

M. Alda Díez¹
J. García Campayo²
N. Sobradie³

Diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes y españoles: un estudio controlado

¹Psiquiatra
Hospital Universitario Miguel Servet y
Universidad de Zaragoza

²Profesor Asociado
Hospital Universitario Miguel Servet y
Universidad de Zaragoza

³Psicóloga y Becaria de Investigación
Hospital Universitario Miguel Servet y
Universidad de Zaragoza

Objetivo. El objetivo de este estudio es evaluar si, en España, existen diferencias entre pacientes psiquiátricos inmigrantes y nacionales ingresados en un hospital general, en relación a su manejo diagnóstico o terapéutico.

Material y métodos. Estudio de cohortes, con una muestra de N=102 pacientes inmigrantes y N=102 españoles, ingresados en la planta de psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, y apareados por sexo, edad y diagnóstico.

Resultados. La estancia media hospitalaria es significativamente más baja en inmigrantes (8,1 días) que en nacionales (12,6). Existe una mayor utilización de los servicios de seguridad (OR= 5,13) y de sujeción mecánica (OR= 2,68) en inmigrantes. Para estas tres variables, los análisis de regresión demuestran que el factor que más varianza explica es el tiempo de estancia del inmigrante en España. A los 3 años de estancia se equiparan las diferencias en estas tres variables entre inmigrantes y nacionales. A los inmigrantes se les solicita significativamente menos pruebas complementarias complejas como EEG o TAC/RNM. En cuanto al tratamiento, los inmigrantes reciben significativamente más neurolepticos depot (OR= 4,7), pero menos clozapina o terapia electroconvulsiva.

Discusión. Estos datos parecen confirmar la existencia de un sesgo racial discriminativo de los profesionales sanitarios, similar al encontrado en otros países. Se discuten los hallazgos en base a la bibliografía previa.

Palabras clave:

Emigración, trastornos psiquiátricos, hospitalización psiquiátrica, tratamiento, diagnóstico.

Actas Esp Psiquiatr 2010;38(5):262-269

El estudio forma parte del Proyecto FIS «04/1933» titulado «Prevalencia y factores de riesgo de patología psiquiátrica en pacientes inmigrantes de atención primaria en relación con la población autóctona».

Correspondencia:

Javier García Campayo
Avda Gomez Laguna 52, 4D
50.009 Zaragoza
Fax: 976 254006
Tfno: 976 253621

Differences in the diagnosis and treatment of immigrant and local psychiatric inpatients admitted to a general hospital in Spain: a controlled study

Aim. This study has aimed to assess whether there are differences between immigrant and local psychiatric inpatients admitted to a general hospital in Spain in relation to diagnostic or treatment management.

Methods. We carried out a cohort study, with a sample of N=102 immigrant patients and N=102 local patients, matched by gender, age and diagnosis, admitted to the psychiatric ward of Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Spain.

Results. Mean hospital stay was significantly shorter for immigrants (8.1 days) compared to local population (12.6 days). Use of security services (Odds ratio, OR= 5.13) and mechanical restraint (OR= 2.68) was greater for immigrants. Regression analyses for these three variables confirm that maximum explained variance is due to the "time in Spain" variable. After a period of 3 years in Spain, immigrants tended to receive diagnosis and treatment differing little from that offered to locals. Immigrants are offered fewer complex complementary tests such as EEG, CT scan or MRI. With regard to treatment, immigrants are administered more depot neuroleptics (OR= 4.7), but less clozapine or electroconvulsive therapy.

Discussion. These data seem to confirm that there is racial bias in health care professionals, similar to that found in other countries. Data are discussed in the light of related bibliography.

Key words:

immigration, psychiatric disorders, psychiatric admission, treatment, diagnosis.

INTRODUCCION

En el año 2007 las personas nacidas fuera de España suponían ya más del 12% de la población total¹. Pese a ello, el problema de la salud mental de los inmigrantes apenas ha sido motivo de interés en nuestro país². Este fenómeno no ocurre sólo en España, ya que en países de amplia tradición migratoria como Estados Unidos, sólo un 5% de los artículos de psiquiatría se centran en minorías étnicas³. Las revisiones recientes de la literatura llegan a la conclusión de que la emigración *per se* no produce un incremento en el riesgo de padecer enfermedades mentales, sino que depende de las experiencias traumáticas sufridas durante el proceso migratorio⁴. Respecto al momento de aparición de la psicopatología, se acepta que el estrés se incrementa en el emigrante durante los primeros dos años y que, posteriormente, va disminuyendo a lo largo del tiempo hasta alcanzar los niveles normales previos⁵.

