia o ausencia de posibles trastornos mentales actuales.

Se evaluó el apoyo social usando la versión española del cuestionario de Apoyo Social de Sherbourne y Stewart (*Medical Outcomes Study-Social Support Survey, MOS-SSS*) (402,403). Se trata de un autoinforme, breve y multidimensional. La escala contiene 20 ítems, el primero de ellos evaluó el tamaño de la red social con la pregunta: "Aproximadamente, ¿con cuántos amigos cercanos y familiares (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablarles sobre lo que le pasa por la mente) cuenta?". Los ítems del 2 al 20 se puntuaron de acuerdo con la puntuación

de una escala tipo Likert del 1 (nunca) al 5 (siempre). El cuestionario proporciona información de una dimensión global de apoyo social y cuatro sub-dimensiones de apoyo social: a) apoyo emocional/informativo, que incluye la expresión de afecto positivo, comprensión empática y estímulo de la expresión de sentimientos u ofrecimiento de consejo, información, directrices o comentarios (elementos: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19); b) apoyo de interacción social positiva, disponibilidad de otras personas para divertirse (elementos: 7, 11, 14 y 18); c) apoyo afectivo, expresiones de amor (elementos: 6, 10 y 20); y d) apoyo instrumental, disponibilidad de ayuda material o asistencia conductual (elementos: 2, 5, 12 y 15). Se transformó la puntuación en una escala del 0 al 100, donde las puntuaciones más elevadas indican un mayor apoyo social (402). Se dicotomizó la puntuación, con apoyo bajo-normal (por debajo del percentil 75) y apoyo social elevado (por encima del percentil 75) (431). El índice Alfa de Cronbach para la escala total fue de 0,97.

Además, se midieron las siguientes variables sociodemográficas usando un cuestionario de autoinformación: sexo, edad (años), país de origen (españoles o latinoamericanos), estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo), nivel educativo (sin educación completada, primaria, secundaria, diplomado universitario y licenciado universitario), estatus laboral (gerente, oficial administrativo/autónomo/supervisor, obrero especializado/sin especialización, desempleado), estatus económico (ingresos mensuales: menos de 500 euros, 500-1000 euros, más de 1000 euros) y duración de la residencia en España (siempre para los españoles, y para latinoamericanos: menos de cinco años y cinco años o más de residencia). Asimismo, se recogieron algunos datos específicos sobre los factores previos a la emigración de los participantes latinoamericanos: estatus laboral, exposición a distintos tipos de violencia, razones y condiciones para la emigración y duración de la residencia en España (años).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo para cada variable. Se calculó las distribuciones de frecuencia de las variables cualitativas, analizando si existían diferencias significativas entre las dos poblaciones de estudio. Para la comparación bivariable de las proporciones, se aplicó el método de Pearson de chi-cuadrado o el método de la prueba exacta de Fisher. Se utilizó la prueba t de Student para la comparación bivariable de medias.

Se calcularon las prevalencias (%) para los trastornos mentales comunes, estratificados por país de origen: españoles y latinoamericanos.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis multivariante para examinar la relación entre cada trastorno mental común y el estado migratorio, usando un modelo de regresión logística ajustado para las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, hijos, estatus laboral e ingresos mensuales) y las covariables psicosociales (apoyo social). También se comprobó la interacción entre las variables socioeconómicas y psicosociales. Se introdujeron variables mediante el método Introducir, basándose en la significación estadística en el análisis bivariable ($p \leq 0,20$) y las variables de ajuste consideradas clínicamente relevantes. Asimismo, se construyó un modelo para cualquier trastorno, definido como el hecho de presentar uno o más trastornos. En cada modelo se introdujeron las mismas variables. La asociación de magnitud se expresó con el Odds Ratio, interpretado como razón de prevalencia (RP).

En todos los casos, el nivel de significación aceptado fue de 0,05 ó menor, con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%).

El análisis estadístico se realizó usando el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows, versión 19.0; Chicago, Illinois, EE. UU.).

RESULTADOS

ESTUDIO I: La relación entre el Apoyo Social y Salud autopercebida en Atención Primaria: diferencias entre autóctonos e inmigrantes.

RESULTADOS

2.258 pacientes (825 inmigrantes y 1.433 autóctonos) cumplieron los criterios de selección para la inclusión en el estudio y fueron invitados a participar en él. En total, 1.515 sujetos participaron voluntariamente en el estudio, 612 inmigrantes y 903 nativos, mostrando una tasa de respuesta global de 67,1% (74,2% y 63%, respectivamente). Un 91% de esta población inmigrante tenía su origen en Latinoamérica (16% de Ecuador, 5,7% de Perú y 5,5% de Colombia), un 6% venía de Europa, un 2% de África y un 1% de Asia.

La Tabla 1.1 muestra las características sociodemográficas de las dos poblaciones. Observamos diferencias estadísticamente significativas en las dos poblaciones en cuanto a la edad, el nivel educativo, el estado ocupacional, el estado de salud autopercebido y los ingresos mensuales.

Entre los inmigrantes, la mayoría tenían residencia legal en España (85,2%), siendo la cuarta parte de nacionalidad española. La inmensa mayoría (77,3%) vivía con algún miembro de la familia y su razón principal para inmigrar fue la económica (63,5%), seguida por la reunificación familiar (31%). La estancia media de residencia en España fue de 6,7 (DE: 5,3 años).

	Población inmigrante (n=612)	Población autóctona (n=903)	p valor
Edad (DE^a)	34.5 (9.5)	37.1 (11.3)	<0.01
Sexo			
Femenino	74.0%	72.0%	0.38
Masculino	26.0%	28.0%	
Estado civil			
Soltero	36.1%	41.5%	0.09
Casado	53.8%	50.1%	
Divorciado	8.7%	6.5%	
Viudo	1.4%	1.9%	
Nivel Educativo			
Sin estudios	1.1%	0.4%	< 0.01
Primarios	7.5%	10.6%	
Secundarios	61.1%	43.6%	
Grado	15.9%	25.8%	
Licenciatura	14.4%	19.6%	
Ocupación laboral			
Gestores	1.5%	12.8%	< 0.01
Administrativo/autónomo	12.1%	33.0%	
Trabajador manual	65.0%	27.2%	
Desempleado	21.4%	27.0%	
Ingresos mensuales			
> 1000 €	11.4%	3.0%	<0.01
500-1000 €	51.7%	19.5%	
< 500 €	36.9%	77.5%	

^aDE: Desviación estándar

Tabla 1.1. Distribución de variables sociodemográficas en autóctonos e inmigrantes (Elaboración propia)

En cuanto al estado ocupacional antes de la migración, el 35% eran administrativos/trabajadores autónomos, el 34% trabajadores manuales, el 25% no tenían trabajo y el 6% eran gestores. El 5,5% de la población inmigrante informó haber sido víctima de violencia política en su país de origen y el 8,5% había sido víctima de violencia familiar.

Respecto al tamaño de la red social, el grupo de inmigrantes informó que contaba con una red de apoyo más pequeña que los autóctonos (6 y 9 personas, respectivamente), lo que implicaba una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

La Figura 1.1 muestra la percepción del apoyo social global y en las cuatro subdimensiones. Para la percepción del apoyo social global y para las cuatro dimensiones estudiadas se observaron diferencias significativas entre los inmigrantes y los autóctonos ($p < 0,001$), siendo mejor siempre la percepción de los autóctonos en comparación con los inmigrantes.

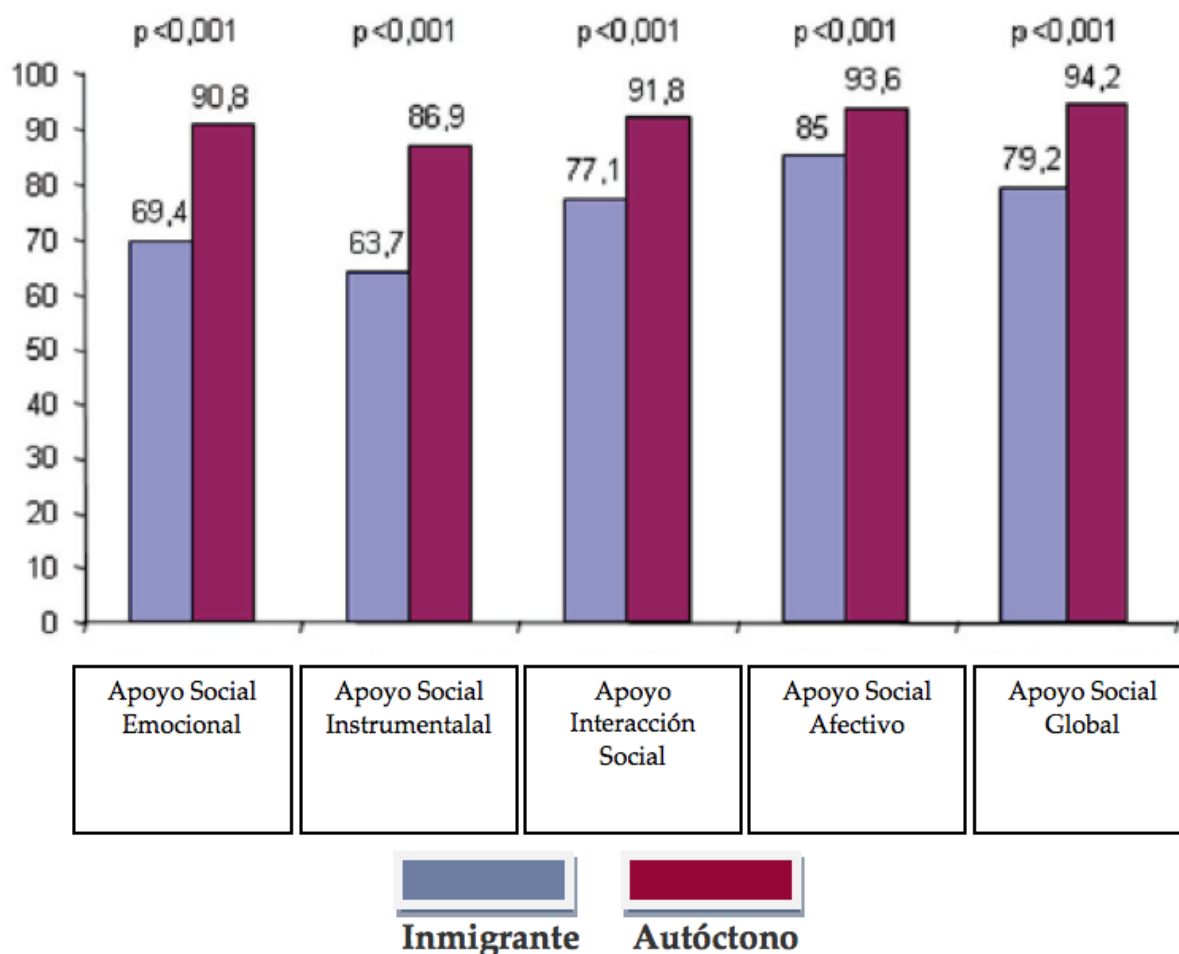


Figura 1.1. Proporción de inmigrantes y autóctonos con apoyo social global, emocional, instrumental, afectivo y tipo interacción social (Elaboración propia)

Respecto al estrés experimentado en el último año, el 55,4% de inmigrantes había padecido trastorno de estrés, mientras que los nativos los padecieron en un 45,6% ($p < 0,001$).

El análisis muestra diferencias significativas ($p = 0,013$) al comparar ambos grupos en la salud autopercebida. Los nativos presentan una percepción mejor del estado de salud excelente/muy bueno, en comparación con los inmigrantes (34,7% frente a 28,8%). Prácticamente no existen diferencias en la percepción buena (47,6% frente a 48,5%) y el estado pobre/aceptable es más frecuente en inmigrantes (22,7% frente a 17,7%).

La Tabla 1.2 presenta los factores asociados con la falta de apoyo social global (ajustada), mostrando una relación significativa con el hecho de ser inmigrante (RP = 2,72), hombre (RP = 2,26), tener unos ingresos mensuales de 500–1000 € y <500 € (RP = 1,91 y RP = 3,81, respectivamente), padecer estrés (RP = 1,94) y un estado de salud excelente/muy bueno autopercebido (RP = 0,46).

	RP	IC 95%	p valor
Origen			
Autóctono	1		
Inmigrante	2.72	1.81-4.09	<0.01
Edad (años)			
	1.03	1.01-1.04	<0.01
Sexo			
Femenino	1		
Masculino	2.26	1.47-3.46	<0.01
Estado civil			
Soltero	1		
Casado	0.63	0.42-0.93	0.02
Divorciado	1.57	0.90-2.74	0.11
Viudo	1.42	0.49-4.10	0.52
Ocupación laboral			
Gestor	1		
Administrativo/autónomo	3.39	0.77-14.83	0.10
Trabajador manual	5.34	1.25-22.76	0.02
Desempleado	3.32	0.76-14.53	0.11
Ingresos mensuales			
> 1000 €	1		
500-1000 €	1.91	1.27-2.88	0.02
< 500 €	3.81	2.12-6.87	<0.01
Estrés			
No	1		
Sí	1.94	1.35-2.78	<0.01
Salud autopercebida			
Pobre/mala	1		
Buena	1.17	0.77-1.78	0.46
Muy Buena/Excelente	0.46	0.26-0.80	<0.01

RP: Razón de Prevalencia; IC95%: Intervalo de Confianza del 95%

Tabla 1.2. Análisis de regresión logística de prevalencia de falta de apoyo social global.

Considerando las cuatro dimensiones del apoyo social, se observó que la falta de dicho apoyo se asociaba de manera significativa con el hecho de ser inmigrante y padecer estrés, tras ajustar por potenciales variables de confusión, tal como se muestra en la Tabla 1.3. Sin embargo, la variable que explicó una asociación significativa y superior con la prevalencia de la falta de apoyo social fue el hecho de percibir unos ingresos económicos reducidos, especialmente los ingresos por debajo de 500 €/mes (RP entre 3 y 5).

	Pérdida de Apoyo Emocional		Pérdida de Apoyo Instrumental		Pérdida de Apoyo Interacción Social		Pérdida de Apoyo Afectivo	
	RP ^a	IC 95% p valor	RP ^a	IC 95% p valor	RP ^a	IC 95% p valor	RP ^a	IC 95% p valor
Origen								
Autóctono	1		1		1		1	
Inmigrante	2.81	2.01-3.91 <0.01	3.06	2.29-4.10 <0.01	1.92	1.34-2.76 <0.01	1.71	1.12-2.61 0.01
Edad (año)	1.03	1.01-1.04 <0.01	1.02	1.01-1.03 0.02	1.03	1.02-1.05 <0.01	1.04	1.02-1.06 <0.01
Sexo								
Mujer	1		1		1		1	
Hombre	0.72	0.52-0.99 0.05	1.35	0.98-1.85 0.06	1.02	0.71-1.47 0.92	0.55	0.37-0.83 <0.01
Estado civil								
Soltero	1		1		1		1	
Casado	0.76	0.56-1.02 0.07	0.76	0.56-1.02 0.07	0.39	0.25-0.60 <0.01	0.39	0.25-0.60 <0.01
Divorciado	2.37	1.47-3.82 <0.01	2.37	1.47-3.82 <0.01	1.59	0.92-2.74 0.09	1.59	0.92-2.74 0.09
Viudo	1.09	0.42-2.78 0.86	1.09	0.42-2.78 0.86	0.88	0.29-2.74 0.83	0.88	0.29-2.74 0.83
Ocupación laboral								
Gestor	1		1		1		1	
Administrativo / autónomo	1.13	0.52-2.46 0.76	1.38	0.55-3.45 0.49	4.78	1.11-20.66 0.03	4.78	1.11-20.66 0.03
Trabajador manual	1.81	0.86-3.80 0.13	2.3	0.95-5.56 0.06	6.36	1.49-27.13 0.01	6.36	1.49-27.13 0.01
Desempleado	1.04	0.48-2.25 0.94	1.08	0.43-2.71 0.87	2.54	0.57-11.40 0.22	2.54	0.57-11.40 0.22
Ingresos mensuales								
> 1000 €	1		1		1		1	
500-1000 €	1.93	1.30-2.34 <0.01	1.68	1.24-2.26 <0.01	2.15	1.49-3.09 <0.01	1.67	1.07-2.60 0.02
< 500 €	3.77	2.27-6.23 <0.01	3.33	2.05-5.41 <0.01	5	2.95-8.50 <0.01	3.57	1.90-6.70 <0.01
Estrés								
No	1		1		1		1	
Sí	1.75	1.30-2.34 <0.01	1.42	1.08-1.85 0.01	1.92	1.39-2.65 <0.01	2.02	1.37-2.98 <0.01

*RP: Razón de Prevalencia

Tabla 1.3. Análisis de regresión logística de falta de apoyo social emocional, instrumental, interacción social y afectivo.

ESTUDIO II: Salud autopercebida en Atención Primaria: la influencia de la inmigración latinoamericana y otros factores asociados.

RESULTADOS

Un total de 2.389 pacientes (956 latinoamericanos y 1.433 españoles) cumplieron los criterios de selección para la inclusión en el estudio y fueron invitados a participar (Figura 2.1). 1.594 sujetos participaron voluntariamente, 691 latinoamericanos y 903 españoles, proporcionando un índice de respuesta total del 66,7% (72,3% y 63%, respectivamente). El origen de la población latinoamericana fue: 43,3% ecuatorianos, 15,3% peruanos, 14,5% colombianos, 8,7% dominicanos, 6,4% bolivianos y el resto (11,8%) procedía de distintos países latinoamericanos.

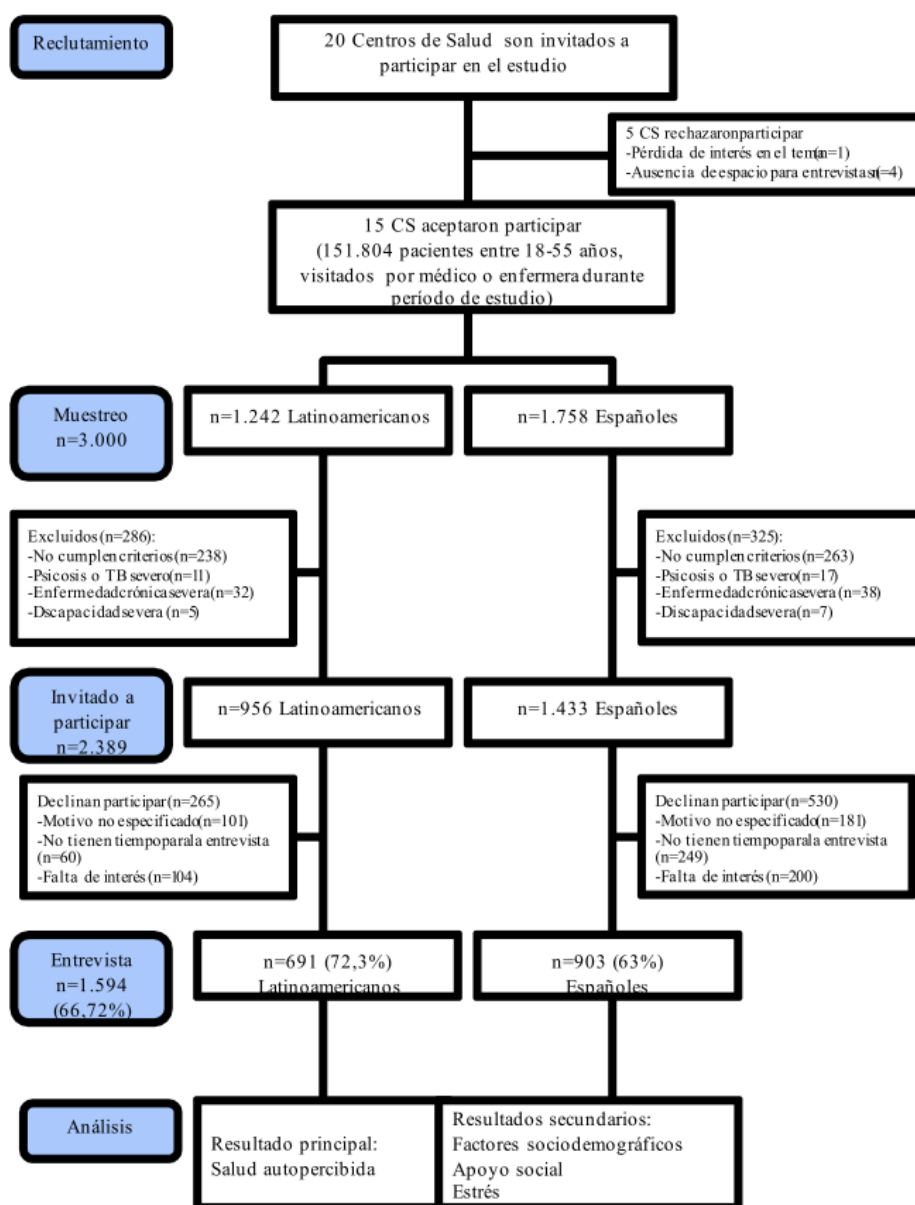


Figura 2.1. Diagrama de Flujo del estudio.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre latinoamericanos y los españoles en cuanto a su edad, sexo, nivel educativo, estatus laboral e ingresos mensuales, mostrando que los inmigrantes son más jóvenes, cuentan con un nivel educativo inferior, tienen trabajos menos especializados y reciben unos ingresos mensuales menores (Tabla 2.1).

	Total (1.594)	Latinoamericanos (n=691)	Españoles (n=903)	p valor
Edad (años), media (DE ^a)	35,9 (10,7)	34,4 (9,7)	37,1 (11,3)	<0,001
Sexo , % (n)				
Mujeres	66,7 (1063)	59,8 (413)	72,0 (650)	<0,001
Hombres	33,3 (531)	40,2 (278)	28,0 (253)	
Estado civil , % (n)				
Soltero	40,2 (641)	38,6 (266)	41,5 (375)	0,406
Casado	50,8 (810)	51,9 (358)	50,1 (452)	
Divorciado	702 (115)	8,1 (56)	6,5 (59)	
Viudo	1,7 (27)	1,4 (10)	1,9 (17)	
Nivel educativo , % (n)				
Sin educación completada	0,6 (10)	0,9 (6)	0,4 (4)	<0,001
Primaria	29,4 (468)	31,9 (220)	10,6 (96)	
Secundaria	32,6 (519)	40,1 (277)	43,6 (394)	
Diplomado universitario	20,8 (332)	14,3 (99)	25,8 (233)	
Licenciado universitario	16,6 (264)	12,8 (88)	19,5 (176)	
Estatus laboral , % (n)				
Gestor	8,5 (124)	1,4 (8)	12,8 (116)	<0,001
Oficial, administrativo, autónomo, supervisor	25,1 (366)	12,2 (68)	33,0 (298)	
Trabajador manual	42 (613)	66,2 (368)	27,1 (245)	
Desempleado	24,4 (356)	20,1 (112)	27,0 (244)	
Estatus económico , % (n)				
< 500 €	6,6 (106)	11,4 (79)	3,0 (27)	<0,001
500-1000 €	34 (542)	53 (366)	19,5 (176)	
> 1000 €	59,4 (946)	35,6 (246)	77,5 (700)	

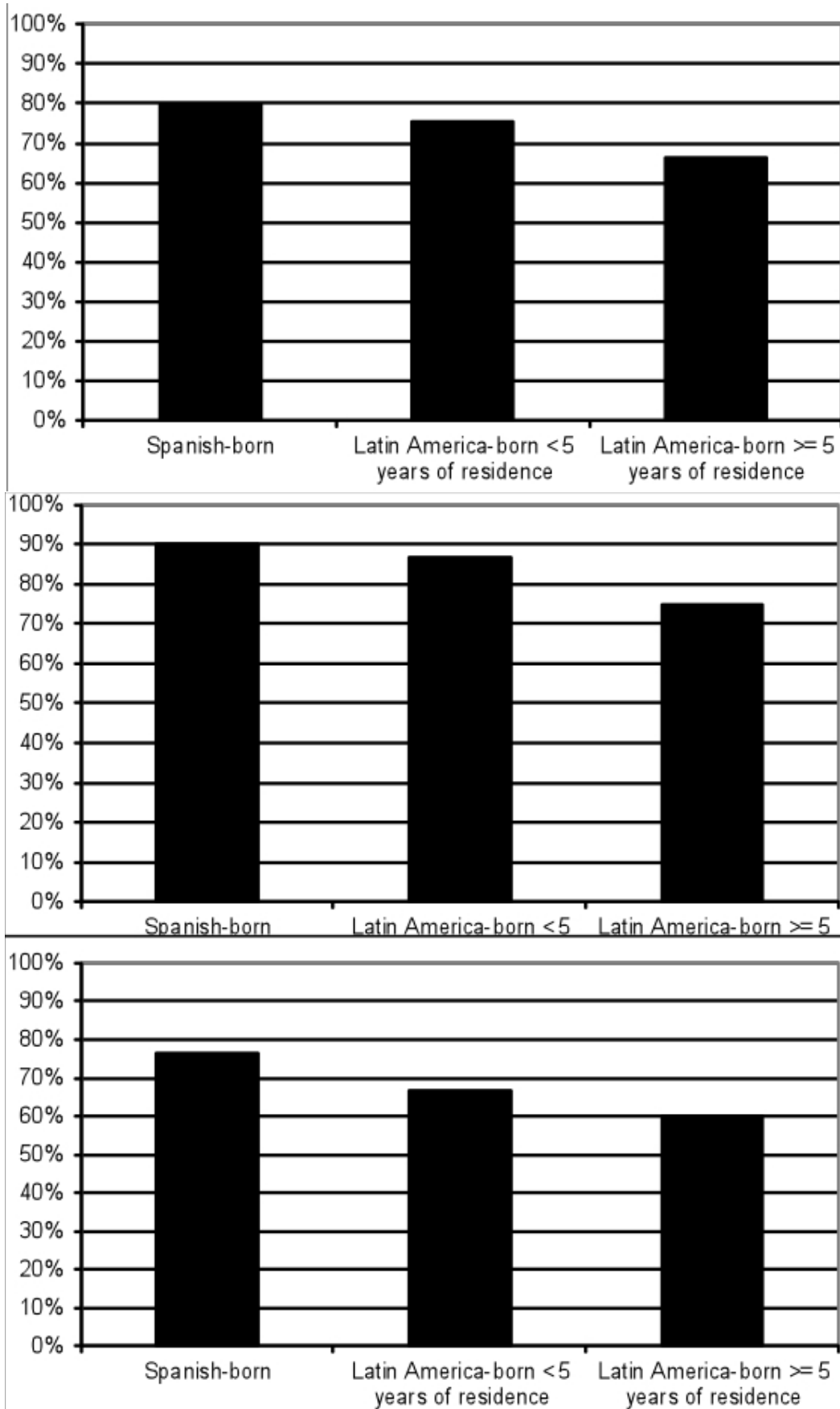
^aDE: Desviación Estándar

Tabla 2.1. Distribución de variables sociodemográficas entre autóctonos y latinoamericanos.

Los datos muestran que la inmensa mayoría de inmigrantes (86,4%) tenían residencia legal en España (con residencia y/o permiso de trabajo o nacionalidad). El 23,1% de ellos informó que tenía la nacionalidad española. Las razones para la emigración citadas con mayor frecuencia fueron los aspectos económicos, la reunificación de la familia y la búsqueda de libertad o nuevos retos (65,1%, 12,4% y 12,2%, respectivamente). La duración media de la residencia en España fue de 6,5 años (DE=4,6 años) y el 41,9% de participantes latinoamericanos contaba con más de cinco años de residencia. En cuanto al estatus laboral antes de la emigración, el 39,6% estaba compuesto por administrativos/trabajadores autónomos, el 31,9% obreros, el 22,9% no tenía trabajo y el 6% eran gestores. El 5,8% de estos participantes informó haber sido víctima de violencia política y el 7,8% informó de violencia familiar dentro de su país. Respecto a las condiciones para la emigración, los valores más elevados fueron para los que emigraron solos (69%), con una pareja pero sin los hijos (7,5%) y el resto con otros miembros de la familia.

Los datos correspondientes a los participantes latinoamericanos, estratificados por edad, mostraron que no existían diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas ni psicosociales, excepto en el hecho de que al comparar los hombres y las mujeres, éstas presentaban un apoyo social más pobre (14,8% frente a 28,8%, $p<0,001$), eran solteras con mayor frecuencia (43% frente a 35,6%, $p=0,005$), estaban desempleadas (21,8% frente a 15,4%, $p=0,046$) y contaban con ingresos por debajo de los 500 euros (14% frente a 7,6%, $p=0,006$).

En cuanto al estado de salud autoinformado, los españoles presentaban un estado de salud mejor (bueno, muy bueno o excelente) que los latinoamericanos (79,8% frente a 69,3%, $p<0,001$). Además, el estado de salud autopercebido se analizó considerando el tiempo de residencia en España y el género. Los datos presentaron un gradiente descendiente de estado de salud entre los españoles, seguido por los latinoamericanos con una residencia de menos de cinco años y los latinoamericanos con una duración mayor de la residencia en España (Figuras 2.2A, 2.2B y 2.2C).



Figuras 2.2A, 2.2B y 2.2C. Estado de salud autopercebido, estratificado por país de nacimiento y tiempo de residencia en España.

En la muestra global, al igual que en las muestras de hombres y mujeres, la diferencia fue significativa entre los participantes españoles y los latinoamericanos que habían residido en España durante cinco años o más. No encontramos diferencias significativas entre los españoles y los latinoamericanos que llevaban menos de cinco años de residencia en España, excepto en la sub-muestra de mujeres. Se observó una diferencia significativa entre las españolas y las latinoamericanas con menos de cinco años de residencia, aunque esta diferencia no se encontró en los participantes varones equivalentes.

En cuanto a la percepción del apoyo social, los españoles informaron de un apoyo global, emocional, instrumental, de interacción social y afectivo mejor que los latinoamericanos (Tabla 2.2). En cuanto al tamaño de la red social, los latinoamericanos indicaron que contaba con un tamaño de red menor que los españoles (6,1 y 8,9, respectivamente), lo que indicaba una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$).

