

# Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos

Gemma Pardo Moreno<sup>a</sup>, José Luis Engel<sup>b</sup> y Santiago Agudo Polo<sup>c</sup>

**Objetivo.** El proceso migratorio, las características sociodemográficas y la falta de integración en las redes sociales y sanitarias de la población procedente de África subsahariana podrían favorecer un aumento de las enfermedades relacionadas con la salud mental. El objetivo es conocer la prevalencia de depresión en esta población y sus factores de riesgo.

**Diseño.** Estudio descriptivo, transversal.

**Emplazamiento.** Comunidad de Madrid.

**Participantes.** Inmigrantes subsaharianos mayores de 18 años que han acudido a 2 «Programas de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes de la Comunidad de Madrid» durante el período comprendido entre agosto de 2003 y febrero de 2004.

**Mediciones.** Para el diagnóstico de depresión se realizaron entrevistas semiestructuradas (criterios DSM-IV) por personas entrenadas y el Inventario de Depresión de Beck.

**Resultados.** En total participaron 606 inmigrantes subsaharianos (el 55,4%, varones). Edad media de  $27 \pm 6,61$  años. Diagnóstico de depresión en un 5,4% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 3,78-7,56). Se presenta más riesgo de depresión en personas que llevan más de 2 años viviendo en España (13,1%), entre los que tienen hijos (10,7%) y entre los que tienen ciertos problemas de salud, como osteomusculares (18,9%), gastrointestinales (18,8%), neurológicos (17,4%), dermatológicos (20,5%) y astenia (70,6%). Un 6% de los diagnosticados de depresión sigue tratamiento farmacológico.

**Conclusiones.** La prevalencia de depresión entre esta población no es superior a la de la población de origen. Se observa un aumento de la incidencia con el paso del tiempo, probablemente debido a la situación socioeconómica en la que se encuentran, que al prolongarse en el tiempo puede actuar como factor estresante crónico. Otro dato importante es la falta de tratamiento en los diagnosticados de depresión.

**Palabras clave:** Depresión. Inmigración. África subsahariana.

## DIAGNOSIS OF DEPRESSION IN SUB-SAHARAN IMMIGRANTS

**Objective.** The migratory process, its social-demographic characteristics, and the lack of integration into the social and health networks of Sub-Saharan immigrants could favour an increase in mental health-related pathology. The objective is to find the prevalence of depression among this population and its risk factors.

**Design.** Cross-sectional, descriptive survey.

**Setting.** Community of Madrid, Spain.

**Participants.** Sub-Saharan immigrants over 18 years old who attended 2 "Health Care Programmes for immigrants in the Community of Madrid" between August 2003 and February 2004.

**Measurements.** Semi-structured interviews (DSM-IV criteria) conducted by trained staff and the Beck Depression Inventory were used to diagnose depression.

**Results.** Of 606 Sub-Saharan immigrants, 55.45% were men. Average age was  $27 \pm 6.61$ . Depression diagnosis was 5.4% (95% CI, 3.78-7.56). There was greater risk of depression among those immigrants who had lived in Spain for over 2 years (13.1%), among those who had children (10.7%), and among those with certain health problems, such as muscle and skeletal trouble (18.9%), gastrointestinal problems (18.8%), neurology problems (17.4%), dermatology problems (20.5%) and fatigue (70.6%). Six percent of immigrants with depression took pharmacological treatment.

**Conclusions.** The prevalence of depression among Sub-Saharan immigrants is similar to that of the native population. There is an increase as they stay longer in our country, probably due to their social and economic situation, which over time can act as a chronic stress factor. The other main fact is the lack of treatment of immigrants diagnosed with depression.

**Key words:** Depression. Immigration. Sub-Saharan Africa.

<sup>a</sup>Medicina de Familia. Centro de Salud Ángela Uriarte. Área 1 de Atención Primaria. Madrid. España.