La mayoría de los estudios en pacientes inmigrantes demuestran que la utilización de los dispositivos sanitarios es inferior a la de la población autóctona, y que el trato que se les dispensa en ellos es diferente⁶. En España, donde el sistema sanitario es universal, la situación económica no constituye una traba para el acceso al sistema. En la mayoría de las ocasiones, la causa del escaso uso de recursos es el temor a que pueda descubrirse su situación de ilegalidad, las barreras lingüísticas y culturales y la importante movilidad geográfica de los inmigrantes debido a su precariedad laboral⁷. Existen estudios que demuestran que el trato que reciben los inmigrantes dentro del sistema sanitario suele ser distinto y discriminatorio⁸. Uno de los factores que podrían explicar este hecho son los prejuicios de los profesionales sanitarios hacia los inmigrantes. En nuestro país, debido a que el fenómeno migratorio es reciente, no existen estudios específicos sobre este tema. El objetivo de este trabajo es evaluar si, en España, existen diferencias entre los pacientes psiquiátricos ingresados en un hospital general en relación a sus características sociodemográficas y clínicas o a su manejo terapéutico por parte de los profesionales.

MATERIAL Y METODO

- Diseño: Estudio de cohortes⁹, en el que los se compara a los pacientes inmigrantes ingresados en psiquiatría con los españoles.
- Entorno: El estudio ha sido llevado a cabo en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza. Es un hospital terciario de 1345 camas, de referencia en Aragón, que atiende a una población de 530.510 habitantes.
- Tamaño muestral: Se ha calculado un tamaño muestral de N= 100 pacientes en cada grupo en base a⁹ alfa: 5%, beta: 80%, dos colas (no presuponemos diferencias en

ningún sentido), prevalencia en algunas variables principales (sujeción mecánica, utilización de fuerzas de seguridad, etc.): 20%; diferencias consideradas clínicamente significativas: >20%. Se reclutó desde enero de 2004 hasta Junio de 2006.

- Criterios de inclusión y exclusión: Para la cohorte de inmigrantes se han utilizado como criterios de inclusión:
 1. Pacientes ingresados en Servicio de Psiquiatría del HUMS (permanencia de al menos 4 horas en la planta).
 2. Edad: 18+ años.
 3. Nacido en un país distinto a España y de padres no españoles.

Como criterios de exclusión se han empleado los siguientes:

1. Pacientes ingresados en Servicio de Psiquiatría del HUMS menos de 4 horas (no considerado como estancia hospitalaria).
2. Edad: <18 años.
3. Nacido en España.

Para la cohorte de pacientes nacionales se han empleado como criterios de inclusión:

1. Pacientes ingresados en Servicio de Psiquiatría del HUMS (permanencia de al menos 4 horas en la planta).
2. Edad: 18+ años.
3. Nacido en España y de etnia blanca europea.

Como criterios de exclusión se emplearon:

1. Pacientes ingresados en Servicio de Psiquiatría del HUMS menos de 4 horas (no considerado estancia hospitalaria).
2. Edad:<18 años.
3. Etnia gitana, por sus características especiales¹⁰.

- Apareamiento de la muestra: Una vez seleccionado un caso, se eligió aleatoriamente un control de entre los pacientes españoles que, habiendo sido ingresados en el servicio ese mismo año, fuesen del mismo sexo y edad (con un margen de error de 3 años), y con el mismo diagnóstico principal en el informe de alta.
- Clasificación por grupos étnicos: Se ha utilizado una clasificación desarrollada por nuestro equipo^{11, 12} que agrupa a los inmigrantes en 6 tipos: Latinoamericanos, magrebíes, subsaharianos, europeos del este, asiáticos y otros.
- Instrumentos utilizados: Se usó un instrumento que recoge las siguientes variables:
 - a) Datos administrativos: nombre y apellidos, número de historia, tarjeta sanitaria (pensionista o no), duración del ingreso, origen y derivación del paciente al alta.
 - b) Datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, situación económica, profesión, años de educación, red social.
 - c) Datos clínicos: motivo de ingreso, síntomas principales, enfermedades médicas asociadas, antecedentes médicos y psiquiátricos.