Por otra parte, respecto al porcentaje de sujetos con estrés en la muestra, los latinoamericanos notificaron más estrés (55,9%) de forma significativa que los españoles (45,6%).

	Total (N: 1.594)	Latinoamericanos (n=691)	Espanoles (n=903)	p valor
Apoyo social, media (DE)				
Tamaño de la red	7.70 (6.90)	6.12 (6.62)	8.91 (6.87)	0.001
Global	75.5 (23.7)	68.2 (26.6)	81.5 (19.5)	<0.001
Apoyo emocional/Informativo	74.9 (25.3)	67.1 (28.3)	80.8 (21)	<0.001
Apoyo de interacción social positiva	76.6 (25.3)	69.9 (28.2)	81.7 (21.6)	<0.001
Apoyo afectivo	82.5 (24.6)	77.6 (27.7)	86.7 (21)	<0.001
Apoyo instrumental	71.6 (29.5)	62.3 (32.3)	78.8 (24.9)	<0.001
Estrés, % (n)				
Si	49.5 (722)	55.9 (310)	45.6 (412)	<0.001

DE: Desviación estándar

Tabla 2.2. Descripción del Apoyo Social y nivel de estrés entre autóctonos y latinoamericanos.

Globalmente, el 75,6% (n=1.594) de los pacientes informó de un estado de salud autoinformado bueno, muy bueno o excelente. Los entrevistados que lo informaban tenían más probabilidades de ser hombres, menores de 34 años, españoles, solteros o casados, con un diploma universitario de grado medio, trabajando como gestores u obreros especializados, con unos ingresos mensuales por encima de los 500 euros, un apoyo social elevado y poco estrés (Tabla 2.3).

	%	p valor	RPc (IC95%)	p valor
Género				
Mujeres (n=1063)	71.7	<0.001	1	<0.001
Hombres (n=531)	84		2.07(1.53-2.78)	
Edad				
≥34 años (n=823)	67.8	<0.001	1	<0.001
<34 años (n=771)	84.1		2.51 (1.92-3.28)	
Origen				
Latinoamericanos (n=691)	69.3	<0.001	1	<0.001
Españoles (n=903)	79.8		1.75 (1.35-2.25)	
Estado civil				
Viudos (n=22)	55	0.02	1	0.545
Divorciados (n=115)	62.4			
Casados (n=810)	75.9			
Solteros (n=641)	78.1		2.92 (1.18-7.21)	
Nivel educativo				
Sin educación completada (n=10)	62.5	<0.001	1	0.834
Primaria (n=468)	66			
Secundaria (n=519)	76.1			
Diplomado universitario (n=332)	81.2			
Licenciado universitario (n=264)	84.1		3.19 (0.72-13.91)	
Nivel ocupacional				
Desempleado (n=356)	71.1	<0.001	1	0.901
Trabajador manual (n=613)	70.7			
Oficial, administrativo, autónomo, supervisor (n=366)	83.4			
Gestor (n=124)	85.8		2.47 (1.35-4.48)	
Nivel socioeconómico				
<500 euros (n=106)	52.3	<0.001	1	0.029
500-1000 euros (n=542)	66.4			
> 1000 euros (n=946)	81.8		4.10 (2.44-6.87)	
Apoyo social				
Bajo-normal (n=1180)	72	<0.001	1	<0.001
Alto (n=414)	84.7		2.42 (1.56-2.94)	
Estrés				
Si (n=722)	69.5	<0.001	1	<0.001
No (n=736)	81.2		1.89 (1.44-2.48)	

RPc: Razón de Prevalencia cruda; IC95%: Intervalo de Confianza del 95%

Tabla 2.3. Regresión logística univariada de estado de salud autoinformado bueno a excelente.

	Modelo 1 R ² Nagelkerke: 19.4% Hosmer-Lemeshov: p: 0.912 RP (IC 95%) p valor	Modelo 2 R ² Nagelkerke: 20% Hosmer-Lemeshov: p= 0.858 RP (IC 95%) p valor
Origen		
Latinoamericanos	1	
Espanoles	1.49 (1.06-2.10) 0.021	
Tiempo de residencia en España		
Siempre (Espanoles)	1	
< 5 años (latinoamericanos)	1.089 (0.63-1.89) 0.760	
≥5 años (latinoamericanos)	0.578 (0.40-0.83) 0.003	
Género		
Mujeres	1	
Hombres	2.24 (1.48-3.37) <0.001	2.23 (1.48-3.36) <0.001
Edad		
≥34 años	1	1
<34 años	2.46 (1.75-3.43) <0.001	2.34 (1.67-2.28) <0.001
Estado civil		
Soltero	1	1
Casado	1.11 (0.78-1.57) 0.547	1.11 (0.78-1.57) 0.566
Divorciado	0.93 (0.52-1.65) 0.815	0.93 (0.52-1.64) 0.787
Viudo	0.93 (0.33-2.55) 0.880	0.90 (0.33-2.49) 0.840
Nivel educativo		
Sin educación completada	1	1
Primaria	0.65 (0.14-3.07) 0.627	0.71 (0.12-4.17) 0.704
Secundaria	0.86 (0.14-4.90) 0.861	0.96 (0.16-5.64) 0.959
Diplomado universitario	0.96 (0.16-5.58) 0.960	1.05 (0.18-6.33) 0.955
Licenciado universitario	1.24 (0.21-7.35) 0.812	1.31 (0.22-7.98) 0.771
Nivel ocupacional		
Desempleado	1	1
Trabajador manual	1.03 (0.73-1.46) 0.710	1.02 (0.71-1.46) 0.915
Oficial, administrativo, autónomo, supervisor	1.46 (0.94-2.24) 0.088	1.50 (0.97-2.13) 0.067
Gestor	1.28 (0.64-2.53) 0.487	1.32 (0.66-2.63) 0.428
Nivel económico		
<500 euros	1	1
500-1000 euros	1.29 (0.67-2.45) 0.442	1.32 (0.69-2.52) 0.404
> 1000 euros	1.96 (1.03-3.80) 0.046	2.06 (1.06-4.00) 0.034
Apoyo social		
Bajo-normal	1	1
Alto	1.80 (1.26-2.57) 0.001	1.82 (1.27-2.61) 0.001
Estrés		
Si	1	1
No	2.05 (1.51-2.76) <0.001	2.06 (1.53-2.77) <0.001

RP: Razón de Prevalencia; IC95%: Intervalo de Confianza del 95%

Tabla 2.4. Factores asociados con Estado de Salud Autoinformado positivo. Análisis de Regresión Logística (Modelos con y sin tiempo de residencia en España).

Un análisis multivariante (Modelo 1) confirma diferencias significativas en: estado de salud autoinformado positivo en los hombres (RP=2,24, IC 95%=1,48-3,37), edad inferior a los 34 años (RP= 2,46, IC 95%=1,75-3,43), españoles (RP=1,49, IC 95%=1,06-2,10), con ingresos mensuales superiores a los 1000 euros (RP=1,96, IC 95%=1,03-3,80), con un apoyo social elevado (RP= 1,80, IC 95%=1,26-2,57) y sin estrés (RP=2,05, IC 95%=1,51-2,76) (Tabla 2.4).

Finalmente, el análisis multivariante (Modelo 2) que incluía la variable de la duración de la residencia en España (tres categorías) confirma los resultados de análisis anteriores multivariantes con valores similares de RP para las variables, mostrando que el estado de salud autoinformado en los españoles es similar al de los latinoamericanos que han residido en España durante menos de 5 años (RP=1,09, IC 95%=0,63-1,89). Además, estos datos demuestran que haber nacido en Latinoamérica y vivido en España durante 5 años o más, se asocia a un estado de salud peor (RP=0,58, IC 95%=0,40-0,83).

ESTUDIO III: Trastornos mentales comunes en Atención Primaria: diferencias entre los residentes en Madrid latinoamericanos y españoles.

RESULTADOS

Un total de 2.389 pacientes (956 latinoamericanos y 1.433 españoles) cumplieron los criterios de selección para la inclusión en el estudio y se les invitó a participar. Fueron 1.594 los sujetos que participaron voluntariamente, 691 latinoamericanos y 903 españoles, proporcionando un índice de respuesta total del 66,7% (72,3% y 63%, respectivamente). En ninguna de las dos poblaciones se observaron diferencias estadísticas significativas en cuanto al número de sujetos elegibles excluidos por: trastornos psicóticos o bipolares, enfermedades crónicas serias o discapacidades físicas o cognitivas significativas.

Las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos muestran que los participantes latinoamericanos eran más jóvenes, contaban con un nivel educativo menor, trabajaban en ocupaciones menos especializadas y contaban con ingresos mensuales inferiores a los de los participantes españoles (Tabla 3.1). En el grupo de participantes españoles había un número mayor de mujeres. Al comparar los dos grupos de latinoamericanos según el tiempo de residencia en España, también se observaron diferencias significativas en la edad, el sexo y los ingresos mensuales (Tabla 3.1). Así, los que habían nacido en Latinoamérica y llevaban cinco años de residencia o más tendían a ser más mayores y contar con unos ingresos mensuales superiores a los de los inmigrantes más recientes. También había más mujeres en esta categoría.

	Total (N=1.594)	Españoles (n=903)	Latino americanos (n=691)	p-valor	Latino americanos < 5 años (n=195)	Latino americanos ≥ 5 años (n=360)	p-valor
Edad (años), media (DE)	35,9 (10,7)	37,1 (11,3)	34,4 (9,7)	<0,001	32,5 (9,1)	35,6 (9,5)	<0,001
Grupo de edad (años), % (n)							
18-29	31,8 (507)	30,1 (272)	34 (235)		44,1 (86)	27,2 (98)	
30-39	35 (558)	31,7 (286)	39,4 (272)		36,4 (71)	43,1 (155)	<0,001
40-55	33,2 (529)	38,2 (345)	26,6 (184)	<0,001	19,5 (38)	29,7 (107)	
Sexo, % (n)							
Mujeres	66,7 (1063)	72,0 (650)	59,8 (413)	<0,001	68,7 (134)	77,5 (279)	0,024
Estado civil, % (n)							
Soltero	40,2 (641)	41,5 (375)	38,6 (266)		41,5 (81)	35,3 (127)	
Casado	50,8 (810)	50,1 (452)	51,9 (358)	0,406	48,2 (94)	54,2 (195)	0,447
Divorciado	702 (115)	6,5 (59)	8,1 (56)		8,2 (16)	9,2 (33)	
Viudo	1,7 (27)	1,9 (17)	1,4 (10)		2,1 (4)	1,4 (5)	
Niños,							
Si, % (n)	54,1 (706)	45,3 (358)	67,7 (348)	<0,001	80 (156)	76,7 (276)	0,367
Número, media (DE)	1,06 (1,26)	0,83 (1,06)	1,41 (1,45)	<0,001	1,41 (1,72)	1,42 (1,42)	0,949
Nivel educativo, % (n)							
Sin educación completada	0,6 (10)	0,4 (4)	0,9 (6)		1 (2)	0,8 (3)	
Primaria	29,4 (468)	10,6 (96)	31,9 (220)	<0,001	31,8 (62)	27,8 (100)	0,167
Secundaria	32,6 (519)	43,6 (394)	40,1 (277)		33,8 (66)	43,6 (157)	
Diplomado universitario	37,4 (596)	45,3 (409)	27,1 (187)		33,3 (65)	27,8 (100)	
Estatus laboral, % (n)							
Gerente	8,5 (124)	12,8 (116)	1,4 (8)		0 (0)	1,9 (7)	
Oficial, administrativo, aut.	25,1 (366)	33,0 (298)	12,2 (68)	<0,001	8,7 (17)	14,2 (51)	0,051
Trabajador manual	42 (613)	27,1 (245)	66,2 (368)		70,8 (138)	63,9 (230)	
Desempleado	24,4 (356)	27,0 (244)	20,1 (112)		20,5 (40)	20 (72)	
Estatus económico, % (n)							
< 500 Euros	6,6 (106)	3,0 (27)	11,4 (79)		14,4 (28)	10,6 (38)	0,013
500-1000 Euros	34 (542)	19,5 (176)	53 (366)	<0,001	58,5 (114)	50 (180)	
> 1000 Euros	59,4 (946)	77,5 (700)	35,6 (246)		27,2 (53)	39,4 (142)	
Apoyo social, media (DE)							
Tamaño de la red	6,80 (6)	8,91 (6,87)	6,12 (6,62)	<0,001	5,18 (4,7)	4,74 (3,6)	0,653
Global	75,75 (23,7)	68,24 (26,6)	81,49 (19,5)	<0,001	62,04 (27,7)	68,63 (1,3)	0,005
Emocional/Informativo	74,86 (25,3)	67,08 (28,3)	80,81 (21)	<0,001	60,27 (28,5)	67,81 (27,7)	0,003
Interacción social	76,59 (25,3)	69,96 (28,2)	81,66 (21,6)	<0,001	64,52 (29,6)	70,21 (27,5)	0,024
Afectivo	82,48 (24,6)	77 (27,7)	86,66 (21)	<0,001	71,62 (30,2)	78,19 (26,2)	0,011
Instrumental	71,63 (29,5)	62,25 (32,3)	78,81 (24,9)	<0,001	55,90 (33,6)	61,53 (31)	0,048

Tabla 3.1. Descripción de características sociales, económicas, de Apoyo Social y nivel de estrés entre autóctonos y latinoamericanos.

Los participantes españoles presentaron tamaños de la red de apoyo social significativamente mayores (8,91, DE=6,87) en comparación con el grupo de latinoamericanos (6,12, DE=6,62) ($p<0,001$). Asimismo, los participantes españoles informaron de un mejor apoyo social en la escala global y en todas las subescalas ($p<0,001$) (Tabla 3.1). En los dos grupos de latinoamericanos, los que contaban con una residencia más prolongada en el país anfitrión presentaron un apoyo social significativamente mejor en todas las subescalas que los inmigrantes recientes. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre estos grupos en cuanto al tamaño de sus redes.

Casi la mitad de los latinoamericanos eran de Ecuador (43,3%), un 15,3% eran peruanos, un 14,5% eran colombianos, un 8,7% eran dominicanos, un 6,4% bolivianos y el resto (11,8%) procedía de distintos países latinoamericanos. El 86,4% residía legalmente en España (por haber obtenido el estado de residente y/o contar con un permiso de trabajo o por tener una doble nacionalidad española), con el 23,1% que informaba que contaba con una doble nacionalidad española. Las razones para la emigración citadas con mayor frecuencia fueron los factores económicos, la reunificación de la familia y la búsqueda de libertad o nuevos retos (65,1%, 12,4% y 12,2%, respectivamente). La duración media de la residencia en España fue de 6,5 años (DE=4,6 años) y el 41,9% de participantes latinoamericanos contaba con más de cinco años de residencia. Antes de la emigración, el 39,6% de participantes latinoamericanos contaba con trabajos de administrativo o autónomo, el 31,9% con un trabajo de obrero, el 22,9% desempleado y el 6% trabajaba de gestor. El 5,8% de estos participantes informó haber sido víctima de violencia política y el 7,8% indicó que había emigrado debido a una situación de violencia familiar dentro de su país. El 69% de los participantes en este grupo emigró solo, el 7,5% emigró con su pareja pero sin los hijos y el resto de este grupo emigró juntamente con el resto de los miembros de su familia.

En cuanto a los factores previos a la emigración para los dos grupos de participantes latinoamericanos se observó una cantidad significativamente mayor de inmigración ilegal en el grupo con menos de cinco años de residencia, en comparación con los que llevaban residiendo cinco años o más (33,3% frente a 6,1% respectivamente, $p<0,001$). No hubo diferencias significativas entre los grupos en la exposición previa a violencia política (4,6% frente a 6,7% respectivamente, $p=0,438$) y a violencia doméstica (9,2% frente a 9,3% respectivamente, $p=0,971$).

La Tabla 3.2 muestra la razón de prevalencia de los trastornos mentales comunes y su distribución estratificada por origen y sexo. Los datos indican la presencia de uno o más trastornos mentales en el 49,9% (IC 95%= 47,4%-52,3%) de la muestra total. La prevalencia de los trastornos mentales comunes entre los latinoamericanos fue superior en comparación con la de los participantes españoles: prevalencia mayor de cualquier trastorno mental común (57,8% vs. 43,9%; $p<0,001$), de cualquier trastorno del estado de ánimo (40,1% vs. 34,8%; $p=0,030$) y de cualquier trastorno de ansiedad (20,5% vs. 15,3%; $p=0,006$). La prevalencia de trastornos somatomorfos fue casi el triple para los participantes latinoamericanos (18,1% frente a 6,6%; $p<0,001$). Sin embargo, los participantes españoles presentaban prevalencias superiores de: recurrencia de trastornos depresivos mayores, trastorno distímico, trastorno bipolar, ansiedad debida a un trastorno físico, trastornos alimentarios y trastornos alimentarios por atracones.

	Total		Latinoamericanos		Españoles			
	Hombres (n=531)	Mujeres (n=1063)	Total (n=691)	Hombres (n=278)	Mujeres (n=413)	Total (n=903)	Hombres (n=253)	Mujeres (n=650)
Cualquier trastorno mental común	49.9 (795)	53.6 (569)	57.8 (399)†	51.8 (144)*	61.9 (255)¶	43.9 (396)	32.8 (82)*	48.3 (314)
Cualquier trastorno depresivo	37.1 (591)	44.1 (469)	40.1 (277)†	27 (75)*	48.9 (202)¶	34.8 (314)	18.6 (47)*	41.1 (267)
Trastorno depresivo mayor	6.4 (102)	7 (74)	9.6 (66)†	5.8 (16)*	12.1 (50)¶	4 (36)	4.7 (12)	3.7 (24)
Remisión parcial o o recurrencia de trastorno depresivo mayor	8.7 (138)	10.7 (114)	7.1 (49)	4.7 (13)*	8.7 (36)	9.9 (89)	4.3 (11)*	12 (78)
Trastorno distímico	9.2 (147)	11.9 (126)	7.4 (54)†	4.3 (12)*	9.5 (39)	10.6 (96)	3.6 (9)*	13.4 (87)
Trastorno depresivo menor	10 (160)	12.1 (128)	13 (90)†	7.9 (22)*	16.5 (68)¶	7.8 (70)	4 (10)*	9.2 (60)
Trastorno bipolar	0.6 (9)	0.5 (5)	0.3 (2)	0 (0)‡	0.5 (2)	0.8 (7)	1.6 (4)	0.5 (3)
Trastorno depresivo relacionado con enfermedad física, medicación o drogas	2.1 (34)	2 (21)	2.6 (18)	4.3 (12)‡	1.5 (6)	1.8 (16)	0.4 (1)	2.3 (15)
Cualquier trastorno de ansiedad	17.6 (280)	19.4 (206)	20.5 (142)†	18 (50)	22.3 (92)	15.3 (138)	9.5 (24)*	17.5 (114)
Trastorno de pánico	1.3 (21)	1.1 (12)	1.6 (11)	2.2 (6)	1.2 (5)	1.1 (10)	1.2 (3)	1.1 (7)
Trastorno de ansiedad generalizada	6.1 (55)	7.6 (81)	7.2 (50)	6.1 (17)	8 (33)	6.1 (55)	2.8 (7)*	7.4 (48)
Otros trastornos de ansiedad no especificada	7.2 (110)	8.3 (88)	9.4 (65)†	6.5 (18)*	11.4 (47)¶	5.5 (50)	3.6 (9)	6.3 (41)
Trastorno ansioso relacionado con enfermedad física, medicación o drogas	2.4 (38)	2.3 (24)	2.2 (15)	3.2 (9)	1.5 (6)	2.5 (23)	2 (5)	2.8 (18)
Cualquier trastorno de abuso/dependencia del alcohol	9.2 (146)	2.9 (31)	15.5 (107)†	30.6 (85)*‡	5.3 (22)¶	4.3 (39)	11.9 (30)*	1.4 (9)
Cualquier trastorno de la alimentación	2.4 (38)	3 (32)	2.2 (15)	0.7 (2)*	3.1 (13)¶	2.5 (23)	1.6 (4)	2.9 (19)
Trastorno por atracón	1.8 (29)	2.4 (25)	1.3 (9)	0.4 (1)	1.9 (8)	2.2 (20)	1.2 (3)	2.6 (17)
Bulimia nerviosa purgativa	0.3 (5)	0.4 (4)	0.4 (3)	0.4 (1)	0.5 (2)	0.2 (2)	0 (0)	0.3 (2)
Bulimia nerviosa no purgativa	0.2 (3)	0.2 (2)	0.3 (2)	0 (0)	0.5 (2)	0.1 (1)	0.4 (1)	0 (0)
Cualquier trastorno somatomorfo	11.6 (185)	14 (149)	18.1 (125)†	10.8 (30)*	23 (95)¶	6.6 (60)	2.4 (6)*	8.3 (54)
Trastorno multisomatomorfo	4 (65)	5.1 (54)	5.1 (35)	2.5 (7)*	6.8 (28)	3.2 (29)	1.2 (3)*	4 (26)
Trastorno somatomorfo no especificado	7.5 (120)	8.9 (94)	12.9 (89)†	8.3 (23)*‡	16 (66)	3.4 (31)	1.2 (3)*	4.3 (28)

* Diferencias entre hombres y mujeres p valor <0,05; † Diferencias entre latinoamericanos y españoles p valor <0,05; ‡ Diferencias entre hombres latinoamericanos y españoles p valor <0,05; ¶ Diferencias entre mujeres latinoamericanas y españolas p valor <0,05; Letra en negrita indica datos totales.

Tabla 3.2. Descripción de las prevalencias de los diferentes trastornos comunes de salud mental entre autóctonos y latinoamericanos.

Se observaron claras diferencias por sexo, independientemente del lugar de origen. Así, las mujeres mostraban significativamente mayor prevalencia de cualquier tipo de trastorno, así como sobre trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos somatomorfos, en comparación con los hombres. Dentro del grupo de latinoamericanos, esta diferencia resultó estadísticamente significativa para cada trastorno excepto para el trastorno de ansiedad (Tabla 3.2). Además, todos los trastornos por abuso/dependencia de alcohol se mostraron, de manera significativa, con mayor frecuencia entre los hombres que entre las mujeres.

La Figura 3.1 muestra la proporción de pacientes con trastornos mentales comunes en cada grupo: españoles, latinoamericanos con menos de cinco años de residencia en España y latinoamericanos con cinco años o más de residencia en España. Para los hombres, los dos grupos de latinoamericanos mostraron prevalencias significativamente superiores para cualquier trastorno y para el trastorno de abuso/dependencia de alcohol que los hombres españoles. Para las mujeres, los dos grupos de latinoamericanas presentaron prevalencias significativamente superiores para cualquier trastorno y el trastorno somatomorfo que las españolas. Igualmente, las mujeres latinoamericanas con cinco años o más de residencia en España mostraron unas prevalencias significativamente superiores de trastorno de ansiedad que las mujeres nacidas en España. Los datos demuestran que no existieron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo entre los latinoamericanos con menos de cinco años de residencia y los de cinco años de residencia o más.

Por otra parte, cuando los test diagnósticos como el PRIME-MD se aplican a la población, la proporción de personas con resultados positivos (prevalencia aparente) no se puede utilizar como una estimación de la prevalencia de una enfermedad en esa población, debido a que la sensibilidad y especificidad de estas pruebas suelen ser inferiores al 100%. De este modo, la proporción de individuos con un resultado positivo incluye a los falsos positivos y excluye a los falsos negativos, por lo que para estimar la verdadera prevalencia de una enfermedad se requiere un ajuste de clasificación errónea resultante de la sensibilidad y especificidad de la prueba utilizada. En este estudio se ha utilizado la fórmula propuesta por Rogan y Gladen (448) para este ajuste.

$$\text{Prevalencia real} = (\text{Prevalencia aparente} + E - 1) / (S + E - 1)$$

Dado que los datos de especificidad y sensibilidad del PRIME-MD publicados se modifican según el tipo de población, podemos recurrir a los de la validación original en España, que mostraron una sensibilidad del 81,4% y una especificidad del 66,1% (147). Asimismo, hemos utilizado los originales aportados por Spitzer et al (446), que son sensibilidad del 83% y especificidad del 88% para cualquier trastorno mental común; del 92% y 78%, respectivamente, para cualquier trastorno del estado de ánimo; y del 90% y 60%, respectivamente, para cualquier trastorno de ansiedad. En la Tabla 3.3 pueden verse los resultados de prevalencia aparente de los diferentes tipos de trastornos mentales, estratificado por origen y sexo, según el resultado del PRIME-MD y de prevalencia real, corregida según los datos de sensibilidad y especificidad previamente reveridos. Según estos datos, se demuestra una penalización del método de transformación para prevalencias aparentes por debajo del 20% si la especificidad es inferior al 70%.

	Prevalencia aparente (%) *	Prevalencia real (%) **	Prevalencia real (%) ***
Cualquier trastorno mental común	49,9	33,7	43,9
- Latinoamericanos	57,8	50,3	55,6
- Españoles	43,9	21,1	35,1
- Hombres	42,6	18,3	33,2
- Mujeres	53,6	41,5	49,4
Cualquier trastorno depresivo	37,1	6,7	21,6
- Latinoamericanos	40,1	13,1	25,9
- Españoles	34,8	1,9	18,3
- Hombres	23	0,1	1,4
- Mujeres	44,1	21,5	31,6
Cualquier trastorno de ansiedad	17,6	0,1	0,1
- Latinoamericanos	20,5	0,1	0,7
- Españoles	15,3	0,1	0,1
- Hombres	13,9	0,1	0,1
- Mujeres	19,4	0,1	0,1

* Prevalencia según resultado del PRIME-MD.

**Prevalencia corregida para Sensibilidad 81,4% y Especificidad 66,1% (Baca et al., 1999).

***Prevalencia corregida para Sensibilidad 88% y Especificidad 80% para cualquier trastorno mental común; 92% y 78%, respectivamente para cualquier trastorno del estado de ánimo; 90% y 60%, respectivamente para cualquier trastorno de ansiedad (Spitzer et al., 1994).

Tabla 3.3. Prevalencias aparentes y reales, de los diferentes tipos de enfermedades mentales, estratificado por origen y sexo.

En la Tabla 3.4 podemos ver las razones de prevalencia no ajustadas (análisis univariante) para los trastornos mentales comunes. Finalmente, el análisis multivariante sugiere que el sexo, el hecho de tener hijos, los ingresos mensuales, el país de origen y el apoyo social global fueron las variables principales significativamente asociadas a cada trastorno de salud mental (Tabla 3.5). Las variables que explicaron una asociación mayor y significativa con los distintos trastornos mentales comunes fueron: el país de origen, específicamente ser latinoamericano (RP entre 1,47 y 2,56), unos ingresos mensuales inferiores a 1.000 euros (RP entre 1,37 y 3,03), un apoyo social bajo-normal (RP entre 1,86 y 2,83) y el sexo femenino (RP entre 1,55 y 2,63). Sin embargo, el hecho de ser mujer se asoció inversamente a cualquier trastorno de probable abuso/consumo de alcohol (RP=0,12). Ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria se mostró asociado significativamente a las variables introducidas en el modelo.

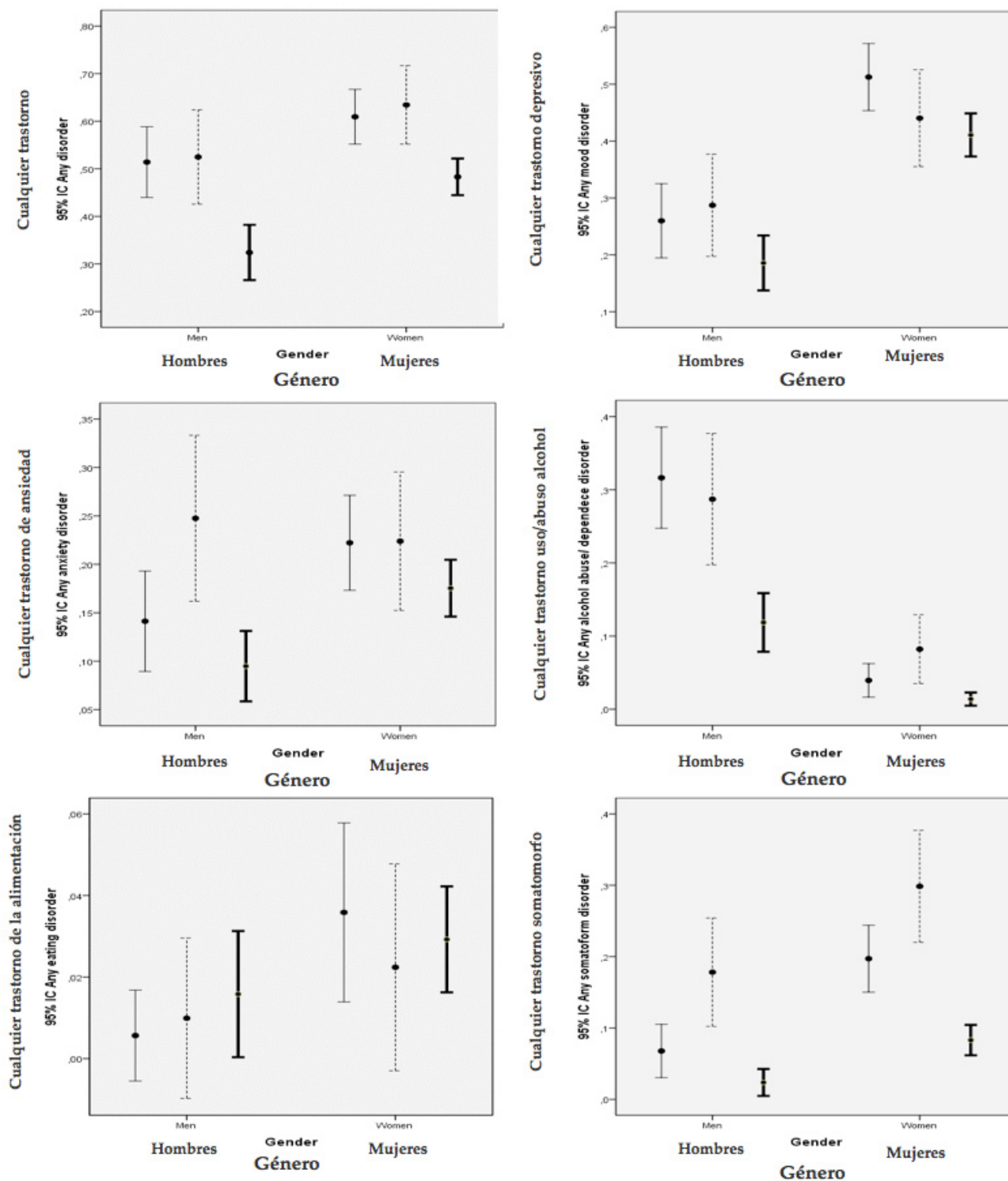


Figura 3.1. Distribución de Trastornos Mentales comunes entre autóctonos (línea gruesa), latinoamericanos con menos de 5 años (línea fina) y 5 o más años (línea discontinua) de residencia en España.

