



Universidad
Zaragoza

1542

Trabajo Fin de Máster

Comparación de la morbilidad psiquiátrica en
población inmigrante y nativa en España: un estudio
controlado

Autores

María Cruz Pérez Yus
Natalia Sobradiel
Francisco Collazos
Francisco J Eiroa-Orosa
Javier García-Campayo

Director

Javier García Campayo

Facultad de Medicina
Año 2011/2012

Comparación de la morbilidad psiquiátrica entre población inmigrante y población nativa en España: un estudio controlado

María Cruz Pérez Yus, Natalia Sobradiel, Francisco Collazos, Francisco J Eiroa-Orosa, Javier García-Campayo

RESUMEN

Objetivos. La literatura científica arroja datos contradictorios en relación a los trastornos mentales en la población inmigrante. El objetivo de este estudio es examinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en población inmigrante en comparación con población autóctona en centros de Atención Primaria de España.

Metodología. Estudio transversal multicéntrico de una muestra representativa de inmigrantes usuaria de servicios de Atención Primaria, en comparación con una muestra paralela de sujetos nativos ($N=3008$). El estudio tiene lugar en dos regiones de España, Cataluña y Aragón, las cuales tienen importantes diferencias culturales y socio-económicas.

Resultados. No se encuentran diferencias en la prevalencia de psicopatología entre los dos grupos (30,9% en españoles y 29,6% en inmigrantes; $OR=.942$). El trastorno de depresión mayor es más frecuente entre los inmigrantes, mientras que los trastornos de pánico, y de uso y abuso de drogas y alcohol, tienen una presencia mayor entre los españoles. Los inmigrantes de origen latinoamericano muestran una prevalencia mayor (36,8%, $OR=1.45$) de trastornos mentales mientras que en los inmigrantes africanos (24,4%, $OR=.72$) y asiáticos (16%, $OR=.41$), la prevalencia es menor.

Conclusiones. Parece que la morbilidad psiquiátrica entre los diferentes grupos étnicos depende en gran medida de las características de la población de acogida. Mientras estudios europeos muestran una prevalencia de trastornos psiquiátricos mayor en los inmigrantes, estudios similares en Estados Unidos, revelan la tendencia contraria. En este estudio, las diferencias significativas aparecen sólo cuando la muestra se subdivide por origen geográfico.

INTRODUCCIÓN

Mientras los estudios de los años 50 indicaban que la inmigración se relacionaba con tasas más altas de morbilidad psiquiátrica, investigaciones epidemiológicas más recientes desarrolladas en los Estados Unidos, han mostrado la tendencia contraria [1, 2]. Distintos meta-análisis de la investigación publicada han mostrado la existencia de una serie de factores psicosociales que se asocian con los desórdenes mentales en los inmigrantes [3, 5]. La mayor parte de esta investigación se ha desarrollado en países angloparlantes y en regiones con inmigración consolidada [1, 2]. Como el proceso de inmigración y su impacto en la salud psicológica está fuertemente influenciado por las contingencias del entorno, nuevos estudios de países que han recibido oleadas de inmigración recientemente se hacen necesarios [6]. Tras décadas de relativo aislamiento debido a razones económicas y políticas, España ha

experimentado un significativo renacer económico que ha venido acompañado del surgimiento de la inmigración. Así, el número de inmigrantes en España ha aumentado drásticamente, desde representar menos de un 1% de la población a principios de los años 90, hasta el índice de inmigración actual, de más de un 15% [7]. De esta manera, el país es un lugar excelente para reexaminar, en detalle, la relación entre salud mental e inmigración [8]. El principal objetivo de este estudio es examinar la prevalencia de desórdenes mentales en inmigrantes residentes en España y compararla con una muestra de individuos nativos con el fin de dilucidar las posibles diferencias existentes e identificar los factores asociados con la psicopatología. La hipótesis de trabajo es que la morbilidad psiquiátrica será mayor en los inmigrantes en comparación con los individuos nacidos en España, y que esta mayor morbilidad, podría estar relacionada con factores socioculturales únicos que están afectando a la población inmigrante.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se trata de un estudio transversal multicéntrico, desarrollado en su totalidad en centros de atención primaria. La legislación española garantiza asistencia médica a todas las personas independientemente de su estatus legal. Así, en principio, todos los inmigrantes poseen una tarjeta de atención sanitaria que les permite recibir servicios médicos, y muchos de ellos visitan regularmente a profesionales de medicina general.