Tabla 1	Características sociodemográficas de ambas muestras		
Variable	Inmigrantes	Nacionales	Significación
Estado civil			
Soltero	50 (56,7%)	67 (60,3%)	
Casado	21 (19,9%)	20 (21,1%)	NS
Nivel de estudios			χ^2
Analfabeto	5 (4,9%)	1 (0,9%)	
Educación básica	59 (57,8%)	52 (50,9%)	
Educación superior	31 (30,3%)	39 (38,2%)	
Universitaria	7 (6,8%)	10 (9,8%)	NS
Estructura familiar			
Vive solo	20 (19,6%)	30 (29,24%)	OR=1,7 (IC 95%: 1,3-2,1)
Familia extensa	51 (50%)	21 (20,5%)	OR=3,8 (IC 95%: 3,0-4,6)
Antecedentes Psiquiátricos Familiares	22 (21,4%)	25 (24,4%)	NS
Antecedentes Psiquiátricos Personales	69 (67,7%)	84 (82,4%)	$\chi^2=10,1$ Gl=3 p<0,05
Antecedentes consumo alcohol	66 (64,7%)	74 (72,5%)	NS
Antecedentes consumo tóxicos	31 (30,3%)	27 (26,4%)	NS
Homeless	20 (19,6%)	2 (1,9%)	OR=12,1 (IC 95%: 10,8-13,2)

Se ha utilizado el estadístico Chi cuadrado. En las variables en que existen diferencias significativas se ha calculado el Odds-ratio (OR). Gl: grados de libertad. NS: no significativo

Tabla 2	Características del ingreso en las dos muestras		
Variable	Inmigrante	Nacional	Diferencia
Origen derivación para ingreso			$\chi^2=20,2$ Gl=4 p<0,001
Médico de familia	5 (4,9%)	8 (7,8%)	
Unidad salud mental	15 (14,7%)	32 (31,3%)	
Urgencias	54 (52,9%)	38 (37,2%)	
Juzgado/Prisión	13 (12,7%)	1 (0,9%)	OR=13,2 (IC 95%=4,3-18,2)
Pacientes reingresados	24 (23,5%)	53 (51,9%)	$\chi^2=29,6$ Gl=1 p<0,001
Sujeción mecánica	83 (81,3%)	32 (31,3%)	OR=2,6 (IC 95%:1,9-3,0)
Intervención seguridad	31 (30,3%)	8 (7,8%)	OR=5,1 (IC 95%:3,8-5,9)
Alta voluntaria	10 (9,8%)	3 (2,9%)	OR=3,5 (IC 95%:2,7-4,1)
Duración ingreso (días)*	8,1 (DE=6,4)	12,6 (DE=10,3)	t=3,6 Gl=202 p<0,01
Derivación al alta hospitalaria			$\chi^2=33,9$ Gl=3 p<0,01
A ningún otro centro	24 (23,5%)	1 (0,9%)	OR=31,0 (IC 95%:28,2-34,4)
Médico de familia	12 (11,7%)	5 (4,9%)	
Salud mental	62 (60,7%)	80 (78,4%)	
Media estancia	4 (3,9%)	16 (15,6%)	

Para todos los análisis se ha utilizado el estadístico Chi cuadrado y el Odds-ratio (OR) si existen diferencias significativas, excepto *t de Student para muestras apareadas en variables continuas. DE: desviación estándar. Gl: grados de libertad. NS: no significativo

- d) **Datos diagnósticos:** solicitud de pruebas complementarias (RX, TAC, RNM, EEG,...) y hojas de interconsulta a trabajo social o a servicios médico-quirúrgicos.
- e) **Datos terapéuticos:** tipo de fármaco, dosis, vías de administración, otros tratamientos (TEC,...).
- Análisis estadístico. La distribución normal de las variables se analizó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para comprobar si existían diferencias entre ambas cohortes en variables continuas empleamos la prueba de la t de Student para muestras relacionadas (ya que han sido ajustadas por sexo, edad y diagnóstico). Para variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. Para calcular las diferencias de medias entre distintos grupos se empleó el Análisis de la Varianza de un Factor. Para el riesgo, calculamos el estadístico Odds-ratio con el intervalo de confianza del 95%. Como estadística inferencial, se han realizado análisis de regresión logística cuando la variable dependiente era dicotómica (modelo de "introducción de variables sucesivas") o lineal cuando la variable dependiente era cuantitativa (modelo "stepwise"). Para calcular el momento en el que se equilibra el tratamiento que se administra a los inmigrantes en dependencia del tiempo de estancia en España, se ha utilizado el Test de Chow¹³.
 - Aspectos éticos: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Aragón.

RESULTADOS

Estadística descriptiva

Ambas muestras estaban formadas por 50 mujeres (49%) y 52 varones (51%), con una edad media de 32,6 años (desviación estándar: 11,2 años) en la muestra de inmigrantes y de 33,1 (desviación estándar: 11,1 años) en la de nacionales. Respecto al diagnóstico, en ambos grupos hay un predominio de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (CIE-10 F20-29) con un 49%, seguido de trastornos del humor (F30-39) con un 18,6% y de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas (F10-19) con un 16,6%. No se han calculado estadísticos entre las dos muestras respecto a sexo, edad y diagnóstico porque la muestra de nacionales ha sido ajustada respecto a la de inmigrantes en estas variables, como ya hemos descrito. Respecto a la distribución por grupos étnicos, el más numeroso fue el de latinoamericanos (39,2% de la muestra), seguido de los subsaharianos (21,5%), y de los magrebíes y europeos del este (ambos con 19,6%). Los pacientes ingresados pertenecientes a la Europa de los quince no han sido incluidos por no ser considerados como inmigrantes en el momento del estudio. En relación al tiempo de estancia, 43,1% llevaban menos de 3 años, 13,7% entre 3 y 5 años, 13,7% entre 6 y 10 años, 12,7% entre 10 y 15 años, 6,8%

entre 16 y 20 años, y 9.8% más de 20 años. Por lo que respecta a la situación de legalidad, el 45% eran ilegales.

En la Tabla 1 se muestran las principales variables sociodemográficas de ambas muestras. La Tabla 2 resume las características del ingreso. La estancia media hospitalaria por grupos étnicos que se obtiene es de 9,1 (DE: 1,3) días en latinoamericanos, seguido de 8,7 (DE: 1,1) días en europeos del este, 7,5 días (DE: 0,9) en subsaharianos, siendo la menor estancia la de los magrebíes (6,5 días; DE: 0,7), existiendo diferencias significativas ($F=3,28$; $GI=3$; $p<0,5$). La Tabla 3 resume el consumo de servicios sanitarios en ambas muestras, la Tabla 4 muestra las características clínicas de los pacientes y la Tabla 5 el tratamiento utilizado en ambos grupos.

Estadística inferencial

Se realizó un análisis de regresión lineal para analizar que variables explicaba la duración del ingreso hospitalario. Únicamente la variable "tiempo de estancia en España" resultaba significativa ($B=0,021$; $t=4,28$; $p<0,01$), es decir, a mayor tiempo de estancia la duración del ingreso hospitalario era mayor. Se realizó también un análisis de regresión logística para la variable "sujección" ($Wald=4,99$; $GI=1$; $p<0,05$; $Exp(B)=0,26$) y para la variable "uso de medidas de seguridad" ($Wald=4,82$; $GI=1$; $p<0,05$; $Exp(B)=0,57$). Para ambas, la única variable significativa era también "tiempo de estancia en España". De esta forma, a mayor estancia en España, menor frecuencia de sujección/uso de medidas de seguridad. Con el test de Chow ($Chow=0,281$; $F(0.025,n2, (n1-k))=1,417$; $F(0.975,n2,(n1-k))=0,605$) se confirma que cuando los individuos llevan 3 años en España, los valores se igualan a los de los nacionales.

DISCUSION

Los principales puntos fuertes de este trabajo son: a) Es el primer estudio realizado en nuestro país sobre el manejo de los pacientes psiquiátricos inmigrantes hospitalizados. b) Es un estudio controlado, y c) El tamaño muestral es importante. Por el contrario, los principales puntos débiles del estudio son: a) No es un estudio multicéntrico, ya que recoge exclusivamente la práctica clínica de un hospital y puede no ser extrapolable a otros centros sanitarios. b) Debido al pequeño tamaño muestral de cada grupo étnico, se han unificado a todos los inmigrantes para compararlos frente a los no inmigrantes, pese a que existen importantes diferencias entre ellos.

Características de la muestra

El mayor porcentaje de ingresos corresponde a pacientes hispanos (39,2%), algo esperable ya que en nuestro área de referencia este grupo es el más numeroso (44% del total). En países como Estados Unidos existe infrarrepresentación

Tabla 3	Consumo de servicios sanitarios en ambas muestras		
Variable	Inmigrantes	Nacionales	Significación
Urgencias médicas (media y DE)*	4,9 (7,4%)	7,2 (8,4%)	t=2,0 GI=202 p<0,05
Urgencias psiquiátricas (media y DE)*	1,5 (1,7%)	1,9 (2,7%)	NS
Petición tóxicos orina	39 (38,2%)	20 (19,6%)	OR=2,5 (IC 95%:2,1-2,9)
Tóxicos + en orina	9/39 (23%)	9/20 (45%)	$\chi^2=3,2$ GI=1 p<0,05
Interconsultas otras especialidades	25 (24,4%)	38 (37,2%)	$\chi^2=7,8$ GI=1 p<0,01
Interconsulta trabajo social	3 (2,9%)	19 (18,6%)	OR=7,5 (IC 95%:6,2-8,4)
Petición EEG	22 (21,5%)	42 (41,1%)	OR=2,5 (IC 95%:1,8-2,9)
Petición TAC/RMN	16 (15,6%)	32 (31,3%)	OR=2,4 (IC 95%:1,9-2,8)

Para todos los análisis se ha utilizado el estadístico Chi cuadrado y el Odds-ratio (OR) si existen diferencias significativas, excepto *t de Student para muestras apareadas en variables continuas.
*DE: desviación estándar. GI: grados de libertad. NS: no significativo

Tabla 4	Características clínicas de ambas muestras		
Variable	Inmigrantes	Nacionales	Significación
Motivo ingreso			
Trastorno de conducta	35 (32,3%)	20 (17,6%)	OR=2,1 (IC 95%:1,7-2,3)
Suicidio	20 (19,6%)	39 (38,2%)	OR=2,5 (IC 95%:2,1-2,8)
Alucinaciones			
Auditivas	29 (28,4%)	36 (35,2%)	NS
Visuales	1 (0,9%)	1 (0,9%)	NS
Visuales auditivas	10 (9,8%)	1 (0,9%)	OR=10,9 (IC 95%:8,2-12,4)
Delirios			
Persecutorio	42 (41,1%)	47 (46%)	NS
Culpa	2 (1,9%)	6 (5,8%)	NS
Místico-religioso	16 (15,6%)	5 (4,9%)	OR=3,6 (IC 95%:2,4-4,1)
Síntomas extrapiramidales	39 (38,2%)	38 (37,2%)	NS
Mortalidad	1 (0,9%)	0 (0%)	NS

Se ha utilizado el estadístico Chi cuadrado. En las variables en que existen diferencias significativas se ha calculado el Odds-ratio (OR).
NS: no significativo

de este grupo étnico en los servicios sanitarios, porque el idioma actúa como barrera de acceso y la sanidad no es gratuita¹⁴. En España no ocurriría este hecho por la similitud de idioma y cultura, que facilitaría la adaptación al país, y por la gratuidad del sistema sanitario. Por el contrario, en nuestra muestra, existe infrarrepresentación de los pacientes de Europa del Este (11,7% del total de ingresos frente a 17,8% de la población inmigrante). Las limitaciones de idioma y el desconocimiento del funcionamiento sanitario serían las posibles causas, debido a que este subgrupo de pacientes es el más reciente en el proceso migratorio. Este fenómeno no es

tan intenso en el caso de los pacientes del Magreb (12,7% de ingresos y 11,5% de inmigrantes) y del África Subsahariana (11,4% ingresos y 4,4% de población inmigrante) pese a la cultural, posiblemente debido a que estos grupos étnicos emigraron hace más tiempo a nuestro país y existen más compatriotas aculturados que sirven de "puente cultural". Por último, en lo que concuerdan todos los estudios es la infrarrepresentación de pacientes asiáticos que mantienen sistemas de salud paralelos que les permiten no contactar con los sistemas sanitarios occidentales¹⁵. En cuanto al género de los pacientes inmigrantes, la distribución es 51% de va-

Tabla 5 Pautas de tratamiento en ambas muestras

Variable	Inmigrantes	Nacionales	Significación
Uso neurolépticos IM	56 (54,9%)	53 (51,9%)	NS
Uso neurolépticos depot	32 (31,3%)	9 (8,8%)	OR=4,7 (IC 95%:3,9-5,4)
Uso neurolépticos atípicos	42 (41,1%)	47 (46%)	NS
Uso de clozapina	1 (0,9%)	9 (8,8%)	OR=9,1 (IC 95%:5,3-13,6)
Uso de litio	4 (3,9%)	9 (8,8%)	NS
Uso de metadona	1 (0,9%)	3 (2,9%)	NS
Dosis de neurolépticos* (media y DE)	1,79 (1,76%)	2,82 (2,69%)	t=3,13 Gl=202 p<0,01
Administración de TEC	0 (0%)	8 (7,8%)	$\chi^2=8,4$ Gl=1 p<0,01

Para todos los análisis se ha utilizado el estadístico Chi cuadrado y el Odds-ratio (OR) si existen diferencias significativas, excepto *t de Student para muestras apareadas en variables continuas.
DE: desviación estándar. Gl: grados de libertad

rones frente a 49% de mujeres lo que no muestra diferencias significativas con la distribución por género de la población inmigrante en Aragón que es de 56,6% de varones frente a 43,4% de mujeres¹. En cuanto a la edad media de ingreso, la de los inmigrantes es de 32,6 años de edad media que es significativamente menor a la edad media de ingreso de la población española en el servicio de psiquiatría del Hospital Miguel Servet (44,3 años en el año 2006).

No se encontraron diferencias entre inmigrantes y nacionales con respecto al estado civil o al nivel de estudios entre ambos grupos, predominando en ambos los solteros con educación básica completa, al igual que en otro estudio realizado en nuestro país⁷. Todos los trabajos demuestran que la situación económica de los inmigrantes es más precaria, como se confirma por el mayor porcentaje de "homeless". La situación de ilegalidad es muy frecuente (44,3%) y más elevada que la encontrada en otros países, probablemente debido a que la mayoría de los pacientes llevan menos de tres años en España. Los inmigrantes viven solos en su domicilio con menor frecuencia que los nacionales, probablemente por las dificultades económicas, sobre todo en las primeras etapas del proceso migratorio.

Aspectos clínicos

Existen menos antecedentes psiquiátricos personales en inmigrantes que en nacionales, lo que puede ser debido a que se haya minimizado la patología o dado otra explicación a la misma por factores culturales o a que sean los individuos más sanos y fuertes los capaces de realizar la migración de forma exitosa¹². En cuanto a la psicopatología, en inmigrantes son más frecuentes los delirios de contenido

místico-religioso, lo que puede ser explicado por la elevada religiosidad de los pacientes de la mayoría de las culturas no occidentales¹². También se han encontrado diferencias con respecto a las alucinaciones: los inmigrantes presentan 10,9 veces más frecuentemente alucinaciones asociadas visuales y auditivas, en concordancia con la mayor riqueza en la vivencia alucinatoria descrita en estos pacientes¹².

Características del ingreso y uso de recursos

Existe una mayor proporción de pacientes inmigrantes que ingresan vía módulo penitenciario, probablemente debido a un sesgo racial que consideraría a los pacientes inmigrantes como más peligrosos¹⁶. En nuestra muestra, la proporción de ingresos involuntarios en los pacientes nacionales es mayor que en inmigrantes. Es un hallazgo inesperado porque estudios previos demuestran que los inmigrantes tienen una menor conciencia de enfermedad por causas culturales¹⁶. En nuestro estudio los pacientes inmigrantes son dados de alta de forma voluntaria con más frecuencia y existe una mayor proporción de inmigrantes que al alta no son derivados a ningún dispositivo para realizar un seguimiento ambulatorio. Ambos hallazgos no se explican, como en otros países⁶, ya que el simple empadronamiento permite a los inmigrantes, aunque sean ilegales, el acceso al sistema sanitario⁷. Por el contrario, parece ser debido a la percepción de los profesionales de una menor gravedad de la patología que presentan estos pacientes o simplemente a un sesgo discriminatorio étnico que hace que el tratamiento y el seguimiento posterior sean de peor calidad. Aunque estudios previos encuentran que no existen diferencias en el porcentaje de reingresos posteriores en el subgrupo de pacientes inmigrantes¹², en nuestra muestra existe un mayor número de reingresos hospitalarios en el subgrupo de pacientes

nacionales comparado con los inmigrantes. Pensamos que también aquí la causa es la movilidad por motivos de trabajo o económicos entre distintas ciudades en inmigrantes⁷.

En nuestra muestra se confirma una mayor utilización de la sujeción mecánica y de los servicios de seguridad en pacientes inmigrantes, dato que también se describe en otros estudios¹⁷. Pero quizá uno de los datos más espectaculares de nuestro estudio es la significativa menor estancia hospitalaria de los pacientes inmigrantes (8,1 días) frente a los nacionales (12,6 días). Este dato se encuentra también en otros estudios, sobre todo en el tratamiento de pacientes de raza negra tanto en Estados Unidos como en Gran Bretaña¹². Este hallazgo se explicaría por^{12, 18}: 1.- Dificultad para entender la psicopatología de estos pacientes por motivos culturales ya que la patoplastia es distinta. 2.- Sesgo racial discriminativo entre los profesionales sanitarios, con lo que se acorta la estancia hospitalaria por motivos contratransferenciales. 3.- Dificultades en la comprensión del cuadro clínico por motivos idiomáticos. Si calculamos de forma específica el tiempo de estancia media según los diferentes grupos étnicos, encontramos que el subgrupo de pacientes con menor estancia media es el de los pacientes magrebies (6,9 días), seguidos por los subsaharianos (7,5 días de media) y los europeos del Este (8,4 días). El subgrupo con mayor estancia media es el de pacientes latinoamericanos (8,8 días). Curiosamente, estos datos correlacionan exactamente con un estudio sobre sentimientos negativos de los médicos españoles hacia pacientes inmigrantes realizado también en Zaragoza¹⁹. En él, los pacientes que producían mayor rechazo eran los magrebies, seguidos de subsaharianos y europeos del este, siendo los latinoamericanos los que disfrutaban de un estereotipo más positivo. Estos apoyarían la hipótesis del sesgo racial. Cuando se realiza un análisis de regresión para identificar las variables que mejor explican tanto el tiempo de estancia hospitalaria, como el uso de sujeción o de personal de seguridad, la variable que mejor explica todas ellas es el tiempo de estancia en España. Cuando queremos comprobar, mediante el estadístico de Chow, en qué dichas variables alcanzan valores similares a los de los nacionales, comprobamos que es a los 3 años de estancia en España. Este dato coincide con muchos estudios que confirman que hacia los 2-3 años los inmigrantes se integran en el país de acogida²⁰.

En nuestro estudio, la media de visitas a urgencias por causas psiquiátricas en ambos grupos no muestra diferencias significativas, mientras que las consultas a urgencias por causa médico-quirúrgica son más frecuentes en nacionales. Estos datos contradicen otros estudios previos, que describen que los inmigrantes acuden con mayor frecuencia a los servicios de urgencia¹⁷. La explicación a esta contradicción podría ser que la movilidad en esta población es muy elevada en España, por lo que el número de urgencias puede ser artefactualmente más baja en los inmigrantes. Por otro lado, el número de interconsultas a trabajo social

es menor en el grupo de inmigrantes que en nacionales, aunque su precariedad socioeconómica es mayor. Las posibles causas que podrían explicar estos resultados pueden ser debidas en parte a la menor estancia media de estos pacientes así como el mayor número de altas voluntarias¹², que haría que hubiese menos tiempo durante su estancia hospitalaria para una valoración por parte de trabajo social. En cuanto a la solicitud de pruebas complementarias, a los inmigrantes se les solicita un menor número de pruebas complementarias complejas como EEG, TAC y RNM, y lo mismo ocurre con la administración de terapia electroconvulsiva. La causa de estas diferencias, en el caso de la sanidad española, no es debido a la falta de cobertura sanitaria como en otros países. En el caso de España puede estar debido a un sesgo de discriminación étnica, por el que se administraría una peor atención a los pacientes inmigrantes. Otra explicación alternativa y no excluyente, es que el número de pruebas complementarias realizadas a los pacientes nacionales excede lo exigible para evitar demandas posteriores, mientras que este fenómeno no es tan evidente en la interacción con los inmigrantes. También encontramos que se solicita un mayor número de pruebas de tóxicos en pacientes inmigrantes. Estudios previos realizados en Estados Unidos han encontrado que el porcentaje de inmigrantes de primera generación que consume alcohol u otros tóxicos es menor que en la población general¹⁴, aunque estas diferencias disminuyen cuando se estudian los hispanos de segunda generación. A pesar de esto, se tiende a solicitar un mayor número de pruebas de tóxicos en orina a inmigrantes durante su estancia hospitalaria²¹, práctica que sólo se justificaría por prejuicios raciales. De hecho, en nuestra muestra tampoco se han encontrado diferencias en los resultados de los análisis de tóxicos en orina.

Tratamiento biológico

Existen numerosos estudios en que los pacientes inmigrantes, especialmente los de raza negra, reciben dosis mayores de neurolépticos, en cualquier nivel del sistema sanitario²². En nuestro estudio, también las dosis de neurolépticos en inmigrantes son más elevadas que en nacionales (media de 1,79 mg en inmigrantes frente a 2,82 mg en no inmigrantes) para dosis ajustada de Risperidona²³. Aunque en nuestro trabajo no existen diferencias entre ambos grupos en cuanto al uso de neurolépticos atípicos, sí que las hay en la mayoría de los estudios realizados en Estados Unidos. Sin embargo, allí las compañías de seguros limitan la prescripción de neurolépticos atípicos por su alto coste, efecto que no existe en España¹⁴. En cuanto a la utilización específica del neuroléptico atípico clozapina, al igual que en estudios previos realizados en otros países, se ha encontrado que se utiliza significativamente menos en el grupo de pacientes inmigrantes que en el de nacionales. Las posibles causas que podrían explicar este hecho, son por una parte que está demostrado que en los pacientes de raza negra existe una

leucopenia benigna¹², lo que hace que puedan presentar un riesgo aumentado de desarrollar un efecto secundario, que aunque poco frecuente, resulta muy peligroso, como es la agranulocitosis. La otra posible causa de esta menor utilización de este fármaco, es la necesidad de unos controles analíticos semanales durante 18 semanas que, en ocasiones, debido a la movilidad de estos pacientes, desanima a los profesionales a intentar su uso en inmigrantes.