	Cualquier trastorno (n=795)	Cualquier trastorno depresivo (n=591)	Cualquier trastorno de ansiedad (n=280)	Cualquier trastorno de abuso/ dependencia del alcohol (n=146)	Cualquier trastorno de la alimentación (n=38)	Cualquier trastorno so matomorfo (n=185)
	RPc (IC 95%)	RPc (IC 95%)	RPc (IC 95%)	RPc (IC 95%)	RPc (IC 95%)	RPc (IC 95%)
Edad grupos (años)						
18-29	0.82 (0.64-1.05)	0.58 (0.45-0.74)†	1.03 (0.75-1.43)	1.77 (1.13-2.77)†	0.62 (0.27-1.43)	0.93 (0.63-1.37)
30-39	0.76 (0.60-0.97)†	0.62 (0.48-0.79)†	1.16 (0.85-1.59)	1.66 (1.06-2.58)*	0.88 (0.27-1.43)	1.08 (0.75-1.56)
40-55	1	1	1	1	1	1
Sexo						
Hombres	0.64 (0.52-0.79)†	0.38 (0.30-0.48)†	0.67 (0.50-0.90)†	9.20 (6.09-13.90)†	0.37 (0.15-0.89)*	0.45 (0.30-0.65)†
Mujeres	1	1	1	1	1	1
Hijos						
No	1.23 (1.01-1.51)	0.94 (0.76-1.16)	0.72 (0.55-0.95)*	0.97 (0.68-1.38)	0.97 (0.50-1.89)	0.48 (0.34-0.69)†
Si	1	1	1	1	1	1
Nivel educativo						
Sin educación completada	0.78 (0.22-2.79)	0.80 (0.20-3.12)	1.40 (0.29-6.73)	1.68 (0.21-13.61)	0 (0)	2.04 (0.43-9.82)
Primaria	1.45 (1.13-1.85)†	1.36 (1.06-1.74)†	1.65 (1.20-2.25)†	2.01 (1.30-3.11)†	1.50 (0.69-3.28)	1.16 (0.79-1.68)
Secundaria	1.15 (0.91-1.46)	1 (0.79-1.30)	1.06 (0.76-1.46)	0.07 (1.11-2.66)*	1.15 (0.51-2.59)	1.07 (0.74-1.55)
Diplomado/ universitario	1	1	1	1	1	1

	Cualquier trastorno (n=795)	Cualquier trastorno depresivo (n=591)	Cualquier trastorno de ansiedad (n=280)	Cualquier trastorno de abuso/dependencia del alcohol (n=146)	Cualquier trastorno de la alimentación (n=38)	Cualquier trastorno somatomorfo (n=185)
	RPc (IC 95%)	RPc (IC 95%)	RPc (IC 95%)	RPc (IC 95%)	RPc (IC 95%)	RPc (IC 95%)
Estatus laboral						
Gerente	0.67 (0.44-1.01)	0.69 (0.44-1.05)	0.54 (0.30-1)*	1.08 (0.41-2.83)	0.22 (0.03-1.66)	1.02 (0.50-2.10)
Oficial, administrativo, autónomo, supervisor	0.65 (0.48-0.87)†	0.68 (0.50-0.92)†	0.65 (0.44-0.97)*	1.10 (0.55-2.19)	0.60 (0.24-1.44)	1.04 (0.62-1.74)
Trabajador manual	1.17 (0.90-1.53)	1.10 (0.78-1.32)	0.98 (0.71-1.36)	2.26 (1.28-3.40)†	0.66 (0.31-1.40)	2.14 (1.40-3.27)†
Desempleado	1	1	1	1	1	1
Estatus económico						
< 500 Euros	3.22 (2.08-4.97)†	2.29 (1.53-3.44)†	3.15 (2.02-4.91)†	3.01 (1.72-5.25)†	1.60 (0.46-5.52)	4.71 (2.86-7.75)†
500-1000 Euros	1.85 (1.49-2.29)†	1.6 (1.29-2)†	1.76 (1.34-2.32)†	1.81 (1.26-2.61)†	1.88 (0.96-3.67)	2.61 (1.87-3.65)†
> 1000 Euros	1	1	1	1	1	1
Origen						
Latinoamericanos	1.75 (1.43-2.14)†	1.26 (1.02-1.54)*	1.43 (1.11-1.86)†	4.06 (2.77-5.94)†	0.85 (0.44-1.64)	3.10 (2.24-4.30)†
Españoles	1	1	1	1	1	1
Apoyo social global						
Normal-bajo	1.76 (0.49-1.18)	2.13 (1.66-2.73)†	2.39 (1.67-3.40)†	1.46 (0.96-2.23)	1.89 (0.79-4.57)	4.16 (2.46-7.03)
Alto	1	1	1	1	1	1

RPc: Razones de prevalencia crudas; †p valor <0,01; *p valor <0,05

Tabla 3.4. Factores asociados con Trastornos Mentales comunes (análisis univariante).

	Cualquier trastorno depresivo	Cualquier trastorno de ansiedad	Cualquier trastorno de abuso/dependencia del alcohol	Cualquier trastorno de la alimentación	Cualquier trastorno somatomorfo
	R ² Nagelkerke: 10.3% Hosmer-Lemeshov: p= 0.070 RPa (IC 95%) valor	R ² Nagelkerke: 7.7% Hosmer-Lemeshov: p= 0.442 RPa (IC 95%) valor	R ² Nagelkerke: 20.9% Hosmer-Lemeshov: p= 0.889 RPa (IC 95%) valor	R ² Nagelkerke: 4.8% Hosmer-Lemeshov: p= 0.550 RPa (IC 95%) valor	R ² Nagelkerke: 15.8% Hosmer-Lemeshov: p= 0.308 RPa (IC 95%) valor
Edad grupos (años)					
18-29	0.78 (0.57-1.05) 0.097	1.34 (0.91-1.97) 0.134	1.04 (0.55-0.94) 0.912	0.76 (0.29-1.94) 0.560	1.17 (0.75-1.83) 0.497
30-39	0.78 (0.59-1.03) 0.075	1.42 (1.00-2.02) 0.049	1.31 (0.73-2.32) 0.368	1.20 (0.54-2.69) 0.656	1.15 (0.77-1.73) 0.492
40-55	1	1	1	1	1
Sexo					
Mujeres	1.55 (1.22-1.99) 0.000	1.33 (0.95-1.86) 0.096	0.12 (0.07-0.19) 0.000	2.09 (0.80-5.51) 0.133	1.88 (1.22-2) 0.004
Hombres	1	1	1	1	1
Niños,					
No	1.16 (0.89-1.50) 0.268	0.83 (0.59-1.16) 0.267	1.77 (1.06-2.97) 0.029	1.24 (0.57-2.70) 0.588	0.63 (0.41-0.95) 0.026
Si	1	1	1	1	1
Nivel educativo					
Sin educación completada	0.28 (0.07-1.21) 0.088	1.06 (0.21-5.43) 0.948	0 (0-0) 0.999	0 (0-0) 0.999	0.45 (0.05-4.07) 0.481
Primaria	0.97 (0.72-1.30) 0.833	1.27 (0.89-1.83) 0.194	1.11 (0.61-2.03) 0.734	1.26 (0.53-2.98) 0.600	0.77 (0.49-1.20) 0.244
Secundaria	0.88 (0.67-1.16) 0.369	0.86 (0.60-1.24) 0.419	1.29 (0.75-2.22) 0.355	0.98 (0.41-2.36) 0.970	0.76 (0.50-1.15) 0.196
Diplomado universitario	1	1	1	1	1
Estatus laboral					
Gerente	0.95 (0.60-1.50) 0.830	0.81 (0.43-1.55) 0.529	0.99 (0.34-2.88) 0.991	0.29 (0.04-2.41) 0.252	2.07 (0.94-4.57) 0.072
Oficial, administrativo, bautónomo, supervisor	0.77 (0.56-1.05) 0.096	0.79 (0.52-1.19) 0.255	1.15 (0.54-2.48) 0.717	0.64 (0.25-1.64) 0.355	1.46 (0.84-2.53) 0.182
Trabajador manual	1.09 (0.82-1.45) 0.570	0.89 (0.63-1.26) 0.511	1.53 (0.81-2.87) 0.191	0.71 (0.32-1.58) 0.403	1.62 (1.03-2.56) 0.039
Desempleado	1	1	1	1	1

	Cualquier trastorno depresivo	Cualquier trastorno de ansiedad	Cualquier trastorno de abuso/dependencia del alcohol	Cualquier trastorno de la alimentación	Cualquier trastorno somatiforme
	R ² Nagelkerke: 10.3% Hosmer-Lemeshov: p=0.070 RPa (IC 95%) p-valor	R ² Nagelkerke: 7.7% Hosmer-Lemeshov: p=0.442 RPa (IC 95%) p-valor	R ² Nagelkerke: 20.9% Hosmer-Lemeshov: p=0.889 RPa (IC 95%) p-valor	R ² Nagelkerke: 4.8% Hosmer-Lemeshov: p=0.550 RPa (IC 95%) p-valor	R ² Nagelkerke: 15.8% Hosmer-Lemeshov: p=0.308 RPa (IC 95%) p-valor
Estatus económico					
< 500 Euros	2.32 (1.41-3.82) 0.001	2.79 (1.67-4.65) 0.000	2.77 (1.20-6.35) 0.015	1.38 (0.37-5.20) 0.634	3.03 (1.70-5.41) 0.000
500-1000 Euros	1.47 (1.14-1.90) 0.003	1.73 (1.25-2.39) 0.001	1.28 (0.74-2.20) 0.350	1.79 (0.84-3.81) 0.130	1.74 (1.18-2.58) 0.006
> 1000 Euros	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Origen					
Latinoamericanos	1.47 (1.12-1.93) 0.006	0.98 (0.69-1.39) 0.906	2.56 (1.50-4.38) 0.001	0.71 (0.31-1.64) 0.419	2.30 (1.51-3.50) 0.000
Espanoles	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Apoyo social global					
Normal-Bajo	1.92 (1.49-2.48) 0.000	2.15 (1.47-3.16) 0.000	1.64 (0.92-2.93) 0.097	2.17 (0.83-5.71) 0.116	2.83 (1.62-4.87) 0.000
Alto	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1

RPa: Razones de Prevalencia ajustadas

Tabla 3.5. Análisis Multivariantes de factores asociados con Trastornos Mentales comunes

DISCUSIÓN

ESTUDIO I: La relación entre el Apoyo Social y Salud autopercebida en Atención Primaria: diferencias entre autóctonos e inmigrantes.

DISCUSIÓN

Este estudio ha demostrado que la población inmigrante atendida en la zona noreste de Atención Primaria, en comparación con la autóctona, percibe un apoyo social global inferior, lo que también se refleja en las cuatro dimensiones de apoyo social (emocional, instrumental, de interacción social, afectivo).

En un estudio reciente con el objetivo de describir y comparar los pacientes inmigrantes (n=46) y nativos suecos (n=46) en relación con sus limitaciones físicas, su estado emocional, el apoyo social y el cuidado personal (412), los autores observaron que sólo la dimensión de apoyo social emocional era significativamente peor ($p=0,048$) en los inmigrantes que en los suecos, por lo que los inmigrantes mostraban una necesidad mayor de apoyo emocional que los nativos. Otro estudio transversal realizado en España comparó la calidad de vida de la población nativa española (n = 1.009) y la inmigrante (n = 226) en la población escolar completa (12–18 años), excluyendo del estudio a aquellos estudiantes que no contaban con los conocimientos suficientes de castellano como para responder el cuestionario (413). Los resultados mostraron que los españoles contaban con un apoyo social (42,2%) significativamente mayor que los inmigrantes (33,5%) ($p = 0,02$).

Además, estas diferencias en el apoyo social también se observan en el tamaño de las redes de apoyo, donde los nativos cuentan con más de 9 miembros que les proporcionan apoyo, mientras que los inmigrantes no alcanzan la media de 6 personas. Estos números son menores que los observados en otros estudios españoles realizados con poblaciones inmigrantes (9–10 miembros) (414) e incluso los realizados con la población española (6 miembros) (403).

Además, algunos estudios en el campo de las ciencias psicosociales han descrito las características del apoyo social de la población inmigrante (414), pero hay menos estudios que comparen la realidad social de la población inmigrante con la de los nativos en el área de las ciencias de la salud (415). A nuestro entender, en este sentido, nuestro estudio implicaría una contribución importante.

En cuanto a las posibles variables asociadas a la falta de apoyo social percibido por los inmigrantes, nuestros datos muestran que el estado socioeconómico, el estado civil, el estrés y el estado de salud autoinformado son factores de riesgo asociados de forma significativa con la falta de apoyo social. En un estudio realizado con personas que vivían en Canadá, se identificó una correlación potente entre las distintas dimensiones del apoyo social. También se encontró una correlación positiva entre la salud física y la percepción de apoyo social, así como una correlación negativa entre el estrés y un estado socioeconómico bajo (416). Estos resultados son coherentes con los hallazgos de nuestro estudio, puesto que los peores niveles de ingresos mensuales y el estrés estaban asociados a un apoyo social global inferior y sus cuatro dimensiones.

En general, se ha encontrado que el estado de salud autopercebido es mejor entre la población española que la inmigrante. Estos resultados son coherentes con los hallazgos de otros estudios de nuestro país, que muestran que la población inmigrante percibe su salud como peor que la de los españoles (417). Tal como se sugirió en una investigación previa (418), la percepción de uno mismo sobre el apoyo social adecuado está asociada con un mejor estado de salud autopercebido (un estado de salud excelente/muy bueno reduce la prevalencia de la falta de apoyo social en un 54% [1-0,46]). Por lo tanto, el factor clave para comprender la salud social en inmigrantes es el apoyo social.

Las redes sociales cuentan con un efecto directo sobre la salud, por la interacción con otros y la participación social, lo que promueve comportamientos más saludables y una mayor autoestima y competencia social (419). Esto podría explicar la asociación entre el estado de la percepción de salud y el apoyo social de nuestra población, tal como se había observado en un estudio previo (420).

Además, nuestro estudio ha descubierto que las mujeres tienen una mejor percepción del apoyo social que los hombres, excepto en el apoyo instrumental. Estos resultados son coherentes con otros estudios que han descrito un mayor apoyo social percibido en mujeres, especialmente en las dimensiones emocional y afectiva (421,422). En numerosos estudios, la diferencia en la percepción del apoyo social entre ambos sexos se debe a diversos factores, como el estado civil, el nivel educativo, la edad y las condiciones socioeconómicas (423,424). En este sentido, nuestros datos demuestran una relación entre el apoyo social percibido y el estado civil, de manera que estar casado se asocia positivamente con un apoyo social, mientras que estar divorciado se asocia negativamente, lo que confirma los hallazgos de otros estudios (425,426).

Una de las características sociodemográficas con una asociación más fuerte a la falta de apoyo social son los ingresos mensuales. Unos niveles inferiores de ingresos, por debajo del salario mínimo, suponen una situación estresante que favorece la pérdida de competencias sociales y aumenta el estrés. Ambas condiciones reducen la disponibilidad de recursos, proporcionando a la gente pobre menos apoyo social. Esto también se ve confirmado por los resultados de Palomar y Cienfuegos (427), en los que, tras un análisis de varianza y regresión múltiple, se encontraron tres niveles socioeconómicos (extrema pobreza, pobreza moderada, no pobre) para explicar la relación entre la percepción de apoyo social y las características sociales y personales. Encontraron que las personas en pobreza extrema, en comparación con los otros dos grupos, percibieron poco apoyo social por parte de la familia y amigos, pero como las personas en pobreza moderada, percibieron niveles elevados de apoyo por parte de la comunidad en la que vivían. Por su parte, los moderadamente pobres, en comparación con los extremadamente pobres, informaron de un mejor apoyo a los niños. Al compararlos con los que no eran pobres, informaron de un mejor apoyo de niños y niveles más elevados de apoyo social percibidos de los vecinos.

En otro estudio realizado con el Gobierno Aragonés (España) en 1993, que analizó la interacción y el apoyo social en las unidades familiares elegibles para asistencia económica, sólo un 47% de los participantes contaba con apoyo social, principalmente proporcionado por la familia y un 6,9% carecía de cualquier tipo de apoyo social. Las mujeres contaban con más interacción social que los hombres. Como en nuestro estudio. Se demostró la relación entre el estado socioeconómico y el apoyo social (428).

La falta de apoyo social es una variable con una asociación conocida al nivel de estrés, unidos ambos por un estrecho vínculo. Las investigaciones han indicado que el apoyo social sirve

como recurso para minimizar los efectos negativos de enfrentarse a una situación estresante (427), como la migración a un país extranjero. Los resultados de este estudio son coherentes con esta línea y sugieren que las personas con una buena percepción de apoyo social presentan niveles menores de estrés a la hora de enfrentarse a estas situaciones estresantes de la vida real.

Otra variable de interés que podría explicar el grado de apoyo social en la población inmigrante es el tiempo pasado en el país anfitrión, un fenómeno ya estudiado por Lin y Hung(429), que apoya los hallazgos de nuestro estudio, demostrando que cuanto más tiempo vive una persona en el país de su migración, más apoyo social recibe. Son diversas las circunstancias que explican esta relación: una mejor comprensión del idioma del país anfitrión, una mejor adaptación sociocultural a la nueva sociedad y por el origen de los inmigrantes.

Este estudio cuenta con algunas limitaciones. La principal es la exclusión de inmigrantes que no contaban con un nivel de comprensión suficiente del idioma castellano. Para controlarlo, se debería haber realizado una adaptación transcultural a los distintos idiomas posibles de cara a la entrevista de evaluación con los inmigrantes. Sin embargo, esto no se llevó a cabo porque los cuestionarios utilizados estaban validados para la población española, pero no estaban disponibles en otras lenguas. Por lo tanto, no todos los grupos de inmigrantes en España están representados en la población del estudio, dado que los inmigrantes con una comprensión pobre del idioma no fueron incluidos. Además, es posible que el deseo (consciente o no) de complacer al médico y/o enfermera con su participación en el estudio haya incluido a algunos pacientes con una comprensión pobre de las preguntas, cuyas respuestas, son pues, poco confiables, lo que introduce un sesgo de la información en el estudio.

Sin embargo, en general, la población inmigrante incluida para el estudio es representativa de los inmigrantes españoles (de acuerdo con las estadísticas publicadas por el Ministerio del Interior de España y otras instituciones públicas y privadas) que vienen de Latinoamérica y en menor medida de Europa y el Norte de África (Marruecos). Otra limitación importante es el pequeño tamaño de algunas de las sub-poblaciones (asiática, africana y europea). Esto obliga a una interpretación cautelosa y limita la capacidad de generalizar los resultados a los grupos examinados de población inmigrante.

Otra limitación es el elevado número de participantes femeninas. Esta situación se debe al hecho de que las mujeres utilizan los servicios de Atención Primaria más asiduamente que los hombres, tal como se ha visto en el estudio de Esteban Peña y la Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha (España), donde la población estudiada de mujeres era del 67% y el uso de los servicios de atención primaria por parte de las mujeres fue del 82%, respectivamente (389,430).

Además, el diseño transversal de este estudio limita la posibilidad de establecer relaciones causales entre variables.

A pesar de las limitaciones, esta investigación ofrece una perspectiva de los factores personales y sociales que la población inmigrante ha expresado como una importante falta de apoyo social percibida.

ESTUDIO II: Salud autopercebida en Atención Primaria: la influencia de la inmigración latinoamericana y otros factores asociados.

DISCUSIÓN

Esta investigación proporciona pruebas de que los latinoamericanos cuentan con un estado de salud autoinformado peor que los españoles. Estos resultados son coherentes con los estudios anteriores que mostraron diferencias en el estado de salud autoinformado entre los inmigrantes de distintos países y los nativos, indicando un peor estado de salud entre los nacidos en el extranjero (432-434) .

En cambio, algunos investigadores defienden que no hay diferencias significativas en cuanto a la salud al comparar a los autóctonos con los que han nacido en países extranjeros, confirmando el efecto del “inmigrante saludable”. Sin embargo, aparecen diferencias cuando se compara los datos de la muestra de nacidos en el extranjero ajustados por la duración de la residencia en el país anfitrión. Una vez ajustados, estos datos sugieren que el estado de salud de los inmigrantes al llegar es bueno y similar al de los nacidos en el país, pero se va reduciendo con el tiempo (435-437). Los resultados de nuestro estudio apoyan la paradoja del inmigrante saludable. Sin embargo, al estratificar por sexos, este fenómeno no se presenta en las mujeres. En su lugar, encontramos diferencias significativas entre las participantes nacidas en España y las nacidas en Latinoamérica que habían vivido en España durante menos de cinco años. No se encuentran diferencias significativas al comparar los dos grupos de mujeres nacidas en Latinoamérica. La disparidad en los resultados puede explicarse por el hecho de que las mujeres nacidas en Latinoamérica cuentan con un estatus económico más pobre (carecen de trabajo o cuentan con ingresos de menos de 500 euros con mayor frecuencia) y con un apoyo social peor que los hombres, lo que concuerda con los datos presentados por Aerny et al. (435).

Por lo tanto, los resultados confirman que el estado de salud autoinformado en los españoles es similar al de los latinoamericanos que han residido en España durante menos de cinco años. Asimismo, los latinoamericanos que han vivido en España durante más de cinco años cuentan con un estado de salud autoinformado peor que los participantes españoles, después de ajustar por las variables sociodemográficas y psicosociales (Modelo 2).

Este rápido declive del estado de salud que tiene lugar en un corto periodo de tiempo (cinco años) sugiere que los cambios en el estado de salud autoinformado pueden deberse a una disminución del optimismo y la realidad socioeconómica y cultural de la vida inmigrante en el país anfitrión. Esto, junto con la falta de una red social y un apoyo familiar, pueden tener un impacto sobre el estado de salud autoinformado de una persona (433). Por lo tanto, es necesario tener en cuenta la influencia simultánea de las variables sociodemográficas y psicosociales al considerar los mejores estados de salud autoinformados. Los datos del análisis multivariante que no incluían la duración de la residencia en España (Modelo 1) indican que los hombres, jóvenes (menores de 34 años), españoles, con un estatus socioeconómico (ingresos mensuales

por encima de los 1000 euros), que perciben que cuentan con un apoyo social adecuado y un bajo nivel de estrés, informan de un mejor estado de salud.

Esta investigación sugiere que existe un gradiente para la edad, el nivel educativo y el estatus económico dentro de las variables sociodemográficas consideradas. Los individuos que informaron de niveles peores del estado de salud a medida que aumentaba su edad, también presentaban niveles educativos e ingresos más bajos. Adicionalmente, las mujeres informaron de estados de salud autoinformados peores que los hombres. Este resultado es coherente con los hallazgos previos en la bibliografía sobre la fuerte relación entre las variables sociodemográficas y el estado de salud (432,434,436,438,439). También parece que otras variables sociodemográficas, como una aculturación pobre y la discriminación, también pueden afectar a los resultados (435,440).

En este estudio, las variables psicológicas asociadas a un mejor estado de salud autoinformado fueron contar con un buen apoyo social (80%) y tener una vida libre de acontecimientos estresantes (106%).

Además, los españoles informaron de un mejor apoyo social y menos estrés que los latinoamericanos. Esto es coherente con nuestros hallazgos previos en inmigrantes no latinoamericanos (441), así como con otros estudios (417).

La razón única más común que los inmigrantes latinoamericanos dan para haber abandonado su país de origen es la búsqueda de oportunidades económicas, la mejora del futuro de su familia y la obtención de apoyo económico (442). Esto concuerda con los resultados de este estudio. Tras haber emigrado, una parte sustancial de ellos encuentra un trabajo temporal, con un sueldo bajo, condiciones opresivas (y a menudo ligado a dificultades económicas físicamente poco seguras), a la separación de sus familias y a barreras culturales. Todo esto hace que el proceso de inmigración y asentamiento sea muy estresante (443,444). Nuestros datos sugieren que el porcentaje de participantes latinoamericanos que informan de estrés es significativamente superior que el encontrado en los españoles. Por lo tanto, el estrés percibido por los latinoamericanos como resultado de la propia inmigración, así como de introducirse y adaptarse a una nueva sociedad, son también un factor importante a considerar junto con otras variables relacionadas con la percepción del estado de salud. Por lo tanto, algunas variables sociodemográficas y psicosociales parecen influir en la relación entre el estatus de inmigrante y el estado de salud autoinformado.

El sesgo de la selección es la principal limitación en este tipo de investigación. La muestra del estudio estaba compuesta por pacientes que visitaron centros de Atención Primaria, lo cuál puede no ser representativo de la comunidad total de personas latinoamericanas residentes en España y de españoles. Para evaluar el impacto de un potencial sesgo de selección, comparamos los números de sujetos elegibles excluidos por trastornos mentales, enfermedades crónicas serias o discapacidades físicas o cognitivas significativas, que eran muy similares en ambas poblaciones (Figura 2.1). Asimismo, Fuertes et al. han publicado recientemente, a partir de los datos de visitas a centros de Atención Primaria en España, que no hay ninguna asociación entre la razón para la visita y la nacionalidad, en parte debido a la gran cantidad de categorías en el tamaño de la muestra del estudio (445). Sin embargo, las razones más comunes para las visitas a los centros de Atención Primaria indicadas por los latinoamericanos y españoles fueron las enfermedades respiratorias, músculo-esqueléticas y digestivas. Este estudio no recogió datos sobre las razones para las visitas o la comorbilidad física real de la población. Sin

embargo, dada la reducida media de edad de la muestra (media=35,9, DE=10,7), parece lógico esperar una baja prevalencia de enfermedades agudas o crónicas. Los autores consideran que si existe algún sesgo de selección, probablemente es pequeño y no afecta significativamente a los resultados del estudio. Por lo tanto, concluimos que el sesgo de selección es mínimo y no afecta significativamente a los resultados del estudio.

Adicionalmente, este estudio cuenta con un elevado número de mujeres participantes. Esto se debe al hecho de que las mujeres utilizan los servicios de atención primaria más frecuentemente que los hombres (389). Otra limitación es la exclusión de los inmigrantes no latinoamericanos. La razón principal para ello fue que, de acuerdo con las estadísticas obtenidas a partir del Ministerio del Interior de España, la mayoría de inmigrantes en el área del noreste de Madrid son latinoamericanos, de manera que, en general, la muestra era representativa de la población en estudio. Al incluir sólo inmigrantes latinoamericanos nos aseguramos de que los participantes del estudio realmente entendían el castellano. Sin embargo, todos los grupos de personas nacidas en el extranjero no están representados en este estudio. Esto obliga a hacer una interpretación cautelosa de los datos y limita la capacidad para generalizar sobre la población nacida en Latinoamérica. Finalmente, el diseño transversal de este estudio limita la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables.

A pesar de las limitaciones, esta investigación ofrece un conocimiento de los factores personales y psicosociales asociados al estado de salud autoinformado de las poblaciones de latinoamericanos residentes en España y españoles. Concluimos que un estado de salud autoinformado mejor se asocia a: ser español, ser hombre menor de 34 años, con un elevado estatus socioeconómico, con el apoyo social adecuado y sin estrés. La duración de la residencia en el país anfitrión es un factor a considerar en el estado de salud autoinformado entre las poblaciones inmigrantes. Los participantes latinoamericanos que han vivido en España durante menos de cinco años cuentan con una mejor percepción de la salud, en comparación con los participantes latinoamericanos que han vivido en España más tiempo. El estado de salud autoinformado de los españoles es similar al de los latinoamericanos que han vivido en España durante menos de cinco años, pero es mejor que el de los latinoamericanos y han vivido en España durante más de cinco años.

ESTUDIO III: Trastornos mentales comunes en Atención Primaria: diferencias entre los residentes en Madrid latinoamericanos y españoles.

DISCUSION

Hasta donde nosotros sabemos, este es el primer estudio epidemiológico acerca de los trastornos mentales comunes realizado en Atención Primaria que compara a los residentes nacidos en otros países frente a los nativos en un país Europeo, utilizando herramientas diagnósticas validadas mediante entrevistas “face to face”.

Nuestros resultados sugieren que los latinoamericanos contaban con prevalencias significativamente mayores de trastornos mentales comunes que los participantes españoles (RP entre 1,30 y 2,56) y, por lo tanto, eran más susceptibles de desarrollar los distintos trastornos. Nuestros hallazgos son coherentes con los datos informados con anterioridad por otros estudios que confirman prevalencias más elevadas de trastornos mentales comunes entre los inmigrantes, en comparación con la población de los países anfitriones (352,366,367); especialmente, la emigración aumenta el riesgo de trastornos depresivos y de ansiedad (449). Por el contrario, otros autores han encontrado prevalencias menores de trastornos mentales comunes en los inmigrantes en comparación con la población del país anfitrión (368,369,450). Los datos de prevalencia para los trastornos mentales comunes entre los inmigrantes, en comparación con la población nativa, son a menudo poco coherentes. Esto puede deberse en parte al uso de distintos métodos de obtención de datos, diseños de las muestras e instrumentos de medición (451,452).