El estudio se realiza en dos regiones distintas de España, Aragón y Cataluña, las cuales tienen importantes diferencias culturales y socio-económicas. La región de Cataluña representa más del 15% de la población española, posee una lengua propia (catalán) además del castellano, y muestra unos altos índices de desarrollo económico. Veinte centros de atención primaria fueron seleccionados de esta región, la mayoría de ellos localizados en la ciudad de Barcelona donde reside más del 70% de los inmigrantes residentes en Cataluña. La región de Aragón, supone aproximadamente el 3% de la población del país. La única lengua que se habla es el castellano, y su nivel de desarrollo económico es inferior al de Cataluña. En Aragón, se seleccionaron 14 centros de salud de las tres provincias que constituyen la región. La región de Aragón es mucho más rural y menos urbanizada y tiene una menor densidad de población que Cataluña.

Procedimiento de muestreo

Para calcular el tamaño necesario para que la muestra sea representativa, se emplea el censo de tarjetas sanitarias que se da a la población inmigrante en ambas regiones. Usando variables dicotómicas con un error de +/- 3%, contraste bilateral y un nivel de confianza del 95%, se encuentra que la muestra requerida en Cataluña es de N=765 y en Aragón N=725. Consiguientemente, la muestra total requerida para que el estudio sea representativo es de N=1490. En ambas regiones, la muestra del estudio se estratifica por grupo étnico, género y

edad. Un grupo control de sujetos nacidos en España, igualmente usuarios de atención primaria, se seleccionan de los mismos centros que los inmigrantes y es apareado con la muestra inmigrante por sexo, edad y centro de salud.

Procedimiento de reclutamiento

Los centros de salud se seleccionan aleatoriamente para asegurar que son representativos de la población nativa e inmigrante de cada región de acuerdo con los cálculos mostrados más arriba. El número de pacientes reclutados en cada centro de salud se calcula proporcionalmente en base a la población atendida en cada centro en relación a la población total atendida en todos los centros seleccionados de la región entera. En cada centro, listados de pacientes consecutivos que cumplen los criterios de inclusión son invitados a participar e incluidos en el estudio hasta que el objetivo de reclutamiento es alcanzado. Pacientes nacidos en España procedentes de los mismos centros, son apareados con la muestra inmigrante por edad y sexo. Si un paciente no cumple los criterios o rechaza participar, es sustituido por el siguiente paciente inmigrante de la lista.

Criterios de inclusión

Para ser incluido en el estudio, los pacientes inmigrantes deben haber nacido fuera de España, ser mayores de 18 años, ser considerados capaces de entender el propósito del estudio, poder hablar castellano, inglés o francés, y ser inmigrantes recientes (menos de 3 años). Para el grupo nacido en España, los criterios de inclusión son que posean nacionalidad y lugar de nacimiento español e igualmente que estén capacitados para entender los procedimientos del estudio. La población inmigrante es dividida de acuerdo al origen geográfico informado por el propio participante. Este agrupamiento se ha mostrado eficaz en estudios previamente desarrollados [9]. Los grupos de inmigrantes formados son: 1) latinoamericanos (inmigrantes procedentes de los países de habla española y portuguesa de América); 2) árabes (inmigrantes de países árabes en los continentes africano y asiático); 3) sub-saharianos (inmigrantes de países africanos no árabes); 4) europeos del este (inmigrantes del este de Europa bajo influencia soviética en el periodo de post-guerra); y 5) asiáticos (personas de países asiáticos no árabes).

Medidas

Se recogen los siguientes datos: país de nacimiento, grupo étnico, género, edad, estado civil, nivel de estudios, nivel de ingresos, tipo de convivencia y el estado de salud auto-percibido.

Para el diagnóstico psiquiátrico se emplea la Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) [10], una breve entrevista psiquiátrica que proporciona los principales diagnósticos del DSM-IV y del ICD-10. El MINI ha sido traducido y validado en castellano [11]. Mientras que la versión española del MINI no ha sido usada anteriormente en inmigrantes, una versión similar española fue utilizada con éxito en refugiados [12].

