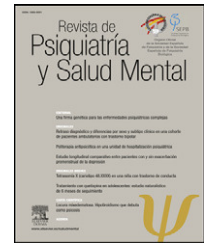




# Revista de Psiquiatría y Salud Mental

[www.elsevier.es/saludmental](http://www.elsevier.es/saludmental)



## ORIGINAL

# Asistencia psiquiátrica ambulatoria en la población inmigrante de Segovia (2001-2008): estudio descriptivo

Juan Manuel Sendra-Gutiérrez<sup>a,\*</sup>, Pablo de Francisco Beltrán<sup>a</sup>, Martín Iribarren<sup>b</sup>  
y Martín L. Vargas Aragón<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Psiquiatría, Centro de Salud Mental «Antonio Machado», Complejo Asistencial Hospital General de Segovia, Segovia, España

<sup>b</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

Recibido el 16 de febrero de 2011; aceptado el 23 de mayo de 2011

Disponible en Internet el 22 de julio de 2011

## PALABRAS CLAVE

Inmigración;  
Salud mental;  
Centros de salud  
mental comunitarios;  
Psiquiatría  
transcultural;  
Epidemiología

## Resumen

**Introducción:** La inmigración es un fenómeno con una repercusión importante en la salud mental. Los objetivos de este estudio fueron describir características asistenciales, evolución temporal, diferencias entre inmigrantes, y diagnósticos asociados a las nuevas consultas psiquiátricas ambulatorias en inmigrantes en Segovia.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de nuevas consultas con variables socio-demográficas, asistenciales y clínicas procedentes del registro informático del Centro de Salud Mental «Antonio Machado» para 2001-2002 y 2008 comparando población inmigrante y española. Se calcularon incidencias poblacionales por sexo, regiones geográficas y países de origen. Mediante análisis multivariante de regresión logística se estudió la asociación entre los diagnósticos CIE-10 y la inmigración.

**Resultados:** Los inmigrantes tuvieron una edad media 10 años menor que los españoles. La tasa de incidencia de nuevas consultas fue siempre más alta en mujeres, disminuyó en inmigrantes y aumentó en españoles entre 2001 y 2008. Centro-suramericanos y europeos orientales presentaron las mayores y menores tasas de nuevas consultas, respectivamente. Bulgaria, Marruecos, Rumania y Polonia fueron los países más representativos en 2008, con bajas incidencias. Los trastornos neuróticos y somatomorfos fueron los más frecuentes con independencia del origen del paciente. Los trastornos psicóticos y de personalidad se asociaron positivamente a la inmigración en el análisis multivariante.

**Conclusiones:** La atención de inmigrantes en salud mental en Segovia se caracteriza por una edad joven, una menor incidencia de nuevas consultas con diferencias importantes entre regiones, y una asociación diagnóstica con procesos más graves, lo que puede reflejar fenómenos de infrautilización e infradiagnóstico.

© 2011 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juanmasendra@hotmail.com](mailto:juanmasendra@hotmail.com) (J.M. Sendra-Gutiérrez).

**KEYWORDS**

Immigration;  
Mental health;  
Community mental  
health centers;  
Transcultural  
psychiatry;  
Epidemiology

## Outpatient psychiatric care in the immigrant population of Segovia (2001-2008): descriptive study

**Abstract**

**Introduction:** Immigration is a phenomenon with a significant impact on mental health. The aims of this study were to describe health care characteristics, time trends, differences among immigrant, and diagnoses associated with new outpatient psychiatric consultation immigrants in Segovia.

**Methods:** A descriptive study of new consultations with sociodemographic, health care and clinical variables computerized records from the «Antonio Machado» Mental Health Center for 2001-2002 and 2008 comparing immigrant and Spanish population. Population incidences were calculated by sex, geographic regions and countries of origin. By multivariate logistic regression assessed the relationship between ICD-10 diagnoses and immigration.

**Results:** Immigrants had an average age 10 years younger than the Spanish. Incidence rate of new consultation was always higher in women, decreased in immigrants and increased in the Spanish between 2001 and 2008. South Central Americans and Eastern Europeans had the highest and lowest rates of new visits, respectively. Bulgaria, Morocco, Romania and Poland were the countries most representative in 2008, with low incidences. Neurotic and somatoform disorders were the most common regardless of the origin of the patient. Psychotic and personality disorders were positively associated with immigration in the multivariate analysis.

**Conclusions:** The attention of mental health immigrants in Segovia is characterized by young age, lower incidence of new queries with important variations between regions, and diagnostic association with processes more severe, which may reflect underdiagnosis and underutilization phenomena.

© 2011 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El fenómeno migratorio ha permanecido como un hecho constante en la historia de la humanidad, siendo uno de los principales factores impulsores del desarrollo cultural y social de todas las colectividades. Su auge se ha incrementado en las últimas décadas, estimándose que desde 1980 a la actualidad se ha duplicado el número de inmigrantes en el mundo. Actualmente la mayoría de los inmigrantes residen en Europa, Asia y Norteamérica<sup>1</sup>. Europa ha experimentado tres importantes períodos de inmigración durante el siglo xx, coincidiendo con la primera y segunda guerras mundiales, y con la caída de los regímenes comunistas y la guerra de los Balcanes, que ha llevado aparejada la movilidad de grandes masas de personas desde el este de Europa. Se puede considerar que existen dos patrones de inmigración en Europa claramente diferenciados, en primer lugar los países del norte como Alemania, Francia, Suiza, Gran Bretaña,... con amplia tradición inmigratoria y receptores actuales de europeos del este, y en segundo lugar algunos países del sur como Italia, España y Portugal con escasa tradición inmigratoria que se ha incrementado en las dos últimas décadas, receptores principales de no europeos<sup>2</sup>.