Es importante tener en cuenta que los trastornos psiquiátricos entre los inmigrantes pueden deberse a una elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos en sus países de origen. En este estudio, las tasas de trastornos mentales comunes observadas entre los latinoamericanos residentes en España fueron más elevadas que las informadas por los estudios de las poblaciones latinoamericanas residentes en Latinoamérica. Así, Kohn et al. (328) informaron de una prevalencia en Latinoamérica del 4,9% para los trastornos depresivos mayores, 3,4% para el trastorno de ansiedad generalizada y 5,7% para los trastornos relacionados con el alcohol. Estas prevalencias fueron menores, en comparación con los datos informados en nuestro estudio, que fueron de 9,6%, 7,2% y 15,5%, respectivamente. Este hecho apoyaría la idea de que la elevada prevalencia de trastornos mentales entre los latinoamericanos residentes en España está relacionada con el proceso de emigración y no está con la prevalencia del trastorno mental en sus países de origen.

La mayoría de los datos apoyan el llamado “efecto del inmigrante saludable” en relación con la salud mental, entre otras cuestiones (453,454). Este efecto propone que los inmigrantes son optimistas inmediatamente después de su emigración, mostrando niveles menores de trastornos mentales. Sin embargo, esta ventaja de salud puede cambiar cuanto más tiempo residan en el país anfitrión. Este fenómeno no está claro y distintos factores pre-emigración y post-emigración se han asociado con un aumento del riesgo de salud mental negativa, como:

estrés, exposición traumática en su país natal, separación de la familia, pobreza, bajos niveles educativos, bajo estatus laboral y discriminación (455).

Se ha descrito en otros estudios de nuestro entorno (449) que los inmigrantes a su llegada gozan de buena salud, pero con el paso del tiempo y debido a diferentes estresores como la falta de soporte familiar y psicosocial, la precariedad laboral e irregularidad legal, discriminación racial, condiciones de vivienda y habitabilidad, marginación social y políticas de exclusión, pueden surgir cuadros desestructurantes caracterizados por un estrés crónico y múltiple, a medio camino entre los trastornos adaptativos y el trastorno por estrés postraumático, denominado Síndrome de Ulises (456,457) en referencia al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros. Este síndrome, que puede afectar hasta el 30% de los inmigrantes, es susceptible de ser catalogado erróneamente como depresión dada la sintomatología de tristeza y llanto, faltando, sin embargo, síntomas muy importantes para la depresión como la apatía y los pensamientos de muerte, por lo que al no cumplir rigurosamente los criterios del DSM-IV-TR es poco probable que nuestra muestra de inmigrantes que padezcan dicho síndrome, especialmente los que han demostrado tener mayor nivel de estrés, hayan sido clasificados como Depresión por el cuestionario PRIME-MD, constituyendo una porción de los falsos positivos del cuestionario.

Por otra parte, hemos explorado el papel de la duración de la residencia en España, estratificado por sexos, en la prevalencia de los trastornos mentales. Nuestros datos muestran que no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los índices de prevalencia en los inmigrantes recientes y los que llevaban cinco años o más residiendo en España. Por lo tanto, este conjunto de resultados no apoya la hipótesis del “inmigrante saludable”, como otros autores habían informado recientemente (458). Una explicación para esto podría ser que los latinoamericanos con cinco años o más de residencia perciben salarios mensuales mayores y cuentan con un apoyo social mejor que los inmigrantes recientes. De este modo, al contrario de la tendencia esperada, los inmigrantes con una residencia más duradera presentaron condiciones socioeconómicas mejores que los inmigrantes recientes, aunque no existen datos sobre los posibles cambios en su situación económica y social desde el momento de su llegada al país anfitrión. Además, la tasa de pérdida para esta variable, de aproximadamente el 20%, aumenta el riesgo de un error beta. Finalmente, en España, existe una laguna de conocimiento sobre la asociación entre la duración de la residencia en el país anfitrión y el estado de salud mental, a lo que se le suma que los escasos estudios que se centran en los inmigrantes y la salud mental no incluyen esta variable. Por consiguiente, no existen datos nacionales con los que comparar nuestros hallazgos.

En España, se han realizado pocos estudios que comparen las poblaciones inmigrantes y nacidas en España. Algunos estudios han evaluado la experiencia de las minorías étnicas o inmigrantes sin situación legal. Según algunos datos publicados, excluyendo la obstetricia y la pediatría, los trastornos depresivos fueron la segunda causa de visitas médicas entre los inmigrantes “indocumentados” en el distrito de Usera-Villaverde, Madrid (389). Un estudio descriptivo en un contexto de Atención Primaria examinó las historias médicas de 112 pacientes inmigrantes que pertenecían a minorías étnicas y las de 112 controles autóctonos, apareados por edad y sexo, objetivándose que la depresión tendía a ser más frecuente en pacientes que pertenecían a grupos étnicos minoritarios (15,2%), en comparación con los pacientes autóctonos (13,4%). Se encontró diferencias en los índices de los trastornos somatomorfos (10,7% frente a 6,3%). También se observó que se infratrató los trastornos mentales en las poblaciones étnicas minoritarias (19,8% frente a 32,1%), aunque no fue estadísticamente significativo (157).

En el presente estudio, los índices de trastornos mentales entre los españoles también fueron menores que los publicados por los dos estudios españoles realizados usando el mismo instrumento diagnóstico (125,167). Dichos estudios observaron que casi el 54% de los pacientes ambulatorios en Atención Primaria presentaban uno o más trastornos. Además, nuestro estudio reveló que los trastornos de salud mental más prevalentes son: estado de ánimo (34,8%), ansiedad (15,3%) y somatomorfos (6,6%). Estos índices son menores que los encontrados por esos estudios anteriores (aproximadamente 36-38%, 22%-26% y 25%-29%, respectivamente). Las diferencias encontradas pueden explicarse por el hecho de que los otros estudios contaban con una edad media superior de los participantes (49,2 y 48,6, respectivamente) así como un rango de edades mayor (rango: 13-89 años y 48,6; rango: 18-90 años, respectivamente), dada la relación conocida entre la edad avanzada, después de los 40 años, y el inicio de los trastornos de ansiedad y del ánimo (128,459).

Por otra parte, la prevalencia de trastornos mentales registrada en la historia clínica informatizada de Atención Primaria de Madrid (Fuente: Plan de Promoción de la Salud 2011-2013, del servicio de informes de salud y estudios de la Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud), así como los datos procedentes de registros clínicos informáticos aportados por Esteban-Vasallo MD et al. (145) arrojan datos muy inferiores a cualquiera de los estudios comentados, tanto en inmigrantes como en autóctonos, lo que probablemente se deba a un infradiagnóstico y/o subregistro. Esta hipótesis es muy plausible al analizar los datos de prescripción de antidepresivos en población autóctona e inmigrante en la provincia de Lleida durante el año 2008 que fue del 11% para los nativos y del 0,8% en inmigrantes subsaharianos, o del 4,5% en inmigrantes latinoamericanos (460), así como los datos de prescripción de Benzodiacepinas y antidepresivos del estudio de Pertiñez J et al. (157).

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2.006 (159), revelaron una prevalencia de problemas de salud mental en España del 19,4% entre los entrevistados, bastante inferior a la de nuestro estudio, y que puede ser explicada por la baja sensibilidad de la herramienta diagnóstica utilizada, basada en la respuesta de los encuestados a una pregunta muy genérica: ¿Ha padecido alguna vez depresión, ansiedad u otros trastornos mentales? y, por tanto, es fácil presuponer un importante porcentaje de falsos negativos.

Por otra parte, la prevalencia aparente de trastornos mentales comunes encontrada en nuestro estudio debería ser corregida en función de los falsos positivos (1-Especificidad) y los falsos negativos (1-Sensibilidad) del cuestionario PRIME-MD. Como se ha comentado previamente, la utilización de la fórmula de Rogan et al. penaliza gravemente la prevalencia real estimada para los casos de baja Especificidad (muchos falsos positivos), hasta el punto que las prevalencias reales estimadas, para determinados problemas de salud mental, alcanzan valores muy poco realistas, por lo que no es aplicable. Por otra parte, el hecho de que los profesionales que aplicaron el PRIME-MD fueran psicólogos previamente entrenados, habrá presumiblemente provocado menos falsos positivos y negativos que los referenciados en la literatura por profesionales de Atención Primaria, por lo que no parece tan necesario estimar la prevalencia real. Además, la mayor parte de los estudios publicados no aplican la fórmula de Rogan, lo que facilita la comparación entre ellos y de nuestros datos con éstos. Finalmente, no hay que olvidar que en determinados cuestionarios de salud mental su proceso de validación ha incluido como prueba de referencia al cuestionario PRIME-MD (461,462), lo que refuerza la validez del instrumento utilizado.

Los estudios realizados en nuestro país mediante el cuestionario PRIME-MD (125,147,150,158,167) han señalado prevalencias de depresión entre el 27,5% (167) y el 44,5% (150), y de ansiedad entre el 15,1% (167) y el 32,2% (158). Nuestros resultados son superponibles, siendo más cercanos a los de Gili M et al. para depresión y a los de Baca et al para ansiedad. Nuestros datos de trastorno somatomorfo no fueron tan elevados como los de Herrero M, que alcanzaron el 67,2% sino más próximos a los de Baca et al (167) y Roca et al. (125), que fueron del 25% y 28,8%, respectivamente.

La interacción entre los distintos factores de riesgo para una gama amplia de trastornos psiquiátricos permanece completamente desconocida. Nuestros datos muestran una variación clara, por sexos, en los índices de los trastornos mentales comunes. La salud mental en las mujeres fue peor, en comparación con la de los hombres de la misma nacionalidad, excepto en las categorías relacionadas con el abuso y/o la dependencia de alcohol. Además, el país de origen fue un factor relacionado. Los hombres españoles destacaron por presentar la menor prevalencia de trastornos mentales, mientras que las mujeres nacidas en Latinoamérica estaban sobrepuestas a todos los trastornos, excepto a los relacionados con el abuso y/o la dependencia de alcohol, donde los hombres latinoamericanos presentaban la mayor prevalencia. Estos datos concuerdan con los hallazgos anteriores (149,352,463). Las mujeres nacidas en Latinoamérica mostraron índices más elevados de trastornos mentales que sus equivalentes nacidas en España. Estos resultados son coherentes con los descubrimientos en otros estudios llevados a cabo en España (149).

Otros de los factores significativamente asociados a los trastornos de salud mental fueron el hecho de tener hijos y el estatus socioeconómico; lo que concuerda con otros estudios (463). Finalmente, se ha establecido la asociación entre la falta de apoyo social y una salud mental pobre, así como el menor apoyo social que reciben los inmigrantes en comparación con los nativos (149,464-466). Nuestros datos confirman estas asociaciones. Al intentar explicar estas asociaciones, varios autores (466) han propuesto que es posible que el apoyo social funcione como amortiguador para las condiciones adversas durante el proceso de inmigración, pero se trata de una asociación controvertida (414).

El sesgo de la selección es la principal limitación en este tipo de estudio. La muestra del estudio no estaba basada en la población, sino que se extrajo de un grupo compuesto por pacientes ambulatorios que visitaron los centros de Atención Primaria. Esto puede no ser representativo de todos los latinoamericanos y residentes en España, ni de la comunidad nacida en España. Otra limitación es que no existieron datos sobre la frecuencia de la asistencia en los centros de atención primaria. Esto puede infraestimar la prevalencia de los trastornos, dada la relación conocida entre los asistidos con frecuencia y la mayor prevalencia de trastornos somatomorfos y depresivos (150). Para evaluar el impacto de un sesgo de selección potencial, comparamos los números de sujetos elegibles excluidos por trastornos psicóticos o bipolares, enfermedades crónicas serias o discapacidades físicas o cognitivas significativas, que eran muy similares en ambas poblaciones. Este estudio no obtuvo datos sobre los episodios psiquiátricos anteriores ni el historial familiar psiquiátrico. Ambos han sido anteriormente identificados como factores de riesgo para los trastornos mentales (170). Los autores consideran que si existe algún sesgo de selección, probablemente es pequeño y no afecta significativamente a los resultados del estudio. Además, este estudio querría destacar que cuenta con un elevado número de participantes femeninas. Esto se debe al hecho de que las mujeres utilizan los servicios de Atención Primaria más frecuentemente que los hombres (389).

Otra limitación es la exclusión de los inmigrantes no latinoamericanos. La razón principal para ello fue que, de acuerdo con las estadísticas obtenidas a partir del Ministerio del Interior de España, la mayoría de inmigrantes en el área del noreste de Madrid son latinoamericanos, de manera que, en general, la muestra era representativa de la población en estudio. El hecho de incluir únicamente inmigrantes latinoamericanos aseguró que todos los participantes en el estudio contaban con la comprensión necesaria de la lengua castellana. Sin embargo, no todos los grupos nacidos en el extranjero se ven representados en este estudio. El diseño transversal de este estudio limita la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables. Finalmente, no es posible generalizar estos resultados y extrapolarlos a otras ciudades, a otros grupos de personas nacidas en distintos países extranjeros ni a muestras basadas en comunidades, por lo que se requiere profundizar en esta investigación.

A pesar de las limitaciones referidas, concluimos que existe una elevada prevalencia de los trastornos mentales comunes entre individuos latinoamericanos y residentes en España, en comparación con los residentes españoles. Asimismo, existe una clara variación en los índices de trastornos mentales comunes según el sexo: las mujeres presentaron una salud mental peor que los hombres de la misma nacionalidad, excepto en las categorías relacionadas con el abuso y/o la dependencia de alcohol.

CONCLUSIONES

- ❖ El Apoyo Social global en la población autóctona es mayor que la percibida por los inmigrantes residentes en la zona noreste del área metropolitana urbana de Madrid, constituida por una mayoría de inmigrantes Latinoamericanos. Las cuatro dimensiones de Apoyo Social (Emocional, Instrumental, Interacción social y afectivo) son igualmente mejor percibidas por los autóctonos que por los inmigrantes.
- ❖ Los españoles presentan un estado de salud autoinformado mejor (bueno, muy bueno o excelente) que los latinoamericanos.
- ❖ Los factores asociados con un estado de salud autoinformado positivo son: ser hombre, edad inferior a los 34 años, español, con ingresos mensuales superiores a los 1.000 euros, con un apoyo social elevado y sin padecer estrés.
- ❖ Al incluir la variable duración de la residencia en España (siempre, <5 años y >=5 años) se confirman los resultados anteriores, con valores similares de RP para las variables, mostrando que el estado de salud autoinformado en los españoles es similar al de los latinoamericanos que han residido en España durante menos de 5 años. Además, estos datos demuestran que haber nacido en Latinoamérica y vivido en España durante 5 años o más, se asocia a un peor estado de salud autopercibido.
- ❖ La prevalencia de uno o más trastornos mentales comunes fue elevada en la muestra total, hasta el punto de estar afectado uno de cada dos participantes.
 - La prevalencia de uno o más trastornos mentales comunes fue más elevada que la encontrada en registros de historias clínicas de la Comunidad de Madrid, lo que parece indicar un infradiagnóstico o un subregistro.
- ❖ La Prevalencia de trastornos mentales comunes entre los inmigrantes latinoamericanos fue superior que la de los participantes españoles para las siguientes rúbricas diagnósticas:
 - Cualquier trastorno mental común
 - Cualquier trastorno del estado de ánimo
 - Cualquier trastorno de ansiedad
 - Trastorno somatomorfo
 - Trastorno por consumo de alcohol
- ❖ Los participantes españoles mostraron mayor Prevalencia que los inmigrantes latinoamericanos en las siguientes rúbricas diagnósticas:
 - Recurrencia de trastornos depresivos mayores
 - Trastorno distímico
 - Trastorno bipolar
 - Ansiedad debida a un trastorno físico
 - Trastornos de la conducta alimentaria

- Trastorno alimentarios por atracones
- ❖ Con independencia del lugar de origen, las mujeres con respecto a los hombres mostraron significativamente mayor Prevalencia de las siguientes rúbricas diagnósticas:
 - Cualquier tipo de trastorno mental común
 - Trastornos del estado de ánimo
 - Ansiedad
 - Trastornos de la conducta alimentaria
 - Trastornos somatomorfos
- ❖ En los inmigrantes latinoamericanos, las mujeres con respecto a los hombres mostraron significativamente mayor Prevalencia de las siguientes rúbricas diagnósticas:
 - Cualquier tipo de trastorno mental común
 - Trastornos del estado de ánimo
 - Trastornos de la conducta alimentaria
 - Trastornos somatomorfos
- ❖ Para los hombres, los dos grupos de latinoamericanos (con menos de 5 años de residencia y con 5 o más años) mostraron prevalencias significativamente superiores para cualquier trastorno mental común y para el trastorno de abusodependencia de alcohol, que los hombres españoles.
- ❖ Para las mujeres, los dos grupos de latinoamericanas (con menos de 5 años de residencia y con 5 o más años) presentaron prevalencias significativamente superiores para cualquier trastorno mental común y el trastorno somatomorfo que las mujeres españolas.
- ❖ Las mujeres latinoamericanas con 5 o más años de residencia en España mostraron una Prevalencia significativamente superior de trastorno de ansiedad que las mujeres españolas.
- ❖ Las variables que explican una asociación mayor y significativa con los distintos trastornos mentales comunes fueron:
 - País de origen (ser latinoamericano)
 - Ingresos mensuales inferiores a 1.000 euros
 - Apoyo social bajo-normal
 - Sexo femenino
- ❖ La elevada Prevalencia de trastornos mentales comunes en la población inmigrante latinoamericana no parece ser una patología importada, dado que las prevalencias informadas de dichas patologías en Latinoamérica son sensiblemente más bajas.

- ❖ Nuestros datos no apoyan la hipótesis del inmigrante saludable a la llegada, al no encontrar diferencias significativas en las prevalencias de trastornos mentales entre los inmigrantes recientes y los que llevan 5 o más años en España.
- ❖ Existen pocas probabilidades de que el cuestionario PRIME-MD haya considerado erróneamente como depresión (falso positivo) a los inmigrantes que padecieran el “Síndrome de Ulises”, dado que sus principales síntomas (tristeza y llanto) no son suficientes para cumplir los criterios del DSM-IV para los cuales el cuestionario PRIME-MD ha mostrado una sensibilidad del 92% y una especificidad del 78% (Spitzer et al., 1994).

BIBLIOGRAFÍA

1. cifine_cen01.pdf (objeto application/pdf) [Internet]. [citado 20 de julio de 2012]. Recuperado a partir de: http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifine_cen01.pdf
2. INMIGRACIONYECONOMIAESPANOLA15noviembre.pdf (objeto application/pdf) [Internet]. [citado 20 de julio de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/2D479DCC-2BAC-44D7-88A5-A3A8550842B2/78630/INMIGRACIONYECONOMIAESPA%C3%91OLA15noviembre.pdf>
3. Moreno Fuentes FJ, Bruquetas Callejo M. Inmigración y estado de bienestar en España. Barcelona: Obra Social la Caixa; 2011.
4. 1julio2007.pdf (objeto application/pdf) [Internet]. [citado 20 de julio de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/UDCEstadistica/Nuevaweb/Publicaciones/Extranjeros/julio2007/1julio2007.pdf>
5. 0109.pdf (objeto application/pdf) [Internet]. [citado 20 de julio de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0109.pdf>
6. eni07_informe.pdf (objeto application/pdf) [Internet]. [citado 20 de julio de 2012]. Recuperado a partir de: http://www.ine.es/daco/daco42/inmigrantes/informe/eni07_informe.pdf
7. García-Campayo J, Sanz Carrillo C. [Mental health in immigrants: the new challenge]. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(5):187-91.
8. Achotegui J. La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural. Barcelona: Mayo; 2002.
9. Martínez Moneo M, Martínez Larrea A. Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet]. 2006 [citado 16 de febrero de 2013];29. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Achotegui J. Los duelos de la migración. *JANO, Psiquiatría y Humanidades*. 2000;2(1):15-9.
11. Tizón García JL. Migraciones y salud mental : un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya. Barcelona: PPU; 1993.
12. Cox JL. Aspects of transcultural psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1977;130:211-21.
13. De la Revilla L, de los Ríos Álvarez AM, de Dios Luna del Castillo J, Gómez García M, Valverde Morillas C, López Torres G. Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a las consultas de atención primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. *Atención Primaria* [Internet]. marzo de 2011 [citado 31 de enero de 2013]; Recuperado a partir de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656711000485>
14. Lysgaard. Adjustment in a foreign society: Norwegian Fulbright grantees visiting the United States. *International Social Science Bulletin*. 1955;7:45-51.
15. Oberg. Cultural shock: adjustment to new cultural environments. *Practical Anthropology*. 1960;7:177-82.

16. Saunders JM BP. Transcultural nursing: a book of readings. Englewood Cliffs: Prentice Hill; 1976.
17. Ward C, Bochner S, Furnham A. The Psychology of Culture Shock. 2.^a ed. London: Routledge; 2001.
18. Igartua JJ. Medios de comunicación, inmigración y sociedad. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2007.
19. Hurh WM, Kim KC. Adaptation Stages and Mental Health of Korean Male Immigrants in the United States. *Int Migr Rev.* 1990;24(3):456-79.
20. Ward C SW. The prediction of psychological and sociocultural adjustment during cross-cultural transitions. *Int J Interc Rel.* 1990;14(4):449-64.
21. Chang WC WC. Cultural fit: a new perspective on personality and sojourner adjustment. *Int J Interc Rel.* 1997;21(4):525-33.
22. Ward C, Okura Y, Kennedy A, Kojima T. The U-Curve on trial: a longitudinal study of psychological and sociocultural adjustment during Cross-Cultural transition. *International Journal of Intercultural Relations.* 1998;22(3):277-91.
23. Ward C, Kennedy A. The measurement of sociocultural adaptation. *International Journal of Intercultural Relations.* 1999;23(4):659-77.
24. Ward C, Masgoret A-M. Attitudes toward Immigrants, Immigration, and Multiculturalism in New Zealand: A Social Psychological Analysis. *International Migration Review.* 2008;42(1):227-48.
25. Ward C, Kennedy A. Crossing cultures: the relationship between psychological and sociocultural dimensions of cross-cultural adjustment. *Asian contributions to cross-cultural psychology.* Pandey J, Sinha D, Bawhuk DPS. New Delhi; Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 1996.
26. Zlobina A, Basabe N, Páez D. Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural. *Migraciones.* 2004;15:43-84.
27. Basabe N. Diferencias culturales y comunicación: integración socio-cultural de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco. *Medios de comunicación, inmigración y sociedad.* Igartua JJ, Muñiz C. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2007.
28. Soriano RM, Santos C. El perfil social de la mujer inmigrante marroquí en España y su incidencia en la relación intercultural. *Papeles de Geografía.* 2002;36:171-84.
29. Martínez-Taboada C, Arnosó A, Elgorriaga E. Estudio del choque psicosocial de la población inmigrada en Donostia. Donostia-San Sebastián: Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián; 2006.
30. Smith PB, Bond MH. *Social Psychology across cultures.* New York: Harvewter & Wheatsheaf; 1993.
31. Berry JW. Conceptual approaches to acculturation. En: Chun KM, Balls Organista P, Marín G, editores. *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research.* [Internet]. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2003 [citado 22 de julio de 2012]. p. 17-37. Recuperado a partir de: <http://content.apa.org/books/10472-004>

32. Berry JW, Sam DL. Acculturation and adaptation. Handbook of cross-cultural psychology. Berry JW, Segall MH, Kagitcibasi C. Boston: Allyn and Bacon; 1997. p. 296-321.
33. LaFromboise T, Coleman HL, Gerton J. Psychological impact of biculturalism: evidence and theory. *Psychol Bull.* 1993;114(3):395-412.
34. Sabatier C, Berry JW. Inmigración y aculturación. Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupo. Bourhis RY, Leyens JP. Madrid: McGraw-Hill; 1996. p. 217-40.
35. Gordon MM. Assimilation in American life. New York: Oxford University; 1964.
36. Castellá J. Estudios actuales sobre aculturación en latinos: revisión y nuevas perspectivas. *Revista Interamericana de Psicología.* 2003;37(2):341-64.
37. Berry JW, Kim U, Power S, Young M, Bujaki M. Acculturation attitudes in plural societies. *Applied Psychology.* 1989;32(2):185-206.
38. Piontkowski U, Florack A, Hoelker P, Obdržálek P. Predicting acculturation attitudes of dominant and non-dominant groups. *International Journal of Intercultural Relations.* 2000;24(1):1-26.
39. Berry JW, Kim U. Acculturation and mental health. Health and cross-cultural psychology: Towards applications. Dasen P, Berry JW, Sartorius N. London: Sage; 1988. p. 207-36.
40. Navas M, Pumares P, Sánchez J, García C, Rojas AJ, Cuadrado I, et al. Estrategias y actitudes de aculturación: la perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería. Sevilla: Junta de Andalucía; 2004.
41. Berry JW. The role of psychology in ethnic studies. *Canadian Ethnic Studies.* 1990;22(1):8-21.
42. Bourhis RY, Moise LC, Perreault S, Senecal S. Towards an interactive acculturation model: a social psychological approach. *International Journal of Psychology.* 1997;32(6):369-86.
43. Ward C, Bochner S, Furnham A. The psychology of culture shock. London: Routledge; 2001.
44. Abraído-Lanza AF, Armbrister AN, Flórez KR, Aguirre AN. Toward a theory-driven model of acculturation in public health research. *Am J Public Health.* 2006;96(8):1342-6.
45. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
46. Levi L, Andersson L, Jasso R. La tensión psicosocial : población, ambiente y calidad de la vida. México: El Manual Moderno; 1980.
47. Schalock RL, American Association on Mental Retardation. Quality of life. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation; 1996.
48. Veenhoven R. Questions on happiness: Classical topics, modern answers, blind spots. Subjective well-being: An interdisciplinary perspective. Strack F, Argyle M, Schwarz N. Oxford, England: Pergamon Press; 1991. p. 7-26.
49. Schalock RL, Verdugo Alonso MÁ, Jenaro C. Calidad de vida : manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza; 2003.

50. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2003;35(2):161-4.
51. Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Christoph P. Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67(3):320-31.
52. Moreno B, Ximénez C. Evaluación de la calidad de vida. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Buela-Casal G, Caballo V, Sierra JC. Madrid: Siglo XXI; 1996. p. 1045-70.
53. Reig-Ferrer A. Quality of Life. *Encyclopedia of Psychological Assessment*. London: Sage; 2003. p. 800-6.
54. Ruiz MA, Pardo A. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics Spa Res Art*. 2005;2(1):31-43.
55. Guyatt GH, Veldhuyzen Van Zanten SJ, Feeny DH, Patrick DL. Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *CMAJ*. 1989;140(12):1441-8.
56. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
57. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993;31(3):247-63.
58. Alonso J, Prieto L, Antó JM. [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]. *Med Clin (Barc)*. 1995;104(20):771-6.
59. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34(3):220-33.
60. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy*. 1996;37(1):53-72.
61. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. [The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale]. *Med Clin (Barc)*. 1999;112 Suppl 1:79-85.
62. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med A*. 1981;15(3 Pt 1):221-9.
63. Alonso J, Anto JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health*. 1990;80(6):704-8.
64. McGee DL, Liao Y, Cao G, Cooper RS. Self-reported health status and mortality in a multiethnic US cohort. *Am. J. Epidemiol*. 1999;149(1):41-6.
65. Rodríguez Alvarez E, Lanborena Elordui N, Pereda Riguera C, Rodríguez Rodríguez A. [Impact in the utilisation of the health services of socio-demographic variables, life-style and self-rated health by immigrant groups living in the Basque Country, Spain]. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2008;82(2):209-20.

66. Patrick DL, Bergner M. Measurement of health status in the 1990s. *Annu Rev Public Health*. 1990;11:165-83.
67. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann. Intern. Med.* 1993;118(8):622-9.
68. Badia X, Alonso J. [Adaptation of a measure of dysfunction-related illness: the Spanish version of Sickness Impact Profile]. *Med Clin (Barc)*. 1994;102(3):90-5.
69. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res*. 1994;3(6):385-93.
70. Badia X, Fernández C, Segura A. Influence of socio-demographic and health status variables on evaluation of health states in a Spanish population. *Eur J Public Health*. 1995;5(2):87-93.
71. Lin N, Dean A, Ensel WM. Social support, life events, and depression. New York: Academic Press; 1986.
72. Llorca G, Díez MA, del Valle CHC, Asensio ML. Intervención en pacientes oncológicos. *Manual de Psicooncología*. García-Camba E. Madrid: Aula Médica; 1999. p. 231-58.
73. Rowland JH. Interpersonal resources: social support. *Handbook of Psychooncology*. J. C. Holland & J. H. Rowland. New York: Oxford University Press; 1989. p. 58-71.
74. Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychol*. 1996;15(2):135-48.
75. Bottomley A, Jones L. Social support and the cancer patient--a need for clarity. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1997;6(1):72-7.
76. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988;241(4865):540-5.
77. Barnett PA, Gotlib IH. Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychol Bull*. 1988;104(1):97-126.
78. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*. 1985;98(2):310-57.
79. Holahan CJ, Moos RH. Social support and psychological distress: a longitudinal analysis. *J Abnorm Psychol*. 1981;90(4):365-70.
80. Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1994;377:50-8.
81. Peirce RS, Frone MR, Russell M, Cooper ML, Mudar P. A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychol*. 2000;19(1):28-38.
82. Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ. Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study). *Psychol Med*. 1998;28(4):881-92.

