

# Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona

J. Pertíñez Mena, L. Viladàs Jené, T. Clusa Gironella, I. Menacho Pascual, S. Nadal Gurpegui y M. Muns Solé

**Objetivo.** Observar diferencias entre población étnica y autóctona en la frecuencia de trastornos mentales. Estudiar datos epidemiológicos y su nivel de registro.

**Diseño.** Estudio descriptivo.

**Emplazamiento.** Área Básica de Salud Raval Sud. CAP Drassanes. Barcelona.

**Pacientes.** Muestra aleatoria de 112 pacientes inmigrantes, pertenecientes a minorías étnicas, visitados entre enero de 1995 y diciembre de 1997, apareados por edad y sexo con 112 autóctonos.

**Intervenciones.** Se estudiaron variables relacionadas con patología mental en inmigrantes: edad, origen, motivo de migración, situación laboral, estado civil, convivientes, estudios, conocimiento del castellano y hábitos tóxicos. Se recogieron impresiones diagnósticas como ansiedad, depresión, somatización, psicosis, trastorno de personalidad, número de visitas para cada diagnóstico, tratamientos y número de visitas global entre enero de 1995 y diciembre de 1997. Estudio estadístico: análisis descriptivo y ji-cuadrado.

**Mediciones y resultados.** Edad media, 39 ± 14; varones, 52,7%; magrebíes, 36,6% (27,6-45,5), e indostaníes, 23,2% (15,4-31). Un 43% (33,6-52) comprende el castellano. El tabaquismo es superior en los autóctonos (59,8% [50,7-68,9] frente 26,8% [18,5-34,9];  $p < 0,001$ ), así como el abuso de alcohol (24,1% [16,1-32] frente al 5,4% [1,1-9,5];  $p < 0,001$ ). El grupo étnico tiende a presentar mayor porcentaje de depresión (15,2% [8,5-21,8] frente al 13,4% [7-19,7];  $p = ns$ ) y trastorno por somatización (10,7% [4,9-16,4] frente al 6,3% [1,7-10,7];  $p = ns$ ), pero es infratratado (19,8% [12,4-27,2] frente al 32,1% [23,4-40,7];  $p = ns$ ). El total de visitas es superior en el grupo autóctono (1.138/1.017), así como las visitas por trastornos mentales (17,9% [15,7-20,1] frente al 13% [10,9-15],  $p = ns$ ).

**Conclusiones.** No hay diferencias en el porcentaje de trastornos mentales en inmigrantes, aunque sí tendencia a la depresión y trastorno por somatización. Las características de la población de referencia y el bajo nivel de registro de datos observado podrían sesgar el resultado, influenciado por las dificultades comunicativas de los inmigrantes que dificultan el diagnóstico. Es necesario formar a los profesionales para mejorar su calidad asistencial.

**Palabras clave:** Etnia. Salud mental. Atención primaria de salud.

## DESCRIPTIVE STUDY OF MENTAL DISORDERS IN ETHNIC MINORITIES RESIDING IN AN URBAN AREA OF BARCELONA

**Aim.** To observe the differences between ethnic groups and the autochthonous population in the frequency of mental disorders. To study epidemiological data and the accuracy of recording of such data.

**Design.** Descriptive study.

**Setting.** Raval Sud Basic Health Care Area. Drassanes Primary Health Care Center, Barcelona, Spain.

**Patients.** A random sample of 112 immigrant patients belonging to ethnic minorities, seen between January 1995 and December 1997, matched for age and sex with autochthonous patients.

**Interventions.** We studied variables related with mental disorders in immigrants. Variables included age, country of origin, reason for immigrating, employment status, marital status, other persons in household, educational level, knowledge of Spanish and toxic habits. We recorded the following impressions of diagnosis: anxiety, depression, somatization, psychosis, personality disorder, number of visits for each diagnosis, treatment, and overall number of visits between January 1995 and December 1997. Statistical studies consisted of descriptive analysis and chi-squared tests.

**Measures and results.** Mean age was 39 ± 14 years, 52.7% of the immigrant patients were men, 36.6% (95% CI, 27.6-45.5%) were from the Maghreb region, and 23.2% (95% CI, 15.4-31.0%) were Hindustani. 43% (95% CI, 33.6-52.0%) understood Spanish. Smoking was more frequent among autochthonous patients (59.8%; 95% CI, 50.7-68.9%) than in immigrant patients (26.8%; 95% CI, 18.5-34.9%;  $p < 0.001$ ), as was alcohol abuse (24.1%; 95% CI, 16.1-32.0%, versus 5.4%; 95% CI, 1.1-9.5%;  $p < 0.001$ ).

