



ORIGINAL

Estados de ansiedad, depresión y factores relacionados en la población adulta inmigrante latinoamericana en Canarias

M.T. Suárez-Hernández^{a,*}, J. Ruíz-Perera^b, M. Tejera-Ramírez^c, V. Rodríguez-Navarro^d, R. Manzanera-Escarti^e y R. Artiles Pérez^f

^a Centro de Salud Añaza, Tenerife, España

^b Unidad del Dolor, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, España

^c Centro de Salud Barrio de la Salud, Tenerife, España

^d Centro de Salud Barrio del Atlántico, Gran Canaria, España

^e Faculty of Medicine, Imperial College, Londres, Reino Unido

^f Centro de Salud Los Gladiolos, Tenerife, España

Recibido el 19 de enero de 2011; aceptado el 24 de marzo de 2011

Disponible en Internet el 17 de junio de 2011

PALABRAS CLAVE

Primary health care;
Migration;
Mental health

Resumen

Introducción: El acontecimiento vital estresante que supone el fenómeno migratorio puede suponer un factor de mayor riesgo de enfermedad mental.

Objetivo: Comparar la prevalencia de ansiedad-depresión en población latinoamericana residente en Canarias con la población autóctona.

Material y métodos: Estudio descriptivo-transversal cualitativo y cuantitativo en marzo-agosto de 2009 de los adultos latinoamericanos residentes en Canarias seleccionados en consultas de atención primaria. Encuesta mediante entrevista clínica estructurada y escalas de ansiedad-depresión.

Análisis estadístico: Análisis exploratorio de datos y de relación entre variables incluyendo estudio cualitativo de las variables susceptibles.

Resultados: Se incluyeron 125 pacientes. Edad media 38,9 años (DE 12,07). El 73,6% eran mujeres, 42,4% casados y el 77,6% tiene empleo. Presentan ansiedad el 44% (IC 95%: 0,527-0,353) y depresión el 63,2% (IC 95%: 0,714-0,546). Un 13,6% refieren haber sufrido malos tratos. Un 19,2% síntomas psicopatológicos infantiles. Un 64,6% tiene antecedentes personales de enfermedad mental. La depresión se asocia al «estado civil» ($p=0,012$), la «situación familiar» ($p<0,0001$), el «tiempo en España» (5,75 años $\pm$ 3,88 vs 7,50 años $\pm$ 7,39; $p=0,002$) y el «motivo de inmigración» ($p=0,050$). La ansiedad, con la «edad» (41,1 años $\pm$ 12,51 vs 37,2 años $\pm$ 11,5; $p=0,070$) y con el «desempleo» ($p=0,014$). La ansiedad-depresión con «malos tratos» (76,5 vs 23,5%; $p=0,004$) (100 vs 0% $p=0,001$), «síntomas psicopatológicos en infancia» (62,5 vs 37,5%; $p=0,042$), (83,3 vs 16,7%; $p=0,023$) y «antecedentes de enfermedad mental» (68,4 vs 31,6%; $p<0,001$) (84,2 vs 15,8%; $p=0,001$). Es un factor de riesgo para la ansiedad

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tasuher@hotmail.com (M.T. Suárez-Hernández).

KEYWORDS

Primary health care;
Migration;
Mental health

presentar «antecedentes de salud mental», «sufrir malos tratos» y «no tener trabajo». La depresión se asocia a la «situación familiar» como factor protector y como factor de riesgo «antecedentes de salud mental» y «síntomas psicopatológicos infantiles». El análisis cualitativo ofrece como buenas «relaciones sociales», «visión de la sociedad» y presencia de la «ilusión/esperanza por volver al país».

Conclusiones: La prevalencia de ansiedad no es diferente a la de la población general y los factores del hecho migratorio parecen no influir en nuestro estudio.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Anxiety states, depression and associated factors in the Latin American immigrant population in the Canary Islands

Abstract

Introduction: Immigration is a vital stressful event that could be a higher risk of suffering a mental illness.