83. Tol WA, Barbui C, Galappatti A, Silove D, Betancourt TS, Souza R, et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet*. 2011;378(9802):1581-91.
84. Dolbier CL, Steinhardt MA. The development and validation of the Sense of Support Scale. *Behav Med*. 2000;25(4):169-79.
85. Cohen S, McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Handbook of psychology and health*. Baum A, Taylor SE & Singer JE. NJ: Lawrence Erlbaum; 1984. p. 253-67.
86. Cohen S, Hoberman H. Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*. 1983;13:99-125.
87. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behav*. 1982;23(2):145-59.
88. Messeri P, Silverstein M, Litwak E. Choosing optimal support groups: a review and reformulation. *J Health Soc Behav*. 1993;34(2):122-37.
89. Barrón A, Chacón F. Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones psicológicas*. 1990;8:197-206.
90. Herrero J, Musitu G. Apoyo social, estrés y depresión: un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*. 1998;13:195-203.
91. Sánchez Moreno E. Collectivize social support? Elements for reconsidering the social dimension in the study of social support. *Span J Psychol*. 2004;7(2):124-34.
92. Cassel J. Psychosocial processes and «stress»: theoretical formulation. *Int J Health Serv*. 1974;4(3):471-82.
93. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *Am. J. Epidemiol*. 1976;104(2):107-23.
94. Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976;38(5):300-14.
95. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *J Behav Med*. 1981;4(4):381-406.
96. Loscocco KA, Spitze G. Working conditions, social support, and the well-being of female and male factory workers. *J Health Soc Behav*. 1990;31(4):313-27.
97. Garrido A, Alvaro JL. Apoyo social y salud mental: hipótesis de amortiguación versus hipótesis de los efectos directos. *Psicología comunitaria*. Martínez MF. Madrid: Eudema; 1993. p. 187-94.
98. Luo Lu, Hsieh YH. Demographic Variables, Control, Stress, Support and Health among the Elderly. *J Health Psychol*. 1997;2(1):97-106.
99. Lin N, Woelfel MW, Light SC. The buffering effect of social support subsequent to an important life event. *J Health Soc Behav*. 1985;26(3):247-63.

100. Cutrona CE. Behavioral manifestations of social support: a microanalytic investigation. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51(1):201-8.
101. Lakey B, Heller K. Social support from a friend, perceived support, and social problem solving. *American Journal of Community Psychology.* 1988;16:811-24.
102. Gore S, Aseltine RH. Protective processes in adolescence: Matching stressors with social resources. *American Journal of Community Mental Health.* 1995;23:301-27.
103. EXPERT committee on mental health; report on the second session, Geneva, 11-16 September 1950. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 1951;31:1-49.
104. INTERNATIONAL congress on mental health, London, August, 1948. *Psychiatry.* 1948;11(3):235-61.
105. Brundtland GH. From the World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. *JAMA.* 2001;286(19):2391.
106. OMS | ¿Qué es la salud mental? [Internet]. [citado 5 de agosto de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>
107. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet.* 2007;370(9590):859-77.
108. Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry.* 2004;184:386-92.
109. Ortuño Sánchez-Pedreño F, Martín Lanás R. Lecciones de psiquiatría. Buenos Aires [etc.]: Médica Panamericana; 2010.
110. World Health Organization. World Health Organization, 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.
111. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
112. Gelder M, Mayou R, Geddes J. Oxford Psiquiatría. 2ª ed. Madrid: Marban; 2000.
113. Reed GM, Correia JM, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry.* 2011;10:118-31.
114. Figueroa A, Baras L, Soutullo C. Trastornos del humor: trastorno depresivo y trastorno bipolar. Lecciones de Psiquiatría. Ortuño F. Madrid: Médica Panamericana S.A.; 2010. p. 136-9.
115. Escamilla Canales I. Trastornos de ansiedad (I). Trastorno de ansiedad generalizado. Trastorno de pánico. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado.* 2011;10(85):5725-33.
116. Katon WJ. Clinical practice. Panic disorder. *N. Engl. J. Med.* 2006;354(22):2360-7.

117. Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. Chronicity, relapse, and illness--course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depress Anxiety*. 2003;17(3):173-9.
118. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005;365(9458):519-30.
119. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe 2009 del Observatorio Español sobre drogas (OED). Encuesta domiciliaria sobre el alcohol y drogas en España (EDADES). Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
120. Caballero L, Caballero F. Trastornos somatomorfos, síndromes y síntomas somáticos funcionales y trastornos disociativos. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Vázquez-Barquero JL. Madrid: GRUPO Aula Médica; 1998. p. 293-316.
121. Üstun TB, Sartorius N. The background and rationale of the WHO collaborative study on psychological problems in General Health Care. *Mental illness in general Health Care, an International study*. TB Üstun, N Sartorius. UK: John Wiley & Sons; 1995.
122. Díaz-Cruz F, Bethencourt JM, Peñate W. Prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004;(90):21-39.
123. Gili M, Ferrer V, Roca M. Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicotherma*. 2000;12(1):131-5.
124. Rajmil L, Gispert Magarolas R, Roset Gamisans M, Muñoz Rodríguez PE, Segura Benedicto A. [Prevalence of mental disorders in the general population of Catalonia. Team of the Health Survey of Catalonia]. *Gac Sanit*. 1998;12(4):153-9.
125. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009;119(1-3):52-8.
126. Grandes G, Montoya I, Arietaleanizbeaskoa MS, Arce V, Sanchez A. The burden of mental disorders in primary care. *Eur. Psychiatry*. 2011;26(7):428-35.
127. Aragonès E, Piñol JL, Labad A. [Comorbidity of major depression with other common mental disorders in primary care patients]. *Aten Primaria*. 2009;41(10):545-51.
128. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445-51.
129. Campos R, García-Campayo J, Pérez Echeverría MJ, Lobo A. Prevalencia de la depresión en Atención Primaria. *Monografías de Psiquiatría*. 1997. p. 18-26.
130. Padierna Acero J, Gastain Sáenz F, Díaz López P, Etxebeste Antón A. La morbilidad psiquiátrica en atención primaria: detección y derivación por el médico de familia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1988;7:21-9.
131. Palancar JL, Arbesú JA. Síntomas depresivos y somáticos en Atención Primaria. *SEMERGEN*. 2007;33:505-8.
132. López-Torres Hidalgo J, Escobar F, Fernández C, González C, Urbistondo L, Requeza M. [Mental disorders and the utilization of the general medicine consultation]. *Aten Primaria*. 1992;10(3):665-70.

133. Barreto Ramón P, Corral Mata ME, Muñoz López J, Boncompte Vilanova MP, Sebastián Gallego R, Solà Gonfaus M. [Physician's perception of mental malaise in a basic health district]. *Aten Primaria*. 1998;22(8):491-6.
134. Martínez Alvarez JM, Marijuán Arcocha L, Retolaza Balsategui A, Duque Valencia A, Cascán Martín JM. [A psychiatric morbidity study of the population attending the Basauri Health Center]. *Aten Primaria*. 1993;11(3):127-32.
135. Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña C, Aldama J, Samaniego Rodríguez C, Menéndez Arango J, et al. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med*. 1987;17(1):227-41.
136. Tresserras-Gaju R, Medina-Bustos A, Mompert-Penina A, Molina-Parrilla C, Jordà-Sampietro E. [Individual and population-based risk in mental health in Catalonia, Spain]. *Med Clin (Barc)*. 2011;137 Suppl 2:16-21.
137. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(2):201-10.
138. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health*. 2004;94(1):82-8.
139. Gutiérrez-Fraile M, García-Calvo C, Prieto R, Gutiérrez-Garitano I. [Mental disorders in psychiatric outpatients in Spain]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(6):349-55.
140. Roca-Bennasar M, Gili-Planas M, Ferrer-Pérez V, Bernardo-Arroyo M. Mental disorders and medical conditions. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001;50(1):39-44.
141. Vázquez FL, Torres A, Otero P. Gender-based violence and mental disorders in female college students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(10):1657-67.
142. Chocrón Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L. [Prevalence of psychopathology at a primary care center]. *Aten Primaria*. 1995;16(10):586-90, 592-3.
143. Martín Pérez C, Pedrosa García R, Herrero Martín JJ, Luna del Castillo J de D, Ramírez García P, Sáez García JM. [Prevalence of psychiatric pathology at a rural health centre]. *Aten Primaria*. 2003;31(1):39-46.
144. Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M, Pelegrín C, Calvo JM, et al. Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(9):915-21.
145. Esteban-Vasallo MD, Domínguez-Berjón MF, Astray-Mochales J, Gènova-Maleras R, Pérez-Sania A, Sánchez-Perruca L, et al. [Prevalence of diagnosed chronic disorders in the immigrant and native population]. *Gac Sanit*. 2009;23(6):548-52.
146. Moré MA, Jiménez MA, Muñoz PE, Muñoz A, Zufía J. [Preliminary study aimed at the construction of a questionnaire for referral from primary care to mental health services]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(4):210-7.

147. Baca E, Saiz J, Agüera L, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos J, et al. [Validation of the Spanish version of PRIME-MD: a procedure for diagnosing mental disorders in primary care]. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999;27(6):375-83.
148. Mateo Fernández R, Rupérez Cordero O, Hernando Blázquez MA, Delgado Nicolás MA, Sánchez González R. [The consumption of psychoactive drugs in primary care]. *Aten Primaria*. 1997;19(1):47-50.
149. Del Amo J, Jarrín I, García-Fulgueiras A, Ibáñez-Rojo V, Alvarez D, Rodríguez-Arenas MA, et al. Mental health in Ecuadorian migrants from a population-based survey: the importance of social determinants and gender roles. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(11):1143-52.
150. Gili M, Luciano JV, Serrano MJ, Jiménez R, Bauza N, Roca M. Mental disorders among frequent attenders in primary care: a comparison with routine attenders. *J. Nerv. Ment. Dis*. 2011;199(10):744-9.
151. Cortés JA, Peñalver C, Alonso J, Arroyo A, González L. [The prevalence of mental illness in primary care and its relation to the degree of consultation frequency]. *Aten Primaria*. 1993;11(9):459-60, 462-3.
152. Limón Mora J. [Mental morbidity in a general medical practice]. *Aten Primaria*. 1990;7(2):88-93.
153. Báez K, Aiarzaguena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. *Br J Gen Pract*. 1998;48(437):1824-7.
154. Lobo A, Garcia-Campayo J, Campos R, Marcos G, Perez-Echeverria MJ. Somatisation in primary care in Spain: I. Estimates of prevalence and clinical characteristics. Working Group for the Study of the Psychiatric and Psychosomatic Morbidity in Zaragoza. *Br J Psychiatry*. 1996;168(3):344-8.
155. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De-la -Cámara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population. The Zaragoza study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1995;52(6):497-506.
156. Alonso J, Lépine J-P. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 2:3-9.
157. Pertíñez Mena J, Viladàs Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Solé M. [Descriptive study of mental disorders in ethnic minorities residing in an urban area of Barcelona]. *Aten Primaria*. 2002;29(1):6-13.
158. Herrero M, González E, Valverde T, Caballero L. [Utilization of the questionnaire PrimeMD for the detection of mental disorders among Latin American and Spanish native speaker immigrant women]. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(18):716-7.
159. Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Nacional de Salud. 2006.
160. Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. [Prevalence of mental health problems and their association with socioeconomic, work and health variables: Findings from the Spain National Health Survey]. *Psicothema*. 2010;22(3):389-95.

161. SaludMental2009-2013.pdf (objeto application/pdf) [Internet]. [citado 6 de agosto de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
162. Goldberg D, Gournay K. *The General Practitioner, the Psychiatrist and the Burden of Mental Health Care*. Maudsley Discussion Paper Number 1. London: Institute of Psychiatry; 1997.
163. 243.pdf (objeto application/pdf) [Internet]. [citado 7 de agosto de 2012]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/mental_health/media/en/243.pdf
164. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*. 2005;330(7495):839-42.
165. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frosthholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med*. 2005;35(8):1175-84.
166. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2004;78(1):49-55.
167. Baca Baldomero E, Sáiz Ruiz J, Agüera Ortiz LF, Caballero Martínez L, Fernández-Liria A, Ramos Brieva JA, et al. [Prevalence of psychiatric disorders in primary care using the PRIME-MD questionnaire]. *Aten Primaria*. 1999;23(5):275-9.
168. Baca Baldomero E, Sáiz Ruiz J, Porrás Chavarino A. [The detection of mental disorders by physicians who are not psychiatrists: usefulness of the PRIME-MD questionnaire]. *Med Clin (Barc)*. 2001;116(13):504-9.
169. King M, Weich S, Torres-González F, Svab I, Maarros H-I, Neeleman J, et al. Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. *BMC Public Health*. 2006;6:6.
170. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry*. 2008;192(5):362-7.
171. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2001;179:308-16.
172. Henkel V, Mergl R, Coyne JC, Kohnen R, Allgaier A-K, Rühl E, et al. Depression with atypical features in a sample of primary care outpatients: prevalence, specific characteristics and consequences. *J Affect Disord*. 2004;83(2-3):237-42.
173. Jacobi F, Wittchen H-U, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, et al. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*. 2004;34(4):597-611.
174. Carter RM, Wittchen HU, Pfister H, Kessler RC. One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depress Anxiety*. 2001;13(2):78-88.

175. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorders including nicotine dependence in the general population: results from the northern German TACOS study. *Neur Broil Psychiatr.* 2001;9:75-80.
176. Helmchen H, Linden M, Wernicke T. [Psychiatric morbidity in the oldest old. Results of the Berlin Aging Study]. *Nervenarzt.* 1996;67(9):739-50.
177. Schaub RT, Linden M. Anxiety and anxiety disorders in the old and very old--results from the Berlin Aging Study (BASE). *Compr Psychiatry.* 2000;41(2 Suppl 1):48-54.
178. Pieper L, Schulz H, Klotsche J, Eichler T, Wittchen H-U. [Depression as a comorbid disorder in primary care]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2008;51(4):411-21.
179. Hoyer J, Becker ES, Neumer S, Soeder U, Margraf J. Screening for anxiety in an epidemiological sample: predictive accuracy of questionnaires. *Journal of Anxiety Disorders.* 2002;16(2):113-34.
180. Becker ES, Margraf J, Türke V, Soeder U, Neumer S. Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 2001;25 Suppl 1:S5-9.
181. Backenstrass M, Frank A, Joest K, Hingmann S, Mundt C, Kronmüller K-T. A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Compr Psychiatry.* 2006;47(1):35-41.
182. Heun R, Papassotiropoulos A, Ptok U. Subthreshold depressive and anxiety disorders in the elderly. *Eur. Psychiatry.* 2000;15(3):173-82.
183. Achberger M, Linden M, Benkert O. Psychological distress and psychiatric disorders in primary health care patients in East and West Germany 1 year after the fall of the Berlin Wall. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999;34(4):195-201.
184. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med.* 1998;28(1):109-26.
185. Fichter MM, Meller I, Schröppel H, Steinkirchner R. Dementia and cognitive impairment in the oldest old in the community. Prevalence and comorbidity. *Br J Psychiatry.* 1995;166(5):621-9.
186. Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1992;241(4):247-58.
187. Baruffol E, Thilmany MC. Anxiety, depression, somatization and alcohol abuse. Prevalence rates in a general Belgian community sample. *Acta Psychiatr Belg.* 1993;93(3):136-53.
188. Ansseau M, Fischler B, Dierick M, Mignon A, Leyman S. Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *Eur. Psychiatry.* 2005;20(3):229-35.
189. Broers T, Hodgetts G, Batić-Mujanović O, Petrović V, Hasanagić M, Godwin M. Prevalence of mental and social disorders in adults attending primary care centers in Bosnia and Herzegovina. *Croat. Med. J.* 2006;47(3):478-84.

190. Christensen KS, Sokolowski I, Olesen F. Case-finding and risk-group screening for depression in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2011;29(2):80-4.
191. Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(2):96-103.
192. Rifel J, Svab I, Ster MP, Pavlic DR, King M, Nazareth I. Impact of demographic factors on recognition of persons with depression and anxiety in primary care in Slovenia. *BMC Psychiatry*. 2008;8:96.
193. Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, et al. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population--results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(1):1-10.
194. Lindeman S, Hämäläinen J, Isometsä E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen M, et al. The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(3):178-84.
195. Päivärinta A, Verkkoniemi A, Niinistö L, Kivelä SL, Sulkava R. The prevalence and associates of depressive disorders in the oldest-old Finns. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(7):352-9.
196. Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J, et al. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;81(5):418-25.
197. Pahkala K, Kesti E, Köngäs-Saviaro P, Laippala P, Kivelä SL. Prevalence of depression in an aged population in Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1995;30(3):99-106.
198. Kivelä SL, Pahkala K, Laippala P. Prevalence of depression in an elderly population in Finland. *Acta Psychiatr Scand*. 1988;78(4):401-13.
199. Lehtinen V, Joukamaa M, Karlsson H, Rouhe E. Agreement on diagnoses of mental disorder in the primary health care of Turku, Finland. *Eur. Psychiatry*. 1995;10(1):11-6.
200. Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Psychiatric morbidity among frequent attender patients in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995;17(1):19-25.
201. Dubois-Fabing D, Pichon P, Arnevielle A, Sussillon M-P, Caron B, Saillard F, et al. [Mental health, vulnerability and general practice: a study of non-profit health centers in Grenoble]. *Sante Publique*. 2011;23 Suppl 6:S97-111.
202. Norton J, David M, de Roquefeuil G, Boulenger J-P, Car J, Ritchie K, et al. Frequent attendance in family practice and common mental disorders in an open access health care system. *J Psychosom Res*. 2012;72(6):413-8.
203. Norton J, De Roquefeuil G, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A, Tylee A. Use of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire for estimating the prevalence of psychiatric disorders in French primary care: comparison with family practitioner estimates and relationship to psychotropic medication use. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(4):285-93.
204. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin M-L, Mann A, Dupuy A-M, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry*. 2004;184:147-52.

205. Carta MG, Kovess V, Hardoy MC, Morosini P, Murgia S, Carpiniello B. Psychiatric disorders in Sardinian immigrants to Paris: a comparison with Parisians and Sardinians resident in Sardinia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(3):112-7.
206. Mavreas VG, Beis A, Mouyias A, Rigoni F, Lyketsos GC. Prevalence of psychiatric disorders in Athens. A community study. *Soc Psychiatry.* 1986;21(4):172-81.
207. Lynge I, Munk-Jørgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *Int J Circumpolar Health.* 2004;63 Suppl 2:377-83.
208. Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, van Balkom AJ, Smit JH, de Beurs E, et al. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1998;13(10):717-26.
209. Smalbrugge M, Pot AM, Jongenelis K, Beekman ATF, Eefsting JA. Prevalence and correlates of anxiety among nursing home patients. *J Affect Disord.* 2005;88(2):145-53.
210. Schoevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH, Hooijer C, Jonker C, van Tilburg W. The natural history of late-life depression: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Affect Disord.* 2003;76(1-3):5-14.
211. Schoevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH, Jonker C, van Tilburg W. Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003;18(11):994-1001.
212. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33(12):587-95.
213. De Graaf R, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(2):203-13.
214. Rihmer Z, Szádóczy E, Füredi J, Kiss K, Papp Z. Anxiety disorders comorbidity in bipolar I, bipolar II and unipolar major depression: results from a population-based study in Hungary. *J Affect Disord.* 2001;67(1-3):175-9.
215. Szádóczy E, Rihmer Z, Papp Z, Füredi J. The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary. *J Affect Disord.* 1997;43(3):239-44.
216. Szádóczy E, Papp Z s, Vitrai J, Rihmer Z, Füredi J. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord.* 1998;50(2-3):153-62.
217. Szádóczy E, Papp Z, Vitrai J, Füredi J. [Prevalence of mood and anxiety disorders in the Hungarian adult population]. *Orv Hetil.* 2000;141(1):17-22.
218. McConnell P, Bebbington P, McClelland R, Gillespie K, Houghton S. Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland. Population study in the District of Derry. *Br J Psychiatry.* 2002;181:214-9.

219. Kirby M, Bruce I, Radic A, Coakley D, Lawlor BA. Mental disorders among the community-dwelling elderly in Dublin. *Br J Psychiatry*. 1997;171:369-72.
220. Stefánsson JG, Línal E. [The prevalence of mental disorders in the Greater-Reykjavik area]. *Laeknabladid*. 2009;95(9):559-64.
221. Línal E, Stefánsson JG. The lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimated by the US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;88(1):29-34.
222. Stefánsson JG, Línal E, Björnsson JK, Guomundsdottir A. Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland in 1931. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;84(2):142-9.
223. Battaglia A, Dubini A, Mannheimer R, Pancheri P. Depression in the Italian community: epidemiology and socio-economic implications. *Int Clin Psychopharmacol*. 2004;19(3):135-42.
224. Ferrara M, Meloni D, Caira D, Magherini F, Maglietta M, Baldasseroni A. [Common mental disorders in primary care: prevalence and determinants of a general health questionnaire as a screening tool]. *Epidemiol Prev*. 2004;28(6):338-45.
225. Dubini A, Mannheimer R, Pancheri P. Depression in the community: results of the first Italian survey. *Int Clin Psychopharmacol*. 2001;16(1):49-53.
226. De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, et al. Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(11):853-61.
227. Faravelli C, Guerrini Degl'Innocenti B, Giardinelli L. Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79(4):308-12.
228. Faravelli C, Guerrini Degl'Innocenti B, Aiazzi L, Incerpi G, Pallanti S. Epidemiology of mood disorders: a community survey in Florence. *J Affect Disord*. 1990;20(2):135-41.
229. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'Adamo D, et al. The Sesto Fiorentino study: point and one-year prevalences of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychother Psychosom*. 2004;73(4):226-34.
230. Salaffi F, Cavalieri F, Nolli M, Ferraccioli G. Analysis of disability in knee osteoarthritis. Relationship with age and psychological variables but not with radiographic score. *J Rheumatol*. 1991;18(10):1581-6.
231. Kvaal K, Macijauskiene J, Engedal K, Laake K. High prevalence of anxiety symptoms in hospitalized geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16(7):690-3.
232. Sandanger I, Nygård JF, Ingebrigtsen G, Sørensen T, Dalgard OS. Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(11):570-9.
233. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*. 2001;158(7):1091-8.

234. Hauff E, Vaglum P. Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees. A prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1994;182(2):85-90.
235. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(9):713-9.
236. Livingston G, Leavey G, Kitchen G, Manela M, Sembhi S, Katona C. Mental health of migrant elders--the Islington study. *Br J Psychiatry.* 2001;179:361-6.
237. Willmott SA, Boardman JAP, Henshaw CA, Jones PW. Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(8):613-7.
238. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, Lee A, Meltzer H. Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *Int Rev Psychiatry.* 2003;15(1-2):65-73.
239. Bebbington P, Brugha T, Meltzer H, Farrell M, Ceresa C, Jenkins R, et al. Psychiatric disorder and dysfunction in the UK National Survey of Psychiatric Morbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000;35(5):191-7.
240. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, et al. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain--initial findings from the household survey. *Psychol Med.* 1997;27(4):775-89.
241. Lewis G, Booth M. Regional differences in mental health in Great Britain. *J Epidemiol Community Health.* 1992;46(6):608-11.
242. Smith DJ, Griffiths E, Kelly M, Hood K, Craddock N, Simpson SA. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *The British Journal of Psychiatry.* 2011;199(1):49-56.
243. Tuohy A, Knussen C, Wrennall MJ. Effects of age on symptoms of anxiety and depression in a sample of retired police officers. *Psychol Aging.* 2005;20(2):202-10.
244. Manela M, Katona C, Livingston G. How common are the anxiety disorders in old age? *Int J Geriatr Psychiatry.* 1996;11:65-70.
245. Saunders PA, Copeland JR, Dewey ME, Gilmore C, Larkin BA, Phaterpekar H, et al. The prevalence of dementia, depression and neurosis in later life: the Liverpool MRC-ALPHA Study. *Int J Epidemiol.* 1993;22(5):838-47.
246. Copeland JR, Dewey ME, Wood N, Searle R, Davidson IA, McWilliam C. Range of mental illness among the elderly in the community. Prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. *Br J Psychiatry.* 1987;150:815-23.
247. Bebbington PE, Marsden L, Brewin CR. The need for psychiatric treatment in the general population: the Camberwell Needs for Care Survey. *Psychol Med.* 1997;27(4):821-34.
248. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project V. *Psychol Med.* 1997;27(2):311-21.

249. Bowling A. The prevalence of psychiatric morbidity among people aged 85 and over living at home. Associations with reported somatic symptoms and with consulting behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1990;25(3):132-40.
250. Lindsay J, Briggs K, Murphy E. The Guy's/Age Concern survey. Prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in an urban elderly community. *Br J Psychiatry.* 1989;155:317-29.
251. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in elderly outpatients with chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, and validation of the BASDEC screening questionnaire. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000;15(12):1090-6.
252. Bond J, Gregson B, Smith M, Rousseau N, Lecouturier J, Rodgers H. Outcomes following acute hospital care for stroke or hip fracture: how useful is an assessment of anxiety or depression for older people? *Int J Geriatr Psychiatry.* 1998;13(9):601-10.
253. Morgan K, Dallosso HM, Arie T, Byrne EJ, Jones R, Waite J. Mental health and psychological well-being among the old and the very old living at home. *Br J Psychiatry.* 1987;150:801-7.
254. Turner SW, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W. Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *Br J Psychiatry.* 2003;182:444-8.
255. Meltzer H, Baljit M, Petticrew M, Hinds K. The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. PCSS. London: HSMO; 1995.
256. Forsell Y, Winblad B. Major depression in a population of demented and nondemented older people: prevalence and correlates. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46(1):27-30.
257. Forsell Y, Winblad B. Feelings of anxiety and associated variables in a very elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1998;13(7):454-8.
258. Skoog I, Nilsson L, Landahl S, Steen B. Mental disorders and the use of psychotropic drugs in an 85-year-old urban population. *Int Psychogeriatr.* 1993;5(1):33-48.
259. Nilsson LV, Persson G. Prevalence of mental disorders in an urban sample examined at 70, 75 and 79 years of age. *Acta Psychiatr Scand.* 1984;69(6):519-27.
260. Aström M. Generalized anxiety disorder in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke.* 1996;27(2):270-5.
261. Wacker HR, Mülleijans R, Klein KH, Battegay R. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 1992;2(2):91-100.
262. Angst J, Dobler-Mikola A, Binder J. The Zurich study--a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes. I. Problem, methodology. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci.* 1984;234(1):13-20.
263. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study.* New York: NY: The Free Press; 1991.

264. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 1996;276(4):293-9.
265. Kisely S, Goldberg D, Simon G. A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychol Med*. 1997;27(5):1011-9.
266. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-7.
267. Cohen CI, Magai C, Yaffee R, Walcott-Brown L. The prevalence of anxiety and associated factors in a multiracial sample of older adults. *Psychiatr Serv*. 2006;57(12):1719-25.
268. Copeland JR, Gurland BJ, Dewey ME, Kelleher MJ, Smith AM, Davidson IA. Is there more dementia, depression and neurosis in New York? A comparative study of the elderly in New York and London using the computer diagnosis AGE-CAT. *Br J Psychiatry*. 1987;151:466-73.
269. Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*. 1997;12(1):19-29.
270. Copeland JRM, Beekman ATF, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*. 2004;3(1):45-9.
271. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
272. Kessler LG, Amick BC 3rd, Thompson J. Factors influencing the diagnosis of mental disorder among primary care patients. *Med Care*. 1985;23(1):50-62.
273. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
274. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N. Engl. J. Med*. 2005;352(24):2515-23.
275. Brenes GA, Knudson M, McCall WV, Williamson JD, Miller ME, Stanley MA. Age and racial differences in the presentation and treatment of Generalized Anxiety Disorder in primary care. *J Anxiety Disord*. 2008;22(7):1128-36.
276. Weisberg RB, Maki KM, Culpepper L, Keller MB. Is anyone really M.A.D.?: the occurrence and course of mixed anxiety-depressive disorder in a sample of primary care patients. *J. Nerv. Ment. Dis*. 2005;193(4):223-30.
277. Miranda J, Azocar F, Komaromy M, Golding JM. Unmet mental health needs of women in public-sector gynecologic clinics. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 1998;178(2):212-7.

278. Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1988;45(11):977-86.
279. Blazer D, Hughes DC, George LK. The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist.* 1987;27(3):281-7.
280. Uhlenhuth EH, Balter MB, Mellinger GD, Cisin IH, Clinthorne J. Symptom checklist syndromes in the general population. Correlations with psychotherapeutic drug use. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1983;40(11):1167-73.
281. Weissman MM, Myers JK, Tischler GL, Holzer CE 3rd, Leaf PJ, Orvaschel H, et al. Psychiatric disorders (DSM-III) and cognitive impairment among the elderly in a U.S. urban community. *Acta Psychiatr Scand.* 1985;71(4):366-79.
282. Crum RM, Cooper-Patrick L, Ford DE. Depressive symptoms among general medical patients: prevalence and one-year outcome. *Psychosom Med.* 1994;56(2):109-17.
283. Shimoda K, Robinson RG. Effects of anxiety disorder on impairment and recovery from stroke. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1998;10(1):34-40.
284. Jackson JL, Passamonti M, Kroenke K. Outcome and impact of mental disorders in primary care at 5 years. *Psychosom Med.* 2007;69(3):270-6.
285. Kahn LS, Halbreich U, Bloom MS, Bidani R, Rich E, Hershey CO. Screening for mental illness in primary care clinics. *Int J Psychiatry Med.* 2004;34(4):345-62.
286. Lefevre F, Reifler D, Lee P, Sbenghe M, Nwadiaro N, Verma S, et al. Screening for undetected mental disorders in high utilizers of primary care services. *J Gen Intern Med.* 1999;14(7):425-31.
287. Zung WW, MacDonald J, Zung EM. Prevalence of clinically significant depressive symptoms in black and white patients in family practice settings. *Am J Psychiatry.* 1988;145(7):882-3.
288. Cherry DJ, Rost K. Alcohol use, comorbidities, and receptivity to treatment in Hispanic farmworkers in primary care. *J Health Care Poor Underserved.* 2009;20(4):1095-110.
289. Barry KL, Fleming MF, Manwell LB, Copeland LA, Appel S. Prevalence of and factors associated with current and lifetime depression in older adult primary care patients. *Fam Med.* 1998;30(5):366-71.
290. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 1994;16(4):267-76.
291. Mehta KM, Simonsick EM, Penninx BWJH, Schulz R, Rubin SM, Satterfield S, et al. Prevalence and correlates of anxiety symptoms in well-functioning older adults: findings from the health aging and body composition study. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):499-504.
292. Parmelee PA, Lawton MP, Katz IR. The structure of depression among elderly institution residents: affective and somatic correlates of physical frailty. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 1998;53(2):M155-162.