CONCLUSIÓN

En este primer estudio realizado en España sobre el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes frente a los españoles, se confirma que existen importantes diferencias en el abordaje de ambos grupos en relación a variables importantes como estancia hospitalaria, uso de sujeción mecánica o servicios de seguridad, petición de pruebas complementarias complejas o dosis y tipo de neurolépticos usados en el tratamiento. Hemos analizado las posibles causas, en base a la bibliografía previa, y todo parece indicar que el sesgo discriminatorio racial sería una de las principales hipótesis. Como mensaje esperanzador encontramos que el manejo de los inmigrantes se iguala al de los nacionales hacia los 3 años de estancia en España, momento en que los procesos de aculturación habrían culminado exitosamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística. Censo 2007 [consultado el 17 de marzo de 2007]: Disponible en <http://www.ine.es/censo2007/historia.htm>.
- Tizón JL. Migraciones y salud mental. *Gac Sanit* 1989;3:527-9.
- Iwamasa GY, Larrabee AL, Merritt RD. Are personality disorder criteria ethnically biased? A card-sort analysis. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2000;6:284-96.
- Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S. *Amidst peril and pain: the mental health and well-being of the world's refugees.* Washington: American Psychiatric Press, 1994.
- Pernice R, Brook J. The mental health pattern of migrants: is there a euphoric period followed by a mental health crisis? *Int J Soc Psychiatry* 1996;42:18-27.
- Klimidis S, McKenzie DP, Lewis J, Minas IH. Continuity of contact with psychiatric services: immigrant and Australian-born patients. *Soc Psych Psychiatr Epidemiol* 2000;35:554-63.
- Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gaceta Sanitaria* 2001;15:320-6.
- Angold A, Erkanli A, Farmer EM, Fairbank JA, Burns BJ, Keeler G, Costello EJ. Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:893-901.
- Gordis L. *Epidemiology.* Philadelphia, PA: WB Saunders, 1996.
- García Campayo J, Alda M. Estado de salud y características culturales de la etnia gitana en España. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35:59-66.
- García Campayo J, Alda M. Elementos básicos de etnopsicofarmacología. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:156-62.
- García Campayo J, Alda M. Salud mental en inmigrantes. Barcelona: Edikamed, 2005.
- Lo AW, Newey WK. A large-sample Chow test for the single linear simultaneous equation. *Economist Letters* 1986; p. 351-3.
- Marin H, Escobar JL. Special Issues in the psychopharmacological management of Hispanic Americans. *Psychopharmacol Bull* 2001;35:97-212.
- Bruxner G, Burvill P, Fazio S, Febbo S. Aspects of psychiatric admissions of migrants to hospitals in Perth, Western Australia. *Aust NZ J Psychiatry* 1997;3:532-42.
- Coid J, Kahtan N, Gault S, Jarman B. Ethnic differences in admissions to secure forensic psychiatry services. *Br J Psychiatry* 2000;177:241-7.
- Bhui K, Stansfeld S, Hull S, Priebe S, Mole F, Feder G. Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. *Br J Psychiatry* 2003;182:105-16.
- Mezzich JE, Kleinman A, Fábrega H, Parron DL. *Culture & psychiatric diagnosis. A DSM-IV perspective.* Washington: American Psychiatric Press, 1996.
- García Campayo J, Gonzalez Broto C, Buil B, García Luengo M, Caballero L, Collazo F. Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34:371-6.
- Sluzki CE. Migration and family conflict. *Fam Process* 1979;18:379-90.
- Chung H, Mahler JC, Kakuma T. Racial differences in treatment of psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 1995;46:586-91.
- Lloyd K, Moodley P. Psychotropic medication and ethnicity: an inpatient survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:95-101.
- Kane JM, Leucht S, Carpenter D, Docherty JP. The Expert Consensus Guideline Series: Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorders. *J Clin Psychiatry* 2003;64(suppl 12):25.