Objective: To compare the prevalence of anxiety-depression in the Latin-American immigrant population living in the Canary Islands and compare them with the non-immigrant population.

Material and Method: Exploratory analysis of dates and the relationship between variables, including the qualitative analysis.

Results: The study included 125 patients, with a mean age of 38.9 years (SD: 12.07), of whom 73.6% were women, 42.4% married and 77.6% employed. A total of 44% suffered anxiety (95% CI: 0.527-0.353) and 63.2% had depression (95% CI: 0.714-0.546). Abuse was reported by 13.6% and the 19.2% had psychopathological symptoms in childhood. A history of mental illness was reported in 64.6%. Depression was associated with "marital status" ($P = .012$), "family situation" ($P = .0001$), "time in Spain" (5.75 years $\pm$ 3.88 vs. 7.50 years $\pm$ 7.39 $P = .002$) and "reason for immigration" ($P = .050$). Anxiety was associated with "age" (41.1 years $\pm$ 12.51 vs. 37.2 years $\pm$ 11.5 $P = .070$) and "unemployment" ($P = .014$). Anxiety-depression with "abuses" (76.5 vs. 23.5% $P = .004$), (100 vs. 0% $P = .001$), "psychopathological symptoms in childhood" (62.5 vs. 37.5% $P = .042$), (83.3 vs. 16.7% $P = .023$) and "clinical history of mental illness" (68.4 vs. 31.6% $P = .001$), (84.2 vs. 15.8% $P = .001$). "Clinical history of mental illness", "abuses" and "unemployment" are risk factors for anxiety. Depression is associated with "family situation" as a protective factor and "clinical history of mental illness" and "psychopathological symptoms in childhood" as a risk factor. The qualitative analysis showed "relationships", "vision of society" and "hope of going back home" as positive factors.

Conclusions: The prevalence of anxiety is no different to the general population, and the migration factors do not appear to modify our study.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La inmigración es un fenómeno que conlleva desarraigo generándose como consecuencia un acontecimiento desestabilizador que incluye trastornos en la vida familiar así como una ruptura con la cultura de origen y los diferentes valores tradicionales del emigrante. Esto va a generar una situación de incertidumbre que agudiza el estrés y la angustia¹.

De esta manera, todo emigrante se va a ver sometido a un proceso de duelo² puesto que va a perder elementos tan importantes en su vida como la familia y los amigos, la identidad nacional y el estatus social, entre otros.

Un aspecto importante es cómo medir y diagnosticar la afectación psiquiátrica de estas personas. Para ello, en la práctica clínica disponemos del *Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales*, de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) o de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud. En Europa se utiliza mayoritariamente

la CIE-10 pero el DSM-IV está considerado más sensible en relación con los asuntos culturales y podría ser de mayor utilidad en este contexto³.

El fenómeno de la inmigración es reciente en España. Hasta los años 1980 España era un país emisor de emigrantes. Es en esa década cuando se invierte el saldo migratorio y en el año 2001, Canarias contaba con 97.950 extranjeros⁴. En el año 2006, la población extranjera residente en Canarias ascendió a 225.692 (el 5,89% del total de extranjeros residentes en España) superando claramente a la media española y duplicando los valores obtenidos tan solo 5 años antes⁵.

La mayoría de los extranjeros que viven en Canarias, procede de países miembros de la unión europea. Otro origen importante lo representa el colectivo iberoamericano (colombianos, venezolanos, cubanos, argentinos, etc.). Según algunos estudios, la población inmigrante parece presentar un mayor riesgo con respecto a la población autóctona en relación con el deterioro de su salud mental⁶. Además, el inmigrante pertenece a un colectivo

en riesgo de exclusión social, lo que significa problemas a la hora de insertarse social y laboralmente⁷⁻⁹. En la actualidad, no existen grandes estudios de prevalencia de enfermedad mental en la población general en España. Por el mismo motivo en Canarias existen pocos datos del grado de afectación de la salud mental y de los problemas específicos relacionados en el colectivo inmigrante. Debido a este aumento progresivo del fenómeno migratorio en nuestro entorno y teniendo en cuenta las consecuencias que puede generar a nivel asistencial el crecimiento de la población inmigrante en nuestro país consideramos interesante el tema de estudio siendo el objetivo principal de nuestro trabajo estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en inmigrantes adultos latinoamericanos residentes en Canarias así como los factores de riesgo asociados.