293. Dorra HH, Lenze EJ, Kim Y, Mulsant BH, Munin MC, Dew MA, et al. Clinically relevant behaviors in elderly hip fracture inpatients. *Int J Psychiatry Med.* 2002;32(3):249-59.
294. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med.* 1999;14(4):249-54.
295. Wang SY, Singh K, Lin SC. Prevalence and predictors of depression among participants with glaucoma in a nationally representative population sample. *Am. J. Ophthalmol.* 2012;154(3):436-444.e2.
296. Katon W, Von Korff M, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagner E, et al. Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry.* 1990;12(6):355-62.
297. Bland RC, Newman SC, Orn H. Help-seeking for psychiatric disorders. *Can J Psychiatry.* 1997;42(9):935-42.
298. Bland RC, Newman SC, Orn H. Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1988;338:57-63.
299. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA.* 2004;291(21):2581-90.
300. Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2005;59(4):441-52.
301. Ventevogel P, De Vries G, Scholte WF, Shinwari NR, Faiz H, Nassery R, et al. Properties of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(4):328-35.
302. Cardozo BL, Bilukha OO, Gotway CA, Wolfe MI, Gerber ML, Anderson M. Report from the CDC: mental health of women in postwar Afghanistan. *J Womens Health (Larchmt).* 2005;14(4):285-93.
303. Becker SM. Detection of somatization and depression in primary care in Saudi Arabia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(12):962-6.
304. Zhang L, Xu Y, Nie H, Zhang Y, Wu Y. The prevalence of depressive symptoms among the older in China: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27(9):900-6.
305. Phillips MR, Zhang J, Shi Q, Song Z, Ding Z, Pang S, et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. *Lancet.* 2009;373(9680):2041-53.
306. Ying DG-C, Jiang S, Yang H, Zhu S. Frequency of generalized anxiety disorder in Chinese primary care. *Postgrad Med.* 2010;122(4):32-8.
307. Qin X, Wang W, Jin Q, Ai L, Li Y, Dong G, et al. Prevalence and rates of recognition of depressive disorders in internal medicine outpatient departments of 23 general hospitals in Shenyang, China. *J Affect Disord.* 2008;110(1-2):46-54.

308. Chang SM, Hahm B-J, Lee J-Y, Shin MS, Jeon HJ, Hong J-P, et al. Cross-national difference in the prevalence of depression caused by the diagnostic threshold. *J Affect Disord.* 2008;106(1-2):159-67.
309. Patel V, Araya R, Chowdhary N, King M, Kirkwood B, Nayak S, et al. Detecting common mental disorders in primary care in India: a comparison of five screening questionnaires. *Psychol Med.* 2008;38(2):221-8.
310. Chisholm D, Sekar K, Kumar KK, Saeed K, James S, Mubbashar M, et al. Integration of mental health care into primary care. Demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *Br J Psychiatry.* 2000;176:581-8.
311. Avasthi A, Varma SC, Kulhara P, Nehra R, Grover S, Sharma S. Diagnosis of common mental disorders by using PRIME-MD Patient Health Questionnaire. *Indian J. Med. Res.* 2008;127(2):159-64.
312. Cwikel J, Zilber N, Feinson M, Lerner Y. Prevalence and risk factors of threshold and sub-threshold psychiatric disorders in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(3):184-91.
313. Zilber N, Lerner Y, Eidelman R, Kertes J. Depression and anxiety disorders among Jews from the former Soviet Union five years after their immigration to Israel. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;16(10):993-9.
314. Ihara K, Muraoka Y, Oiji A, Nadaoka T. Prevalence of mood disorders according to dsm-iii-r criteria in the community elderly residents in Japan. *Environ Health Prev Med.* 1998;3(1):44-9.
315. Karam EG, Howard DB, Karam AN, Ashkar A, Shaaya M, Melhem N, et al. Major depression and external stressors: the Lebanon Wars. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1998;248(5):225-30.
316. Husain N, Creed F, Tomenson B. Depression and social stress in Pakistan. *Psychol Med.* 2000;30(2):395-402.
317. Ghuloum S, Bener A, Abou-Saleh MT. Prevalence of mental disorders in adult population attending primary health care setting in Qatari population. *J Pak Med Assoc.* 2011;61(3):216-21.
318. Kua EH. Prevalence of mental disorders in the elderly in Singapore--a preliminary report. *Ann. Acad. Med. Singap.* 1987;16(2):264-6.
319. Liu S-I, Mann A, Cheng A, Tjung J-J, Hwang L-C. Identification of common mental disorders by general medical doctors in Taiwan. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(4):282-8.
320. Hwu HG, Yeh EK, Chang LY. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;79(2):136-47.
321. Kay DW, Henderson AS, Scott R, Wilson J, Rickwood D, Grayson DA. Dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates. *Psychol Med.* 1985;15(4):771-88.
322. Kay DW, Holding TA, Jones B, Littler S. Psychiatric morbidity in Hobart's dependent aged. *Aust N Z J Psychiatry.* 1987;21(4):463-75.

323. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(7):316-25.
324. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. [Chilean study on the prevalence of psychiatric disorders (DSM-III-R/CIDI) (ECPPI)]. *Rev Med Chil*. 2002;130(5):527-36.
325. Posada JA, Torres Y. Estudio Nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Ministerio de Salud. Bogotá; 1995.
326. Torres Y, Montoya ID. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Santa Fé de Bogotá: Ministerio de Sanidad; 1997.
327. Posada JA, Trevisi C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Estudio Nacional de Salud Mental. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2004;33(5):241-62.
328. Kohn R, Levav I, de Almeida JMC, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. [Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority]. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2005;18(4-5):229-40.
329. Yasamy MT, Maulik PK, Tomlinson M, Lund C, Van Ommeren M, Saxena S. Responsible Governance for Mental Health Research in Low Resource Countries. *PLoS Medicine*. 2011;8(11):e1001126.
330. Almeida OP, Forlenza OV, Lima NK, Bigliani V, Arcuri SM, Gentile M, et al. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting--report from a survey in São Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12(7):728-36.
331. Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari J de J. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(2):150-6.
332. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. [Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1639-48.
333. Araya R, Wynn R, Leonard R, Lewis G. Psychiatric morbidity in primary health care in Santiago, Chile. Preliminary findings. *Br J Psychiatry*. 1994;165(4):530-3.
334. Hayashi S, Perales A, Sogi C. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). *Anales de Salud Mental*. 1985;1:206-22.
335. Tolin DF, Robison JT, Gaztambide S, Blank K. Anxiety disorders in older Puerto Rican primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(2):150-6.
336. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2009;18(1):23-33.
337. Gonçalves DC, Pachana NA, Byrne GJ. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among older adults in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *J Affect Disord*. 2011;132(1-2):223-30.
338. Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med*. 2002;32(4):649-59.

339. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*. 2001;178:145-53.
340. Ames D, Tuckwell V. Psychiatric disorders among elderly patients in a general hospital. *Med. J. Aust*. 1994;160(11):671-5.
341. Cheek A, Snowdon J, Miller R, Vaughan R. The prevalence of anxiety disorders in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1996;11(5):405-10.
342. Goodyear-Smith F, Arroll B, Sullivan S, Elley R, Docherty B, Janes R. Lifestyle screening: development of an acceptable multi-item general practice tool. *N. Z. Med. J*. 2004;117(1205):U1146.
343. Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR, Joyce PR, Oakley-Browne MA. Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part I: Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 1989;23(3):315-26.
344. Awas M, Kebede D, Alem A. Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1999;397:56-64.
345. Hollifield M, Katon W, Morojele N. Anxiety and depression in an outpatient clinic in Lesotho, Africa. *Int J Psychiatry Med*. 1994;24(2):179-88.
346. Abiodun OA. A study of mental morbidity among primary care patients in Nigeria. *Compr Psychiatry*. 1993;34(1):10-3.
347. Gureje O, Obikoya B, Ikuesan BA. Prevalence of specific psychiatric disorders in an urban primary care setting. *East Afr Med J*. 1992;69(5):282-7.
348. Bhagwanjee A, Parekh A, Paruk Z, Petersen I, Subedar H. Prevalence of minor psychiatric disorders in an adult African rural community in South Africa. *Psychol Med*. 1998;28(5):1137-47.
349. Havenaar JM, Geerlings MI, Vivian L, Collinson M, Robertson B. Common mental health problems in historically disadvantaged urban and rural communities in South Africa: prevalence and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(3):209-15.
350. Abas MA, Broadhead JC. Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychol Med*. 1997;27(1):59-71.
351. Reeler AP, Williams H, Todd CH. Psychopathology in primary care patients: a four year study in rural and urban settings in Zimbabwe. *Cent Afr J Med*. enero de 1993;39(1):1-7.
352. Kirchner T, Patiño C. Latin-American immigrant women and mental health: differences according to their rural or urban origin. *Span J Psychol*. 2011;14(2):843-50.
353. Stuart GW, Klimidis S, Minas IH. The treated prevalence of mental disorder amongst immigrants and the Australian-born: community and primary-care rates. *Int J Soc Psychiatry*. 1998;44(1):22-34.
354. Steel Z, Silove D, Phan T, Bauman A. Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *Lancet*. 2002;360(9339):1056-62.

355. Fenta H, Hyman I, Noh S. Determinants of depression among Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2004;192(5):363-72.
356. Eaton WW, Kalaydjian A, Scharfstein DO, Mezuk B, Ding Y. Prevalence and incidence of depressive disorder: the Baltimore ECA follow-up, 1981?2004. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2007;116(3):182-8.
357. Hinton WL, Chen YC, Du N, Tran CG, Lu FG, Miranda J, et al. DSM-III-R disorders in Vietnamese refugees. Prevalence and correlates. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1993;181(2):113-22.
358. Vega WA, Sribney WM, Aguilar-Gaxiola S, Kolody B. 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among Mexican Americans: nativity, social assimilation, and age determinants. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2004;192(8):532-41.
359. Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1998;55(9):771-8.
360. Sack WH, McSharry S, Clarke GN, Kinney R, Seeley J, Lewinsohn P. The Khmer Adolescent Project. I. Epidemiologic findings in two generations of Cambodian refugees. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1994;182(7):387-95.
361. Carta MG, Reda MA, Consul ME, Brasesco V, Cetkovich-Bakmans M, Hardoy MC. Depressive episodes in Sardinian emigrants to Argentina: why are females at risk? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(6):452-6.
362. Rojas G, Fritsch R, Castro A, Guajardo V, Torres P, Díaz B. [Mental disorders among immigrants in Chile]. *Rev Med Chil.* 2011;139(10):1298-304.
363. Tousignant M, Habimana E, Biron C, Malo C, Sidoli-LeBlanc E, Bendris N. The Quebec Adolescent Refugee Project: psychopathology and family variables in a sample from 35 nations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(11):1426-32.
364. Menezes NM, Georgiades K, Boyle MH. The influence of immigrant status and concentration on psychiatric disorder in Canada: a multi-level analysis. *Psychol Med.* 2011;41(10):2221-31.
365. Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Penka S, Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, et al. Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *Eur. Psychiatry.* 2008;23 Suppl 1:21-7.
366. Breslau J, Borges G, Saito N, Tancredi DJ, Benjet C, Hinton L, et al. Migration from Mexico to the United States and conduct disorder: a cross-national study. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2011;68(12):1284-93.
367. Wittig U, Lindert J, Merbach M, Brähler E. Mental health of patients from different cultures in Germany. *Eur. Psychiatry.* 2008;23 Suppl 1:28-35.
368. Alegría M, Mulvaney-Day N, Torres M, Polo A, Cao Z, Canino G. Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *Am J Public Health.* 2007;97(1):68-75.

369. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Anderson K. Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2004;61(12):1226-33.
370. Turner RJ, Lloyd DA, Taylor J. Stress burden, drug dependence and the nativity paradox among U.S. Hispanics. *Drug Alcohol Depend*. 2006;83(1):79-89.
371. Morgan MC, Wingard DL, Felice ME. Subcultural differences in alcohol use among youth. *J Adolesc Health Care*. 1984;5(3):191-5.
372. Gailly A. Turkish immigrants in Belgium. *Ethnicity, Immigration and Psychopathology*. Al-Issa I, Tousignant M. New York: Plenum Press; 1997. p. 147-68.
373. Schiff M, Rahav G, Teichman M. Israel 2000: immigration and gender differences in alcohol consumption. *Am J Addict*. 2005;14(3):234-47.
374. Kahn MW, Fua C. Children of South Sea Island immigrants to Australia: factors associated with adjustment problems. *Int J Soc Psychiatry*. 1995;41(1):55-73.
375. Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(9):639-47.
376. Gispert R, Rajmil L, Schiaffino A, Herdman M. Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(12):677-83.
377. Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(5):229-37.
378. Harrison J, Barrow S, Gask L, Creed F. Social determinants of GHQ score by postal survey. *J Public Health Med*. 1999;21(3):283-8.
379. Joutsenniemi K, Martelin T, Martikainen P, Pirkola S, Koskinen S. Living arrangements and mental health in Finland. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(6):468-75.
380. Myer L, Stein DJ, Grimsrud A, Seedat S, Williams DR. Social determinants of psychological distress in a nationally-representative sample of South African adults. *Soc Sci Med*. 2008;66(8):1828-40.
381. Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Soc Sci Med*. 2004;59(2):263-74.
382. Gispert Magarolas R, Puig Oriol X, Palomera Fanegas E, Autonell Caldenteny J, Giné Giné JM, Ribas Serra G, et al. [Individual and ecological factors related to the geographical variability of psychological distress among small areas: a multilevel analysis in Catalonia, Spain]. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2006;80(4):335-47.
383. Hatch SL, Dohrenwend BP. Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: a review of the research. *Am J Community Psychol*. 2007;40(3-4):313-32.

384. Kahn RS, Wise PH, Kennedy BP, Kawachi I. State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross sectional national survey. *BMJ*. 2000;321(7272):1311-5.
385. Consulta Interactiva del SNS [Internet]. [citado 10 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/Informe.aspx?IdNodo=6453&ReportPath=%2fBARSAN%2fValoraci%u00f3n+de+las+consultas+de+Medicina+Familiar>
386. Ferrer-Vidal Cortella D. A propósito de los 10 minutos. *FMC*. 2004;11(8):468-75.
387. Jansà JM. [Immigration of foreigners into Spain. Public health considerations]. *Rev. Esp. Salud Publica*. 1998;72(3):165-8.
388. Seguí M. El inmigrante en la consulta del médico de cabecera. *SEMERGEN*. 2005;31:505-7.
389. Esteban y Peña MM. [Motives for consultation and demographic characteristics of a community of «undocumented» immigrants in the district of Usera-Villaverde (Madrid)]. *Aten Primaria*. 2001;27(1):25-8.
390. Ballesteros AM, Anaya JA, Cámara MA, López Caravaca J, Pagan E, Ghelichkhami M. El paciente inmigrante: ¿una realidad diferente? *SEMERGEN*. 2005;31:516-20.
391. Sánchez García R, Soto García M, Pérez Villaverde N, Alonso Moreno FJ, De Castro Mesa C, García Bajo MC. Motivos de consulta y características sociosanitarias de la población inmigrante del área de salud de Toledo. *SEMERGEN*. 31:408-12.
392. Tizón JL. Migraciones y salud mental: recordatorio. *Gac Sanitaria*. 1989;13:283-9.
393. Zastrow A, Faude V, Seyboth F, Niehoff D, Herzog W, Löwe B. Risk factors of symptom underestimation by physicians. *J Psychosom Res*. 2008;64(5):543-51.
394. Ekblad S, Kohn R, Jansson B. Psychological and clinical aspects of immigration and mental health. En: Okpaku SO, editor. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
395. Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29(Supl 1):9-25.
396. Girón M, Beviá B, Medina E, Talero MS. [Quality of the physician-patient relation and results of clinical encounters in primary care in Alicante: a study with focal groups]. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2002;76(5):561-75.
397. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*. 2007;3(3):271-83.
398. Vilar E. La información y la medición de la salud mental. *Salud Problema, nueva época*. 2006;11(20):67-74.
399. Rogero Blanco ME, Montero Costa A, Zornoza Rebollo JC, Quintana Gómez JL. Comportamiento de la población inmigrante de un centro de salud. *SEMERGEN*. 2007;33(5):223-7.

400. Berra S, Elorza-Ricart JM. Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España [Internet]. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
401. MADRID ECONOMIA 2009:Maquetación 1 - MADRID ECONOMIA 2009 INGLES.pdf [Internet]. [citado 23 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/UDCObservEconomico/MadridEconomia/Ficheros/MADRID%20ECONOMIA%202009%20INGLES.pdf>
402. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*. 1991;32(6):705-14.
403. De la Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)*. 2005;1:10-8.
404. Espinás Boquet J, Vilaseca Canals J. Cuestionario MOS de apoyo social. Guías de tests y criterios diagnósticos en Atención Primaria. Espinás Boquet J. Barcelona: SEMFYC; 2007. p. 56-7.
405. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*. 1967;11(2):213-8.
406. González de Rivera JL, Morera A. La valoración de sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*. 1983;4:7-11.
407. De la Revilla L, de los Ríos Alvarez AM, de Dios Luna del Castillo J. [Factors underlying psycho-social problems]. *Aten Primaria*. 2007;39(6):305-11.
408. Kroenke K, Wood DR, Mangelsdorff AD, Meier NJ, Powell JB. Chronic fatigue in primary care. Prevalence, patient characteristics, and outcome. *JAMA*. 1988;260(7):929-34.
409. Srivastava S, Boyer JL. Psychological stress is associated with relapse in type 1 autoimmune hepatitis. *Liver Int*. 2010;30(10):1439-47.
410. Acevedo-Garcia D, Bates LM, Osypuk TL, McArdle N. The effect of immigrant generation and duration on self-rated health among US adults 2003-2007. *Soc Sci Med*. 2010;71(6):1161-72.
411. Johnson KL, Carroll JF, Fulda KG, Cardarelli K, Cardarelli R. Acculturation and self-reported health among Hispanics using a socio-behavioral model: the North Texas Healthy Heart Study. *BMC Public Health*. 2010;10:53.
412. Hedemalm A, Schaufelberger M, Ekman I. Reported adherence and social support among immigrants compared to native Swedes. *J Immigr Minor Health*. 2010;12(1):124-31.
413. Pantzer K, Rajmil L, Tebé C, Codina F, Serra-Sutton V, Ferrer M, et al. Health related quality of life in immigrants and native school aged adolescents in Spain. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(8):694-8.
414. Hernández Plaza S, Pozo Muñoz C, Alonso Morillejo E, Martos MJ. Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. *Anales de Psicología*. 2005;21(2):304-15.

415. Almeida J, Molnar BE, Kawachi I, Subramanian SV. Ethnicity and nativity status as determinants of perceived social support: testing the concept of familism. *Soc Sci Med.* 2009;68(10):1852-8.
416. Gadalla TM. Determinants, correlates and mediators of psychological distress: a longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2009;68(12):2199-205.
417. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, de Andrés AL, de Miguel AG. Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health.* 2009;9:201.
418. Blanco Moreno A, Hernández Pascual J. [Immigration in Spain and the health system: a fiscal policy perspective]. *Gac Sanit.* 2009;23 Suppl 1:25-8.
419. Zung W, Broodheal E, Roth M. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *Family Practice.* 1993;37:337-8.
420. Gallicchio L, Hoffman SC, Helzlsouer KJ. The relationship between gender, social support, and health-related quality of life in a community-based study in Washington County, Maryland. *Qual Life Res.* 2007;16(5):777-86.
421. Turner RJ, Marino F. Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *J Health Soc Behav.* 1994;35(3):193-212.
422. Stokes JP, Wilson DG. The inventory of socially supportive behaviors: dimensionality, prediction, and gender differences. *Am J Community Psychol.* 1984;12(1):53-69.
423. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibañez I. Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental.* 2002;25(2):32-7.
424. Matud P, Ibañez I, Bethencourt JM, Marrero R, Carballeira M. Structural gender differences in perceived social support. *Pers Individ Differ.* 2003;34:1-11.
425. Martínez MF, García M, Maya I. Social support and locus of control as a predictor of psychological well-being in Moroccan and Peruvian immigrant women in Spain. *Int J Interc Rel.* 2002;26:287-310.
426. Wu Z, Hart R. Social and Health Factors Associated with Support among Elderly Immigrants in Canada. *Research on Aging.* 2002;24(4):391-412.
427. Palomar J, Cienfuegos YI. Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Interam J Psychol.* 41(2):177-88.
428. Gil-Lacruz M, Berjano M. Pautas de interacción y apoyo social en la pobreza de una comunidad autónoma española. *Rev Cuba Psicol.* 2000;17(3):243-9.
429. Lin L-H, Hung C-H. Vietnamese women immigrants' life adaptation, social support, and depression. *J Nurs Res.* 2007;15(4):243-54.
430. Observatorio de Salud FISCAM. Utilización de servicios sanitarios: Encuesta de Salud de Castilla la Mancha 2002-2006. Consejería de Sanidad;
431. Sherbourne CD, Meredith LS, Rogers W, Ware JE Jr. Social support and stressful life events: age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. *Qual Life Res.* 1992;1(4):235-46.

432. Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med.* 2009;69(3):370-8.
433. Newbold KB. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Soc Sci Med.* 2005;60(6):1359-70.
434. Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health.* 1998;52(5):298-304.
435. Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, Rodríguez Rieiro C, Garabato González S, Rodríguez Laso A. [Health and its determinants in the immigrant population of the region of Madrid]. *Gac Sanit.* 2010;24(2):136-44.
436. Borrell C, Muntaner C, Solà J, Artazcoz L, Puigpinós R, Benach J, et al. Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(5):e7.
437. Carrasco-Garrido P, De Miguel AG, Barrera VH, Jiménez-García R. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health.* 2007;17(5):503-7.
438. Dunn JR, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Soc Sci Med.* 2000;51(11):1573-93.
439. Leão TS, Sundquist J, Johansson S-E, Sundquist K. The influence of age at migration and length of residence on self-rated health among Swedish immigrants: a cross-sectional study. *Ethn Health.* 2009;14(1):93-105.
440. Wiking E, Johansson S-E, Sundquist J. Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *J Epidemiol Community Health.* 2004;58(7):574-82.
441. Salinero-Fort MÁ, del Otero-Sanz L, Martín-Madrado C, de Burgos-Lunar C, Chico-Moraleja RM, Rodés-Soldevila B, et al. The relationship between social support and self-reported health status in immigrants: an adjusted analysis in the Madrid Cross Sectional Study. *BMC Fam Pract.* 2011;12:46.
442. Berk ML, Schur CL, Chavez LR, Frankel M. Health care use among undocumented Latino immigrants. *Health Aff (Millwood).* 2000;19(4):51-64.
443. Cabassa LJ, Zayas LH, Hansen MC. Latino adults' access to mental health care: a review of epidemiological studies. *Adm Policy Ment Health.* 2006;33(3):316-30.
444. Cervantes RC, Padilla AM, Salgado N. The Hispanic Stress Inventory: A culturally relevant approach to psychosocial assessment. *Psychol Assess.* 1991;3:438-47.
445. Fuertes MC, Elizalde L, de Andrés MR, García Castellano P, Urmeneta S, Uribe JM, et al. Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *An Sist Sanit Navar.* 33(2):179-90.

446. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994;272(22):1749-56.
447. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R*. 3rd ed., rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
448. Rogan WJ, Gladen B. Estimating prevalence from the results of a screening test. *Am. J. Epidemiol.* 1978;107(1):71-6.
449. Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suárez M. [Depressive syndromes in the immigrant population]. *Rev Clin Esp.* 2005;205(3):116-8.
450. Takeuchi DT, Alegria M, Jackson JS, Williams DR. Immigration and mental health: diverse findings in Asian, black, and Latino populations. *Am J Public Health.* 2007;97(1):11-2.
451. Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2005;1:13.
452. Takeuchi DT, Zane N, Hong S, Chae DH, Gong F, Gee GC, et al. Immigration-related factors and mental disorders among Asian Americans. *Am J Public Health.* 2007;97(1):84-90.
453. Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N, Ingleby JD, et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry.* 2011;10(1):2-10.
454. Wu Z, Schimmele CM. The healthy migrant effect on depression: variation over time? *Canadian Studies in Population.* 2005;32(2):271-95.
455. Pumariega AJ, Rothe E, Pumariega JB. Mental health of immigrants and refugees. *Community Ment Health J.* 2005;41(5):581-97.
456. Achotegui J. [Emigration in hard conditions: the Immigrant Syndrome with chronic and multiple stress (Ulysses' Syndrome)]. *Vertex.* 2005;16(60):105-13.
457. Achotegui J. Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de ulises). *Gaceta Médica de Bilbao.* 2009;106(4):122-33.
458. Heeren M, Mueller J, Ehlert U, Schnyder U, Copiery N, Maier T. Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. *BMC Psychiatry.* 2012;12:114.
459. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry.* 2007;20(4):359-64.
460. Cruz I, Serna C, Real J, Rué M, Soler J, Galván L. Comparison of the consumption of antidepressants in the immigrant and native populations in a Spanish health region: an observational study. *BMC Public Health.* 2010;10:255.
461. Licht-Strunk E, Beekman ATF, de Haan M, van Marwijk HWJ. The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one year follow-up study. *J Affect Disord.* 2009;114(1-3):310-5.

462. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(4):345-59.
463. Smith KLW, Matheson FI, Moineddin R, Glazier RH. Gender, income and immigration differences in depression in Canadian urban centres. *Can J Public Health*. 2007;98(2):149-53.
464. Daniels K, Guppy A. Stressors, locus of control, and social support as consequences of affective psychological well-being. *J Occup Health Psychol*. 1997;2(2):156-74.
465. Israel BA, Farquhar SA, Schulz AJ, James SA, Parker EA. The relationship between social support, stress, and health among women on Detroit's East Side. *Health Educ Behav*. 2002;29(3):342-60.
466. Martínez García MF, García Ramírez M, Maya Jariego I. El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*. 2001;13(4):605-10.
467. Rico Boldi L, Mora B. Morbilidad psiquiátrica en un centro de atención primaria. Detección y derivación por el médico de familia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1994;14:217-34.
468. Almeida-Filho N, Mari J de J, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997;171:524-9.
469. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry*. 2001;178:228-33.
470. Canino G, Bird H, Rubio-Stipec M, Bravo M. The epidemiology of mental disorders in the adult population of Puerto Rico. *P R Health Sci J*. 1997;16(2):117-24.