Depression tended to be more frequent in patients belonging to ethnic groups (15.2%; 95% CI, 8.5-21.8%) than in autochthonous patients (13.4%; 95% CI, 7.0-19.7%;  $p = ns$ ), as did somatization disorder (10.7%; 95% CI, 4.9-16.4%, versus 6.3%; 95% CI, 1.7-10.7%,  $p = ns$ ), but was undertreated (19.8%; 95% CI, 12.4-27.2%, versus 32.1%; 95% CI, 23.4-40.7%;  $p = ns$ ). The total number of visits during the study period was higher in autochthonous patients (1138 versus 1017), as was the number of visits for mental disorders (17.9%; 95% CI, 15.7-20.1%, versus 13%; 95% CI, 1.9-15.0%;  $p = ns$ ).

**Conclusions.** There were no differences in the percentages of mental disorders between immigrants and autochthonous residents, although depression and somatization disorder tended to be more frequent in the former group. The characteristics of the reference population, and the frequency with which epidemiological data were missing from the medical record, might have biased the results; this in turn might have been influenced by communication problems which make the diagnosis in immigrants more difficult. Health professionals should be appropriately trained to enable them to provide better care.

**Key words:** Ethnic group. Mental health. Primary health care.

English version available at

[www.atencionprimaria.com/44.620](http://www.atencionprimaria.com/44.620)

A este artículo le sigue un comentario editorial (pág. 00)

ABS Raval Sud. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Correspondencia:  
J. Pertíñez Mena

ABS Raval Sud. Institut Català de la Salut.

Avda. Drassanes, 17-21, 6.a planta. 08001 Barcelona.

Correo electrónico:  
31315jpm@comb.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 23-VII-2001.

## Introducción

La inmigración en nuestro país ha ido en aumento en la última década, con los consiguientes problemas de adaptación que esto supone tanto para los recién llegados como para los autóctonos, sobre todo cuando proceden de culturas distintas.

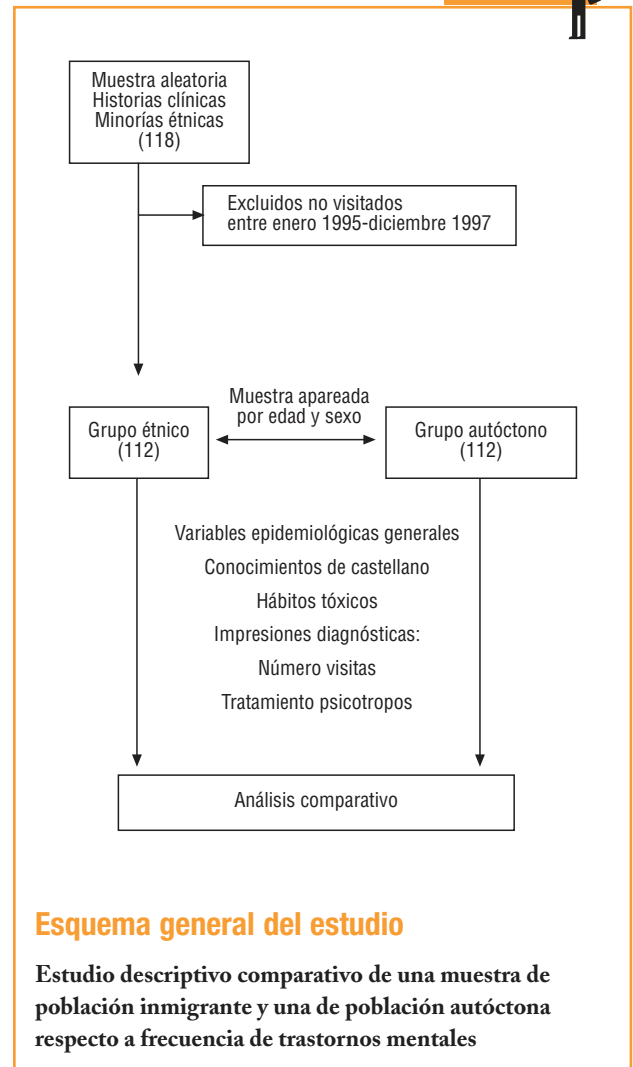
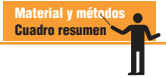
Los profesionales de la salud han tenido que adaptarse con el tiempo a dicha situación. Una de las preocupaciones más frecuentes entre los médicos y enfermeras que trabajan en atención primaria es la calidad de la atención que se presta a estos colectivos que generan un elevado número de visitas, marcadas por una barrera idiomática y cultural que dificulta la comunicación y el diagnóstico, y la sensación de que las consultas por motivos psíquicos son más frecuentes que entre la población autóctona. Se conoce que la migración es un factor de riesgo para la salud<sup>1</sup>, sobre todo desde el punto de vista psicológico. Así la migración puede entenderse como un duelo<sup>2</sup> por la pérdida no sólo de la lengua y cultura propias, sino también de la familia, de la tierra y de un estatus social determinado. En la elaboración de este duelo intervienen muchas variables que hacen de la migración un proceso más o menos exitoso. Cuando la elaboración de este duelo fracasa, se presentan con frecuencia trastornos mentales<sup>3</sup>.

Con esta hipótesis, diseñamos un estudio para observar, a través del registro en las historias clínicas de las consultas realizadas por los pacientes, si había diferencias entre la población étnica y la autóctona en la frecuencia de trastornos mentales. Asimismo se estudiaron algunos datos epidemiológicos con el objetivo de conocer las características de esta población étnica, comparándolas con la población autóctona, y evaluar el nivel de registro de estos datos en las 2 poblaciones.

## Material y métodos

La población diana del estudio fue la atendida en el Área Básica de Salud Raval Sud, que pertenece al Centro de Atención Primaria Drassanes, de la Subdivisión de Barcelona Ciudad del Institut Català de la Salut. Esta área queda ubicada en el distrito de Ciutat Vella de Barcelona y tiene un registro de 28.677 historias clínicas (hasta mayo de 2001). La población atendida se caracteriza por ser una población socioeconómicamente deprimida, con una alta prevalencia de marginalidad. Según datos censales de 1996, la tasa de inmigración en Ciutat Vella era de un 5% y en mayo de 2001 ha ascendido a un 20%. En nuestro centro el porcentaje obtenido a partir del registro de historias clínicas ha pasado de un 5% a un 14,1%, con un total de 4.041 historias con el factor de riesgo de minoría étnica en la actualidad.

Se diseñó un estudio descriptivo, transversal, calculando una muestra de 118 pacientes (calculada en el peor de los casos con valor de  $p = 1-p = 0,5$ ,  $Z = 1,96$ ,  $e = 0,09$ ), que fue seleccionada aleatoriamente del total de historias clínicas que tenían registrado el factor de riesgo de minoría étnica. De esta muestra se incluyeron en el estudio todos los pacientes inmigrantes y pertenecientes a un grupo étnico que hubieran consultado a su médico por cualquier motivo



### Esquema general del estudio

**Estudio descriptivo comparativo de una muestra de población inmigrante y una de población autóctona respecto a frecuencia de trastornos mentales**

entre enero de 1995 y diciembre de 1997, los 3 años previos al estudio, quedando excluidos un total de 6 pacientes por no cumplir con estos criterios. Finalmente el trabajo se realizó sobre un muestra de 112 pacientes, que fue apareada por edad y sexo con un grupo control de población autóctona también de 112 pacientes. Se revisaron las historias clínicas de la muestra, y mediante una hoja de recogida de datos se obtuvo en primer lugar información sobre variables epidemiológicas generales como edad, sexo, año de la primera visita al centro, año de la migración y situación administrativa. En segundo lugar se recogieron variables que se han relacionado con patología mental en inmigrantes, como país de origen y/o grupo étnico, motivo de la migración, estado civil, convivientes y situación laboral. Y, por último, variables relacionadas con la comunicación durante la entrevista clínica, como el conocimiento del castellano y el nivel de estudios. Por otro lado, también se registraron el tabaquismo, el consumo de alcohol (considerándose excesivo si varones > 40 g/día y mujeres > 20 g/día) y el consumo de drogas por vía parenteral u otras drogas.

En cuanto a salud mental, se recogió, de las consultas realizadas durante el período de estudio, si constaba como impresión diagnóstica: ansiedad, depresión, trastorno por somatización, psicosis, trastornos de personalidad u otras neurosis, a criterio del facultati-

**TABLA 1**  
**Distribución de los grupos étnicos en la muestra**

Procedencia	Casos	Porcentaje	IC del 95%
Magreb Religión musulmana	41	36,6%	27,6-45,5
Indostán Religión musulmana	26	23,2%	15,4-31
Sudamérica	10	8,9%	3,6-14,2
Filipinas	10	8,9%	3,6-14,2
Centroamérica	6	5,4%	1,19-9,5
Resto de Asia	2	1,8%	-0,6-4,2
Otros	2	1,8%	-0,6-4,2
No consta	15	13,4%	7-19,7

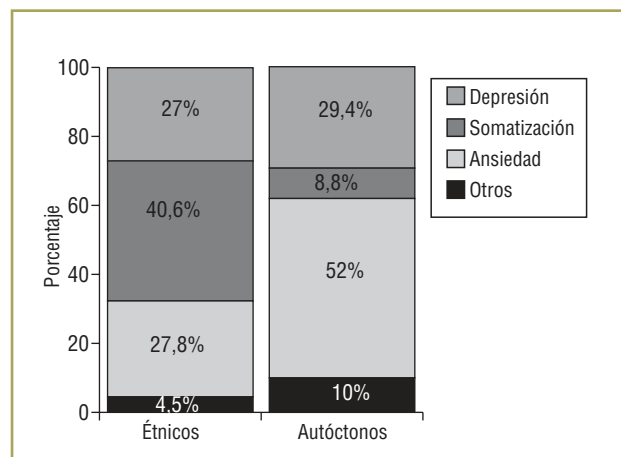
vo que les visitaba, así como el número de visitas para cada diagnóstico y si éste ya estaba presente en el país de origen. También, el consumo de psicofármacos y el número de visitas por cualquier motivo en los 3 años de estudio para hacer la valoración de la frecuentación al centro.