Material y métodos

Diseño

Estudio descriptivo transversal de características mixtas cuali-cuantitativo.

Ámbito

Cuatro centros de Atención Primaria representativos de las dos provincias de la comunidad autónoma de Canarias.

Población de estudio

Pacientes inmigrantes adultos latinoamericanos que acuden a consulta de atención primaria.

Criterios de inclusión

Procedencia de países de Latinoamérica, edad comprendida entre los 18-75 años, tiempo de residencia en Canarias mínimo de 12 meses, aceptación de realización de entrevista clínica.

Criterios de exclusión

Pacientes con algún tipo de discapacidad física o psíquica que impida cumplimentar la entrevista.

Instrumento

Entrevista clínica dirigida con ítems establecidos previamente que abordan diversas variables (*Anexo 1*). El procedimiento llevado a cabo para la recogida de datos se centró dicha entrevista clínica guiada y anónima. Para valorar el estado de ansiedad y depresión se utilizó la escala de ansiedad y depresión de Goldberg¹⁰.

Selección de los sujetos

Muestreo consecutivo de pacientes inmigrantes que acudieron a consulta en el periodo de marzo de 2009 hasta agosto

de 2009 tras ser informados de la posibilidad de realizar la entrevista guiada y su posterior aceptación.

Variables analizadas

Se recogen variables demográficas, estado civil (soltero, casado, viudo, otros), situación familiar (vive solo, con pareja, con pareja e hijos, otros), antecedentes médicos familiares de interés, soporte familiar en el país de origen, antecedentes personales, tratamientos domiciliarios (medicamentos, productos naturales), tiempo de residencia en España, migraciones anteriores, situación laboral previa (estudia, trabaja, en paro, otros), condiciones de alojamiento (alquiler, vivienda propia, albergue, otros), trabajo-profesión actual, país de origen, motivo de la inmigración, situación legal (con papeles, sin papeles, refugiada política, otros), nivel de estudios (analfabeto, primarios, secundarios, universitarios), integración social y motivos de la no integración, visión de esta sociedad (positiva, negativa), tóxicos, abordaje de su salud mental destacando síntomas psicopatológicos infantiles y en la adolescencia, antecedentes familiares y personales de enfermedades de salud mental, medicación para trastornos psicopatológicos, abordaje de su salud sexual (disfunción eréctil, dispareunia, etc.), creencias religiosas, ilusión, esperanza o sueño de volver a su país y como variables dependientes, la presencia de ansiedad y depresión. El punto de corte considerado como patológico fue el obtener 2 o más puntos en la subescala de Depresión y de 4 o más para la subescala de Ansiedad.

Análisis estadístico

El análisis cuantitativo de los datos se ha estructurado en 3 bloques. Por un lado, se ha realizado análisis univariado en el que se han resumido las variables cualitativas mediante expresión de porcentajes y las cuantitativas a través del cálculo de medidas de tendencia central, dispersión y rangos. El segundo bloque del análisis lo constituye el análisis bivariado en el cual, las variables categóricas se contrastaron con el test de ji cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher cuando fuera necesario. Cuando la naturaleza de la variable era cuantitativa, el test de hipótesis utilizado fue la t de Student.

Por último, se realizó un análisis multivariado. Para éste, se consideraron como variables dependientes la presencia de ansiedad o depresión según la Escala de Goldberg. Se analizaron aquellas variables que mostraron estar asociadas de manera estadísticamente significativa con las variables dependientes y se introdujeron en un modelo de regresión logística múltiple, dada la condición dicotómica de las variables independientes.