Índice de tablas

Tabla 1. Motivación para venir a España. ENI 2007 (INE).	24
Tabla 2. Evolución de la población por Nacionalidad (2001-2005)	25
Tabla 3. Dimensiones de calidad de vida e indicadores (Schalock y Verdugo, 2003)	35
Tabla 4. Clasificación diagnóstica de Ansiedad y códigos de DSM-IV-TR	46
Tabla 5. Clasificación de los Trastornos Somatomorfos en DSM-IV y CIE-10 y sus correspondencias relativas (Tomado de Caballero L, 1998).	51
Tabla 6. Clasificación de la Anorexia Nerviosa según DSM-IV y CIE-10 .	52
Tabla 7. Tasas de prevalencia en la población española de cualquier Trastorno Mental según factores sociodemográficos.	55
Tabla 8. Tipología de trastornos mentales atendidos en atención primaria.	56
Tabla 9. Principales Trastornos Mentales observados en Atención Primaria.	57
Tabla 10. Principales Trastornos Mentales observados en Atención Primaria mediante cuestionario PRIME-MD.	57
Tabla 11. Prevalencia de Depresión y otros síndromes psiquiátricos en cada país.	58
Tabla 12. Depresión: diferencias entre países estratificado por género y ajustado por factores sociodemográficos y frecuentación de las consultas.	59
Tabla 13. Estudios epidemiológicos realizados en América Latina y el Caribe sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos	62
Tabla 14. Prevalencia de vida de trastornos mentales según DSM-IV/CIDI en las encuestas de World Mental Health	64
Tabla 15. Prevalencia de trastornos mentales en población inmigrante, estratificado según sexo	65-6
Tabla 16. Patología mental atendida en Atención Primaria según sexo y país de nacimiento en la Comunidad de Madrid	69
Tabla 17. Distribución de Episodios de Patología mental atendida en Atención Primaria según edad. Comunidad de Madrid 2011	71
Tabla 1.1. Distribución de variables sociodemográficas en autóctonos e inmigrantes	104
Tabla 1.2. Análisis de regression logística de prevalencia de falta de apoyo social global.	106
Tabla 1.3. Análisis de regression logística de falta de apoyo social emocional, instrumental, interacción social y afectivo.	107
Tabla 2.1. Distribución de variables sociodemográficas entre autóctonos y latinoamericanos	109

Tabla 2.2. Descripción del Apoyo Social y nivel de estrés entre autóctonos y latinoamericanos.	112
Tabla 2.3. Regresión logística univariada de estado de salud autoinformado bueno a excelente.	113
Tabla 2.4. Factores asociados con Estado de Salud Autoinformado positivo. Análisis de Regresión Logística (Modelos con y sin tiempo de residencia en España).	114
Tabla 3.1. Descripción de características sociales, económicas, de Apoyo Social y nivel de estrés entre autóctonos y latinoamericanos.	115
Tabla 3.2. Descripción de las prevalencias de los diferentes trastornos comunes de salud mental entre autóctonos y latinoamericanos	117
Tabla 3.3. Prevalencias aparentes y reales, de los diferentes tipos de enfermedades mentales, estratificado por origen y sexo.	119
Tabla 3.4. Factores asociados con Trastornos Mentales comunes (análisis univariante).	123-4
Tabla 3.5. Análisis Multivariantes de factores asociados con Trastornos Mentales comunes.	125-6

Índice de figuras

Figura 1. Crecimiento de la población española y de la Unión Europea.	19
Figura 2. Evolución de la población en España en el periodo 1996-2006	20
Figura 3. Proporción de inmigrantes en la población, en el año 2000	20
Figura 4. Proporción de inmigrantes en la población, en el año 2005	21
Figura 5. Evolución del número de extranjeros residentes y de las autorizaciones de residencia	21
Figura 6. Proporción de inmigrantes por Comunidades Autónomas, en el año 2005	22
Figura 7. Evolución del flujo anual de inmigrantes de los principales emisores (1999-2005)	23
Figura 8. Estrategias o actitudes de aculturación	31
Figura 9. Modelo Ampliado de Aculturación Relativa	33
Figura 10. Dimensiones de calidad de vida e indicadores (Schalock y Verdugo, 2003).	56
Figura 11. Vía clínica de atención sanitaria en Salud Mental (Bower y Gilbody, 2005).	70
Figura 1.1. Proporción de inmigrantes y autóctonos con apoyo social global, emocional, instrumental, afectivo y tipo interacción social	105
Figura 2.1. Diagrama de Flujo del estudio	108
Figuras 2.2A, 2.2B y 2.2C. Estado de salud autopercibido, estratificado por país de nacimiento y tiempo de residencia en España	111
Figura 3.1. Descripción del Apoyo Social y nivel de estrés entre autóctonos y latinoamericanos.	122

**ANEXO:
TABLAS**

Tabla 1. Anexo

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)			
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	
MULTIPAISES																
Weissman MM (264)	10 países (EEUU -ECA-, Canadá, Puerto Rico, Francia, Alemania, Italia, Líbano, Taiwan, Corea, Nueva Zelanda)	1996	DIS / DSM-III	2	38000						1,5-19 (LT); 0,8-5,9 (año)					
Kisely S (265)	14 Países	1997	GHQ-12 / CIDI-PHC	2	5447	>18	> prevalencia si hay 5 síntomas inexplicados									
Alonso J (266)	6 Países (ESEMED: Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda, España)	2004	CIDI	1	21425	>17					14 (LT); 4,2 (año)				13,6 (LT); 6 (año)	
Cohen CI (267)	EEUU (Nueva York) & Reino Unido (Londres)	2006	ASIS	1	1074	>54									2,3	
Copeland JR (268)	EEUU (Nueva York) & Reino Unido (Londres)	1987	GMS-AGECAT	1	841	>64										1,2 (NY); 1,4 (L)

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)		
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
King M (170)	Reino Unido, España (Andalucía), Estonia, Eslovenia, Holanda, Portugal	2008	CIDI	1	7209	18-76				8,5	13,9	12,4	5,05	10,11	8,46
ASIA															
Ventevogel P (301)	Afganistán	2007	PAS	1	116	17-80	43,4	60,3	52,6	28,3	52,4	41,4	28,3	20,6	24,1
Cardozo BL (302)	Afganistán	2005										73			59
Becker SM (303)	Arabia Saudí	2004	PHQ	1	431	>18						20			
Zhang L (304)	China (Meta-análisis 32 estudios)	2012	GDS / CES-D	1		>59				19,4	24,2	22,7			
Phillips MR (305)	China (Shandong, Zhejiang, Qinghai, Gansu)	2009	GHQ / DSM-IV	2	16557	>17			17,5 (mes)			6,1 (mes)			5,6 (mes)
Ying DG (306)	China (Shangai)	2010	DSM-IV	1	3073	>18							3,9	4,3	4,1
Qin X (307)	China (Shenyang)	2008	GHQ-12 / DSM-IV-TR	2	1428	>15			60,43			34,7			

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)			
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	
Chang SM (308)	Corea	2008	CIDI	1	5349 (K); 7423 (N)	18-54					4,1-17,1 (LT); 1-4,8 (mes)					
Patel V (309)	India	2008	PHQ9 / CIS-R	2	598	18-83				15,4	5					2,5
Chisholm D (310)	India (Bangalore) & Pakistán (Rawalpindi)	2000	SRQ / PAS & SCAN	2	795	>18				dic-39						
Avasthi A (311)	India (Chandigarh)	2008	PRIME-MD	1	500	15-80				42						35
Cwikel J (312)	Israel	2008	CIDI-SF	1	976	25-75	44,9	54,8	17,4	51,2	22,2	20,6	15,5	20,5		18,7
Zilber N (313)	Israel (Inmigrantes rusos)	2001	CIDI-S	1	2001	18-65										3,9
Ihara K(314)	Japón (Nagai)	1998	GDS / SCID	2	1965	>65					0	1,5				
Karam EG (315)	Líbano (4 comunidades)	1998	DIS /DSM-III-R	1	658	18-65										
Husain N (316)	Pakistán (Rawalpindi)	2000	PHQ / PAS	2	259						25,5	57,5	44,4			
Ghuloum S (317)	Qatar (Doha)	2011	DSQ79	1	1660	18-65				36,6			13,5			10,3
Kua EH (318)	Singapur	1987	DSM-III	1	612	>64				4,3						
Liu SI (319)	Taiwan (Taipei)	2004	CHO12 / CIS-R	2	990	16-70				34,3						

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)																
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total														
Hwu HG (320)	Taiwan (Taipei)	1989	DIS	1	11004	>18			16,3-28 (LT)																				
Kay DW (322)	Tasmania (Hobart)	1987	ICD	1	189	>69									7														
Kay DW (321)	Tasmania (Hobart)	1985	GMS / DSM-III	1	274	>69										15,5													
EUROPA																													
Henkel V (172)	Alemania	2004	WBI / DSM-IV	2	403	>18										26,3**													
Jacobi F (173)	Alemania	2004	CIDI	1	4181	18-65											12,3 (LT); 8,5 (año); 4,8 (mes)	25 (LT); 15,4 (año); 7,8 (mes)	18,6 (LT); 11,9 (año); 6,3 (mes)	19,8 (año); 12,7 (mes)	9,2 (año); 5,3 (mes)	14,5 (año); 9 (mes)							
Carter RM (174)	Alemania	2001	CIDI	1	4181	18-65																		1,5					
Meyer C (175)	Alemania	2001	CIDI	1	4075	18-64																		0,5 (LT)	1,1 (LT)	0,8 (LT)			
Helmchen H (176)	Alemania (Berlin Aging Study)	2000	DSM-III-R / GMS	1	516	70-103																				2,9	4,7	3,3	
Schaub RT (177)	Alemania (Berlin Aging Study)	2000	DSM-III-R / GMS	1	516	70-103																					2,9	4,7	3,3
Pieper L (178)	Alemania (Dresden)	2008	DSQ / ICD10	1	51000	>18																							
Hoyer J (179)	Alemania (Dresden)	2002	DIPS – DSM-IV	1	1877	18-25																							2,8 (LT); 1,9

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)						
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total				
Becker ES (180)	Alemania (Dresden)	2001	F-DIPS (DSM-IV)	1	2064	18-24		41,3 (LT)											
Backenstrass M (181)	Alemania (Heidelberg)	2006	PHQ9	1	619	>18													
Heun R (182)	Alemania (Mainz)	2000	CIDI	1	286	>60													6,6 (LT)
Achberger M (183)	Alemania (Mainz, Berlín)	1999	GHQ-12 / CIDI	2	800	>18													
Wittchen HU (184)	Alemania (Munich)	1998	CDI / DSM-IV	1	3021	14-24													14,4 (LT)
Fitcher MM (185)	Alemania (Munich)	1995	GMS / DSM-III	1	402	>84													18,6-25,3
Wittchen HU (186)	Alemania (Munich)	1992	DIS / DSM-III	1	483	18-55		33,6 (LT)	30,3 (LT)	6,4 (LT)	18,7 (LT)	9,1 (LT)	18,1 (LT)	12,9 (LT)	12,8	13,9 (LT)	16,6		
Baruffol (187)	Bélgica	1993	DISSI	1	240	25-45													
Anseau M (188)	Bélgica & Luxemburgo	2005	MINI	1	13480	>18			7,29	1,83	2,38	2,8	5,2	2,1		4,1			
Anseau M (166)	Bélgica (Bruselas)	2004	PRIME-MD	1	2316	>18				24,8	35,3	31	14,8	31		19			
Broers T (189)	Bosnia	2006	PHQ	1	1285										10,1	15,5			
Lépine JP (269)	DEPRES (Bélgica, Francia, Alemania, Holanda, España, Reino Unido)	1997	MINI	1	78463										17 (CD); 6,9 (DM) (6 meses)				

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)				
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total		
Christensen KS (190)	Dinamarca	2011	MDI	1	672	14-90											
Toft T (165)	Dinamarca	2005	SCL8/SCAN	2	1785	18-65	43,5	53,2	49,7	11,4	14,6	13,5	13,8	17,8	16,4		
Olsen LR (191)	Dinamarca	2004	MDI / DSM-IV	1	2040							3,3					
Alonso J (266)	ESEMeD (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda, España)	2007	CIDI	1	21425	>17			25,9 (LT); 11,5 (año)								
Rife J (192)	Eslovenia	2008	CIDI / PHQ	1	1118	18-75				4,4	6,5	5,8	6,4	9,2	8,2		
Grandes G (126)	España	2011	CIDI	1	2539	18-80	14,7	28,3	22,8	5,2	13,3	10	5,4	11,8	9,1		
Aragón E (127)	España	2009	ZUNG / DSM-IV	2	306	18-70						33,9					
Roca M (125)	España	2009	PRIME-MD	1	7936	18-90	48,8	56,6	53,6	26,9	41,4	35,8	19,8	29,2	25,6		
Haro JM (128)	España	2006	CIDI / DSM-IV	2	5473	>17	5,2	11,4	8,5	2,1	5,6	3,9 (D. Mayor)	0,4	1,2	0,5 (A. Gener)		
Campos R (129)	España	1997	CIE-10									38			35		
Rico L (467)	España	1994	GHQ-28						41,3								
Padierna J (130)	España	1988	GHQ-28	1					56,2								
Gili M (150)	España	2010	PRIME-MD	1	7940	>18			53,6			44,5			28,9		

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)			
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	
Palancar JL (131)	España	2007	HAM-D17 / PHQ15	1	1602	18-93			64,8							51
López-Torres J (132)	España (Albacete)	1992	GHQ28	1	310	>14			41,1							
Barreto P (133)	España (Barcelona)	1998	MINI	1	252	15-65			40,9							
Martínez JM (134)	España (Basauri)	1993	GHQ-28 / DSM-III	2	500				41,6							
Vázquez-Barquero JL (135)	España (Cantabria)	1987	GHQ-70	2	1223	>16	8,1	20,6	14,7							
Tresserras-Gaju R (136)	España (Cataluña)	2011	GHQ-12	1	15926	>14	7,5	15,5	11,6							
Serrano-Blanco A (137)	España (Cataluña)	2010	DSM-IV / MINI	1	3815	>17	24,1	35,4	31,2	7,9	16,7	12	22,2	18,5		
Rajmil L (124)	España (Cataluña)	1998	GHQ-12	1	12455	>14	15,8	18,7	17,4							
Artazcoz L (138)	España (Cataluña; Empleados y No Empleados)	2004	GHQ-12	1	4519	25-64		15,1-26,1								
Gutiérrez-Fraile M (139)	España (Consultas Psiquiatría)	2011	MINI / DSM-IV	1	1436	>17			90,3							16,6 (act.); 6,8 (mes); 6,6 (LT)
Roca M (140)	España (Formentera)	2001	GHQ-28 / SCAN	2	242	>14	22,6	20,9	21,4	2,3	4,1					3,4

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)		
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Vázquez FL (141)	España (Galicia: Universidad)	2012	SCID-CV	1	1043	>17					11,8 (año)				13,6 (año)
Chocrón L (142)	España (Gerona)	1995	GHQ-28 / DSM-III-R	2	400	15-65			38,8		10,3				13,8
Martín Pérez C (143)	España (Granada)	2003	GHQ-28 / DSM-IV	2	245	>18	22,6	34,5	28,6		8,2				8,9
Olivera J (144)	España (Huesca)	2008	YGDS / GADS	1	293	>65	34	58,7	46,1		14,3				15,7
Esteban-Vasallo MD (145)	España (Madrid)	2009	Registros Clínicos	1	5 x 10 ⁶	>16	8,1***	16,3***							
Moré M (146)	España (Madrid)	2008	CRMH	1	198	>14			46,9						
Baca E (167)(147)	España (Madrid)	1999	PRIME-MD / SCAN	2	312	13-89			44,3 / 41,3		29,3 / 27,5				16,9 / 15,1
Mateo R (148)	España (Madrid)	1997	GHQ-60	1	350	>14			47						
Del Amo J (149)	España (Madrid); Inmigrantes Ecuador y Autóctonos	2011	GHQ-28	1	1122	>17		34-24							
Gili M (150)	España (Mallorca; Frecuentadores y No Frecuentadores)	2011	GHQ-28 / SCAN	2	118	18-65			26,7-8,4		19,8-5,4				6,6-3

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)					
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total			
Herrero M (158)	España (Madrid)	2001	PRIME-MD	1	32	20-57		62,5										
Cortés JA (151)	España (Segovia)	1993	GHQ-28	1	360	>14												
Limón J (152)	España (Sevilla)	1990	GHQ-60	1	215	15-65												
Díaz Cruz F (122)	España (Tenerife)	2004	GHQ-28 / CIDI	2	800	>18	14,89	21,15	18,42									14,52
Báez K (153)	España (Vizcaya; Frecuentadores y No Frecuentadores)	1998	SCAN	1	202	18-80												29
García-Campayo J (7)	España (Zaragoza)	1996	GHQ-28 / SPPI	2	1559													
Pertíñez J (157)	España (Barcelona; Minorías étnicas)	2002	Impresión diagnóstica	1	224													15,2
Lobo A (155)	España (Zaragoza)	1995	GMS / DSM-III-R	2	324	>64												16,1
Copeland JRM (270)	EURODEP (Islandia, Liverpool, Zaragoza, Dublín, Amsterdam, Berlín, Londres, Verona, Munich)	2004	GMS-AGECAT	1	13808	>64												12,3
Pirkola SP (193)	Finlandia	2005	M-CIDI	1	6005	>29												4,2

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)		
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Lindeman S (194)	Finlandia	2000	CIDI	1	5993	15-75				7,2 (año)	10,9 (año)	9,3 (año)			
Päivärinta A (195)	Finlandia	1999	DSM-III-R	1	339	>84				8,1	4,9	5,6			
Lehtinen V (196)	Finlandia	1990	GHQ-36 / DSM-III	1	7217	>29	14,8	19,5	17,4			4,6			6,2
Pahkala K (197)	Finlandia (Ähtäri)	1995	DSM-III		1225	>64				14,4	17,9	16,5			
Kivelä SL (198)	Finlandia (Ähtäri)	1988	ZSDS / DSM-III	2	1529	>59				22,4	29,7	28,1			
Lehtinen V (199)	Finlandia (Turku)	1995	PSE	1	1000	>17			25						
Karlsson H (200)	Finlandia (Turku; Frecuentadores y No Frecuentadores)	1995	SCL25 / PSE9	2	562				54-24			23,5			21,8
Dubois-Fabing D (201)	Francia (Grenoble)	2011	CIS	1	451				43			20			29
Norton J (202)	Francia (Montpelier)	2012	PHQ / DSM-IV	1	1060	>17						15,2			13,6
Norton J (203)	Francia (Montpelier)	2007	PRIME-MD	1	1151	>18			34,1			16,5			13,5
Ritchie K (204)	Francia (Montpelier)	2004	DSM-IV	1	1863	>64	34,7 (LT); 11,8 (mes)	53,5 (LT); 20,7 (mes)	45,7 (LT); 17 (mes)	16,6 (LT); 1,8 (mes)	33,6 (LT); 4(mes)	26,5 (LT); 3,1 (mes)	20,4 (LT); 8,7 (mes)	35,8 (LT); 18,1 (mes)	29,4 (LT); 14,2 (mes)

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)		
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Carta MG (205)	Francia (Paris); Inmigrantes italianos	2002	CIDI / ICD-10	1	3453	>17					13,6-19,2 (LT); 5,9-11,8 (6 mes)				6,2-13,1 (LT); 2,8-6,6 (6 mes)
Mavreas V (206)	Grecia	1986	PSE	1		>14			4,3	10,2					
Lyngø J (207)	Groenlandia	2004	GHQ-12 / SCAN	2	376	>18					49,3				
Beekman A (208)	Holanda	1998	DIS	2	3107	55-85									10,2
Smalbrugge M (209)	Holanda (Amsterdam)	2005	SCAN	1	333	>54									5,7
Schoevers R (211) (210)	Holanda (Amsterdam)	2003	GMS	1	4051	65-84									2,9
Bijl RV (212)	Holanda (Estudio NEMESIS)	1998	CIDI / DSM-III-R	1	7076	18-64	42,5 (LT); 23,5 (año); 15,9 (mes)	39,9 (LT); 23,6 (año); 17 (mes)	41,2 (LT); 23,2 (año); 16,5 (mes)	24,5 (LT); 9,7 (año); 5 (mes)	19 (LT); 7,6 (año); 3,9 (mes)	13,8 (LT); 8,3 (año); 6,5 (mes)	25 (LT); 16,6 (año); 12,9 (mes)	19,3 (LT); 12,4 (año); 9,7 (mes)	
De Graaf R (213)	Holanda (estudio NEMESIS-2)	2012	CIDI	1	6646	18-64					20,2 (lt); 6,1 (año)				19,6 (LT); 10,1 (año)

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)			
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	
Rihmer Z (214)	Hungría	2001	DJS	1	2953	18-64										4,3 (LT)
Szádóczy E (217)	Hungría	2000	DSM-III-R	1	2953	18-64										4,6 (LT); 2,1 (año); 1 (mes)
Szádóczy E (215)	Hungría	1998	DSM-III-R	1	2953	18-64										15,1 (LT); 7,1 (año), 2,6 (mes)
Szádóczy E (216)	Hungría	1997	DSM-III-R	1	301	18-60										18 (LT)
McConnell P (218)	Irlanda (Derry)	2002	GHQ-28 / SCAN	2	307	18-64	7,1 (mes); 9,1 (año)	7,8 (mes); 14,4 (año)	7,5 (mes); 12,2 (año)	1,7 (mes); 2,7 (año)	2,8 (mes); 8,5 (año)	2,3 (mes); 6 (año)	2,1 (mes); 2,4 (año)	4,4 (mes); 4,7 (año)	3,4 (mes); 3,7 (año)	
Kirby M (219)	Irlanda (Dublín)	1997	GMS	1	1232	>64										10,3
Stefánsson JG (220)	Islandia	2009	CIDI	1	419	35-75										13 (LT); 2,6 (año)
Líndal E (221)	Islandia	1993	DSM-III	1		>18										44

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)			
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	
Salaffi F (230)	Italia (Parma: artrosis rodilla)	1991	Zung Depression & Anxiety Inventory	1	61	51-79										Score 36 (8.6)
Kvaal K (231)	Noruega	2001	STAI	1	166	70-96						47	41			44
Sandanger L (232)	Noruega (Lofoten & Oslo)	1999	CIDI	2	1879	20-79	11,5	21,5	16,9	0,7	4,3	1,5	3,2			2,4
Kringlen E (233)	Noruega (Oslo)	2001	CIDI / DSM-IIIR	1	2066	18-65	49,4 (LT); 28,8 (año)	54,8 (LT); 35,9 (año)	52,4 (LT); 32,8 (año)	9,9 (LT); 4,1 (año)	24 (LT); 9,7 (año)	2,4 (LT); 0,9 (año)	6,1 (LT); 2,7 (año)			4,5 (LT); 1,9 (año)
Hauuff E (234)	Noruega (Oslo: refugiados Vietnam)	1994	Symptom Checklist 90 R self rating scale	1	145	>17										
Kringlen E (235)	Noruega (Sjon & Fjordane)	2006	CIDI / DSM-III-R	1	1080	18-65										
Ayuso-Mateos JL (171)	ODIN (Reino Unido, Noruega, Finlandia, España)	2001	BDI / SCAN	2	8862	18-64				6,6	10,1					8,6

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)			
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	
Willmott SA (237)	Reino Unido	2004	GHQ-28/DSM-IV	2	336	17-65			40,9							
Singleton N (238)	Reino Unido	2003	CIR-R	1	8800	18-74									3-3,7	
Bebbington P (239)	Reino Unido	2000	CIS-R	1	9430	16-64	10,8	17,8	13,9							
Jenkins R (240)	Reino Unido	1997	CISR / SCAN	2	10108	16-64				1,7 (<55A); 2 (>54A)	2,7 (<55A); 1,1 (>54A)					
Meltzer H (255)	Reino Unido	1995	CISR	1	10108	16-64						2,8 (LT)	3,4 (LT)	3,1 (mes)		
Lewis G (241)	Reino Unido	1992	GHQ-30	1	6572				31							
Smith DJ (242)	Reino Unido (Gales)	2011	HCL32 & BSDS / MINI	2	576	>18								9,6*		
Tuohy A (243)	Reino Unido (Glasgow)	2005	HADS	1	1334	34-94				8,4				8,4	10,3	10,3
Manela M (244)	Reino Unido (Islington)	1996	DIS / ADS	1	694	65-100										15
Saunders PA (245)	Reino Unido (Liverpool)	1993	GMS	1	5222	>64								10		
Copeland JR (246)	Reino Unido (Liverpool)	1987	GMS-AGECAT	1	1070	>64										2,4
Bebbington PE (247)	Reino Unido (Londres)	1997	GHQ-28 / SCAN	2	760	18-65				12,3 (año); 9,8 (mes)				5,3 (año); 3,1 (mes)	2,8 (año); 2,8 (mes)	2,8 (mes)

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)		
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Prince MJ (248)	Reino Unido (Londres)	1997	SHORT-CARE	1	654	>64			17						
Bowling A (249)	Reino Unido (Londres)	1990	GHQ	1	662	>84		27							
Lindesay J (250)	Reino Unido (Londres)	1989	DSM-III	1	890	>64					13,5			13,7	
Yohannes AM (251)	Reino Unido (Manchester: OCFA)	2000	GMS-AGECAT	1	137	60-89					42			18	
Bond J (252)	Reino Unido (New Castle: ACVA / Fract. cadera)	1998	HADS	1	642	>64		47						48	
Morgan K (253)	Reino Unido (Nottingham)	1987	SAD	1	1042	>64					9,5				
Turner SW (254)	Reino Unido (refugiados Kosovo)	2003	BDI & BAI / DSM-IV	2	120	37 (media)					16				
Livingston G (236)	Reino Unido (Londres: etnias)	2001	Short-CARE	1	1085	>64					18 / 28,2				
Forsell Y (256)	Suecia (Estocolmo)	1998	DSM-IV	1	1101	>64					9,6 (d. mayor)				
Forsell Y (257)	Suecia (Estocolmo)	1998	CPRS	1	966	>77								3,2	
Skoog I (258)	Suecia (Goteborg)	1993	DSM-III-R		494	>84					24,3			12,6	10,5
Nilsson LV (259)	Suecia (Goteborg)	1984	CIDI	1	392 / 302 / 203	70, 75, 79					21,9-24,2-31				

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)				
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total		
Aström M (260)	Suecia (Umea: ACVA)	1996	DSM-III	1	80	44-100										28	
Wacker HR (261)	Suiza	1992	CIDI / DSM-III-R	1	470	18-65										6,4 (LT)	
Angst J (262)	Suiza (Zurich)	1984	SPIKE (DSM-IV / DSM-III-R)	2	591	19-20				3,9 (año)	4,9 (año)	4,4 (año)					
NORTE-AMERICA																	
Bland RC (297)	Canada (Edmonton)	1997	DIS	2	1964												
Bland R (298)	Canada (Edmonton)	1988	DIS	1	358	>64							1,4	7,1		3,5	
Toussignant M (363)	Canada (Montreal: 35 naciones)	1999	DIS / CGAS	2	203	13-19										5	
Fenta H (355)	Canada (Ontario: refugiados Etiopía)	2004	CIDI	1	342	>17										9,8 (LT)	
Brenes GA (275)	EEUU	2008	PHQ7 & PHQ9	1	1111	>18											12,2
Kessler RC (274)	EEUU	2005	CIDI / DSM-IV	1	4319	18-54											
Weisberg RB (276)	EEUU	2005	MAD / DSM-IV	2	1634	≥18											33
Miranda J (277)	EEUU	1998	PRIME-MD	1	205	>18									21,5		

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)		
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Kessler RC (273)	EEUU	1994	DSM-III-R	1	65244	15-54				12,7 (LT); 7,7 (año)	21,3 (LT); 12,8 (año)	17,1 (LT); 10,3 (año)	3,6 (LT); 2,0 (año)	6,6 (LT); 4,3 (año)	5,1 (LT); 3,8 (año)
Regier DA (278)	EEUU	1988	DIS	1	18571	18-65			15,5 (mes)						
Blazer D (279)	EEUU	1987	DIS / DSM-III		1304	>59						0,9			
Uhlenhuth E (280)	EEUU	1983	HSC	1	442	>64						5,1			6,4
Weissman MM (281)	EEUU (New Haven, Connecticut)	1985	DIS / DSM-III	1	2588	>64			6,7		0,9	2,3			
Crum RM (282)	EEUU (Baltimore)	1994	DIS	1	18571	>18						41			
Shimoda K (283)	EEUU (Baltimore: ACVA)	1998	Present State Examination	1	142	59,5 (media)						19			23,2
Eaton WW (356)	EEUU (Baltimore: Refugiados Haití & Cuba)	1992	DIS / DSM-III	2	496 / 441	>17						4 / 8			
Jackson JL (284)	EEUU (Bethesda)	2007	PRIME-MD	1	500	>18			29			18,8			13,4
Weisberg RB (276)	EEUU (Boston)	2005	CEP / DSM-IV	2	1634	>18									33

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)			
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	
Hinton WI (357)	EEUU (Boston: refugiados Vietnam)	1993	SCI / DSM-III	1	201	>17			18,4			5,5				
Kahn LS (285)	EEUU (Búfalo)	2004	POPR & SDS	1	181							24			15	
Vega WA (358)	EEUU (California; Mejicanos y Nativos)	2004	CIDI	1	3012	18-59					1,6-7,6 (año)	6-12,5 (año)	3,6-10 (año)			
Vega WA (359)	EEUU (California; Mejicanos y Nativos)	1998	CIDI	1	3012	18-59					2,7-12,1 (LT)	8,4-17,5 (LT)	5,2-14,8 (LT)			
Lefevre F (286)	EEUU (Chicago; Frecuentadores y No Frecuentadores)	1999	PRIME-MD	1	284											
Zung WK (287)	EEUU (Durham); Blancos y Negros	1988	ZSDS / DSM-III	2	1537	>17							21-23 (año)			
Cherry DJ (288)	EEUU (Florida)	2009	PHQ9 / GAD7	1	276	>18									40,9	23,2
Barry KL (289)	EEUU (Michigan)	1998	DSM-III-R	1	2737	>60				9,4	17,8		5,7 (Act.); 9,4 (LT)	10,76 (Act.); 17,8 (LT)		

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)				
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total		
Coyne JC (290)	EEUU (Michigan)	1994	CESD / DSM-III-R	2	1928	>18					22,6						
Sack WH (360)	EEUU (Oregón: refugiados Camboya)	1994	DICA	1	209	13-25					10						
Mehta K (291)	EEUU (Pensilvania)	2003	HSC	1	3041	70-79									15-43		
Parmelee PA (292)	EEUU (Pensilvania)	1998	Symptom Checklist	1	1245	>64									4,5		
Dorra HH (293)	EEUU (Pittsburgh: Fract. cadera)	2002	Clinical Record Review	1	137	>59									19,5	25	
Lyness JM (294)	EEUU (Rochester)	1999	CESD / DSM-III-R	2	129	60-86					31,7	3,6 (d. mayor); 3,2 (d. menor)	8,4 (d. mayor); 6,6 (d. menor)	6,5 (d. mayor); 5,2 (d. menor)		12,2	
Wang SY (295)	EEUU (San Francisco)	2012	GHQ-9	1	6760	>39									6,9		
Katon W (296)	EEUU (Seattle; Frecuentadores)	1990	DJS / DSM-III-R	2	119											23,5	21,8
Kessler LG (272)	EEUU (Wisconsin)	1985	Brief psychiatric screening scale	1	1452												

Motivo de consulta, síntomas psiquiátricos, y visitas previas del paciente son predictores significativos de trastorno mental común

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)			
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	
SUDAMERICA																
Carta MG (361)	Argentina; Inmigrantes italianos	2006	ICD-10	1	1250	>17				11,8-15	15,2-36,7	13,5-26,7				
Almeida OP (330)	Brasil	1997	SRQ20	1	351	>60			26,8							
Almeida-Filho N (468)	Brasil (Brasilia, Sao Paulo, Porto Alegre)	1997	DSM-III	2	6476				19-34							18
Fortes S (331)	Brasil (Petrópolis)	2011	GHQ-12	1	714				56-64							
Maragno L (332)	Brasil (Sao Paulo)	2006	SQR20	1	2337	>15			24,1			18,8				13,4
Rojas G (362)	Chile (Inmigrantes de Perú)	2011	GHQ / MINI	2	282	15-62			17,8			5				
Araya R (469)	Chile (Santiago)	2001	CIS-R / ICD-10	1	3870	16-64			17,3	35,2	26,7	8	2,7	3,2	6,9	5,1
Araya R (333)	Chile (Santiago)	1994	CIS	1	163	>18			53							
Hayashi S (334)	Perú (Lima)	1985	DIS	1	808	>18			41 (LT)							

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)				
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total		
CENTRO-AMERICA																	
Tolin DF (335)	Puerto Rico	2005	CIDI	1	303	>49						25,3			24,1	24,3	
Canino GJ (470)	Puerto Rico	1987	DIS	1		>18					4,6 (LT)						
OCEANIA																	
Gonçalves DC (337)	Australia	2011	CIDI		3035	55-85										2,8 (año)	
Hunt C (338)	Australia	2002	CIDI	1	10641	18-65							2,5 (mes); 3,2 (año)		3,1 (mes); 4 (año)	2,8 (mes); 3,6 (año)	
Andrews G (339)	Australia	2001	CIDI	1	10641	>17										5,6 año); 3,8 (mes)	
Stuart GW (353)	Australia (Inmigrantes)	1998	CDI-9	1	41519	>14											
Ames D (340)	Australia (Melbourne)	1994	GMS / AGECAT	1	167	>64										27 (mes)	
Steel Z (354)	Australia (Refugiados Vietnam)	2000	CIE-10 / PVPS	2	1161	41 (media)											5

Autor	Localización	Año	Instrumentos	Fases	N	Grupo de Edad	Prevalencia de Trastorno Mental (%)			Prevalencia de Depresión (%)			Prevalencia de Ansiedad (%)							
							Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total					
Cheok A (341)	Australia (Sydney)	1996	GMS /GAS	2	107	>64										11,2 (mes)				
Goodyear F (342)	Nueva Zelanda	2004	SSTLMH	1	2543						42,7									
Wells JE (343)	Nueva Zelanda	1989	DIS / DSM-III	1	1498	18-64										31 (LT)				
AFRICA																				
Awam M (344)	Etiopía (Butajira)	1999	CIDI	1	501											31,8 (LT)	6,2 (LT)	5,7 (LT)		
Hollifield M (345)	Leshoto	1994	DIS	1	97												23	29		
Abiodun OA (346)	Nigeria	1993	GHQ-12 / PSE	2	272	>18														
Gureje O (347)	Nigeria	1992	GHQ-12 / DSM-III-R	2	214	>18														
Bhagwanjee A (348)	Sudáfrica	1998	SRQ-20 / DSM-IV	2	354	>18													4,8	3,7
Havenaar JM (349)	Sudáfrica (Limpopo)	2008	SRQ-20	1	663	>18														
Abas MA (350)	Zimbaue	1997	PSE	1	172															
Reeler AP (351)	Zimbawe	1993	SRQ-20	1	1263	16-65														

**ANEXO:
CUESTIONARIOS**

Cuestionario sociodemográfico

-Número de identificación:

-Nacionalidad de origen:

- Española (1)
- Latinoamericano (2) (Especificar país.....)
- Países del Este de Europa (3) (Especificar país.....)
- África (4) (Especificar país.....)