El estudio estadístico se hizo mediante el análisis descriptivo y bivariable con el test de ji-cuadrado.

## Resultados

Se obtuvo una muestra de 112 pacientes inmigrantes que tenían registrado como factor de riesgo el formar parte de una minoría étnica y que habían sido visitados durante el período de estudio. La edad media de éstos fue de 39 ± 14 años y un 52,7% eran varones. En cuanto a la distribución por país de origen (tabla 1), se detectó un predominio de pacientes procedentes del Magreb, 36,6% (41), seguidos de los indostaníes (India, Bangladesh, Pakistán, Afganistán), 23,2% (26), todos ellos de religión musulmana. El motivo de la migración en un 79,5% no estaba registrado; del resto en un 45,4% (n = 10; IC, 24,6-66,2) fue el económico, y en un 41% (n = 9; IC, 20,3-61,4) la reagrupación familiar. Los datos epidemiológicos recogidos se muestran y se comparan con los del grupo autóctono en la tabla 2. En un 26,8% (grupo autóctono, 21,4%) se desconocía su situación laboral, y de los que se tenían datos, un 53,7% (44,3%) tenía trabajo. Entre los que no trabajaban sólo cobraban subsidio de paro un 9% (n = 3; IC, -0,7 a 18,9) en el grupo étnico y un 20% (n = 8; IC, 7,6-32,4) en el autóctono. Por lo que se refiere al estado civil, en un mismo porcentaje de casos en los 2 grupos este dato no se encontraba (30,4%) y los convivientes no constaban en un 31,3% (28,6%) de las historias. El nivel de estudios en un 72,1% del grupo étnico no estaba registrado respecto un 58% del autóctono.

En el caso del conocimiento de castellano de la muestra de población étnica, en un 51,8% de las historias no constaba el grado de conocimiento del idioma, y en los que constaba, en un 11,1% (n = 6; IC, 2,7-19,4) no lo conocían, un 13% (n = 7; IC 4-21,9) sólo lo entendían, un 33,3% (n = 18; IC, 20,7-45,9) lo



**FIGURA 1**  
Comparación de las consultas por trastornos mentales entre el grupo étnico y el autóctono.

hablaban, y un 42,6% (n = 23; IC 29,4-55,7) lo escribían. Es decir, un 43% (n = 48; IC 33,6-52) de los pacientes de la muestra, como mínimo, no representaban una dificultad idiomática para el colectivo médico, teniendo en cuenta que un 14% de ellos procedía de países de habla hispana.

En el estudio de los hábitos tóxicos (tabla 2) se detectaron mayores prevalencias en el grupo autóctono en cuanto al consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, la adicción a drogas por vía parenteral y otras drogas, con diferencias estadísticamente significativas.

En el estudio de trastornos mentales de la muestra de grupos étnicos comparada con la muestra control de población autóctona (tabla 3), no se observan diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los diagnósticos registrados, aunque se evidencia una tendencia del grupo etnia a presentar mayor porcentaje de depresión (15,2% frente a 13,4%) y de trastornos por somatización (10,7% frente a 6,3%). En cambio, el diagnóstico de ansiedad es más frecuente en el grupo autóctono respecto al étnico (26,8% frente a 17,9%), así como los trastornos de personalidad (3,6% frente a 0%) y las psicosis (5,4% frente a 0%). En el diagnóstico de otras neurosis los porcentajes son iguales en ambos grupos.

De todos los casos en los que se detectó patología mental se recogió la prescripción de tratamientos (tabla 4), y se encontró que en el grupo étnico eran tratados un 19,8% (n = 22; IC, 12,4-27,2) de los pacientes y en el grupo autóctono un 32,1% (n = 36; IC, 23,4-40,7). No se hallaron diferencias significativas en el tipo de tratamientos, aunque en el grupo étnico eran más usadas las benzodiacepinas (BZD) y los antidepresivos tricíclicos (ADT).

Durante el período estudiado, en el grupo de minorías étnicas se llevaron a cabo un total de 1.017 visitas por cualquier motivo médico, de las que un 13% (n = 132; IC, 10,9-15) fueron por trastornos mentales. Y en el grupo autóctono se realizaron 1.138 visitas, de las que un 17,9% (n = 204; IC

**TABLA 2** Descripción y comparación de datos epidemiológicos entre los grupos étnico y autóctono

	Grupos étnicos			Autóctonos			p
	Casos	Porcentaje	IC del 95%	Casos	Porcentaje	IC del 95%	
<b>Estado civil</b>							
Solteros	21	27%	17-36,7	31	41,3%	30,1-52,4	ns
Casados	52	66,6%	56,2-77,1	38	50,6%	39,3-61,9	
Separados	5	6,4%	0,9-11,8	5	6,6%	1-12,3	
Viudos	0	0%	0	1	1,3%	-1,2-3,9	
<b>Convivientes</b>							
Viven solos	6	7,8%	1,8-13,7	10	12,5%	5,2-19,7	ns
Viven con pareja	39	50,6%	39,4-61,8	42	52,5%	41,5-63,4	
Con otros familiares	28	36,4%	25,6-47,1	26	32,5%	22,2-42,7	
Con otras personas	4	5,2%	0,2-10,1	2	2,5%	-0,9-5,9	
<b>Situación laboral</b>							
Sin trabajo	33	40,3 %	29,6-50,8	40	45,5%	35-55,8	ns
Con trabajo	44	53,7%	42,8-64,4	39	44,3%	33,9-54,7	
Contrato estable	29	65,9%	51,9-79,9	28	71,8%	57,6-85,9	
Esporádico	8	18,1%	6,7-29,5	9	23,1%	9,8-36,3	
Sin contrato	7	15,9%	5,1-26,7	2	5,1%	-1,7-12	
<b>Estudios</b>							
Analfabetos	2	6,4%	-2,2-15,1	1	2,1%	-2-6,2	ns
Estudios primarios	15	48,4%	30,7-65,9	27	57,4%	43,3-71,5	
Estudios secundarios	7	22,6%	7,8-37,3	14	29,8%	16,7-42,8	
Estudios superiores	7	22,6%	7,8-37,3	5	10,6%	1,8-19,4	
<b>Hábitos tóxicos</b>							
Tabaco	30	26,8%	18,5-34,9	67	59,8%	50,7-68,9	0,0001
Alcohol excesivo	6	5,4%	1,1-9,5	27	24,1%	16,1-32	0,0001
ADVP	1	0,9%	-0,8-2,6	8	7,1%	2,4-11,9	0,05
Otras drogas	5	4,5%	0,6-8,2	12	10,7%	4,9-16,4	0,06

ADVP: adictos a drogas por vía parenteral, y ns: no significativo.

15,7-20,1) se debieron a trastornos mentales. Haciendo una selección de todas las consultas por trastornos mentales (fig. 1), éstas se distribuyeron por diagnósticos de la siguiente manera: en el grupo étnico predominaron las consultas por

somatizaciones con un 40,6%, seguidas de las consultas por ansiedad con un 27,8% y por depresión con un 27%; las otras neurosis y los trastornos de personalidad obtuvieron un 1,5% de las consultas cada una. En el grupo autóctono,

**TABLA 3** Comparación de porcentajes de trastornos mentales entre el grupo étnico y autóctono

	Grupos étnicos			Autóctonos			p
	Casos	Porcentaje	IC del 95%	Casos	Porcentaje	IC del 95%	
Depresión	17	15,2%	8,5-21,8	15	13,4%	7-19,7	ns
Ansiedad	20	17,9%	10,7-24,9	30	26,8%	18,5-34,9	ns
Somatización	12	10,7%	4,9-16,4	7	6,3%	1,7-10,7	ns
Psicosis	0	0%	0	6	5,4%	1,1-9,5	0,01
Trastornos de la personalidad	0	0%	0	4	3,6%	0,1-7	0,04
Otras neurosis	1	0,9%	-0,8-2,6	1	0,9%	-0,8-2,6	ns

ns: no significativo.

**TABLA 4** Comparación de tratamientos entre los grupos étnico y autóctono

	Etnias			Autóctonos			p
	Casos	Porcentaje	IC del 95%	Casos	Porcentaje	IC del 95%	
Benzodiazepinas	14	63,6%	43,5-83,7	20	55,5%	39,3-71,7	ns
ADT	3	13,6%	-0,7-27,9	1	2,8%	-2,5-8,1	
ISRS	1	4,5%	-4,1-13,2	2	5,5%	-1,9-13	
BZD y antidepresivos	4	18,2%	2-34,3	8	22,2%	8,6-35,8	
Antipsicóticos	0	0%	0	4	11,1%	0,8-21,3	

en cambio, predominaron las consultas por ansiedad con un 52%, seguidas de las consultas por depresión con un 29,4% y por somatizaciones con un 8,8%. Las otras neurosis y los trastornos de personalidad obtuvieron un 1,5% y 1% respectivamente, y las psicosis un 7,4%.

## Discusión

La muestra de inmigrantes estudiada representa una población joven, con discreto predominio del sexo masculino, y procede principalmente de países musulmanes: Magreb, Pakistán, Afganistán, India y Bangladesh. La migración se ha dado por motivos económicos o secundariamente por reagrupación familiar. Mayoritariamente están casados, aunque no todos viven con la pareja.

Sólo un 53,7% estaba trabajando en el momento del estudio. Estas bajas cifras son parecidas a las de los autóctonos (44,3%) y podrían atribuirse al bajo nivel sociocultural y a las condiciones de marginalidad de gran parte de la población del área. La diferencia que podría destacarse sería el mayor porcentaje de trabajadores sin contrato y el menor número de parados con subsidio entre la población inmigrante, que se relacionaría con las situaciones de precariedad laboral y la dificultad de acceder a las prestaciones de desempleo que experimenta este grupo.

El nivel de estudios registrado se encuentra globalmente descendido en la población étnica, y esto puede deberse a que los grupos de personas que emigran por motivos económicos, como es el caso de nuestra muestra, suelen ser de nivel cultural bajo. En cuanto al nivel de conocimiento del castellano, teniendo en cuenta que sólo un 14% de los inmigrantes procedía de países de habla hispana, encontramos que un 43% de la muestra, como mínimo, lo entiende, es decir, que no tendrían que representar una dificultad idiomática para el colectivo médico.

Se observan grandes diferencias entre las 2 poblaciones en el consumo de tóxicos, tanto en el caso del alcohol y el tabaco como en el consumo de drogas por vía parenteral, que es altamente prevalente en esta área. La baja prevalencia de hábitos tóxicos en el grupo étnico sería fácilmente atribuible a las creencias religiosas de la mayoría musulmana.

Respecto al principal objetivo del estudio, no se ha observado un mayor porcentaje de trastornos mentales en la población inmigrante estudiada. De todas formas, se demuestra una tendencia de esta población a presentar más trastornos por somatización, sobre todo respecto al elevado número de consultas por este motivo, y más depresión. Cabe recordar que estos diagnósticos no son más que las impresiones u orientaciones diagnósticas de los médicos registradas en las historias clínicas durante las consultas de estos pacientes, que el tamaño de la muestra podría no ser lo suficientemente grande y que se trata de un estudio descriptivo durante un período de tiempo limitado y no de un estudio de prevalencias. Esto, junto al bajo nivel de registro de algunos datos, supondría la inclusión de sesgos en el estudio. No obstante, los resultados observados se acercarían a los de otros estudios, como el realizado por el Servi-

Discusión  
Cuadro resumen



### Lo conocido sobre el tema

- La migración constituye un factor de riesgo para la salud, ya que representa para el individuo un duelo por la pérdida de su apoyo social y su entorno físico, lo que puede ocasionar trastornos mentales.
- La barrera idiomática y cultural dificulta el correcto diagnóstico y abordaje de éstos.

### Qué aporta este estudio

- Sin hallarse diferencias significativas, se observan mayores porcentajes de somatización, con elevado número de consultas por este motivo, y de depresión en inmigrantes, aunque éstos se encuentran infratratados y probablemente infradiagnosticados.
- Es necesario adaptar las herramientas diagnósticas, formar a los profesionales de la salud y disponer de mediadores transculturales para ofrecer una atención de calidad.

cio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPIR) de Barcelona<sup>4</sup>, en el que demostraban que los pacientes atendidos consultaban sobre todo por síntomas somatoformes y depresivos, siendo el principal colectivo visitado el procedente de Pakistán y la edad media de 35 años. Por otro lado, tal y como se mencionaba anteriormente, la población de referencia, y por tanto la que se compara con la étnica, se caracteriza por su bajo nivel social, cultural y económico, y su alto índice de marginalidad. De éstos se derivan una alta prevalencia de enfermedades orgánicas agudas y crónicas transmisibles y no transmisibles, y también de enfermedades psíquicas y consumo de psicofármacos. Este sería uno de los motivos por el cual no se encuentran diferencias significativas de trastornos mentales con la población étnica. Otro motivo podría ser que, a causa de las diferencias culturales e idiomáticas, la población étnica expresaría la sintomatología psíquica de formas muy distintas a los síntomas guía que llevan a los profesionales a establecer un diagnóstico psiquiátrico<sup>5-8</sup>. Este hecho invalidaría los cuestionarios existentes para efectuar diagnósticos psiquiátricos<sup>9</sup>, y también explicaría que muchas de las consultas médicas sean interpretadas por los médicos como síntomas somáticos sin un diagnóstico ni un tratamiento más específico, conduciendo a un infradiagnóstico de los trastornos mentales y a un infratratamiento por falta de comprensión o de adaptación de éste a sus culturas diferenciadas con el consiguiente abandono. Razonamientos similares son compartidos por autores como Farooq et al<sup>10</sup>, que en sus estudios sobre trastornos psicósomáticos comparan población caucásica con asiática, y otros autores<sup>11,12</sup> que han descrito las distintas formas de expresión de la depresión y el tratamiento en grupos étnicos.

Quizás el resultado más relevante de este estudio sea el bajo registro de información en las historias clínicas de la mayoría de variables epidemiológicas estudiadas, sobre todo en el grupo étnico. En variables trascendentales, como el lugar de procedencia, había un 13,4% de casos en los cuales no constaba este dato, e igualmente con el motivo de inmigración, con un 79,5%, el estado civil y convivientes, con un 30,4% y 51,5%, o los estudios y el conocimiento del castellano, con un 72,1% y un 51,8% respectivamente. El hecho de que este bajo registro sea mucho más acusado en la población étnica podría atribuirse de nuevo a las dificultades comunicativas que, junto con la gran presión asistencial que hay en esta área de salud, da como resultado un déficit en la calidad de la atención a estos subgrupos poblacionales que requerirían una dedicación más especializada o, como, mínimo la disponibilidad de intér-

pretes o mediadores que como se ha demostrado en distintas experiencias<sup>13</sup> mejoran significativamente esta comunicación con los profesionales.

Con el fin de iniciar la mejora de estos aspectos y a partir de los resultados de este estudio, se ha elaborado una hoja de recogida de datos epidemiológicos, de cumplimentación muy sencilla, que ha pasado a formar parte de las historias clínicas de todos los pacientes pertenecientes a una minoría étnica, para que los profesionales recojan toda la información necesaria para conocer las características básicas de los distintos grupos, cada vez más numerosos, y realizar intervenciones futuras.

## Bibliografía

1. Tizón JL, Atxotegui J, Pellegrero N, San José J, Sainz F, Salame-ro M. La migración como factor de riesgo para la salud. *Gaceta Sanitaria de Barcelona* 1986;28:149-55.
2. Tizón JL, Atxotegui J, Pellegrero N, San José J, Sainz F, Salame-ro M. La migración como factor de riesgo para la salud. *Gaceta Sanitaria de Barcelona* 1986;29:182-87.
3. Atxotegui J. Migrar: duelo y dolor. *El Viejo Topo* 1995;90:32-38.
4. Kosch GS, Burg MA, Podikuj S. Patient ethnicity and diagnosis of emotional disorders in women. *Fam Med* 1998;30:215-19.
5. Atxotegui J, Castelló M. Emigración y salud mental: planteamientos básicos y estudio de los casos atendidos en 1995 en el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPIR) de Barcelona. III Encuentro Internacional sobre «La Tolerancia». Valencia, noviembre 1995.
6. Bhatt A, Tomenson B, Benjamin S. Transcultural patterns of somatization in primary care: a preliminary report. *J Psychosom Res* 1989;33:671-80.
7. Cheung FM, Lau BW, Waldmann E. Somatization among Chinese depressives in general practice. *Int J Psychiatry Med* 1980;10:361-374.
8. Yamamoto J, Yeh EK, Loya F, Slawson P, Hurwicz ML. Are American psychiatric outpatients more depressed than Chinese outpatients? *Am J Psychiatry* 1985;142:1347-51.
9. Rogler LH, Cortes DE, Malgady RG. The mental health relevance of idioms of distress. Anger and perceptions of injustice among New York Puerto Ricans. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:327-30.
10. Villaseñor Y, Waitzkin H. Limitations of a structured psychiatric diagnostic instrument in assessing somatization among Latino patients in primary care. *Medical Care* 1999;37:637-46.
11. Farooq S, Gahir MS, Okyere E, Sheikh AJ, Oyebo F. Somatization: a transcultural study. *J Psychosom Res* 1995;39:883-88.
12. Rack PH. Ethnic differences in depression and its response to treatment. *J Int Med Res* 1980;8:20-3.
13. Pang KY. Symptoms of depression in elderly Korean immigrants: narration and the healing process. *Cult Med Psychiatry* 1998;22:93-122.
14. Poss JE, Rangel R. Working effectively with interpreters in the Primary Care setting. *Nurse Practitioner* 1995;20:43-7.

## COMENTARIO EDITORIAL

## Trastornos mentales en minorías étnicas: ¿un tema para investigar en atención primaria?

M.D. Gutiérrez Sigler

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valencia.

El fin fundamental de la investigación es describir y explicar *la realidad*. Para realizar un estudio de investigación que sea potencialmente válido, éste deberá plantearse una *pregunta de investigación* que sea pertinente o *relevante* y *factible* de contestar.

Actualmente viven o intentan vivir en España casi un millón de extranjeros con permiso de residencia y unos 300.000-400.000 inmigrantes en situación no regularizada, «sin papeles»<sup>1</sup>. Estas cifras nos confirman que el tema de las minorías étnicas es una *realidad* que conviene describir y explicar.

Estudios de investigación realizados en nuestro país ponen de relieve los problemas principales de esta población, caso de la falta de acceso a un trabajo normalizado, situación irregular de residencia, habitar en zonas de riesgo social, carencia de acceso normalizado a la red sanitaria y problemas de comunicación a causa de un idioma y una cultura diferentes<sup>2-6</sup>.

Por otro lado, la población que arriba a nuestro país no es toda la que quiere hacerlo, sino solamente las personas que pueden conseguirlo, y por tanto está formada por inmigrantes jóvenes y sanos. Sin embargo, los trastornos depresivos se manifiestan como segunda causa de consulta<sup>6</sup>.

Estudios realizados en Europa<sup>7</sup> detectan cómo los inmigrantes turcos en Alemania se ven más afectados que la población local por trastornos de la personalidad, neurosis y problemas psicósomáticos. En los Países Bajos se ha señalado un incremento de sintomatología depresiva entre trabajadores procedentes de Marruecos y de Yugoslavia. En cambio, en Suiza, la salud mental de los trabajadores portugueses no difiere de la de la población local.

Estudios realizados en América Central presentan resultados inconsistentes con la teoría tradicional de la relación entre inmigración, aculturación y psicopatología<sup>7,8</sup>. Así, los mexicanos que emigran a Estados Unidos tienen un mejor perfil de salud mental que los nacidos en Norteamérica. Esto puede deberse a problemas en los diseños del estudio, como sesgos de selección o falta de control de factores de confusión (nivel socioeconómico, cultural, etc.) y también a factores protectores de los recién emigrados, caso de las redes familiares tradicionales y las menores expectativas al llegar.

Es posible que la forma de reconocimiento de una patología mental varíe según las diferentes etnias. El diagnóstico estará influido por la forma de expresión de la sintomatología psíquica, a su vez relacionada con la forma de expresión de los pacientes. En este sentido van a influir tremendamente las diferencias idiomáticas y culturales. Estudios realizados detectan que la patología más prevalente en la población inmigrante son las somatizaciones, las depresiones y los hábitos tóxicos<sup>6,7</sup>. En España la procedencia de los inmigrantes es principalmente de países mayoritariamente musulmanes (Magreb, Pakistán, Afganistán, India y Bangladesh) y también de Sudamérica y Filipinas<sup>2,5,6</sup>, y así, por ejemplo, los hábitos tóxicos quizás sean menos prevalentes en personas con creencias religiosas como los musulmanes. Todos estos comentarios nos indican que es *relevante* investigar el tema de la salud mental en la población inmigrante.

Por otro lado, la mayoría de artículos de investigación sobre la inmigración proceden de Madrid y de Cataluña, y están realizados en centros de salud. Esto tiene su explicación, ya que los inmigrantes acuden mayoritariamente a Madrid, Cataluña, Andalucía, Levante y ambos archipiélagos.

A pesar del incremento de las consultas en los últimos años, en dichos centros de salud han sido capaces de realizar trabajos de investigación.

Hay una serie de realidades, como el aumento de la demanda no reconocida o la necesidad de más tiempo para ofrecer una buena asistencia, lo que incrementa aún más el mérito de realizar investigaciones en centros de atención primaria y demuestra la *factibilidad* de su realización.

Sería deseable que se llevaran a cabo estudios de investigación de tipo cualitativo para, de esta forma, intentar reflejar con más realidad los problemas que afectan a este colectivo, cada vez más numeroso y con unas características idiomáticas y socioculturales propias.

La atención primaria debe ser el nivel básico de atención de los inmigrantes. Debido a la complejidad y multiplicidad de factores que afectan a sus condiciones de vida, es necesario realizar investigaciones utilizando técnicas tanto cuantitativas como cualitativas. A partir de sus resultados, se deberían adecuar los recursos en atención primaria de

- Hay un millón de extranjeros con permiso de residencia y unos 400.000 inmigrantes «sin papeles». Es una realidad que conviene describir y explicar.
- La atención primaria debe ser el nivel básico de atención a los inmigrantes.
- Las patologías mentales más prevalentes en la población inmigrante son somatizaciones, depresiones y hábitos tóxicos.
- Debido a la complejidad y multiplicidad de factores que afectan a las condiciones de vida y al estado de salud de los inmigrantes, es necesario realizar trabajos de investigación en el marco de la atención primaria de salud.
- Se deberían utilizar técnicas tanto cualitativas como cuantitativas para abordar la complejidad del tema de la salud mental en poblaciones con características idiomáticas y socioculturales diferentes.

salud y producir una formación de los profesionales de los centros de salud con el objetivo final de ofrecer una atención de calidad a un colectivo que cada vez va a ser más numeroso.

## Bibliografía

1. Atención al emigrante (ponencias en el XXI Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria). *Aten Primaria* 2001;28(Supl 1):35-9.
2. Jansà JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria* 1995;15:320-6.
3. Roca Saumell. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes en el área sanitaria de Maresme. *Med Clin (Barc)* 1999;112:215-7.
4. Rodríguez A, González E. Motivos de consulta urgente de inmigrantes africanos magrebíes en un centro de atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1999;113:556-7.
5. Sanz B, Torres AM. Características sociodemográficas y uso de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria* 2000;26:314-8.
6. Esteban y Peña MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes irregulares en el área de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria* 2001;27:28-5.
7. Alderete E, Vega WA, Kolody B. Lifetime prevalence of risk factors for psychiatric disorders among mexican migrant farmworkers in California. *Am J Public Health* 2000;90:608-14.
8. Holman EA, Silver RC, Waitzkin H. Traumatic life events in primary care patients: a study in an ethnically diverse sample. *Arch Fam Med* 2000;9:802-10.