La inmigración en España es un fenómeno conocido desde hace muchos siglos, pero es en los años 90 del siglo xx cuando comienza a aumentar notablemente, sobre todo a partir del año 2000 un crecimiento muy intenso hace ocupar a nuestro país uno de los primeros puestos en inmigración a nivel internacional. La población de nacionalidad extranjera en España ha pasado de representar menos del 1% en 1990, y algo más del 2% en 2000, a cifras de un 13,8% para el año 2009, lo que en términos absolutos se traduce en

6,5 millones de personas. Según las previsiones podría superarse la cifra del 20% de inmigrantes a nivel nacional para el año 2020. De forma paralela una pequeña provincia de Castilla y León como Segovia, ha visto multiplicar más de 14 veces el número de inmigrantes en el último decenio, representando actualmente un 13,4% de su población<sup>3,4</sup>.

Los motivos por los que se producen los fenómenos migratorios suelen ser de índole económico o social, destacando la primera razón en los países desarrollados. Podemos diferenciar en los mismos dos perfiles, por una parte la emigración temporal de algunos inmigrantes jóvenes cuyo objetivo es obtener el dinero suficiente para conseguir un determinado propósito con el fin de regresar finalmente a sus países de origen, y por otra una emigración más estable emprendida habitualmente por parejas jóvenes cuyo propósito es comenzar una nueva vida en el país receptor. En el primer caso no existe un proceso real de adaptación al país de acogida, produciéndose únicamente relaciones mínimas entre los inmigrantes y la población autóctona, mientras que en el segundo sí encontramos adaptación y también integración e identificación con los valores y cultura nativos<sup>5</sup>.

Desde una perspectiva psiquiátrica hay varios factores de la inmigración a los que podemos otorgar gran importancia. En primer lugar la psicopatología está condicionada en algunas ocasiones por las diferencias culturales que matizan y modulan la expresión clínica. Por otra parte, la inmigración es un factor generador de estrés en las personas que se ven obligadas a dejar sus países, costumbres, familias,..., lo que aumenta la probabilidad de aparición de patologías psíquicas. La llamada psiquiatría transcultural se ocupa precisamente de intentar comprender la repercusión de las diferencias culturales y sociales en los trastornos mentales<sup>6</sup>.

En este sentido existe una necesidad social evidente de desarrollar un proceso de reconocimiento y adaptación a una nueva realidad, que se ha presentado de una forma explosiva en los últimos años en nuestro país, con la presencia además de unas características diferenciales en relación con otros países, como la mayor presencia de inmigrantes de primera generación, principalmente hispanoamericanos, el primer contacto para muchos con el continente europeo, el alto número de personas en situación administrativa irregular y la evidente necesidad de alcanzar un rejuvenecimiento poblacional. Todo ello conlleva la superación de barreras culturales, idiomáticas y asistenciales, en cuyos aspectos la psiquiatría está plenamente inmersa.

No existen en nuestro país muchos trabajos que aporten información epidemiológica sobre los trastornos mentales, considerando el fenómeno de la inmigración. Este estudio pretende realizar una aproximación a este conocimiento, describiendo las principales características asistenciales, la evolución temporal en la última década, la valoración de posibles diferencias entre los diferentes grupos de población inmigrante y la población española, y finalmente intentando conocer qué tipología diagnóstica se asocia de forma independiente a la inmigración, en el contexto de la atención ambulatoria psiquiátrica, que representa actualmente más del 10% de todas las consultas ambulatorias de atención especializada atendidas en la provincia de Segovia.

## Material y métodos

La fuente de información utilizada para la realización de este trabajo ha sido el Sistema de Registro Informático del Centro de Salud Mental «Antonio Machado» de Segovia, que recoge información sobre atención especializada ambulatoria psiquiátrica a nivel provincial. El sistema referido contiene los datos correspondientes a variables de filiación, sociodemográficas, asistenciales y clínicas provenientes de la mecanización de las historias clínicas de los pacientes atendidos en consulta. Se creó la variable inmigrante para diferenciar las personas nacidas en el extranjero de las nacidas en territorio español, y de esta forma poder comparar los resultados. Se seleccionaron los registros correspondientes a nuevas consultas, que son las que corresponden a pacientes vistos por primera vez en el Centro por un primer episodio clínico o tras el alta de un episodio anterior, según los criterios establecidos por el Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Sanitario de Castilla y León (SACYL), para los años 2001, 2002 (primer semestre) y 2008. Se agruparon los datos correspondientes al año 2001 y al primer semestre del 2002 frente a los del año 2008 para el estudio de las características descriptivas, la comparación de las mismas entre españoles e inmigrantes, el estudio de los diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10.<sup>a</sup> edición (CIE-10) por regiones geográficas y el análisis multivariante. De esta forma se identificaron un total de 1.334 nuevas consultas para el período 2001-2002 y 1.198 para el 2008.

Se analizaron las variables sociodemográficas (edad, sexo, hábitat de residencia, país de origen y región geográfica de origen), asistenciales (trimestre de consulta, derivación y número de consultas por paciente) y clínicas

(diagnóstico clínico codificado según CIE-10). La variable edad expresada en años se estudió tanto de forma categórica estratificándola en tres categorías (< 18, 18-64 y > 64), como en forma de variable continua. La variable hábitat de residencia, categorizada en rural y urbana, se elaboró a partir de la información contenida en la variable original zona básica de salud, en función de que la misma correspondiese al ámbito rural o urbano de Segovia. La variable región geográfica se construyó a partir de la variable original país de origen, agrupando los países en regiones que pretendieron describir diferentes grupos étnicos según criterios establecidos previamente para España<sup>1</sup>. No obstante, se transformó la clasificación original propuesta (europeos, latinoamericanos, magrebíes, subsaharianos y asiáticos) en una alternativa más detallada en siete categorías (europeos occidentales, europeos orientales, centro y suramericanos, norteamericanos, magrebíes, subsaharianos y asiáticos). La variable trimestre de consulta se construyó a partir de la variable original del registro mes de consulta mediante agrupación. La variable derivación se agrupó en cuatro categorías (Atención Primaria, Atención Especializada, Unidad Hospitalaria de Psiquiatría, Otros) en función del dispositivo asistencial que efectuó la derivación al Centro de Salud Mental a partir de la información contenida de forma original. La variable diagnóstico clínico corresponde a la clasificación en grandes grupos diagnósticos de la CIE-10 para los trastornos mentales.

Para el cálculo de la incidencia poblacional de nuevas consultas por países y regiones, expresada como tasa por 1.000 habitantes, se emplearon las poblaciones por país de nacimiento contenidas en las revisiones de los padrones municipales de los años 2001 y 2008 elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) correspondientes a la provincia de Segovia<sup>4</sup>.

La edad y el número de consultas por paciente se trataron como variables continuas y el resto como variables categóricas. Se utilizó la prueba de  $\chi^2$  o la prueba exacta de Fisher para la comparación de porcentajes, y la prueba *t* de Student para la comparación de medias. Se consideró un nivel de significación de  $p < 0,05$  en los contrastes de hipótesis.

Con el fin de establecer el grado de asociación de los diferentes grupos diagnósticos CIE-10 con el fenómeno de la inmigración, se construyó un modelo multivariante utilizando técnicas de regresión logística. En este modelo la variable inmigrante actuó como variable dependiente, creando una variable independiente por cada uno de los grandes grupos diagnósticos, y empleando las variables edad, sexo, hábitat de residencia y período de estudio como variables independientes de control. El modelo final obtenido reflejó la contribución de cada variable al hecho de que se produzca una nueva atención psiquiátrica ambulatoria en una persona inmigrante, ajustada al efecto del resto de las variables independientes exploradas. Los resultados se ofrecen en forma de (OR [*e<sup>β</sup>*]) con su intervalo de confianza del 95% y el valor *p* de significación estadística asociado.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron el paquete estadístico SPSS v. 16.0 y el programa epidemiológico Epidat v. 3.1. En el cálculo de las tasas de incidencia referidas se empleó la hoja de cálculo Microsoft Excel 2003.

**Tabla 1** Características descriptivas de nuevas consultas psiquiátricas ambulatorias y comparación entre población inmigrante y española en variables sociodemográficas, asistenciales y clínicas. Segovia, 2001-2002 y 2008; N.º (%)/Media (DS)

	2001-2002			2008		
	Inmigrantes	Españoles	p	Inmigrantes	Españoles	p
<b>N</b>	53	1281		118	1080	
<b>Edad</b>			0,007			< 0,001
< 18	9 (17,0)	216 (16,9)		12 (10,2)	124 (11,5)	
18-64	43 (81,1)	827 (64,6)		104 (88,1)	745 (69,0)	
> 64	1 (1,9)	238 (18,6)		2 (1,7)	211 (19,5)	
<b>Edad media (DS)</b>	30,3 (14,8)	40,4 (21,9)	0,001	32,9 (12,1)	43,8 (21,3)	< 0,001
<b>Sexo</b>			0,890			0,792
Varón	22 (41,5)	544 (42,5)		54 (45,8)	508 (47,0)	
Mujer	31 (58,5)	737 (57,5)		64 (54,2)	572 (53,0)	
<b>Hábitat</b>			0,401			0,140
Rural	31 (58,5)	665 (52,6)		66 (56,4)	673 (63,4)	
Urbano	22 (41,5)	599 (47,4)		51 (43,6)	389 (36,6)	
<b>Trimestre consulta</b>			0,525			0,031
1.º	17 (32,1)	474 (37,0)		22 (18,6)	298 (27,6)	
2.º	15 (28,3)	396 (30,9)		35 (29,7)	299 (27,7)	
3.º	8 (15,1)	196 (15,3)		20 (16,9)	223 (20,6)	
4.º	13 (24,5)	215 (16,8)		41 (34,7)	260 (24,1)	
<b>Derivación</b>			0,393			0,437
AP	31 (58,5)	836 (65,3)		76 (64,4)	707 (65,5)	
AE	10 (18,9)	252 (19,7)		32 (27,1)	289 (26,8)	
UHP	2 (3,8)	20 (1,6)		3 (2,5)	10 (0,9)	
Otros	10 (18,9)	172 (13,4)		7 (5,9)	74 (6,9)	
<b>Consulta/paciente media (DS)</b>	3,8 (2,5)	4,9 (4,4)	0,051	3,2 (2,5)	3,3 (3,0)	0,676
<b>Diagnóstico CIE-10</b>			0,485			< 0,001
F00-09	1 (1,9)	44 (3,4)		2(1,7)	55 (5,1)	
F10-19	-	32 (2,5)		6(5,1)	25 (2,3)	
F20-29	3 (5,7)	38 (3,0)		6(5,1)	21 (1,9)	
F30-39	9 (17,0)	291 (22,7)		8(6,8)	145 (13,4)	
F40-49	20 (37,7)	429 (33,5)		48(40,7)	403 (37,3)	
F50-59	1 (1,9)	63 (4,9)		9(7,6)	53 (4,9)	
F60-69	3 (5,7)	25 (2,0)		11(9,3)	30 (2,8)	
F70-79	-	8 (0,6)		2(1,7)	6 (0,6)	
F80-89	-	5 (0,4)		2(1,7)	4 (0,4)	
F90-98	7 (13,2)	121 (9,5)		4(3,4)	74 (6,9)	
F99	9 (17,0)	224 (17,5)		20(16,9)	264 (24,4)	

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada; DS: desviación estándar; UHP: Unidad Hospitalaria de Psiquiatría.

**Diagnóstico CIE-10:** F00-09: Tr. mentales orgánicos; F10-19: Tr. por consumo de sustancias psicótropas; F20-29: Esquizofrenia, tr. esquizotípico y por ideas delirantes; F30-39: Tr. del humor; F40-49: Tr. neuróticos y somatomorfos; F50-59: Tr. del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos; F60-69: Tr. de personalidad y comportamiento del adulto; F70-79: Retraso mental; F80-89: Tr. del desarrollo psicológico; F90-98: Tr. del comportamiento en infancia y adolescencia; F99: Tr. mental sin especificar.

## Resultados

En la [tabla 1](#) podemos observar las características principales de la población inmigrante y española en función de las variables estudiadas para los períodos 2001-2002 y 2008. Los inmigrantes atendidos presentan una menor edad media de aproximadamente un decenio en ambos períodos situándose la misma en el entorno de los 30 años. El grupo de edad más representado en los mismos es el de la edad adulta por

encima del 80%, mientras que existe una minoritaria atención de pacientes por encima de los 64 años en contraste con los españoles en los que este grupo de edad se acerca al 20% del total de pacientes. No se aprecian diferencias en relación al sexo de los pacientes en los dos períodos estudiados, encontrando un ligero aumento porcentual en los hombres atendidos tanto en inmigrantes como en españoles en el año 2008. Tampoco se observan diferencias en relación al hábitat entre ambos grupos, aunque aumenta el porcentaje de

**Tabla 2** Incidencia poblacional de nuevas consultas psiquiátricas ambulatorias en inmigrantes y españoles según sexo. Segovia, 2001 y 2008

	2001				2008			
	Población	N.º	Incidencia (× 1.000)	p	Población	N.º	Incidencia (× 1.000)	p
<i>Total</i>				0,001				0,002
Españoles	143.784	806	5,6		142.839	1.080	7,6	
Inmigrantes	3.244	32	9,9		21.060	118	5,6	
<i>Hombres</i>				0,111				0,005
Españoles	71.983	346	4,8		71.883	508	7,1	
Inmigrantes	1.572	12	7,6		11.369	54	4,7	
<i>Mujeres</i>				0,005				0,128
Españoles	71.801	460	6,4		70.956	572	8,1	
Inmigrantes	1.672	20	12,0		9.691	64	6,6	

Incidenia (× 1.000): incidencia por 1.000 habitantes.

españoles de medio rural atendidos en 2008 con respecto a 2001-2002 más de un 10%. La distribución del trimestre de consulta es similar en inmigrantes y españoles en el primer período considerado, en tanto que en el segundo se observa un incremento de consultas en inmigrantes en el cuarto trimestre. El trimestre con menor número de consultas es el tercero para ambos grupos y períodos. El dispositivo de procedencia de la derivación al Centro de Salud Mental es mayoritariamente la Atención Primaria que representa entre el 60 y el 65% del total en ambos grupos, destacando el incremento de los pacientes derivados desde la Atención Especializada que en 2008 superan el 25%. No se detectan diferencias entre inmigrantes y españoles en relación a esta variable. Existe un mayor número de consultas por paciente en el primer período en los españoles que no alcanza la significación estadística, mientras que en el segundo queda prácticamente igualado. En relación con el diagnóstico el grupo de trastornos neuróticos y somatomorfos es el más frecuente en ambos períodos y grupos, representando algo más de un tercio del total. En segundo lugar se encuentran los trastornos del humor, en los que existe un importante descenso en 2008 con respecto a 2001-2002 tanto en inmigrantes como en españoles. No existen diferencias entre los dos grupos en el primer período considerado, aunque sí en el segundo, destacando mayor detección de trastornos por consumo de sustancias psicótropas, psicóticos, del comportamiento y de la personalidad en el adulto, y menor de trastornos mentales orgánicos, del humor y del comportamiento en la infancia en inmigrantes en relación con los españoles.

La [tabla 2](#) muestra el cálculo de la incidencia poblacional de nuevas consultas de psiquiatría en el ámbito ambulatorio para la provincia de Segovia para los años 2001 y 2008, comparando la población española con la inmigrante en función del sexo. Las mujeres presentan una incidencia más alta que los hombres en ambos grupos y períodos estudiados. El número de inmigrantes atendidos se ha multiplicado por 3,7 y el de españoles por 1,3 entre 2001 y 2008. La tasa de incidencia de los inmigrantes en 2001 es superior en casi el doble a la de los españoles, mientras que para 2008 se invierte esta relación, disminuyendo la tasa de los inmigrantes y aumentando la de los españoles. Esta

relación de resultados se mantiene al considerar ambos sexos de forma separada, aunque las diferencias sólo llegan a ser significativas en las mujeres para 2001 y en los hombres para 2008.

En la [tabla 3](#) se expresa también la incidencia poblacional de nuevas consultas considerando la comparación temporal entre 2001 y 2008 en las principales regiones geográficas y países de origen de los inmigrantes. Los inmigrantes centro y suramericanos presentan las mayores tasas de incidencia en los dos años considerados, con una disminución importante de la misma en 2008. Por el contrario los europeos del este muestran las incidencias más bajas con una gran estabilidad en función del tiempo. En los europeos occidentales y magrebíes se observa una disminución no significativa de la incidencia, siendo la de los primeros similar a la de los españoles en 2008. Se detecta un aumento significativo en la incidencia de los españoles en el período de los siete años estudiados. Los países con mayor número absoluto de inmigrantes atendidos son Marruecos en 2001 y Bulgaria en 2008. Existe una gran variabilidad de tasas por países, especialmente en 2001 condicionado por una casuística muy escasa, presentando países como Suiza, Chile, Reino Unido y República Dominicana las tasas más altas en 2008, excluyendo los países con poblaciones muy escasas en Segovia.

En la [tabla 4](#) se pueden observar las diferencias en los principales diagnósticos de la CIE-10 considerando las principales regiones geográficas de origen de los inmigrantes y la población española en los períodos 2001-2002 y 2008. Los resultados quedan condicionados por el bajo o nulo número de efectivos para muchas de las categorías diagnósticas en las diferentes regiones. Si consideramos la región con más número de inmigrantes que es Centro y Suramérica en relación con España observamos diferencias importantes en 2001 con menos trastornos del humor y más trastornos de personalidad, y también en 2008 con menos trastornos orgánicos y del comportamiento en la infancia, pero más trastornos del comportamiento y de la personalidad en adultos. Los trastornos neuróticos y somatomorfos son los más frecuentes en los españoles y en los inmigrantes con independencia de la región de origen considerada.

La [tabla 5](#) representa los resultados obtenidos en la aplicación del análisis multivariante. Como se puede observar la

**Tabla 3** Incidencia poblacional de nuevas consultas psiquiátricas ambulatorias según principales regiones geográficas y países de origen. Segovia, 2001 y 2008

Región/país	2001			2008			p
	Población	N.º	Incidencia (× 1.000)	Población	N.º	Incidencia (× 1.000)	
<i>España</i>	143.784	806	5,6	142.839	1.080	7,6	< 0,001
<i>Europa occidental</i>	742	7	9,4	1.344	11	8,2	0,768
Alemania	90	1	11,1	126	1	7,9	
Bélgica	22	1	45,5	37	–	–	
Croacia	–	–	–	2	–	–	
Francia	295	1	3,4	366	3	8,2	
Grecia	–	–	–	10	–	–	
Portugal	199	1	5,0	394	2	5,1	
Reino Unido	37	1	27,0	77	2	26,0	
Suiza	43	1	23,3	62	3	48,4	
<i>Europa oriental</i>	776	3	3,9	11.646	43	3,7	0,763
Bulgaria	446	2	4,5	6.885	21	3,1	
Lituania	–	–	–	12	1	83,3	
Polonia	275	–	–	1.989	10	5,0	
República Checa	4	–	–	56	1	17,9	
Rumania	27	1	37,0	2.487	7	2,8	
Rusia	8	–	–	41	3	73,2	
<i>Centro y suramérica</i>	970	17	17,5	4.994	52	10,4	0,058
Argentina	78	1	12,8	333	4	12,0	
Bolivia	4	3	750,0	199	2	10,1	
Brasil	44	1	22,7	435	3	6,9	
Chile	21	–	–	111	3	27,0	
Colombia	206	1	4,9	1.205	5	4,1	
Cuba	54	–	–	128	1	7,8	
Ecuador	178	3	16,9	846	7	8,3	
Honduras	105	3	28,6	499	6	12,0	
México	12	–	–	57	1	17,5	
Paraguay	4	1	250,0	44	1	22,7	
Perú	84	–	–	421	6	14,3	
República Dominicana	150	4	26,7	438	11	25,1	
Uruguay	10	–	–	155	2	12,9	
<i>Magreb</i>	578	5	8,7	2.612	10	3,8	0,168
Marruecos	562	5	8,9	2.534	10	3,9	
<i>Subsahara</i>	31	–	–	76	–	–	–
<i>Asia</i>	58	–	–	240	1	4,2	–
Japón	–	–	–	5	1	200,0	
<i>Norteamérica</i>	52	–	–	138	1	7,2	–
Estados Unidos	–	–	–	70	1	14,3	

Incidencia (× 1.000): incidencia por 1.000 habitantes.

presencia de los grupos diagnósticos F20-29 (esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno por ideas delirantes) y F60-69 (trastornos de la personalidad y comportamiento del adulto) se asocian de forma significativa a que el paciente atendido sea inmigrante, mientras que el grupo F90-98 (trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia) está asociado a la atención de pacientes no inmigrantes. Respecto a las variables de control, el incremento de la edad se asocia de forma inversa con la inmigración, lo que conlleva su asociación con la atención a los pacientes españoles, y por

el contrario encontrarse en el año 2008 incrementa la probabilidad de atender a un paciente inmigrante. El resto de variables independientes, tanto diagnósticas como de control, no se asocian de forma significativa con la asistencia a los inmigrantes.

## Discusión

La relación entre inmigración y salud mental se ha formulado tanto desde la posibilidad de una selección positiva, en

**Tabla 4** Diagnóstico de trastorno psiquiátrico (CIE-10) según principales regiones geográficas de origen. Nuevas consultas psiquiátricas ambulatorias. Segovia, 2001-2002 y 2008; N.º (%)

Período/región CIE-10	2001-2002						2008			
	España	Europa Occidental	Europa del este	Centro y Suramérica	Magreb	España	Europa Occidental	Europa del este	Centro y Suramérica	Magreb
F00-09	44 (3,4)	-	-	1 (4,2)	-	55 (5,1)	-	-	1 (1,9)	1 (10,0)
F10-19	32 (2,5)	-	-	-	-	25 (2,3)	1 (9,1)	3 (7,0)	2 (3,8)	-
F20-29	38 (3,0)	1 (11,1)	1 (8,3)	1 (4,2)	-	21 (1,9)	-	3 (7,0)	2 (3,8)	1 (10,0)
F30-39	291 (22,7)	1 (11,1)	2 (16,7)	3 (12,5)	3 (50,0)	145 (13,4)	1 (9,1)	2 (4,7)	4 (7,7)	1 (10,0)
F40-49	429 (33,5)	6 (66,7)	4 (33,3)	6 (25,0)	3 (50,0)	403 (37,3)	5 (45,5)	19 (44,2)	21 (40,4)	3 (30,0)
F50-59	63 (4,9)	-	-	1 (4,2)	-	53 (4,9)	-	-	7 (13,5)	1 (10,0)
F60-69	25 (2,0)	-	-	3 (12,5)	-	30 (2,8)	-	6 (14,0)	5 (9,6)	-
F70-79	8 (0,6)	-	-	-	-	6 (0,6)	-	1 (2,3)	1 (1,9)	-
F80-89	5 (0,4)	-	-	-	-	4 (0,4)	-	1 (2,3)	1 (1,9)	-
F90-98	121 (9,5)	-	3 (25,0)	3 (12,5)	-	74 (6,9)	1 (9,1)	2 (4,7)	1 (1,9)	-
F99	224 (17,5)	1 (11,1)	2 (16,7)	6 (25,0)	-	264 (24,4)	3 (27,3)	6 (14,0)	7 (13,5)	3 (30,0)

Diagnóstico CIE-10: F00-09: Tr. mentales orgánicos; F10-19: Tr. por consumo de sustancias psicótropas; F20-29: Esquizofrenia, esquizotípica y por ideas delirantes; F30-39: Tr. del humor; F40-49: Tr. neuróticos y somatomorfos; F50-59: Tr. del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos; F60-69: Tr. de personalidad y comportamiento del adulto; F70-79: Retraso mental; F80-89: Tr. del desarrollo psicológico; F90-98: Tr. del comportamiento en infancia y adolescencia; F99: Trast. mental sin especificar.

la que los individuos que emigran serían los más capacitados y sanos, hasta la selección negativa, en la que las personas emigrantes tendrían un perfil de inestabilidad y deterioro en las relaciones personales y sociales, siendo los resultados de los diferentes estudios contradictorios<sup>7,8</sup>. Aunque se admite en la actualidad que la inmigración por sí misma en condiciones adecuadas no produciría patología psiquiátrica, es indudable que supone una situación vital estresante que da lugar al denominado duelo migratorio, en el que el individuo experimenta la pérdida de elementos muy significativos: familia, identidad, estatus, idioma, cultura, etc., además de las dificultades de adaptación a un nuevo país y ambiente sociocultural<sup>9</sup>. Aunque los grandes síndromes psiquiátricos tienen una presentación universal, los factores socioculturales pueden condicionar su expresión clínica, generando formas diferentes de manifestación. La concepción de la enfermedad en sus vertientes etiológica y sintomática es diferente étnica y culturalmente, determinando la definición sintomática y consideración patológica. Otros factores limitantes para comprender los trastornos mentales en inmigrantes son la dificultad idiomática y la preservación de la confidencialidad.

Los trastornos adaptativos leves con ansiedad y depresión son probablemente los más frecuentes en los inmigrantes. Al valorar los cuadros depresivos podemos encontrar diferencias culturales en la expresión clínica, por ejemplo el sentimiento de culpa vivido como ideación paranoide o la necesidad de protección ante la venganza, en la cultura magrebí. También existe la somatización en algunas culturas, mecanismo de expresión emocional, con elevada prevalencia de insomnio-cefalea-fatiga en las depresiones<sup>10</sup>. Algunos autores hablan de un cuadro específico asociado a la emigración denominado «síndrome de Ulises»<sup>11</sup>, caracterizado por estrés crónico en el que incidirían múltiples estresores que producen sintomatología ansioso-depresiva, somatomorfa y conversiva. En algunos estudios los emigrantes obtienen mayores puntuaciones en escalas de ansiedad y depresión que los nativos, frecuentando menos los servicios psicosociales y médicos<sup>12</sup>. Otro cuadro relacionado con la inmigración es el trastorno por estrés posttraumático, especialmente en refugiados de guerra, tortura y represión política, y también presente en discriminación racial y desempleo.

En relación a las psicosis algunos estudios encuentran aumento de incidencia en inmigrantes, asociado a creencias religiosas y espirituales con presencia de alucinaciones y delirios, a exposiciones continuadas a discriminación y racismo que incrementarían los estados paranoicos, y a errores diagnósticos por prejuicios y escasa comprensión de la cultura de origen<sup>13</sup>. El proceso migratorio es considerado como uno de los principales factores de riesgo para desarrollar psicosis, detectándose en metaanálisis medidas de asociación entre 2,7 y 4,8, solamente por detrás de la historia familiar de psicosis<sup>14</sup>. Estos datos son compatibles con nuestros resultados, ya que los trastornos psicóticos se asocian entre 1,5 y 7,5 veces más con pacientes inmigrantes que españoles.

Aunque el incremento del número de inmigrantes en España planteó la posibilidad de sobredemandas asistenciales y desajustes económicos<sup>15</sup>, se han encontrado utilizaciones de servicios más bajas en inmigrantes en Atención Primaria, atribuidos a la hipótesis de la inmigración

**Tabla 5** Categorías diagnósticas y variables de control asociadas a nuevas consultas psiquiátricas ambulatorias en inmigrantes. Análisis multivariante de regresión logística. Segovia, 2001-2002 y 2008

Variables	OR	IC (95%)	p
Sexo	0,851	0,608-1,190	0,345
Edad	0,966	0,956-0,976	< 0,001
Hábitat	1,020	0,740-1,408	0,902
Período de estudio	3,019	2,152-4,236	< 0,001
F00-09	1,548	0,437-5,486	0,499
F10-19	2,359	0,917-6,069	0,075
F20-29	3,323	1,467-7,529	< 0,01
F30-39	1,172	0,628-2,188	0,619
F40-49	1,363	0,860-2,161	0,188
F50-59	1,312	0,614-2,804	0,484
F60-69	4,063	1,992-8,287	< 0,001
F70-79	1,942	0,405-9,301	0,406
F80-89	1,965	0,381-10,146	0,420
F90-98	0,470	0,225-0,983	< 0,05

Las categorías de referencia en las variables categóricas son: sexo (mujer), hábitat (rural), período de estudio (2001-02), categorías diagnósticas (no).

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

*Diagnóstico CIE-10:* F00-09: Tr. mentales orgánicos; F10-19: Tr. por consumo de sustancias psicotropas; F20-29: Esquizofrenia, tr. esquizotípico y por ideas delirantes; F30-39: Tr. del humor; F40-49: Tr. neuróticos y somatomorfos; F50-59: Tr. del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos; F60-69: Tr. de personalidad y comportamiento del adulto; F70-79: Retraso mental; F80-89: Tr. del desarrollo psicológico; F90-98: Tr. del comportamiento en infancia y adolescencia; F99: Trast. mental sin especificar.

saludable<sup>16</sup>. También en asistencia psiquiátrica existe una infrautilización de servicios por los inmigrantes en áreas como la atención hospitalaria urgente<sup>17</sup>. Nuestros resultados también reflejan este hecho, ya que a pesar de incrementarse notablemente la población inmigrante de Segovia, la incidencia poblacional de nuevas consultas ha disminuido a la mitad de la inicial. Por el contrario, la incidencia en los españoles en 2008 ha aumentado.

En 2009 más del 60% de los inmigrantes residentes en Segovia son europeos, una cuarta parte americanos, principalmente suramericanos, y el resto africanos. Por países destacan Bulgaria, Polonia, Rumania y Marruecos, que constituyen dos tercios del total. Los dos primeros países referidos representan más del 4 y 1% de la población de Segovia respectivamente, porcentaje superior al de España y Castilla y León<sup>4</sup>. En 2008 los inmigrantes centro y suramericanos presentan la mayor incidencia, casi tres veces superior a la de los europeos orientales y magrebíes, y más alta que la de los europeos occidentales y españoles. La gran variabilidad detectada en los países individuales, con incidencias muy bajas en los cuatro países más representativos, queda supeditada a los pequeños numeradores de algunos países que provocan tasas de incidencia sumamente inestables. Este hecho difícilmente se puede interpretar como mayor morbilidad mental en ciertas poblaciones, pudiendo traducir más bien diversidad en los patrones de frecuentación y acceso asistencial entre diferentes grupos de inmigrantes, como han sugerido estudios realizados en otros países bajo la hipótesis de una diferente utilización asistencial y presencia de barreras institucionales<sup>18</sup>. Podría existir un fenómeno de infradiagnóstico de patologías psiquiátricas leves en los inmigrantes, derivando y atendiendo en salud mental principalmente patologías más graves, como procesos psicóticos y trastornos de personalidad en adultos, mientras que otros

procesos como trastornos del comportamiento en la infancia estarían pobremente reconocidos e infraatendidos, tal como reflejan nuestros resultados.

Comparando nuestros resultados con los de estudios semejantes en nuestro país, encontramos que un 3,8% de las consultas atendidas en Segovia durante 2001 correspondieron a inmigrantes, frente al 3,2 y al 5,3% encontrados en dos centros de salud mental de Madrid para períodos similares<sup>19,20</sup>. La edad media (entre 30 y 38 años), la presencia de mujeres (entre el 50 y el 75%), la principal derivación desde Atención Primaria (entre 58 y 100%) y los diagnósticos de trastornos de ansiedad, depresivos y adaptativos como más frecuentes (entre el 55 y el 80%) pueden considerarse características coincidentes. La incidencia poblacional de nuevas consultas detectada en uno de los trabajos referidos<sup>20</sup> es similar a nuestros resultados (6,5 vs. 9,9/1.000 habitantes). Otros estudios comunitarios, observacionales y transversales, describen la prevalencia de patología mental en inmigrantes en España<sup>21</sup>. Las diferentes poblaciones de estudio y objetivos condicionan unos resultados divergentes entre los mismos. En algunos estudios se estudian poblaciones ilegales suramericanas<sup>22,23</sup>, y magrebí e indostaní<sup>24</sup>. Un estudio clasifica los problemas encontrados según una taxonomía determinada<sup>25</sup> y dos valoran el grado de depresión y ansiedad utilizando diferentes instrumentos<sup>24,26</sup>. La edad media se encuentra entre los 27 y los 39 años, igual que en nuestro trabajo. Existe alta variabilidad de diagnósticos con trastornos depresivos, de ansiedad y adaptativos como más frecuentes, estando los primeros comprendidos entre un 5,4 y un 40,7%, rango en el que se encuentran nuestros resultados.

Entre las ventajas de nuestro estudio podemos considerar que explora la evolución temporal de la explosión inmigratoria en España (principio y final de los años 2000) y abarca

todo el marco provincial (único centro de referencia de atención psiquiátrica ambulatoria en Segovia), permitiendo analizar variables como la distribución rural o urbana de los pacientes. Este hecho permite el cálculo de incidencias poblacionales de nuevas consultas al estar bien definidos los marcos geográfico y temporal, tanto a nivel global como por regiones geográficas y países. Por otra parte, la disponibilidad de información permite comparar los resultados obtenidos entre inmigrantes y españoles para las principales variables.

Entre las limitaciones de este trabajo podemos considerar la pequeña casuística existente, especialmente durante el primer período estudiado, lo que ha dificultado la comparación de datos desagregados, por ejemplo diagnósticos por regiones o diferencias temporales entre países debido al nulo o pequeño número de efectivos en algunas categorías, lo que ha impedido la aplicación de técnicas estadísticas comparativas. La utilización de grandes grupos diagnósticos de la CIE-10 ha dificultado la comparación de resultados con los de otros estudios que utilizan diagnósticos más específicos.

Entre las conclusiones de este estudio podemos destacar la ausencia de diferencias importantes entre inmigrantes y españoles en las principales variables, salvo una menor edad media en los primeros y una diferenciación diagnóstica entre ambos grupos detectada en el análisis multivariante, con una menor incidencia poblacional de nuevas consultas en inmigrantes que en nativos. Aunque la inmigración en Segovia está protagonizada en la actualidad por europeos del este, principalmente búlgaros, rumanos y polacos, la mayor incidencia de nuevas consultas psiquiátricas corresponde a centro y suramericanos, lo que pudiera representar barreras de acceso. Debido a la importancia creciente y repercusión de la inmigración sobre la atención de salud mental, sería necesario realizar estudios con información más detallada y específica que permitan conocer características diferenciales y adaptar nuestro sistema sanitario a la realidad demográfica.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- García Campayo J, Sanz Carrillo C. La salud mental de los inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:187-91.
- Helman CG. *Culture, health and illness*. 3.<sup>a</sup> ed Oxford: Butterworth Heinemann; 1996.
- Instituto Nacional de Estadística. INEbase. Población por Nacionalidad, comunidades y provincias, sexo y año. Principales series de población desde 1998. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path>.
- Instituto Nacional de Estadística. INEbase. Revisión del Padrón municipal (2001, 2008 y 2009). Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path>.
- Rogler LH. The meaning of culturally sensitive research in mental health. *Am J Psychiatry*. 1989;146:296-303.
- Kirmayer LJ, Minas H. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry*. 2000;45:438-46.
- Burvil PW. Migrant suicide rates in Australia and in country of birth. *Psychol Med*. 1998;28:201-8.
- Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola A, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexicans-Americans in California. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:771-8.
- Anchotegui J. Los duelos en la migración, Jano. *Psiquiatría y humanidades*. 2000;2:15-9.
- Bhugra D, Mastrogianni A. Globalisation and mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;184:10-20.
- Ochoa E, Vicente N, Lozano M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp*. 2005;205:116-8.
- Wittig U, Lindert J, Merbach M, Brähler E. Mental Health of patients from different cultures in Germany. *Eur Psychiatry*. 2008;23 Suppl 1:S28-35.
- Lewis G, Croft-Jeffreys C, Davis A. Are British psychiatrist racist? *Br J Psychiatry*. 1990;157:410-5.
- Cantor-Graee E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*. 2005;162:12-24.
- 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;17:503-7.
- Lacalle M, Gil JG, Sagardui JK, González LE, Martínez RR, Orden MB. Resultados de la aplicación de una prueba de salud en una población de inmigrantes. *Aten Primaria*. 2000;25:634-8.
- Buron A, Cots F, García O, Vall O, Castells X. Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. *BMC Health Services Research*. 2008;8:51.
- Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. Mental health care for migrants. *Psychoter Psychosom Med Psychol*. 2008;58:123-9.
- Ochoa E, Vicente N, Díaz H. Asistencia psiquiátrica a inmigrantes: demanda en un centro de salud mental y hospitalización. *Psiquiatría.com* [revista electrónica] 2004; 8(3) [accedido 15 de enero de 2011]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/psiqcomunitaria/18713](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiqcomunitaria/18713).
- Matamala P, Crespo A. Pacientes inmigrantes en un centro de salud comunitario. *Interpsiquis* [revista electrónica] 2004; (2004) [accedido 19 de enero de 2011]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/psiqcomunitaria/14956](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiqcomunitaria/14956).
- Anchotegui J, Morales M, Cervera P, Quirós C, Pérez JV, Gimeno N, et al. Revisión sistemática sobre la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes en España. *Norte de Salud Mental*. 2009;35:50-5.
- Esteban MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes «sin papeles» en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria*. 2001;27:25-8.

23. Barro S, Saus M, Barro A. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria*. 2004;34:106.
24. Pertíñez J, Viladás L, Clusa T, Menacho I, Nadal S, Muns M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria*. 2002;29:6–13.
25. Baraza MP, Lafuente N, Granados A. Identificación de diagnósticos enfermeros en población inmigrante en el distrito Poniente de Almería. *Enferm Comun*. 2005;1:18–23.
26. Pardo G, Engel JL, Agudo S. Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Aten Primaria*. 2007;39:609–14.