<sup>b</sup>Medicina de Familia. Unidad de Atención Primaria. Universidad Autónoma de Madrid. Centro de Salud Tres Cantos. Área 5 de Atención Primaria. Madrid. España.

<sup>c</sup>Centro de Salud Potes. Área 11 de Atención Primaria. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. G. Pardo Moreno.  
Centro de Salud Ángela Uriarte.  
Candilejas, 66. 28018 Madrid.  
España.  
Correo electrónico:  
gema-pardo@terra.es

Manuscrito recibido el 17-1-2007.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 14-5-2007.

## Introducción

La inmigración conlleva desarraigo y éste siempre es un acontecimiento desestabilizador. Incluye trastornos en la vida familiar y una ruptura radical con la cultura, los valores y la seguridad tradicionales. Estos hechos generan una situación de incertidumbre que agudiza el estrés y la angustia<sup>1</sup>. Todo lo que rodea a la persona que emigra cambia, el inmigrante debe asumir la pérdida de ciertas formas a cambio de encontrar otras nuevas<sup>2</sup>. Todo emigrante se ve sometido a un proceso de duelo, ya que experimentará la pérdida de elementos muy importantes en su vida<sup>3</sup>, como son: *a)* la familia y los amigos; *b)* la «identidad nacional» que está representada por el idioma, la cultura, la «tierra» y el «grupo étnico», y *c)* estatus social<sup>4</sup>. La inmigración se podría considerar como una situación en la que el sujeto pondrá en marcha todos los recursos necesarios para afrontar la tarea de asentamiento e integración en un país desconocido<sup>1</sup>. Si los reajustes o adaptaciones que exige el proceso migratorio ocurren sobre una base de alta vulnerabilidad personal, familiar o social, bien anterior o posterior a la inmigración, puede crearse un contexto biopsicosocial que favorezca la descompensación o el trastorno<sup>1,5</sup>. Entre los factores de riesgo más importantes para la salud mental en el fenómeno migratorio podríamos encontrar el contexto de la salida<sup>6</sup>, la nacionalidad de origen<sup>1,5</sup>, el estatus legal, la adaptación del inmigrante a la nueva cultura<sup>4</sup>, el tiempo de residencia, la presencia de redes sociales para el inmigrante en nuestro país<sup>1,4</sup>, la discriminación y la situación social del inmigrante. Un tema importante es cómo medir y diagnosticar la afección psiquiátrica de estas personas. Respecto a las clasificaciones psiquiátricas, sólo pueden emplearse las dos predominantes: el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, cuarta edición (DSM-IV), de la Asociación de Psiquiatría Americana, o la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición, de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10). Aunque en Europa estamos más acostumbrados a utilizar la CIE-10, el DSM-IV se considera más sensible a los asuntos culturales y puede resultar más útil en este contexto<sup>4</sup>. Respecto a las escalas psicométricas, todavía es dudosa su utilización en distintas culturas, pero se dispone de distintos estudios en la literatura científica que han utilizado el Inventario de Depresión de Beck en distintos grupos de inmigrantes<sup>7-13</sup>. Dentro de este marco, hemos querido indagar sobre el estado de salud mental, y más en concreto, sobre la depresión, en la población procedente de África subsahariana, en la cual se presentan diferentes factores de riesgo premigratorios (nacionalidad de origen, contexto de salida, situación previa en sus países de origen) y posmigratorios. Las características sociodemográficas de esta población, más la falta de integración de estas

personas en las redes sociales y sanitarias<sup>14,15</sup>, podrían favorecer un aumento de las enfermedades relacionadas con la salud mental, además de la gran dificultad para el acceso a los servicios sanitarios.

## Métodos

### Diseño

Estudio descriptivo, transversal.

### Ámbito de estudio

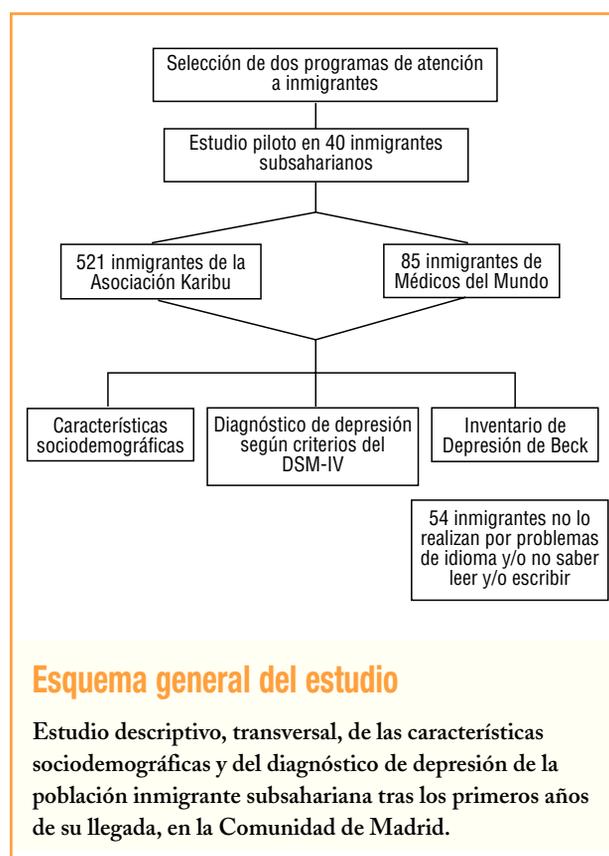
Se han escogido 2 programas de atención a inmigrantes, Karibu y Médicos de Mundo, porque recogen un gran porcentaje de población subsahariana sobre todo en los primeros años tras su llegada a España.

### Población de estudio

Inmigrantes subsaharianos mayores de 18 años que han acudido a los lugares de selección durante el período comprendido entre agosto de 2003 y febrero de 2004 y que residen en la Comunidad de Madrid.

### Preparación del estudio

Se elaboró un cuestionario estructurado que recoge las distintas variables. Para el diagnóstico de depresión se realizaron entrevistas clínicas personales semiestructuradas, basadas en los criterios del DSM-IV sobre depresión, llevadas a cabo por 2 entrevista-



dores entrenados, con un psiquiatra con conocimientos sobre inmigración. La otra herramienta utilizada es el Inventario de la Depresión de Beck<sup>16</sup> validado en distintos idiomas<sup>17-19</sup>. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 21 ítems, con 4 alternativas de respuestas cada uno, que evalúan la intensidad del síntoma y que se presentan ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa, 15 ítems hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes, a síntomas somáticos-vegetativos. El punto de corte aceptado para la detección de depresión moderada y/o grave es una puntuación > 18 puntos<sup>20-22</sup>.

#### Fuente de selección de la muestra

La selección de la muestra no fue aleatoria, al no conocer la población en estudio y por la dificultad de acceder a estas personas. Los participantes fueron informados sobre las bases, los objetivos y los procedimientos del estudio. Su participación fue completamente voluntaria.

#### Recogida de información

La recogida de la información se realizó mediante entrevista personal, con el cuestionario estructurado, el Inventario para la Depresión de Beck y la entrevista clínica personal semiestructurada SCID-I (entrevista destinada a realizar los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV).

#### Variables a estudio

1. Características demográficas y socioeconómicas: edad, sexo, tiempo de residencia en España (variable cuantitativa: meses; variable dicotómica: mayor de 2 años, menor de 2 años), si tiene hijos (sí, no), situación laboral (no trabaja, eventual sin contrato, eventual con contrato, autónomo/contrato fijo, otros), situación administrativa (regularizada, no regularizada), «¿cómo cree que percibe la población española la presencia de inmigración?» (algo bueno, algo malo).
2. Variables sobre salud: percepción de salud (buena o mala) y problemas de salud en los últimos 4 meses (sí, no): osteomusculares, gastrointestinales, neurológicos (cefaleas, etc.), dermatológicos, astenia.
3. Variables sobre depresión: presencia de depresión según criterios DSM-IV (sí, no). Puntuación del Inventario de la Depresión de Beck. Tratamiento para depresión entre los diagnosticados (sí, no).

#### Análisis de datos

Se procedió a la descripción de cada variable categórica con frecuencias absolutas y porcentajes, y se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC del 95%); en el caso de las variables continuas se calcularon la media y la desviación típica. El estudio estadístico se hizo mediante el análisis bivariable con el test de la  $\chi^2$ . El programa informático utilizado fue el G-Stat.

## Resultados

Se incluyó a 606 inmigrantes de procedencia de África subsahariana. Se obtuvo un 94% de respuesta de los cuestionarios (606/644). En total, 336 (55,4%; IC del 95%, 51,4-59,4) eran varones y 270 (44,6%; IC del 95%, 40,5-48,6), mujeres, con una media de edad de  $27,1 \pm 6,61$  años. El tiempo medio de estancia en España es de  $18,0 \pm 18,0$  meses. Las características generales de la muestra se detallan en

**TABLA 1**  
**Características generales de la muestra**

	n	% (IC del 95%)
Tiempo de residencia		
Mayor de 2 años	438	72,2 (68,5-75,8)
Menor de 2 años	168	27,8 (24,2-31,5)
Hijos		
Sí	215	35,5 (31,7-39,4)
No	391	64,5 (60,6-68,3)
Situación laboral		
No trabaja	168	27,8 (24,2-31,5)
Eventual sin contrato	253	41,8 (37,8-45,8)
Eventual con contrato	61	10,1 (7,8-12,7)
Autónomo/contrato fijo	6	1,0 (0,4-2,1)
Otros	117	19,3 (16,2-22,7)
Situación administrativa		
Regularizada	69	11,4 (9,0-14,2)
Irregular	528	88,6 (8,8-91,0)
Percepción estado de salud		
Positiva	431	71,1 (67,3-74,7)
Negativa	175	28,9 (25,3-32,7)
Total	606	100

la tabla 1. Un 75,3% de las personas que tienen hijos no viven con ellos en el momento actual, y la mayoría de los niños están en sus países de origen.

## Depresión

Se ha encontrado, según los datos obtenidos por la encuesta estructurada según el DSM-IV, un 5,4% (IC del 95%, 3,8-7,6) de depresión entre la población de nuestra muestra. Este diagnóstico tiene relación con el tiempo de residencia y aumenta entre los que llevan más de 2 años en España (tabla 2), las personas que tienen hijos y los que tienen una percepción de la salud negativa. También se ha relacionado con los problemas osteomusculares, gastrointestinales, neurológicos, dermatológicos y astenia, y con los que creen que los españoles perciben como algo malo su estancia en España (tabla 2).

Los resultados del Inventario para la Depresión de Beck se muestran en la tabla 3. Un 6% (n = 2) seguía tratamiento con antidepresivos.

## Discusión

Los datos sobre salud mental de la población emigrante son contradictorios<sup>23-25</sup>.

En un estudio realizado entre trabajadores de la construcción españoles y marroquíes se observó que el porcentaje de trastornos mentales y psicósomáticos era mucho mayor entre los trabajadores marroquíes que entre los trabajadores españoles<sup>26</sup>. En otros estudios<sup>27</sup> se llegó a la conclusión de que no había diferencias significativas en el porcentaje

**TABLA 2** Variables relacionadas con el diagnóstico de depresión

Variables	Depresión		Total
	n	%	
Tiempo de residencia			
< 2 años	10	2,28	438
> 2 años	22	13,10	168
Hijos			
Sí	23	10,70	215
No	9	2,31	391
Percepción salud			
Positiva	10	2,33	431
Negativa	22	12,58	175
Problemas osteomusculares			
Sí	17	18,89	90
No	15	2,91	516
Problemas gastrointestinales			
Sí	13	18,85	69
No	19	3,54	537
Problemas neurológicos			
Sí	8	17,40	46
No	24	4,29	560
Problemas dermatológicos			
Sí	8	20,52	39
No	24	4,24	567
Astenia			
Sí	12	70,59	17
No	20	3,40	589
Opinión de españoles			
Buena	2	1,86	108
Mala	28	14,66	191
NS/NC	2	0,66	30,7

NS/NC: no sabe/no contesta.

**TABLA 3** Depresión según el Inventario de Depresión de Beck y diagnóstico de depresión según DSM-IV

Beck	Depresión DSM-IV		
	Sí	No	
Sí	19 (3,43%)	13 (2,36%)	32 (5,79%)
No	11 (2,00%)	509 (92,21%)	520 (94,21%)
	30 (5,43%)	522 (94,57%)	552 (100%)

Sensibilidad: 0,63.  
Especificidad: 0,97.  
Valor predictivo positivo: 0,59.  
Valor predictivo negativo: 0,97.

de trastornos mentales en inmigrantes, aunque sí la tendencia a la depresión y los trastornos de somatización. El porcentaje de población general española con depresión puede estar alrededor del 3-5%<sup>28,29</sup>, con pocas diferencias en relación con la población del estudio. Hay una relación

entre el diagnóstico de depresión y el tiempo de residencia en España. Este último se considera un factor relevante, pero no es el tiempo en sí, sino los efectos o sucesos acontecidos durante ese paso del tiempo lo que determina la aparición de problemas psicológicos<sup>30</sup>. La exposición prolongada a una situación estresante (económica, social, psicológica e incluso física) se considera un factor de riesgo para la enfermedad<sup>1</sup>. En la población estudiada se presentan ciertas características que pueden influir en el estado de la salud mental: es una población que se encuentra en su mayoría en situación administrativa irregular, con una red social escasa, situación de desempleo, condiciones de trabajo precarias, problemas económicos y dificultades en el proceso de adaptación dadas las diferencias culturales.

La relación entre la depresión y tener hijos indicaría que la separación familiar o el hecho de dejar familia en sus países de origen favorece los problemas de salud mental, ya que la familia es como el ancla de la emoción y la identidad<sup>31</sup>.

Numerosos estudios encuentran que el sexo es un factor de riesgo para la presencia de depresión, y se ha constatado que las mujeres inmigrantes presentan más síntomas depresivos<sup>1,32-33</sup>, lo que no se ha encontrado en el estudio. También se ha encontrado relación entre el diagnóstico de

### Lo conocido sobre el tema

- La inmigración es un acontecimiento desestabilizador.
- Si los reajustes o las adaptaciones que exige el proceso migratorio ocurren sobre una base de alta vulnerabilidad personal, familiar o social, bien anterior o posterior a la inmigración, puede crearse un contexto biopsicosocial que favorezca la descompensación o el trastorno mental.
- La población procedente del África subsahariana presenta diferentes factores de riesgo pre y posmigratorios.

### Qué aporta este estudio

- La prevalencia de depresión en esta población no es superior a la población de origen.
- Aumento de la incidencia con el paso del tiempo, probablemente debido a la situación socioeconómica en la que se encuentran, que al prolongarse en el tiempo puede actuar como factor estresante crónico.
- La falta de tratamiento en los diagnosticados de depresión.

depresión y ciertos problemas de salud, lo que indica el probable alto grado de somatización de las personas que experimentan depresión. En otros estudios se observa que la somatización es un problema prevalente en inmigrantes y está asociada con problemas de salud mental<sup>34</sup>.

La depresión es más frecuente en las personas que creen que la población española percibe la presencia de la inmigración como «algo malo», lo que podría tener relación con la sensación de discriminación. Navarro<sup>32</sup> encontró que las puntuaciones más altas en ansiedad se detectaron en el grupo procedente de Marruecos, hecho que se justifica por ser el grupo poblacional que más rechazo genera en nuestro medio.

El Inventario de Depresión de Beck es el cuestionario autoaplicado más citado en la bibliografía y posee una adecuada validez para el cribado o la detección de casos en la población general. Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado se ha estudiado recientemente en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años con un buen rendimiento: sensibilidad del 100%, especificidad del 99%, valor predictivo positivo de 0,72 y valor predictivo negativo de 1<sup>35</sup>. En nuestro estudio se observan una sensibilidad y una especificidad similares a las de otros estudios con población inmigrante<sup>36</sup>. En nuestra muestra no hemos podido aplicar el cuestionario a un 8,91% (n = 54), por dificultades de idioma o porque no saben leer ni escribir, lo que introduce una gran dificultad en el diagnóstico con este cuestionario de este grupo de personas con, probablemente, mayores barreras de accesibilidad.

Todos estos datos indican que la presencia de depresión entre esta población no es superior a la de la población general. Su frecuencia aumenta con el paso del tiempo, probablemente debido a la situación socioeconómica en la que se encuentran, la cual, al prolongarse en el tiempo, puede actuar como factor estresante crónico y favorecer la aparición de depresión. Esto podría indicar que el propio proceso migratorio no influiría tanto como otros factores más relacionados con el cambio de estatus socioeconómico, las expectativas creadas y no conseguidas con el paso del tiempo. La falta de tratamiento en los diagnosticados de depresión se podría deber a la dificultad para el acceso a los servicios sanitarios y para expresar ese malestar psicológico. La gran mayoría no identifica el problema psicológico con un problema médico que pueda mejorar con un tratamiento. Todo ello nos indica la necesidad de indagar sobre problemas de salud mental en esta población y hacer un esfuerzo para facilitar el acceso al tratamiento y el seguimiento adecuado de esta enfermedad.

## Bibliografía

- 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.
- Arnal Sarasa MD. Propuesta para el análisis de los procesos adaptativos en un contexto de migración. II Congreso sobre la inmigración en España: España y Migraciones Internacionales en el cambio de siglo; 2000.
- Atxotegui J. Migración y psicopatología desde la perspectiva de la atención primaria. *El Médico*. 2003;892:25-31.
- García-Campayo J, Sanz Carrillo S. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:187-91.
- Carlson-Aburto J, Ballabriga MCJ. Salud mental infantojuvenil en inmigrantes. *Revista Psiquiatría.com* 2001;5(4). Disponible en: [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- Díaz N, Osorio Y. Depresión, cultura y migración. *Depresión*. Jano. 1999;56:64-8.
- Ponizovsky AM, Ristner MS. Suicide ideation among recent immigrants to Israel from the former Soviet Union: an epidemiological survey of prevalence and risk factors. *Suicide Life Threat Behav*. 1999;29:376-92.
- Gutkovich Z, Rosenthal R, Galynker I, Muran C, Batchelder S, Itskhoki E. Depression and demoralization among Russian-jewish immigrants in primary care. *Psychosomatics*. 1999;40:117-25.
- Hener T, Sèller A, Shor R. Stages of acculturation as reflected by depression reduction immigrant nursing students. *Int J Soc Psychiatry*. 1997;43:247-56.
- Baltas Z, Steptoe A. Migration, cultural conflict and psychological well-being among Turkish-British married couples. *Ethn Health*. 2000;5:173-80.
- Glasser S, Barell V, Shoham A, Ziv A, Boyko V, Lusky A, et al. Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort: prevalence, incidence and demographic risk factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998;19:155-64.
- Kunkel EJ, Kim JS, Hann HW, Oyesanmi O, Menefee LA, Field HL, et al. Depression in Korean immigrants with hepatitis B and related liver disease. *Psychosomatics*. 2000;41:472-80.
- Yurtbay T, Alyanak B, Abali O, Kaynak N, Durukan M. The psychological effects of forced emigration on Muslim Albanian children and adolescents. *Community Ment. Health J*. 2003;39:203-12.
- Gimeno Feliu LA. África subsahariana. En: Alonso A, Hueriga H, Morera S, editores. *Guía de Atención al Inmigrante*. Sociedad madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (Smmfyc). Madrid: Ergon; 2003. p. 325-40.
- Gómez Fayrén J. Réquiem por el paisaje. *Inmigración en España*. Asociación de geógrafos Españoles 2003(6). Disponible en: [www.ieg.csic.es](http://www.ieg.csic.es)
- Beck AT, Steer RA, Garbin MC. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8:77-100.
- Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathol*. 1998;31:160-8.
- Baron P, Laplante LS. L'Inventaire de Dépression de Beck: son utilisation auprès d'un échantillon d'adolescents francophones. *Revue de Modification du Comportement*. 1984;14:161-6.
- Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*. 1998;10:303-18.
- Beck Depression Inventory. Disponible en: [www.answers.com/topic/beck-depression-inventory](http://www.answers.com/topic/beck-depression-inventory)
- Arenas MD, Moreno E, Escalant L, Cantó MJ, Samper J, Serrano F, et al. Factores relacionados con la depresión y la ansiedad en hemodiálisis. *Rev Nefrol*. 2003;23:240.
- Bernal G, Varas N, Bonilla J, Santos A, Maldonado M. Depresión y género. Disponible en: [www.uib.es/catedra\\_iberamericana/publicaciones/30any\\_psicol/depresion.htm](http://www.uib.es/catedra_iberamericana/publicaciones/30any_psicol/depresion.htm)
- Murphy HB. Migration, cultura and mental health. *Psychological Med*. 1977;7:677-84.

24. Mortensen PB, Cantor-Graae E, McNeil TF. Increase rates of schizophrenia among immigrants: some methodological concerns raised by Danish findings. *Psychol Med.* 1997;27:813-20.
25. Vega W, Kolodi B, Aguilar Gaxiola S, et al. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatry disorders among urban and rural Mexican-Americans I California. *Arch General Psychiatr.* 1998;55:771-8.
26. Ugalde A. Salud e inmigración económica del tercer mundo en España. En: Solas O, Ugalde A, editores. *Inmigración, salud y políticas sociales.* Granada: Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública; 1995. p. 57-78.
27. Pertíñez Mena J, Viladàs Jené L, Clusa Gironella I, et al. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria.* 2002;29:6-13.
28. García Campayo J, Caballero Martínez F, García Rodríguez JF, González Correales R. *Curso visual de diagnóstico 2003: Síntomas de depresión y ansiedad en atención primaria.* Madrid: Luzán; 2003.
29. 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.
30. Ristner M, Ponizovsky A. Psychological distress through immigration: the two-phase temporal pattern? *Int J Soc Psychiatry.* 1999;45:125-39.
31. Rousseau C, Mekki-Berrada A, Moreau S. Trauma and extended separation from family among Latin American and African refugees in Montreal. *Psychiatry.* 2001;64:40-59.
32. Navarro J, Morales R. Depresión y ansiedad en inmigrantes del tercer mundo: un estudio exploratorio en Granada. *Interpsiquis* 2001. Disponible en: [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
33. Ristner M, Ponizovsky A, Nechamkin Y, Modai I. Gender differences in psychosocial risk factors for psychological distress among immigrants. *Compr Psychiatry.* 2001;42:151-60.
34. Ristner M, Ponizovsky A, Kurs R, Modai I. Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *Am J Psychiatry.* 2000;157:385-92.
35. Lasa L, Ayuso-Mateos J.L, Vazquez JL, et al. The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *J Affect Disord.* 2000;57:261-5.
36. Yeung A, Howarth S, Chan R, Sonawalla S, Nierenberg AA, Fava M. Use of the chinese version of the Beck Depression Inventory for screening depression in primary care. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190:94-9.