La sintomatología somática se valora con la sección de síntomas somáticos de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada Polivalente (EPEP), la cual consiste en una entrevista psiquiátrica para la valoración multi-axial de la morbilidad psiquiátrica en pacientes médicos. Permite el uso de diferentes criterios diagnósticos, incluyendo el DSM-IV y el ICD-10. Sus propiedades psicométricas han sido avaladas en estudios previos [13]. La sección de síntomas somáticos permite el diagnóstico de trastornos somatomorfos. Esta escala psiquiátrica ha sido ampliamente utilizada en estudios sobre trastornos somatomorfos [14].

Aspectos éticos

Se obtiene el consentimiento informado de cada uno de los participantes antes de su inclusión en el estudio y se les otorga un documento con las principales características y objetivos del estudio. Esta investigación sigue la normativa del Convenio de Helsinki y sus posteriores enmiendas así como la declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría. El protocolo del estudio es aprobado por los comités éticos de las autoridades de ambas regiones.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas sociodemográficas y de diagnóstico son dicotomizadas siempre que es posible, y las diferencias entre los grupos de población nativa e inmigrante son analizadas usando odds ratio y el test de chi-cuadrado. Sólo una variable cuantitativa (la renta) es analizada utilizando el test t de Student. Finalmente, como se encuentra que todas las variables socio-demográficas están bilateralmente asociadas con el grupo étnico, se realiza un análisis de regresión logística múltiple para identificar las variables asociadas con la morbilidad psiquiátrica. Los análisis estadísticos se realizan con SPSS 18.0. En todos los análisis efectuados se considera como significativo un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

La figura 1 recoge el esquema del estudio. Como se puede observar, en general, el seguimiento del estudio es bastante bueno, no encontrándose diferencias significativas entre los sujetos españoles y los inmigrantes.

La tabla 1 recoge la distribución de la muestra por género así como la división de la población inmigrante en varios grupos dependiendo de su origen geográfico. Las características socio-demográficas de la muestra se recogen en la tabla 2. Como se puede ver, la muestra es relativamente joven y mayoritariamente femenina (61,3%). Los inmigrantes informan de relaciones de pareja más estables, menor nivel de estudios, menor frecuencia de convivencia independiente, mayores niveles de desempleo y tendieron a vivir en menor medida en áreas urbanas.

La tabla 3 muestra los niveles de salud física y psicológica auto-percibida para ambos grupos. En la tabla se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto a los resultados obtenidos en la entrevista psiquiátrica MINI (24,1%; 95%

CI=21.91-26.23 para los inmigrantes y 26.1%; 95% CI=23.91-28.35 para los no inmigrantes). Cuando se consideran los diferentes trastornos mentales, se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a trastornos depresivos (mayor prevalencia en inmigrantes), trastorno de pánico, y uso y abuso de drogas/alcohol (mayor en la muestra española).

La tabla 4 muestra la prevalencia real de trastornos psiquiátricos (MINI+SPPI) por origen geográfico. Como se puede ver en la tabla, los grupos de inmigrantes de Europa del Este (31,4%) y Arabia (26,8%) tienen tasas de trastornos similares a las del grupo español (30,9%), mientras que la tasa para los inmigrantes latinoamericanos es mayor (36,8%; OR=1.458, 95% CI=1.210-1.757). Las de los grupos de subsaharianos (24,4%; OR=.726, 95% CI=.533-.998) y asiáticos (16%; OR=.417, 95% CI=.286-.606) son menores que en el grupo español.

La tabla 5 presenta el modelo ajustado para las variables relevantes de los trastornos psiquiátricos en inmigrantes y en población española. Las variables mediadoras más importantes son la salud física auto-percibida, la región geográfica de origen, estado civil, nivel de estudios, sexo, edad y tipo de convivencia.

DISCUSIÓN

Estos resultados ponen de relieve la complejidad de desarrollar investigaciones sobre el estado de salud mental de los inmigrantes. De acuerdo con nuestros resultados, la inmigración parece tener un significativo impacto en la psicopatología, al menos en el caso de algunos sub-grupos, incluso tras el ajuste de las variables socio-demográficas.

Nuestra hipótesis de partida, que los inmigrantes mostrarían unas tasas mayores de patología psiquiátrica que los nativos españoles, no se ve apoyada por los datos. Sin embargo, cuando la población inmigrante es dividida por región de origen, uno de estos grupos de inmigrantes (latinoamericanos) muestra una prevalencia de trastornos mentales superior. Los subsaharianos y los asiáticos obtienen una prevalencia de trastornos menor que los otros grupos. No se encuentran diferencias entre el grupo español y los grupos de inmigrantes del este de Europa y árabes. Estudios similares en EEUU, han obtenido niveles inferiores de psicopatología entre los asiáticos [2], africanos [15] e hispanos extranjeros en comparación con los individuos nacidos en EEUU [1]. De estos estudios, parece extraerse que la morbilidad psiquiátrica en los diferentes grupos étnicos depende en gran medida de las características de la sociedad de acogida. De manera contraria a lo esperado, los latinoamericanos, el grupo que se asume como culturalmente más cercano a los españoles, muestran una psicopatología mucho mayor que la de africanos y asiáticos.

En referencia a los trastornos específicos, encontramos que la depresión mayor es más prevalente entre los inmigrantes, mientras que los trastornos de pánico y de uso y abuso de drogas/alcohol son más prevalentes en la muestra española. En paralelo con estos hallazgos, la depresión ha sido tradicionalmente asociada con el proceso de inmigración (posiblemente en relación a procesos como el estrés y la desmoralización por aculturación), aunque un reciente

meta-análisis fracasó en demostrar asociaciones estadísticamente significativas [4]. El trastorno de pánico ha sido también atribuido al proceso de adaptación en inmigrantes recientes [16] y otros meta-análisis han mostrado que los síndromes de depresión/ansiedad en personas que emigran por motivos económicos (no en refugiados) depende en gran medida del desarrollo económico del país de acogida [17]. Los resultados de nuestro estudio vienen a contradecir esta observación porque las más desfavorables condiciones económicas observadas en los inmigrantes en España, en comparación con las de la población española nativa, no se traducen en mayores tasas de psicopatología. Los españoles igualmente muestran una tasa de trastornos de abuso de sustancias superior a la de los grupos de inmigrantes. De hecho, estudios internacionales han mostrado que España tiene la segunda tasa más alta de consumo de drogas y está entre las cinco primeras del mundo en consumo de alcohol [18]. Factores culturales, como la reticencia a revelar el consumo de drogas/alcohol debido al estatus ilegal, así como diversos matices y estigmas culturales, pueden estar influyendo en estos resultados.

CONCLUSIONES

A pesar de estos potenciales hallazgos, nuestros resultados, basados en un minucioso examen de una muestra de atención primaria, suponen un reto para estudios previos y sugieren, con fuerza, que este tipo de investigación debe tener en cuenta el contexto social del país de acogida. Los resultados de este estudio, contradicen los de aquellos estudios epidemiológicos de atención primaria de inmigrantes latinoamericanos en EEUU, que muestran unas tasas de trastornos inferiores en relación a la población nativa estadounidense. Este hallazgo se conoce como “la paradoja latina” [19, 20]. Obviamente, la mayoría de los inmigrantes latinos en EEUU son de origen mexicano mientras que los de España, son sudamericanos. De esta manera, al comparar estos dos grupos de inmigrantes tan diferentes, un factor que puede estar jugando un papel clave aquí es la importante y bien establecida población hispana en EEUU, cuyos procesos de inmigración se remontan a generaciones atrás. Por otro lado, España y la mayoría de los países latinoamericanos, comparten una lengua y tienen muchos aspectos culturales e históricos comunes. Por consiguiente, el impacto de los factores culturales protectores en EEUU, como el “familismo”, puede no tener el mismo papel en España [21]. Además, las expectativas y objetivos para emigrar pueden estar difiriendo considerablemente en dependencia de la región a la cual se emigra, y estas expectativas pueden estar incidiendo en los indicadores de salud mental.

Cuando analizamos por región geográfica de origen, los resultados de este estudio ponen de relieve la cuestionable práctica de categorizar a los sujetos en “inmigrantes” y “no inmigrantes” a pesar de la heterogeneidad cultural. La principal limitación de este estudio es que los inmigrantes fueron subdivididos sólo en cinco grupos geográficos, sin embargo, cada uno de estos grupos incluía muchas nacionalidades diferentes con características específicas. Por ejemplo, mexicanos, peruanos y argentinos fueron todos incluidos en el grupo latinoamericano, cuando las diferencias entre ellos son evidentes.

Consiguientemente, no está claro si la variabilidad en la prevalencia de psicopatología se debe a diferencias reales entre grupos, es un error de medida, o una combinación de ambos. Es también imposible discernir cómo estos diferentes factores pueden estar influyendo diferencialmente en los resultados de cada grupo de población. Los resultados de un grupo pueden deberse a diferencias reales en los niveles de psicopatología, mientras que en otros grupos, los resultados pueden deberse a falta de comprensión por el idioma. Al contrastar los resultados del estudio con otras investigaciones, no se observa ningún patrón claro. Esta falta de patrón, otorga una credibilidad mayor a la hipótesis del error de medida, que podría estar presente en casi cualquier estudio multicultural.

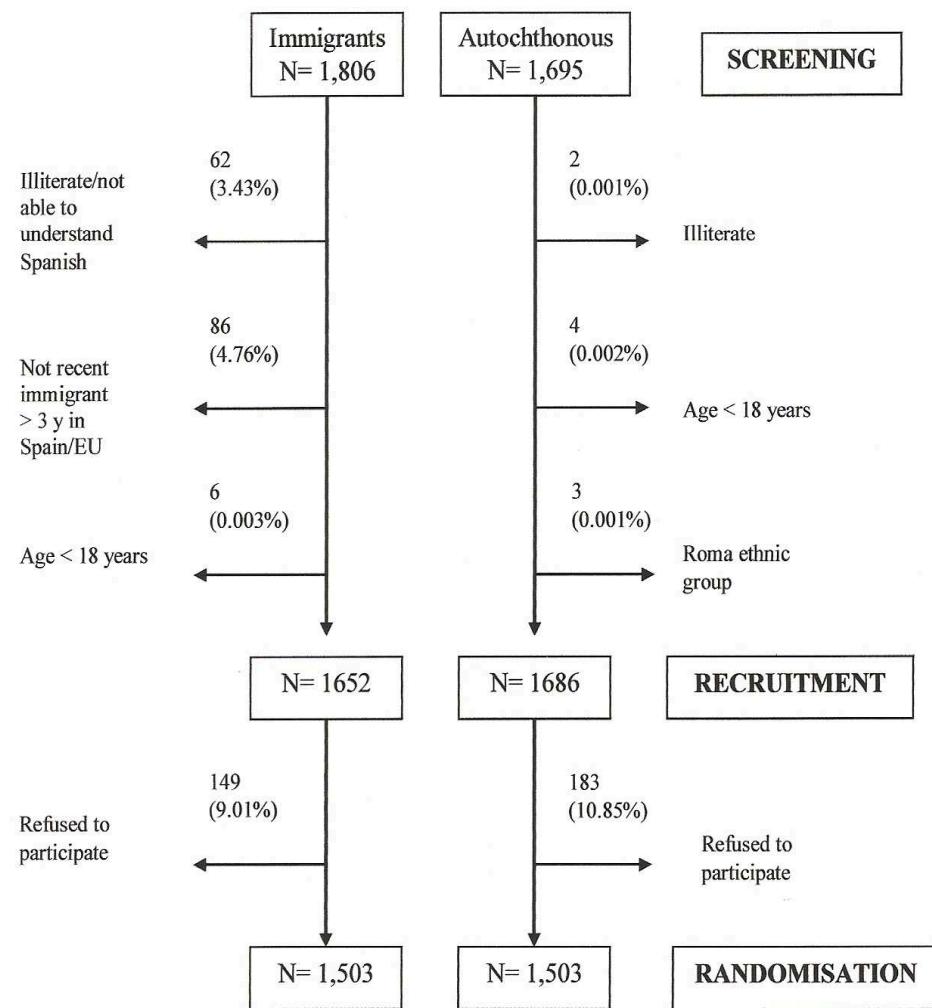
Un aspecto adicional que complica los estudios culturales transversales es que estos grupos fueron entrevistados en inglés, francés o español, segunda lengua para muchos de ellos, debido a que los instrumentos en lengua original arábiga, del este de Europa o africana no estaban disponibles. Esta limitación puede asimismo estar influyendo en los resultados. El principal instrumento empleado en el estudio (MINI) no ha sido validado para su uso en Europa del este. Lo cual supone cuestiones adicionales relacionadas con la comprensión de las preguntas formuladas y la puntuación de la entrevista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alegria M, Mulvaney-Day N, Torres M, Polo A, Cao Z, Canino G (2007). Prevalence of Psychiatric Disorders Across Latino Subgroups in the United States. *Am J Public Health*. 97: 68-75.
2. Breslau J, Chang D (2006). Psychiatric disorders among foreign-born and US-born Asian-Americans in a US national survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 41: 943-50.
3. Cantor-Graae E, Selten JP (2005). Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *Am J Psychiatry*. 162: 12-24.
4. Swinnen SGHA, Selten JP (2007). Mood disorders and migration: Meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 190: 6-10.
5. Myers HF, Lesser I, Rodriguez N, Mira CB, Hwang WC, Camp C, et al (2002). Ethnic differences in clinical presentation of depression in adult women. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 8: 138-56.
6. Dealberto MJ (2010). Ethnic origin and increased risk for schizophrenia in immigrants to countries of recent and longstanding immigration. *Acta Psychiatr Scand*. 121: 325-39.
7. Reher DS, Cortes Alcala L, Gonzalez Quiñones F, Requena M, Sánchez Domínguez MI, Sanz Gimeno A, et al (2008). National Immigrant Survey Report (ENI-2007). (ed NS Institute):.
8. Garcia Campayo J, Gonzalez Broto C, Buil B, Garcia Luengo M, Caballero L, Collazo F (2006). [Attitudes of Spanish doctors towards immigrant patients: an opinion survey]. *Actas Esp Psiquiatr*. 34: 371-6.
9. Garcia-Campayo J, Sanz Carrillo C (2002). [Mental health in immigrants: the new challenge]. *Med Clin (Barc)*. 118: 187-91.

10. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K, et al (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 12: 224-31.
11. Ferrando L, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, Gubert J (1998). Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. Instituto IAP.
12. Durieux-Paillard S, Whitaker-Clinch B, Bovier PA, Eytan A (2006). Screening for major depression and posttraumatic stress disorder among asylum seekers: adapting a standardized instrument to the social and cultural context. *Can J Psychiatry*. 51: 587-97.
13. Lobo A, Campos R, Perez-Echeverria MJ, Izuzquiza J, Garcia-Campayo J, Saz P, et al (1993). A new interview for the multiaxial assessment of psychiatric morbidity in medical settings. *Psychol Med*. 23: 505-10.
14. Garcia-Campayo J, Campos R, Marcos G, Perez-Echeverria M, Lobo A (1996). Somatisation in primary care in Spain: II. Differences between somatisers and psychologisers. Working Group for the Study of the Psychiatric and Psychosomatic Morbidity in Zaragoza. *Br J Psychiatry*. 168: 348-53.
15. Miranda J, Siddique J, Belin TR, Kohn-Wood LP (2005). Depression prevalence in disadvantaged young black women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 40: 253-8.
16. Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. *J Affect Disord*. 97: 229-39.
17. Lindert J, Ehrenstein OSv, Priebe S, Mielck A, Brähler E (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees - A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 69: 246-57.
18. United Nations. Office of drug and crime. World Drug Annual Report 2009. Vienna: United Nations Publications; 2010. http://www.unodc.org/documents/aboutunodc/AR09_LORES.pdf.
19. Markides KS, Coreil J (1986). The health of Hispanics in the southwestern United States: an epidemiologic paradox. *Public Health Rep*. 101: 253-65.
20. Vega WA, Sribney WM, Aguilar-Gaxiola S, Kolody B (2004). 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among Mexican Americans: nativity, social assimilation, and age determinants. *J Nerv Ment Dis*. 192: 532-41.
21. Schwartz SJ (2007). The applicability of familism to diverse ethnic groups: A preliminary study. *The Journal of Social Psychology*. 147: 101-18.
22. Shrout PE, Alegria M, Canino G, Guarnaccia PJ, Vega WA, Duan N, et al (2008). Testing language effects in psychiatric epidemiology surveys with randomized experiments: results from the National Latino and Asian American Study. *Am J Epidemiol*. 168: 345-52.

figure



able

Table 1. Distribution of the sample by gender and geographical group (N=3,006)

Geographical group	Male N	% (of group)	Female N	% (of group)	Total N	% (of total)
Native born	581	38.7	922	61.3	1,503	50
Total immigrants	581	38.7	922	61.3	1,503	50
Latino ¹	136	22.1	478	77.9	614	20.4
Arab ²	122	51.7	114	48.3	236	7.8
Sub-Saharan ³	135	57.7	99	42.3	234	7.8
Eastern European ⁴	57	27.5	150	72.5	207	6.9
Asian ⁵	132	62.0	81	38.0	213	7.1

¹ Latinos mainly comprise Ecuadorians (22.5%), Bolivians (12.7%), Dominicans (13.2%), Peruvians (12.4%) and Colombians (11.4%).

² Arabs predominantly comprise Moroccans (78.8%) and Algerians (16.5%).

³ The Sub-Saharan group predominantly comprises Senegal (41.9%) and Equatorial Guinea (10.7%).

⁴ Eastern Europeans mainly comprise Romanians (84.1%)

⁵ Asians comprise Pakistanis (44.8.2%), Philippine (21.2%) and Chinese (17.5%).

Table 2. Socio-demographic characteristics of the sample

	Immigrants (N=1,503)		Native born (N=1,503)				
	M	SD	M	SD	--	--	--
Age	32.5	9.3	32.5	9.4	--	--	--
	N	%	N	%	OR	95% CI	p
Gender (% female)	922	61.3	922	61.3	--	--	--
Living in rural area (%)*	34	2.3	62	4.1	.538	.352-.822	<.005
Marital status (% with couple)	818	55.1	671	44.9	1.508	1.305-1.742	<.0001
<i>Married/stable relation</i>	741	49.9	497	33.2			
<i>Single</i>	555	37.4	740	49.5			
<i>Widow</i>	22	1.5	8	.5			
<i>Divorced</i>	90	6.1	77	5.1			
<i>Other</i>	77	5.2	174	11.6			
Education (% at least secondary)	1025	68.8	1113	74.7	.748	.637-.878	<.0001
<i>Illiterate</i>	60	4.0	2	.1			
<i>Primary</i>	404	27.1	375	25.2			
<i>Secondary</i>	688	46.2	586	39.7			
<i>University</i>	337	22.6	527	35.4			
Housing (% home owner/renter)	915	61.3	1349	91.4	.149	.121-.184	<.0001
<i>Rental</i>	687	46.0	402	27.2			
<i>Institution</i>	15	1.0	3	.2			
<i>Own</i>	228	15.3	947	64.2			
<i>Shared</i>	554	37.1	121	8.2			
<i>Guesthouse</i>	6	.4	3	.2			
<i>Homeless</i>	2	.1	0	0			
Employment (% active)	1083	72.2	1222	82.4	.556	.467-.662	<.0001
<i>Unemployed*</i>	416	27.8	261	17.6			
<i>Employed</i>	822	54.8	1090	73.5			
<i>Studying</i>	25	1.7	92	6.2			
<i>Domestic duties</i>	236	15.7	40	2.7			
	M	SD	M	SD	t	p	
Rent***	2.0	.5	2.3	.6	11.120	<.0001	

*Less than 10000 inhabitants **Includes retired and disabled due to low number of cases (<50) ***Measured in Spanish minimum wage, only within employed who gave information (n=1854, 796 immigrants, 1058 native born).

Table 3. Self-perceived physical health and psychiatric morbidity in immigrants and native born population (global and by diagnostic categories)

	Immigrants			Native Born			95% CI	<i>p</i>
	N	%	N	%	OR			
Self-perceived physical health (% of self-perceived illness)	255	17.4	333	22.5	.728	.607-.874	<.001	
Current psychiatric morbidity (MINI)	362	24.1	393	26.1	.898	.761-1.059	.200	
Current somatoform disorder*	194	13.1	181	12.5	1.061	.854-1.318	.593	
Current psychiatric disorder (MINI+SPPI)	445	29.6	464	30.9	.942	.806-1.100	.451	
Major depression, current (past 2 weeks)	205	13.6	162	10.8	1.306	1.490-1.627	.017	
Major depression, recurrent	86	5.7	99	6.6	.859	.637-1.157	.317	
Dysthymia, current (past 2 years)	34	2.3	33	2.2	1.030	.635-1.672	.904	
Mania, current	3	.2	3	.2	1.001		.202	4.966
Hypomanic, current	27	1.8	20	1.3	1.357	.758-2.431	.302	
Panic disorder, current (past month)	19	1.3	36	2.4	.521	.297-9.912	.020	
Agoraphobia, current	8	.5	11	.7	.723	.290-1.803	.074	
Social phobia, current (past month)	30	2.0	24	1.6	1.255	.730-2.157	.410	
Obsessive-compulsive disorder, current (past month)	25	1.7	18	1.2	1.394	.757-2.565	.284	
Posttraumatic stress disorder, current (past month)	26	1.7	17	1.1	1.540	.832-2.850	.166	
Alcohol abuse, current (past 12 months)	39	2.6	76	5.1	.500	.338-.741	<.0001	
Alcohol dependence current (past 12 months)	39	2.6	50	3.3	.755	.506-1.185	.238	
Nonalcohol abuse, current (past 12 months)	6	.4	51	3.4	.114	.049-.266	<.0001	
Nonalcohol dependence current (past 12 months)	8	.5	60	4.0	.129	.061-.270	<.0001	
Psychotic disorder, current	16	1.1	8	.5	2.015	.860-4.723	.100	
Mood disorder with psychotic symptoms	10	.7	9	.6	1.116	.452-2.753	.812	
Anorexia nervosa, current	1	.1	2	.1	.500	.045-5.520	.564	
Bulimia nervosa, current	12	.8	9	.6	1.137	.562-3.182	.510	
Generalised anxiety disorder, current	127	8.5	113	7.6	1.137	.873-1.481	.341	

* Moderate, intense or very intense somatic symptoms in the Standardized Polivalent Psychiatric Interview (SPPI).

Table 4. Prevalence of current psychiatric disorders (MINI+SPPI) by geographical origin

	Prevalence (%)	95%CI	OR*	95% CI
Native Born	30.9	28.52-33.18	1.061	908-1.239
Arab	26.8	21.15-32.47	.834	.618-1.125
Eastern European	31.4	25.08-37.72	1.061	.782-1.438
Sub-Saharan	24.4	18.86-29.86	.726	.533-.998
Latino	36.8	33.00-40.62	1.458	1.210-1.757
Asian	16.0	11.04-20.88	.417	.286-.606

*Calculated over the whole sample

Table 5. Adjusted model* of psychiatric disorders in immigrant and autochthonous population

Variable	Wald	OR	95%CI	p
Region (Aragon, Catalonia)	27.412	1.597	1.340	1.902 <.0001
Age	2.682	.92	.982	1.002 .102
Gender (female)	11.264	1.364	1.138	1.635 <.001
Self-perceived Physical health (illness)	70.810	2.394	1.953	2.933 <.0001
Marital status (couple)	26.034	.624	.521	.748 <.0001
Education (at least secondary)	11.749	.719	.596	.868 <.001
Housing (renter or owner)	4.625	.793	.642	.980 .032
Employment (active)	.787	.913	.746	1.117 .375
Rural	.010	.977	.619	1.541 .919
Ethnicity (dummy variables, immigrants VS Spanish)	20.220			<.001
Arab	8.719	1.887	1.238	2.877 .003
Eastern European	3.133	1.574	.952	2.602 .077
Sub-Saharan	3.672	1.654	.989	2.767 .055
Latino	.953	1.291	.773	2.158 .329
Asian	14.104	2.329	1.498	3.621 <.0001

*Multivariate logistical regression

Goodness of fit: Hosmer-Lemeshow statistic p=.265

R-Squared Statistics: Cox=.075