El programa estadístico utilizado fue el SPSS 17.0.

Aquellas variables que no se trataron en el cuestionario desde un punto de vista numérico/categorico fueron sometidas a un análisis cualitativo ampliando al análisis cuantitativo del estudio y permitiéndonos conocer y valorar otras vivencias de estos pacientes en primera persona.

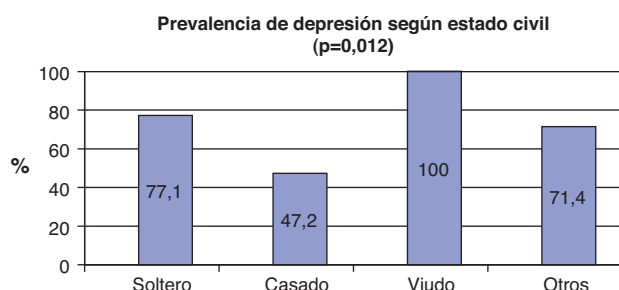


Figura 1 Prevalencia de depresión según el estado civil.

Resultados

Análisis cuantitativo

Análisis univariado

Participaron 125 pacientes de los cuales un 73,6% eran mujeres. La edad media fue de 38,9 años (DE 12,07) y rango de 19-75 años. El 42,4% está casado. La mediana de los años de residencia en España es 5 (DE 5,48) y rango entre 1 y 32 años. El 29,6% de los participantes vive con la pareja y los hijos y el 94,4% tiene familia en el país de origen.

El 52% trabajaba en el país de origen y un 77,6% trabaja actualmente en España. En nuestro país el 77,6% de los participantes vive en alquiler. El 24% procede de Venezuela, un 21,6% de Colombia y un 18,4% de Cuba. En el 79,2% de los casos el motivo de la migración fue económico y el 88% presenta situación legal en nuestro país.

La prevalencia de ansiedad de nuestra muestra es de un 44% (IC 95%: 0,527-0,353). Por otra parte, la prevalencia de depresión es de un 63,2% (IC 95%: 0,714-0,546). En un 13,6% de los casos refieren haber sufrido malos tratos. Un 19,2% de los participantes ha presentado síntomas psicopatológicos en la infancia correspondiendo un 50% a timidez y un 41,7% a temores. En la adolescencia, un 6,4% refiere síntomas psicopatológicos correspondiendo un 75% de éstos a consumo de tóxicos. Un 30,4% de los participantes tiene antecedentes de problemas de salud mental correspondiendo un 34,2% de éstos a trastornos ansioso y depresivo. Un 27,2% de los participantes está en tratamiento y, de ellos, un 41,2% con ansiolíticos. En relación con el consumo de tóxicos éste se presenta en el 22,4% de los participantes, de los cuales el 71,4% corresponde a tabaco. En el 68,8% de los casos, los participantes manifiestan ilusión por regresar de nuevo a su país de origen.

Análisis bivariado

En el análisis bivariado se contrasta, mediante la prueba de ji cuadrado que la relación entre el sexo femenino y la presencia de depresión ($p=0,041$). También existe asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la presencia de depresión ($p=0,012$) (fig. 1).

Otra de las variables que se relaciona con la presencia de depresión de forma estadísticamente significativa al realizar la ji cuadrado es la situación familiar del paciente de tal manera que presentan más depresión aquellas personas que viven solas en relación con los que viven con parejas o con parejas e hijos ($p<0,0001$) (fig. 2).

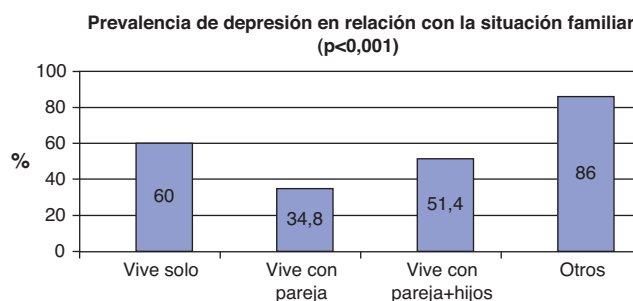


Figura 2 Prevalencia de depresión en relación con la situación familiar.

Otra variable relacionada significativamente con la presencia de ansiedad es el no trabajar en el momento actual ($p=0,014$). El motivo de inmigración también se asocia significativamente con la presencia de depresión ($p=0,050$) (fig. 3).

Los malos tratos también se relacionan con la presencia de ansiedad (76,5 vs 23,5%; $p=0,004$) y con la depresión (100 vs 0%; $p=0,001$). Otra variable también relacionada con la ansiedad es la presencia de síntomas psicopatológicos en la infancia (62,5 vs 37,5%; $p=0,042$), así como con la depresión (83,3 vs 16,7%; $p=0,023$). Los antecedentes personales de enfermedades de salud mental también se asocian significativamente con las variables ansiedad (68,4 vs 31,6%; $p<0,001$) y depresión (84,2 vs 15,8%; $p=0,001$).

La edad mostró estar asociada con la ansiedad, siendo la media de edad algo superior en los sujetos con ansiedad respecto a aquellos que no la presentan (41,18 $\pm$ 12,51 años vs 37,24 años $\pm$ 11,5; $p=0,070$). Por otro lado, y en relación con el tiempo de residencia en España, se obtiene que también existe relación entre dicho tiempo y presentar depresión (5,75 $\pm$ 3,88 años vs 7,50 $\pm$ 7,39 años; $p=0,002$).

Análisis multivariado

En el análisis multivariado encontramos que están asociados de forma independiente con la presencia de ansiedad «tener antecedentes previos de salud mental», «haber sufrido malos tratos» y «no tener trabajo en España» comportándose estas variables como factor de riesgo de presentar ansiedad (tabla 1).

Por otra parte, encontramos que las variables asociadas a la presencia de depresión tras realizar la regresión logística multivariable son: «tener antecedentes personales previos de salud mental», «situación familiar» y «presencia de síntomas psicopatológicos infantiles» comportándose como

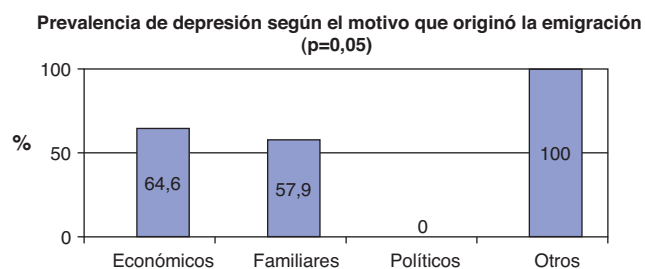


Figura 3 Prevalencia de depresión según el motivo de emigración.

Tabla 1 Factores asociados a la presencia de ansiedad tras análisis de regresión logística múltiple

Variable	β	OR ajustada	p
antecedentes de salud mental	1,160	3,189	0,011
Malos tratos	1,157	3,181	0,07
Estar laboralmente activo	1,129	3,094	0,016

Tabla 2 Factores asociados a la presencia de depresión tras análisis de Regresión logística múltiple

Variable	β	OR ajustada	p
<i>Antecedentes de salud mental</i>	1,250	3,489	0,024
<i>Situación familiar</i>			
Vivir solo	-1,377	1	0,051
Vivir con pareja	-2,701	0,252	< 0,001
Vivir con pareja e hijos	-1,627	0,067	0,003
Otras situaciones		0,196	
<i>Síntomas psicopatológicos en la infancia</i>	1,593	4,918	0,033

factor protector de presentar depresión la variable situación familiar (vivir en pareja o con pareja e hijos) y como factor de riesgo de sufrir depresión el presentar antecedentes personales de salud mental y haber tenido síntomas psicopatológicos en la infancia (tabla 2).

Análisis cualitativo

Las variables analizadas cualitativamente han sido «relaciones sociales», «visión de la sociedad» e «ilusión/esperanza por volver a su país». Con respecto a sus relaciones sociales, la mayoría de los participantes se sienten integrados en nuestro país, aunque muchos de ellos añoran el apoyo de su familia y amigos. También en la esfera laboral refieren la necesidad de una mayor integración. Entre los encuestados, en su mayoría tienen una visión positiva de la sociedad española valorando las posibilidades de progreso y desarrollo social y laboral, la seguridad y libertad. Una minoría destaca el racismo como principal problema. Por último, la gran mayoría de los sujetos manifiestan su deseo de quedarse en España y volver a su país solamente en periodos vacacionales preocupándose principalmente la seguridad, la educación de sus hijos y la estabilidad económica familiar.

Discusión

La inmigración es un acontecimiento desestabilizador para quien la sufre. Si la adaptación al proceso tiene lugar sobre una base de gran vulnerabilidad personal, social o familiar podría generarse un contexto que favorezca la aparición del trastorno mental. Según estudios realizados en los últimos años observamos que el porcentaje de estos trastornos entre población autóctona e inmigrantes no presenta diferencias significativas. En relación con nuestro estudio, el porcentaje de ansiedad no es muy diferente al de la población general española. En relación con la depresión, las cifras sí que son más altas^{11,12}. Estas cifras podrían justificarse en

nuestro estudio teniendo en cuenta que el test que hemos utilizado presenta un corte muy bajo para la escala de depresión.

En cuanto al sexo, aunque algunos estudios indican que éste es un factor de riesgo para presentar depresión en inmigrantes¹³, en nuestro estudio sigue el mismo patrón que el de la población autóctona.

Por otra parte, el hecho de que la entrevista fuera administrada en la consulta y por parte del propio profesional sanitario debe hacernos reflexionar acerca de la posibilidad de la presencia del sesgo de complacencia.

El hecho de que la mayoría de los afectados no identifique el problema como un problema médico que podría mejorar con tratamiento orienta hacia la necesidad de indagar sobre los problemas de salud mental en este grupo poblacional desde la puerta de entrada de nuestro sistema de salud, la atención primaria, y hacer un esfuerzo para acceder a esta población inmigrante que queda al margen del sistema sanitario y poder valorar siempre la posibilidad de que exista un trastorno de salud mental (ansiedad/depresión) secundario al estrés que supone el fenómeno migratorio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido desarrollado en el marco del Curso de Expertos de Salud Mental en AP impartido en la Universidad de Alcalá de Henares durante el curso académico 2008-2009. Nos gustaría agradecer a nuestro director científico, Ricardo Manzanera Escarti el empuje y apoyo continuo desde el primer momento en que iniciamos este proyecto, así como al director académico Prof. Melchor Álvarez de Mon y a Eli Lilly and Co Spain por facilitarnos las infraestructuras necesarias para poder desarrollar este estudio.

Anexo 1. Hoja de recogida de datos

N.º, clave o nombre del paciente:

Teléfono de contacto:

1. Edad:

2. Sexo:

Anamnesis familiar

3. Estado civil:

- a. Soltero
- b. Casado
- c. Viudo
- d. Otros

4. Situación familiar:

- a. Vive solo
- b. Con pareja
- c. Con pareja e hijos
- d. Otros

5. Antecedentes médico familiares de interés:

6. Tiene soporte familiar en el país de origen:

- a. Sí
- b. No

7. Tiene familia en el país de origen:

- a. Sí, ¿quiénes?
- b. No

8. Motivo de consulta:

9. Antecedentes personales del paciente:

10. Tratamientos domiciliarios

- a. Medicamentos
- b. Productos naturales (plantas medicinales, cartílago de tiburón...)

11. Tiempo de residencia en España:

12. Migraciones anteriores:

- a. Sí
- b. No

13. Situación laboral previa (en país de origen):

14. Condiciones de alojamiento:

- a. Alquiler
- b. Vivienda Propia
- c. Albergue
- d. Otros..

15. Trabajo-profesión actual:

- a. Sí, ¿en qué trabaja?
- b. No

16. País de origen:

- a. Medio urbano
- b. Medio rural
- c. Otras características (costa, selva, altiplano, etc.)

17. Motivo de la inmigración:

- a. Económicos
- b. Familiares
- c. Políticos
- d. Otros

18. Situación legal:

- a. Con papeles
- b. Sin papeles
- c. Refugiada política
- d. Otras

19. Nivel de estudios:

- a. Ninguno
- b. Primarios

c. Secundarios

d. Universitarios (diplomatura, licenciatura)

20. Relaciones sociales:

- a. Se siente integrado
- b. No se siente integrado
- c. Motivo de ello

21. ¿Qué visión tiene de esta sociedad:

- a. Es positiva ¿por qué?
- b. Es negativa, ¿por qué?

22. Tóxicos:

- a. Tabaco
- b. Alcohol
- c. Otras drogas

23. Salud mental

- a. Síntomas psicopatológicos infantiles: temores, timidez, fobias escolares, aislamiento, etc.
- b. Adolescencia: relación con compañeros, consumo de tóxicos, problemas emocionales
- c. Antecedentes previos de enfermedades de salud mental
- d. Antecedentes familiares de problemas en salud mental (depresión, ansiedad, consumo de tóxicos, etc.)
- e. ¿Toma o ha tomado algún tratamiento médico o natural (hierbas medicinales) para dormir, nerviosismo, etc.?
- f. Historia sexual: ¿tiene o ha tenido algún problema o preocupación con su vida sexual?
- g. ¿Puede ser o haber sido víctima de malos tratos físicos o psíquicos?
- h. Aplicar la escala de Goldberg para la ansiedad y la depresión

24. Tiene creencias o prácticas religiosas:

25. Tiene la ilusión, la esperanza o el sueño de volver a su país:

26. Propuesta de hacer un pequeño diario-anotaciones (contar tus emociones, inquietudes, preocupaciones, ilusiones, etc.)

27. Intervenciones realizadas en atención primaria

- a. Promoción de la salud
- b. Educación sanitaria
- c. Información sanitaria
- d. Terapia psicológica
- e. Terapia farmacológica

Bibliografía

1. Díaz López M. Apoyo social y salud mental en inmigrantes: sus efectos sobre la inmigración. Madrid: Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid; 2003.
2. Atxotegui J. Migración y psicopatología desde la perspectiva de la atención primaria. *El Médico*. 2003;892: 25-31.
3. García-Campayo J, Sanz Carrillo S. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:187-91.
4. INE. Avance del padrón municipal a 1 de enero de 2008. Datos provisionales. Nota de prensa de 20 de junio de 2008. Disponible en: www.ine.es/prensa/prensa.htm.
5. Díaz Olalla JM. Manual de atención al inmigrante. Situación actual de la inmigración en España. Desigualdades en salud. Madrid: Ergón; 2008. p. 11-30.

6. Valdivia Altamirano H. Manual de atención al inmigrante. Aproximación al inmigrante según procedencia. Latinoamérica. Desigualdades en salud. Madrid: Ergón; 2008. p. 351-70.
7. Martincano Gómez JL, García Campayo J. Los problemas de Salud Mental en el paciente inmigrante. Epidemiología. 2007; 6-8.
8. Pardo Moreno G, Engel JL, Agudo Polo S. Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. Aten Primaria. 2007;39:609-14.
9. Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A, Fons Martí M. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. Aten Primaria. 2004;34:504.
10. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-N; 1988.
11. Pertiñez Mena J, Viladàs Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Solé M. Estudio descriptivo de los trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. Aten Primaria. 2002;29:6-13.
12. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006;126:445-51.
13. Navarro J, Morales R. Depresión y ansiedad en inmigrantes del tercer mundo: un estudio exploratorio en Granada. Interpsiquis. 2001. Disponible en: www.psiquiatria.com.