-Sexo: Hombre (1) Mujer (2)

-Estado civil:

- Soltero (1)
- Casado o vive en pareja (2)
- Separado (3)
- Viudo (4)

-Nivel de instrucción:

- Sin estudios (1)
- Estudios primarios (2)
- Estudios secundarios/EGB (3)
- Bachillerato/BUP (4)
- Diplomado o profesional técnico (5)
- Licenciado universitario (6)

-Ocupación laboral:

- Directivo de administración pública o de empresa de más de diez asalariados. Profesión asociada a titulación universitaria (1)
- Directivo de empresa de menos de diez asalariados. Técnico. Artista. Deportista. Policía. (2)
- Empleado administrativo. Empleado público. Seguridad (3)
- Trabajador por cuenta propia (4)
- Supervisor de trabajadores cualificados (5)
- Trabajador manual cualificado: Electricista, mecánico, conductor de vehículo pesado (6)
- Trabajador manual semicualificado: dependiente, operador de máquinas, conductor de vehículo ligero (7)
- Trabajador no-cualificado. Personal de limpieza, peón, etc. (8)
- No trabaja (9)

-Nivel de ingresos económicos de su familia (mensuales):

- Menos de 500 euros (1)
- De 500 a 1000 euros (2)
- Más de 1000 euros (3)

Cuestionario específico inmigrantes

-Status de migración:

- Con permiso de residencia (permanente o temporal) (1)
- Sin permiso de residencia (1)
- Refugiado o asilo (3)
- Nacionalizado (4)
- Esperando deportación, indocumentado o visado expirado (5)

-Tiempo que reside en España: meses

-Ocupación laboral previa a la emigración:

- Directivo de administración pública o de empresa de más de diez asalariados. Profesión asociada a titulación universitaria (1)
- Directivo de empresa de menos de diez asalariados. Técnico. Artista. Deportista. Policía. (2)
- Empleado administrativo. Empleado público. Seguridad (3)
- Trabajador por cuenta propia (4)
- Supervisor de trabajadores cualificados (5)
- Trabajador manual cualificado: Electricista, mecánico, conductor de vehículo pesado (6)
- Trabajador manual semicualificado: dependiente, operador de máquinas, conductor vehículo (7)
- Trabajador no-cualificado. Personal de limpieza, peón, etc. (8)
- No trabaja (9)

-Con quién reside:

- Sólo (1)
- Con la familia (2)
- Con amigos (3)
- Con otros (4) Especificar

-Motivos para la emigración:

- Reunificación familiar (1)
- Persecución política (2)
- Estudios (3)
- Mayor libertad o nuevos desafíos (4)
- Económicos (5)
- Otros (6) Especificar

-Condiciones de la emigración:

- Sólo (1)
- Con pareja y sin hijos (2)
- Con pareja y con hijos (3)
- Sólo con los hijos (4)
- Con toda la familia (reunificación familiar completa) (5)
- Con parte de la familia (reunificación familiar parcial) (6)

-¿Ha sido víctima de algún tipo de violencia política?

- No (1)
- Sí (2)

Especifique:

- Guerra (1)
- Tortura (2)
- Desapariciones forzadas (secuestros) (3)
- Testigo de masacres (4)
- Represión militar (5)
- Insurgentes guerrilla (6)
- Violación derechos humanos (7)

-¿Ha sido víctima de violencia doméstica? No (1) Sí (2)

Cuestionario MOS-SS de Sherbourne y Stewart, traducido por Revilla, Luna, Bailón y Medina

- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med 1991; 32 (6): 705-14.
- De la Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia (And). 2005;1:10-8.

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1. Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?
(personas con las que se encuentre a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).
Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercano:

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Marque con un círculo uno de los números de cada fila.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
6. Alguien que le muestre amor y afecto					
7. Alguien con quien pasar un buen rato					
8. Alguien que le informe y ayude a entender una situación					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10. Alguien que le abrace					
11. Alguien con quien pueda relajarse					
12. Alguien que le prepare la comida si no pueda hacerlo					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee					
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales					
18. Alguien con quien divertirse					
19. Alguien que comprenda sus problemas					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido					

Escala de estrés psicosocial de Holmes y Rahe, traducida por González de Rivera

- Holmes TS, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res. 1967; 11: 213-18.
- González de Rivera JL, Morera A. La valoración de sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. 1983. Psiquis; 4: 7-11.

Indique aquellas situaciones que le han sucedido en el último año.

Marque la casilla de al lado. Puede marcar más de una:

1. Muerte del cónyuge	
2. Divorcio	
3. Separación matrimonial	
4. Encarcelación	
5. Muerte de un familiar cercano	
6. Lesión o enfermedad personal	
7. Matrimonio	
8. Despido del trabajo	
9. Paro	
10. Reconciliación matrimonial	
11. Jubilación	
12. Cambio de salud en un miembro de la familia	
13. Drogadicción y/o alcoholismo	
14. Embarazo	
15. Dificultades o problemas sexuales	
16. Incorporación de un nuevo miembro de la familia	
17. Reajuste de negocio	
18. Cambio de situación económica	
19. Muerte de un amigo íntimo	
20. Cambio en el tipo de trabajo	
21. Mala relación con el cónyuge	
22. Juicio por crédito o hipoteca	
23. Cambio de responsabilidad en el trabajo	
24. Hijo o hija que deja el hogar	
25. Problemas legales	
26. Logro personal notable	
27. La esposa comienza a dejar de trabajar	
28. Comienzo o fin de la escolaridad	
29. Cambio en las condiciones de vida	
30. Revisión de los hábitos personales	
31. Problemas con el jefe	
32. Cambio de turno o condiciones laborales	
33. Cambio de residencia	
34. Cambio de colegio	
35. Cambio de actividades de ocio	
36. Cambio de actividad religiosa	
37. Cambio de actividades sociales	
38. Cambio de hábito de dormir	
39. Cambio en el número de reuniones familiares	
40. Cambio de hábitos alimentarios	
41. Vacaciones	
42. Navidades	
43. Leves transgresiones de la ley	

Cuestionario de Salud SF-36 de Ware y Sherbourne, traducido por Alonso, Prieto y Antó (1995)

- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection. 1992, *Medical Care*, 30, 473-83.
- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de resultados clínicos. 1995. *Medicina clínica*, 104, 771-6.

1. En general, usted diría que su salud es:

(marque un solo número)

Excelente	1
Muy Buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

(marque un solo número)

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer un día normal. Su salud, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así ¿cuánto?

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a) Esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetivos pesados o participar en deportes agotadores	1	2	3
b) Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	1	2	3
c) Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d) Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e) Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f) Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g) Caminar un kilómetro o más	1	2	3
h) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i) Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j) Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

(marque un solo número por cada pregunta)

	SÍ	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b) ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

(marque un solo número por cada pregunta)

	SÍ	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b) ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c) ¿No hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional ?	1	2

6. Durante las 8 últimas semanas, hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

7. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	1
Sí, muy poco	2
Sí, un poco	3
Sí, moderado	4
Sí, mucho	5
Sí, muchísimo	6

8. Durante *las 4 últimas semanas* hasta qué punto *el dolor* le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las cuatro últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas cuatro semanas cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo algunas veces	4
Nunca	5

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA *cada una* de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

Cuestionario Prime-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders), Spitzer et al. (1994), traducido por Baca et al. (1999)

- Spitzer RL, Williams J, Kroenke K, Linzer M, Verloin F, Hahn SR et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in Primary Care. The Prime-MD 100 study. *JAMA* 1994; 272: 1749-56.
- Baca E, Saiz J, Aguera L, Caballero L, Fernández A, Ramos JA, Gil A, Madrigal M, Porras A. 'Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD'. 1999. *Atención Primaria*, 23(5): 275-279.



GUÍA DE EVALUACIÓN PARA EL MÉDICO

INSTRUCCIONES

1. Las instrucciones para Vd. están impresas en azul. Las preguntas o las afirmaciones que Vd. hace al paciente están impresas en negro.
2. En cada módulo, siga secuencialmente pregunta a pregunta a menos que se le indique saltar a otra pregunta o abandonar el módulo. Recuerde: pase siempre a la pregunta siguiente a menos que las instrucciones le indiquen ir a otra parte.
3. Los diagnósticos están recuadrados e impresos en letra cursiva.
4. **SALIR** significa salir del módulo en el que se encuentra. Entonces continúe bien con el siguiente módulo que necesite ser evaluado o con la Hoja Resumen en la última página.

NOMBRE DEL PACIENTE _____

INTRODUCCIÓN PARA EL PACIENTE

Vamos a ver sus respuestas al cuestionario. Le voy a hacer algunas preguntas que me ayudarán a comprender algunos de los síntomas que Vd. ha marcado. Iré tomando notas mientras hablamos.

COMIENZO DE LOS MÓDULOS DE LA GUÍA DE EVALUACIÓN PARA EL MÉDICO (GEM)

Utilice los módulos en el orden en el que aparecen en la Guía de Evaluación para el Médico (es decir, primero Estado de Ánimo, segundo Ansiedad, Somatomorfo el último).

Elija los módulos que tiene que utilizar, basándose en las respuestas al Cuestionario del Paciente (CP) de la siguiente forma:

Al menos 4 de las preguntas 1 a 15 Somatomorfo

Pregunta 16 Alimentación

Preguntas 17 ó 18 Estado de Ánimo

Preguntas 19, 20 ó 21 Ansiedad

Al menos una de las preguntas 22 a 25 Alcohol

Cualquier módulo no sugerido por las respuestas al Cuestionario del Paciente puede ser utilizado si existen otras razones para sospechar un diagnóstico de este módulo.

PRIME - MD ha sido desarrollado por Robert L. Spitzer, MD Janet B.W. Williams, DSW, Kurt Kroenke, MD, Mark Linzer, MD, Frank Verloin de Gruy III, MD, Steven R. Hahn, MD y David Brody, MD, y patrocinado por Pfizer Inc.

La traducción y adaptación al español ha sido realizada por E. Baca, J. Saiz, L. Agüera, L. Caballero, A. Fernández-Liria y J. Ramos-Brieva.



ESTADO DE ANIMO
ANSIEDAD
ALCOHOL
ALIMENTACION
SOMATOMORFO

MÓDULO DE ESTADO DE ÁNIMO

DEPRESIÓN MAYOR

En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido Vd. alguno de los siguientes problemas, casi todos los días?

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Dificultades para dormirse o mantenerse dormido, o dormir demasiado | SI | NO |
| 2. Sentirse cansado o con poca energía | SI | NO |
| 3. Poco apetito o comer demasiado | SI | NO |
| 4. Poco interés o placer en hacer cosas | SI | NO |
| 5. Sentirse decaído, deprimido o desesperado | SI | NO |
| 6. Sentirse mal consigo mismo - o que es Vd. un desastre - o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia | SI | NO |
| 7. Dificultad para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver televisión | SI | NO |
| 8. Estar tan inquieto o intranquilo que se mueve mucho más de lo normal | SI | NO |

Si no: ¿Y al contrario?- moverse o hablar tan despacio que la gente lo pueda haber notado.

Anote Si, si contesta afirmativamente a alguna de las dos cuestiones anteriores, o si durante la entrevista usted observa agitación o retardo psicomotor

- | | | |
|---|----|----|
| 9. En las últimas dos semanas ¿ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera? Si responde SI: Hábleme de ello. | SI | NO |
| 10. En las preguntas 1 a 9 ¿hay 5 o más respuestas SI (una de las cuales es la 4 o la 5)? | SI | NO |

Trastorno
Depresivo
Mayor
Ir a preg. 12

REMISIÓN PARCIAL O RECURRENCIA DE LA DEPRESIÓN MAYOR

11. ¿Ha pasado con anterioridad alguna época en la que ha estado aún más decaído o deprimido, o con incluso menos interés o placer en las cosas?
En caso afirmativo: ¿En esa época, tenía Vd. muchos de, los problemas por los que le he preguntado como problemas de sueño, de concentración, cansancio, falta de apetito o poco interés en las cosas?
Cuente como SI, sólo si en el pasado el paciente tuvo probablemente 5 de los síntomas de las preguntas 1 al 9 y reconoce actualmente humor deprimido o poco interés o placer.

SI —

Remisión parcial de un Trastorno Depresivo Mayor
--

 NO

DISTIMIA

12. Durante los últimos dos años ¿se ha sentido a menudo decaído o deprimido o ha notado poco interés o placer en las cosas?
Cuente como SI sólo si también contesta SI a:
 ¿Le pasaba esto más de la mitad de los días durante los últimos dos años?
13. En los últimos dos años ¿Esto le ha supuesto a menudo dificultades para hacer su trabajo, hacerse cargo de sus tareas domésticas o en el trato con la gente.

SI NO — Ir a preg. 14

SI —

Distimia
Ir a preg. 16

 NO

DEPRESIÓN MENOR

14. ¿Se ha diagnosticado Depresión Mayor (incluida la remisión parcial) en las preguntas 10 ó 11?
15. ¿Contestó SI dos o más de las preguntas 1 a 9 (una de las cuales es la 4 ó la 5)?

SI — Ir a preg. 16 NO

SI —

Trastorno Depresivo Menor

 NO — SALIR

BIPOLAR

16. ¿Algún médico le ha dicho que tenía usted un trastorno maniaco-depresivo o le ha prescrito litio?

SI —

Añada Excluir Trastorno Bipolar

 NO

DEPRESIÓN CAUSADA POR TRASTORNO FÍSICO, MEDICACIÓN U OTRAS DROGAS

17. **En caso afirmativo:** ¿Cuándo fue eso? ¿Sabe Vd. porqué?
 ¿Es probable que los síntomas se deban a los efectos biológicos de un trastorno físico, a la medicación o a otras drogas?

SI —

Añada Excluir Trastorno Depresivo debido a trastorno físico, medicación u otras drogas
--

 NO — SALIR

No es Seguro — SALIR

MÓDULO DE ANSIEDAD

PÁNICO

Si en el Cuestionario del Paciente la pregunta nº 21 (crisis de ansiedad) está marcada como NO, vaya al nº 33.

18. Vd. indicó que había tenido una crisis de ansiedad durante este mes. ¿Le había pasado esto alguna vez antes? SI NO
19. ¿Surge la crisis a veces de repente y sin razón? Si no está claro: ¿en situaciones donde no esperaba estar nervioso o incómodo? SI NO
20. ¿Le ha preocupado mucho la posibilidad de tener otra crisis o de que le pasara algo? SI NO
Cuenta como SI, si se le ocurrió alguna vez.

Piense en la última crisis realmente mala

Vaya a la preg. 32 en cuanto marque 4 síntomas que ocurrieron en la última crisis importante del paciente.

- | | | |
|--|--|--|
| 21. <input type="checkbox"/> ¿Le faltaba la respiración? | 26. <input type="checkbox"/> ¿Sentía sofocos o escalofríos? | 30. <input type="checkbox"/> ¿Temblaba o se estremecía? |
| 22. <input type="checkbox"/> ¿Le latía el corazón más aprisa, más fuerte o a saltos? | 27. <input type="checkbox"/> ¿Tenía náuseas o el estómago revuelto o la sensación de que le iba a dar diarrea? | 31. <input type="checkbox"/> ¿Tenía miedo de estarse muriendo? |
| 23. <input type="checkbox"/> ¿Sentía dolor en el pecho u opresión? | 28. <input type="checkbox"/> ¿Se sentía mareado, inestable o desfallecido? | |
| 24. <input type="checkbox"/> ¿Sudaba? | 29. <input type="checkbox"/> ¿Sentía hormigueo o adormecimiento en alguna parte del cuerpo? | |
| 25. <input type="checkbox"/> ¿Sentía como si se estuviese ahogando? | | |

32. ¿Ha marcado 4 o más de las preg. 21 a 31?

SI

NO

ANSIEDAD GENERALIZADA

33. ¿Se ha sentido nervioso, ansioso o a punto de explotar la mitad de los días durante el último mes? SI NO — Ir a preg. 44

Durante el último mes, ¿ha sufrido a menudo alguno de estos problemas?

34. ¿Estar tan inquieto que le resulta difícil mantenerse sentado? 36. ¿Tensión muscular, dolores o dolorimiento? 38. ¿Dificultad para concentrarse en cosas como leer un libro o ver la televisión?
35. ¿Cansarse muy fácilmente? 37. ¿Dificultades para dormirse o mantenerse dormido? 39. ¿Irritarse o enfadarse fácilmente?

40. ¿Se han marcado 2 o más de las preg. 34 a 39? SI NO — Ir a preg. 44

41. En el último mes, ¿Estos problemas le han supuesto dificultades para hacer su trabajo, sus tareas domésticas, o para relacionarse con los demás? SI NO — *Trastorno de Ansiedad no especificado* Ir a preg. 45

42. En los últimos seis meses, ¿Se ha preocupado mucho por distintas cosas? Marcar SI sólo si contesta también SI a: ¿Le ha ocurrido esto en más de la mitad de los días en los últimos seis meses? SI NO — *Trastorno de Ansiedad no especificado* Ir a preg. 45

43. Cuando se preocupa de esta forma ¿siente que no puede evitarlo? SI — *Trastorno de Ansiedad Generalizada* Ir a preg. 45 NO — *Trastorno de Ansiedad no especificado* Ir a preg. 45

44. ¿Se ha diagnosticado un trastorno de Pánico o un Trastorno de Ansiedad no especificado? SI NO — SALIR

ANSIEDAD DEBIDA A TRASTORNO FÍSICO, MEDICACIÓN U OTRAS DROGAS

45. ¿Los síntomas de ansiedad actuales, son probablemente debidos a efectos biológicos de un trastorno físico, medicación u otras drogas? SI — *Añada Excluir Trastorno de Ansiedad por trastorno físico, medicación u otras drogas* NO — SALIR
No es Seguro — SALIR

MÓDULO DE ALCOHOL

ABUSO / DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Sección A

En el cuestionario Vd. dijo que...

- Si marcó la Preg. 22 del CP** ... creía que debería beber menos. ¿Porqué?
- Si marcó la Preg. 23 del CP** ...alguien se había quejado de que usted bebe. ¿Quién? ¿Porqué?
- Si marcó la Preg. 24 del CP** ...se sentía culpable o molesto con la bebida. ¿Porqué?
- Si marcó la Preg. 25 del CP** ...en el último mes, hubo días en que bebió 5 o más copas. ¿Con qué frecuencia bebió esa cantidad en los últimos 6 meses? ¿Le ha causado eso algún problema?

Sección B

Evalúe las preg. 46 a 50 según algunos de los criterios siguientes: 1) haciéndole al paciente cada pregunta; 2) considerando las respuestas a las preguntas anteriores; 3) considerando otras informaciones sobre el paciente, como la obtenida de algún miembro de la familia.

46. ¿Alguna vez le ha aconsejado algún médico que dejara de beber por problemas de salud? SI NO
Marcar SI si ha continuado bebiendo en los últimos 6 meses después de que el médico le sugiriera dejarlo.

¿Le ha ocurrido alguna de estas cosas más de una vez, en los últimos 6 meses?

47. ¿Bebía, estaba ebrio o con resaca mientras trabajaba, iba a clase o tenía otras responsabilidades? SI NO
48. ¿Y faltar o llegar tarde al trabajo, escuela u otras responsabilidades debido a la bebida o a la resaca? SI NO
49. ¿Y problemas en relación con la gente mientras bebía? SI NO
50. ¿Y conducir el coche después de haber tomado unas copas o de haber bebido demasiado? SI NO
51. **¿Es SI por lo menos una de las respuestas a las preguntas 46 a 50 -o- indican las respuestas en la Sección A que el paciente ha tenido problemas con el alcohol en los últimos 6 meses?** SI NO SALIR

Probable Abuso / Dependencia del Alcohol
SALIR

MÓDULO DE ALIMENTACIÓN

BULIMIA NERVIOSA, ATRACONES

52. ¿Come a menudo en el espacio de unas dos horas, lo que la mayoría de la gente consideraría una enorme cantidad de comida? SI NO SALIR
53. Cuando come de esta forma, ¿siente a menudo que no puede controlar qué o cuánto come? SI NO SALIR
54. ¿Sucede esto unas 2 veces por semana por término medio en los últimos tres meses? SI NO SALIR
55. ¿Suele provocarse el vómito o tomar más del doble de la dosis recomendada de laxantes después de comer de esta forma, para evitar engordar? SI NO Ir a preg.57
56. ¿Ha hecho esto al menos dos veces por semana por término medio en los últimos tres meses? SI SALIR *Bulimia Nerviosa, tipo purgativo* NO
57. ¿Ayuna (no come nada en absoluto en al menos 24 horas) o hace ejercicio durante más de una hora para evitar específicamente engordar, después de comer de esta forma. SI NO SALIR *Trastorno por Atracón*
58. ¿Ha hecho esto unas dos veces por semana como término medio en los tres últimos meses? SI SALIR *Bulimia Nerviosa, tipo no purgativo* NO SALIR *Trastorno por Atracón*

MÓDULO SOMATOMORFO

MULTISOMATOMORFO

59. De los síntomas físicos marcados con un SI en el cuestionario del paciente (Preguntas 1 a 15) ¿Son cuatro o más de tipo somatomorfo, es decir, carecen de una explicación física adecuada que justifique su severidad y la incapacidad asociada, a pesar de una investigación clínica adecuada?

Nota: Si se encuentra también presente un Trastorno Depresivo Mayor o un Trastorno de Pánico, los síntomas físicos que forman parte de los criterios diagnósticos de estos trastornos no se consideran somatomorfos (por ejemplo, palpitaciones o falta de aire en el Trastorno de Pánico, y fatiga o insomnio en la Depresión Mayor).

NO - SALIR

60. ¿Ha tenido el paciente estos u otros síntomas físicos mal explicados, al menos durante varios años?

SI - Trastorno Multisomatomorfo

NO - Trastorno Somatomorfo no especificado

HOJA RESUMEN

Nombre del paciente _____ N° de Historia _____

Nombre del médico _____ Fecha _____

RESUMEN DIAGNÓSTICO

Marque todos los diagnósticos realizados en los módulos. Los códigos de la CIE-10 aparecen entre paréntesis.

No hay diagnósticos en ningún módulo

Estado de Animo

- Trastorno Depresivo Mayor (F.32)
- Remisión Parcial de Trastorno Depresivo Mayor (F.32.4)
- Distimia (F.34.1)
- Trastorno Depresivo Menor (F.32.9)
- Excluir Trastorno Bipolar (Si se confirma: F.31)
- Excluir Trastorno Depresivo debido a trastornos físicos, medicación, u otras drogas
(Si se confirma y es debido a problemas físicos: F.06.3)
(Si se confirma y es debido a medicación u otras drogas: F.1X.8)

Ansiedad

- Trastorno de Pánico (F.41.0)
- Trastorno de Ansiedad Generalizada (F.41.1)
- Trastorno de Ansiedad no especificado (F.41.9)
- Excluir Trastorno de Ansiedad debido a Trastornos físicos, medicación u otras drogas
(Si se confirma y es debido a trastornos físicos: F.06.4)
(Si se confirma y es debido a medicación, u otras drogas: F.1X.8)

Alcohol

- Probable Abuso/Dependencia del Alcohol
(Si se confirma Abuso del Alcohol: F.10.1)
(Si se confirma Dependencia del Alcohol: F.10.2)

Conducta Alimentaria

- Trastorno por Atracón (F.50.3)
- Bulimia Nerviosa tipo purgativo (F.50.2)
- Bulimia Nerviosa tipo no purgativo (F.50.2)

Somatomorfo

- Trastorno Multisomatomorfo (F.45)
- Trastorno Somatomorfo no especificado (F.45.9)

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

NOMBRE: _____

SEXO: Varón Mujer **EDAD:** _____ **FECHA:** _____

ESTADO CIVIL:

- Soltero
- Casado / Vive en pareja
- Viudo
- Separado / Divorciado

NIVEL EDUCATIVO:

- Sin alfabetizar
- Sabe leer y escribir
- EGB / Estudios primarios
- BUP / FP1 - FP2
- FP3 / Diplomaturas Grado Medio
- Universitarios

INSTRUCCIONES: Este cuestionario facilitará la comprensión de determinados problemas que puede que usted tenga. Es posible que sea necesario hacerle más preguntas sobre algunas de estas cuestiones. Por favor, asegúrese de marcar una opción para cada una de las preguntas.

Durante el último mes ha sufrido a menudo de...				Durante el último mes...	
	SI	NO		SI	NO
1. dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. estreñimiento, vientre suelto o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. dolor en las piernas, brazos o articulaciones (rodillas, caderas etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. sentirse cansado o con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. dolor o molestias con la regla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. dificultades para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. dolor o dificultades durante el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. no poder controlarse con la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. falta de interés o placer en las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. sentirse decaído, deprimido o desesperado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. "nervioso", ansioso o a punto de explotar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. episodios de desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. preocupado por muchas cosas diferentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. sensación que el corazón le late más fuerte o más aprisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. sensación que le falta el aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			21. ha tenido un ataque de ansiedad (sentir de repente miedo o pánico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			22. ha pensado que debería beber menos alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			23. se ha quejado alguien de que usted bebe demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			24. se ha sentido culpable o a disgusto por la bebida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			25. hubo algún día en el que haya bebido 5 o más cervezas, vinos o "copas".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			En general diría que su salud es:		
			Excelente	<input type="checkbox"/>	
			Muy buena	<input type="checkbox"/>	
			Buena	<input type="checkbox"/>	
			Regular	<input type="checkbox"/>	
			Mala	<input type="checkbox"/>	

“PSICOPATOLOGÍA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA: PREVALENCIA, FACTORES ASOCIADOS Y EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN BIOPSIOSOCIAL “

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Objetivo del estudio.

Su médico está participando en un estudio sobre la prevalencia de trastornos de la salud mental en la población de España, que asimismo valorará si hay diferencias entre la población autóctona e inmigrante. Se identificarán qué factores estresantes tienen más influencia en la adaptación en el país de acogida y el papel del apoyo social y las formas de afrontamiento ante los problemas como factores protectores de dicha psicopatología.

Participación voluntaria.

Su participación es totalmente voluntaria. De su participación en el estudio no se derivará ningún trato diferente en lo que se refiere a la calidad de la atención asistencial que recibirá en caso de no participar en el estudio. Es usted libre de rechazar colaborar en este estudio sin que por ello se vea afectada su atención médica.

Número aproximado de pacientes.

Está prevista la participación de 1600 pacientes de la Comunidad de Madrid, atendidos en las consultas de Atención Primaria del Área 4 del Servicio Madrileño de Salud.

Procedimiento del estudio.

Su participación en el estudio implicará la utilización de algunos datos sobre su estado de salud, situación económica, laboral y factores estresantes, que pueda tener. Para ello tendrá que cumplimentar varios cuestionarios que le llevarán un tiempo aproximado de 45 minutos. Su entrevistador registrará todos los datos en un cuaderno confeccionado al efecto.

Sus documentos del estudio y posiblemente su historia clínica podrían ser revisados por personas dependientes de las Autoridades Sanitarias, miembros del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), siempre en presencia del investigador. Se revisarán exclusivamente aquellos datos necesarios para el estudio, con la finalidad de comprobar la fiabilidad de los datos recogidos. No obstante su nombre no será identificado.

Beneficios y riesgos esperados.

Su participación en el estudio permitirá un mayor conocimiento de la prevalencia de los trastornos de salud mental y de los factores, de riesgo y protectores, relacionados con ella. Pero sin embargo no se espera que este estudio pueda beneficiarle ni perjudicarle personalmente.

Confidencialidad.

Los datos acerca de su salud se utilizarán con el único propósito de realizar esta investigación y no serán utilizados con otras finalidades. Estos datos formarán parte de una base de datos y se tratarán de forma confidencial, mediante anonimización de la misma y cumplirá lo dispuesto por la vigente Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. En todo momento usted tendrá derecho al acceso, rectificación y cancelación de sus datos personales.

Si desea hacer alguna pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio, o si precisa ayuda por cualquier problema de salud, relacionado con este estudio, por favor no dude en ponerse en contacto con:

Dr Teléfono

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

(Nombre completo del paciente)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con.....

(Nombre del entrevistador)

Comprendo que mi participación es voluntaria, sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:

Fecha:

Firma del paciente:

Firma del investigador: