



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y MEDICINA LEGAL

FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSIQUIATRÍA

PERTINENCIA DE LA ADAPTACIÓN SOCIO- CULTURAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD MENTAL

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN PSIQUIATRÍA

FRANCISCO COLLAZOS SÁNCHEZ

DOCTORANDO

TUTOR Y DIRECTOR: MARC FERRER VINARDELL

DIRECTORES: ANTONI BULBENA VILARRASA

MIQUEL CASAS BRUGUÉ

BARCELONA, JULIO 2021

AGRADECIMIENTOS

Puede decirse que esta tesis recoge, en cierta medida, mi paso por el Programa de Psiquiatría Transcultural del Servei de Psiquiatria del Hospital Universitari Vall d'Hebron en los últimos 20 años; y por mucho que me esforzara en reconocerle a todas las personas que, de alguna manera, me han permitido llevar a cabo este maravilloso trayecto, estoy seguro que olvidaría a muchas, y eso no estaría bien. Así que, vaya por delante un agradecimiento genérico a todos los compañeros de Vall d'Hebron que me han acompañado en estos años.

Antes que nada, gracias a Miquel, por haber creído en mi capacidad cuando, siendo todavía residente del Marañón, me conoció rotando en Sant Pau y me dio la oportunidad de formar parte de su equipo en Vall d'Hebron. Gracias por indicarme el camino del Programa de Psiquiatría Transcultural; por abrirme tantas puertas y facilitarme tantos contactos con los que ir arrancando. Gracias por haberme ayudado a crear lo que ahora tenemos.

Gracias a Toni, por seguir como Jefe creyendo en el Programa y mostrándome su apoyo.

Gracias, especialmente a mis compañeros del Programa, a mi querido Adil, por haberme enseñado tanto; sin él no habría logrado nunca levantar y sostener el Programa. Gracias por sus conocimientos y, sobre todo, por su humanidad y generosa implicación. Gracias a Mar, por su constancia y por el contrapunto que siempre nos ha puesto en nuestra constitucional tendencia a la dispersión. Gracias al destino por hacer que desde México viniera un día una persona tan polivalente y excelente profesional como Nadia y se interesara por nuestro Programa. Su incorporación fue lo mejor que nos podría haber pasado.

Gracias a todos los que han sumado en el Programa, a Wara, a Khalid, a Irene, a Lucía, a Ana, a Marta, a Helena, a Stella, a los residentes que se han interesado y han rotado con nosotros... a todos los pacientes que nos han dado sentido como Programa.

Gracias a Maggie por apostar por nuestro equipo como socios al otro lado del Océano y permitirnos vivir la “experiencia americana del NIDA”.

Gracias a los que me hicieron sentir como en casa desde el día que llegué de Madrid y me incorporé al Hospital, a Sergi y a Rosa; a Carlos, a Toni, a los que llegaron algo después, especialmente a mis queridos amigos Pepe y Marc.

Gracias a Yolanda... sin ella siempre supe que todo sería mucho más difícil. Ahora que ya no está en el hospital, he podido comprobarlo.

Gracias a mis directores de tesis, Profs. Bulbena y Casas, por vuestra cariñosa paciencia y sólido apoyo. Gracias, sobre todo, a Marc Ferrer, sin su dirección no habría conseguido acabar esta tesis.

Gracias a Fran por ayudarme a encontrar la cuadratura del círculo; sus consejos fueron esenciales para el resultado final del trabajo.

Gracias a mis compañeros del Marañón, por esos maravillosos 4 años de la residencia. A mi jefe de entonces, el Prof. Calcedo; a todos los adjuntos que tanto me enseñaron y, sobre todo, a los residentes, por hacer tan divertido todo aquello.

Gracias a mi nueva familia profesional de Sant Rafael, a todo el equipo del Área de Salud Mental.

Gracias a mis amigos de Ribadesella, por estar siempre ahí, por su fraternal amistad, por su alegría y por haber hecho de nuestra juventud un anecdotario interminable de situaciones inolvidables.

Gracias a mi familia, a mis padres y hermanos, por ser el tronco del que nace todo y sin el que nada se entiende.

Gracias a mi familia política, por su cariño y ayuda incondicional desde que me conocieron. Gracias a Enzo por su ánimo y sus consejos, tan importantes en el desarrollo de esta tesis.

Gracias a Irene, por llenar de vida mi vida.

Gracias a Diego y Alicia, por ser.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	ii
PRÓLOGO	6
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. LA INMIGRACIÓN	10
1.1.1. GENERALIDADES:	10
1.1.2. LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CATALUÑA	11
1.1.2.1. Población según la lengua habitual y uso lingüístico de la misma.	15
1.1.2.2. Población según el uso lingüístico por ámbito de uso, particular en el ámbito médico	17
1.1.2.3. Población según el uso lingüístico con el personal médico y lugar de nacimiento	20
1.1.2.4. Centros de culto por comarca	21
1.2. INMIGRACIÓN Y SALUD MENTAL	22
1.2.1. RELACIÓN ENTRE LA INMIGRACIÓN Y LA SALUD MENTAL:	22
1.2.2. ESTRÉS ACULTURATIVO	23
1.2.3. IMPORTANCIA DEL CONTEXTO PSICOSOCIAL EN LA SALUD MENTAL DE LOS INMIGRANTES	25
1.2.4. COMPETENCIA CULTURAL EN SALUD MENTAL	27
1.3. LA ADAPTACIÓN CULTURAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD MENTAL	31
1.3.1. ADAPTACIÓN CULTURAL DEL SISTEMA ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL	31
1.3.2. ADAPTACIÓN CULTURAL DE LOS DIAGNÓSTICOS EN PSIQUIATRÍA	34
1.3.2.1. Posibles sesgos culturales en la evaluación psicométrica	36
1.3.3. ADAPTACIÓN CULTURAL DEL TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL	36
1.3.3.1. Adaptación cultural del tratamiento psicofarmacológico	37
1.3.3.2. Adaptación cultural del Tratamiento Psicoterapéutico	40
1.3.4. LA ADAPTACIÓN CULTURAL DE LOS TRATAMIENTOS BASADOS EN EVIDENCIAS EN SALUD MENTAL COMO FACILITADOR DE SU IMPLEMENTACIÓN EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL	42
2. PLANTEAMIENTO DE LA TESIS DOCTORAL	45

3.	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	47
3.1.	HIPÓTESIS	47
3.1.1.	Hipótesis principal	47
3.1.2.	Hipótesis secundarias	47
3.2.	OBJETIVOS	48
3.2.1.	Objetivo principal	48
3.2.2.	Objetivos secundarios	48
4.	METODOLOGÍA	49
4.1.	“Prevalencia y factores de riesgo de patología psiquiátrica en pacientes inmigrantes de atención primaria en relación con población autóctona”	49
4.2.	“Estudio transcultural: prevalencia y factores de riesgo de consumo de sustancias objeto de abuso y dependencia en una población de adolescentes extranjeros no acompañados”	56
5.	RESULTADOS	61
5.1.	RESULTADOS 1	61
5.1.1.	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO:	61
5.1.1.1.	Género y origen geográfico	61
5.1.1.2.	Características sociodemográficas por grupos de inmigrantes	62
5.1.2.	TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS:	64
5.1.2.1.	Síntomas uso, abuso y dependencia de drogas entre los diferentes grupos de inmigrantes.	64
5.1.2.2.	Predictores de uso, abuso y dependencia de alcohol y drogas entre los diferentes grupos de inmigrantes.	66
5.2.	RESULTADOS 2	68
5.2.1.	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO:	68
5.2.1.1.	Región de origen	68
5.2.1.2.	Presencia de antecedentes familiares y abusos físicos en la infancia y la adolescencia.	69
5.2.1.3.	Perfil psicopatológico:	70
5.2.1.4.	Consumo de sustancias:	71
5.2.1.5.	Correlaciones entre las variables sociodemográficas, psicopatológicas y el consumo de sustancias (posibles factores de riesgo/protectores)	72

5.2.1.5.1. Región de procedencia de los menores y riesgo de consumo de sustancias.	72
5.2.1.5.2. Antecedentes de abusos físicos.	73
5.2.1.5.3. Antecedentes de consumo en el país de origen con consumo en el país de acogida.	73
5.2.1.5.4. Antecedentes familiares de trastornos mentales o por consumo de sustancias y sus correlatos.	73
5.2.1.5.5. Antecedentes de trastorno mental en la familia y escalas psicométricas de cribado en los chicos.	74
5.2.1.5.6. Variables psicométricas y psicopatología	76
6. DISCUSIÓN	79
7. CONCLUSIONES	89
8. BIBLIOGRAFÍA	90
9. ANEXOS	101

PRÓLOGO

El presente trabajo de tesis para obtener el título de doctor en Psiquiatría y Psicología Clínica por la Universitat Autònoma de Barcelona surge de la experiencia clínica e investigadora del doctorando a lo largo de los 20 años que lleva ejerciendo como coordinador del Programa de Psiquiatría Transcultural del Hospital Universitari Vall d'Hebron. Durante este tiempo el doctorando ha participado como investigador principal en numerosos proyectos de investigación en el ámbito de la salud mental y las adicciones de población culturalmente diversa; lo cual le ha permitido tomar conciencia de la necesidad de estudiar si es pertinente realizar una adaptación sociocultural, tanto de los métodos de investigación como de la aplicación práctica de los resultados de este tipo de estudios, de tal manera que se optimice su implementación en la práctica clínica del “mundo real”.

Esa duda, origen de la tesis que aquí se presenta, comenzó a surgir en el doctorando hace mucho tiempo, pero no ha sido hasta ahora, una vez ha dispuesto de una experiencia investigadora suficientemente amplia, cuando ha podido desarrollar este trabajo de tesis para dar respuesta a la citada pregunta de investigación, recurriendo para ello, a través de una metodología de “*case study*” (estudio de casos), al análisis de los resultados extraídos de su propia investigación.

Basándose en esta experiencia investigadora, el doctorando desarrolla el siguiente trabajo de tesis que tiene como objetivo principal, determinar si existen diferencias socioculturales inter, e intra, subgrupos de inmigrantes que influyan significativamente en la aparición de trastornos mentales o por uso de sustancias y que justifiquen la adaptación sociocultural de las intervenciones en salud mental y adicciones basadas en evidencias en nuestro medio.

Para alcanzar el objetivo planteado se inicia el trabajo de tesis con un marco conceptual que se ha dividido en 3 apartados. En el primer apartado se ofrece una mirada al fenómeno migratorio, el general y el experimentado en Catalunya. En el segundo se analiza la relación entre la migración y la salud mental, así como la importancia del contexto psicosocial y del estrés aculturativo en esta compleja relación, y se concluye introduciendo el concepto de la competencia cultural en salud mental. El marco conceptual de este trabajo de tesis se completa con un tercer apartado que aborda el tema de la adaptación cultural de las intervenciones basadas en evidencias como potencial facilitador de la implementación de dichas intervenciones en la práctica clínica en salud mental, con especial énfasis en lo que al diagnóstico y el tratamiento se refiere.

A continuación, se expone el planteamiento de este trabajo de tesis, sus hipótesis y los objetivos. En los apartados posteriores se introducen las cuestiones de índole metodológica, y los resultados con los que alcanzar los objetivos de este trabajo de tesis.

En el apartado de la discusión, el doctorando hace una extensa reflexión respecto a la pertinencia de la adaptación cultural de las evidencias procedentes de su propia experiencia investigadora, haciendo referencia a algunos estudios ya publicados que complementan a los presentados en este trabajo de tesis y que aparecen al final del trabajo a modo de ANEXOS.

El trabajo de tesis culmina en una serie de conclusiones extraídas de los resultados y que permiten hacer una propuesta de modelo de intervención culturalmente adaptada en el ámbito de la atención en salud mental y adicciones, que podría ser de utilidad en la atención a la población culturalmente diversa en nuestro medio.

Este trabajo de tesis pretende contribuir en la implementación de los resultados de la investigación clínica en las condiciones reales en que se desarrolla la práctica asistencial, marcada entre otras características por la creciente

diversidad cultural; planteando para ello un estudio sobre la adaptación cultural de las intervenciones a implementar.

La originalidad del objeto de estudio de esta tesis podría servir de referencia para otros equipos igualmente pioneros en el estudio de la Psiquiatría Transcultural en nuestro medio y, en última instancia, incentivar la creación de modelos de intervención interdisciplinarios que permitan una asistencia en salud mental culturalmente competente, capaces de ofrecer un servicio de calidad similar a todos sus usuarios independientemente de la pertenencia étnica o cultural de éstos.

1. INTRODUCCIÓN

La importante llegada de población inmigrada a Catalunya en las últimas décadas ha supuesto un notable incremento de la diversidad cultural de la sociedad catalana. Este cambio supone un importante reto social de integración que se hace notar en todos los ámbitos públicos; entre ellos, el sanitario. Se trata de un desafío compartido con otros muchos países en los que, cada uno a su manera, se ha tratado de dar respuesta a las necesidades que plantea una sociedad de estas características. Hasta ahora, las políticas al respecto no han sido adecuadamente establecidas y, hoy en día, debe reconocerse que tanto los profesionales como los dispositivos que integran la red de salud mental pública de Catalunya no están suficientemente capacitados para responder eficazmente a este reto. Esta limitada “competencia cultural” podría estar generando importantes desigualdades en la asistencia sanitaria a un numeroso grupo de personas por el simple hecho de que éstas no pertenecen al grupo cultural mayoritario.

Tratando de eliminar esas potenciales e indeseables desigualdades se han llevado a cabo en todo el mundo numerosos estudios con la aspiración de alcanzar evidencias que tengan aplicación práctica en las actuales condiciones de diversidad cultural. Sin embargo, con frecuencia las evidencias extraídas de la investigación clínica no logran implementarse con éxito en la práctica asistencial “real”. Se ha sugerido que la adaptación cultural de las intervenciones basadas en evidencias podría facilitar su implementación en condiciones de diversidad cultural (Cabassa & Baumann, 2013), pero, en nuestro medio, no se ha llevado a cabo ningún estudio en este sentido por lo que se ignora, si esos aspectos de potencial adaptación cultural que desde la experiencia americana se proponen, tendrían aquí el mismo valor.

1.1. LA INMIGRACIÓN

1.1.1. GENERALIDADES:

Los seres humanos, como por lo demás la mayoría de los seres vivos con capacidad de desplazamiento, siempre buscan establecerse donde las condiciones de sustento y las facilidades de vida y reproducción sean las más favorables. Para el humano, esta supervivencia no sólo es la asociada al alimento propiamente dicho, sino que también apunta a la integridad física o moral cuando la misma es amenazada por la violencia, sea esta vulgar o política. (Collazos Sánchez & Casas Brugué, 2017)

Se entiende por inmigración un flujo migratorio receptivo. El inmigrante viene de otra parte, de otro país, de otra región y, generalmente, habla otra lengua. Del mismo modo, se habla de emigrante cuando el flujo migratorio es a la inversa, cuando las personas abandonan una región, territorio o país para establecerse en otro en el cual, también generalmente, se habla otra lengua.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), se refiere textualmente al flujo migratorio (internacional), como el “*Número de migrantes internacionales que llegan a un país (inmigrantes) o parten de un país (emigrantes) en el transcurso de un periodo específico.*” (IOM, 2021)

Estos flujos pueden ser motivados por variadas causas, económicas, sociales, políticas y pueden ser temporales, estacionales o permanentes. Verdaderamente son muchos los tipos de migraciones que pueden darse. Recurriendo a una de las clasificaciones más clásicas, se podrían dividir entre las motivadas por razones “positivas” de atracción hacia un nuevo entorno (“pull”) a otras, más frecuentes, que podrían considerarse “negativas” por lo que suponen de “tener que salir” del país de origen (“push”) por las circunstancias desfavorables que allí están sucediendo (Zimmermann, 1996). Ésta no deja de ser una clasificación más, pero que sirve para introducir la compleja relación

entre la migración y lo que es el eje central de esta tesis, su impacto en la salud mental de las personas que la llevan a cabo.

1.1.2.LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CATALUÑA

Intentar determinar el grado de diversidad cultural de Cataluña resultaría estéril en cuanto a la imposibilidad de cuantificar un concepto tan heterogéneo y complejo. Se podría argumentar que hay tantas identidades culturales como personas y, por tanto, la diversidad cultural del país sería equivalente al número de habitantes que en él hubiera. Esta noción tan relativista desbordaría cualquier capacidad de análisis por lo que, para resultar prácticos, se ha optado por hacer una descripción de la población inmigrada, entendiendo que no es sino una aproximación colateral al hecho en cuestión de la población “culturalmente diversa” y que, por tanto, también podría ser criticada.

Aunque no se puede negar esa interpretación relativista extrema, en cuanto que cada persona tendrá sus propias coordenadas culturales desde las que le da sentido a sí misma y a su entorno, tampoco puede negarse que la importante llegada de población inmigrada en las últimas décadas ha sido la principal causa del cambio de muchas sociedades contemporáneas, como la catalana, hacia una diversidad cultural antes desconocida. Por ello, a efectos del interés de esta tesis se analizan algunos atributos de la población de origen extranjero que habita actualmente a Cataluña, sin pretender fijar equivalencias y como una manera aproximada de reflejar la diversidad cultural del país. En concreto, y por considerarse dos de las características culturales que pueden definir a una persona, se presta especial atención al **IDIOMA** y a la **RELIGIÓN**. (Alarcón, 2009)

Con esta intención, se aportan algunas cifras, reflejo de la magnitud y proveniencia de este colectivo. Así, y según los datos que ofrece el *Institut Català de Estadística (IDESCAT)*, en 2019 eran 1.253.913 los extranjeros inmigrados que estaban registrados y con tarjeta de residencia en la comunidad catalana,

con nacionalidades que abarcan todos los continentes y un importante número de los países del mundo.

Tabla 1. Totales Inmigrantes Residentes Cataluña S/Continente de origen

Extranjeros residentes	Cataluña
Total	1.253.913
Total Unión Europea (UE28)	497.960
Total África	301.920
Total América	221.190
Total Asia	176.086
Total resto Europa	55.565
Resto Unión Europea	12.778
Total Oceanía	842
No consta	350

Fuente: Elaboración propia, desde (IDESCAT, 2019b)

Entrando a continuación en el detalle de la tabla 2, puede apreciarse que el país de origen más representado de esta población inmigrante es Marruecos, con un 17,78% del total de residentes en Cataluña, el cual, junto a Rumanía, forma casi el 30% del total de inmigrados ($17,78+11,28= 29,06\%$).

Tabla 2. Extranjeros inmigrantes residentes registrados, 2019

	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	CATALUÑA	Totales en %
Total	849.405	162.710	91.131	150.667	1.253.913	100
Total Unión Europea (UE28)	328.384	58.697	45.339	65.540	497.960	39,71
Rumanía	51.365	20.924	34.000	35.213	141.502	11,28
Italia	84.413	5.672	904	5.441	96.430	7,69
Francia	45.433	9.520	578	3.816	59.347	4,73
Alemania	25.687	3.683	286	2.741	32.397	2,58
Reino Unido	26.207	3.949	400	4.232	34.788	2,77
Portugal	18.721	2.832	2.056	2.058	25.667	2,05
Polonia	15.133	2.013	2.468	2.316	21.930	1,75
Bulgaria	8.957	2.621	3.247	2.951	17.776	1,42
Países Bajos	12.116	2.507	175	1.536	16.334	1,30
Suecia	9.635	241	27	152	10.055	0,80
Bélgica	4.959	1.738	95	1.076	7.868	0,63
Lituania	1.738	593	242	1.294	3.867	0,31
República Checa	2.272	409	128	576	3.385	0,27
Eslovaquia	1.578	425	292	727	3.022	0,24
Irlanda	3.621	314	47	251	4.233	0,34
Hungría	2.837	305	60	338	3.540	0,28
Austria	2.728	143	55	115	3.041	0,24
Resto UniEuropea	10.984	808	279	707	12.778	1,02
Total resto Europa	32.912	10.030	4.932	7.691	55.565	4,43
Ucrania	9.606	3.558	3.520	2.624	19.308	1,54
Rusia	11.978	4.558	636	2.341	19.513	1,56
Moldavia	1.730	561	402	1.222	3.915	0,31
Suiza	3.021	806	25	799	4.651	0,37
Resto Europa	6.577	547	349	705	8.178	0,65
Total África	165.654	57.732	30.519	48.015	301.920	24,08
Marruecos	125.558	40.603	16.299	40.433	222.893	17,78
Gambia	5.307	8.083	1.571	334	15.295	1,22
Senegal	10.912	3.484	3.963	3.141	21.500	1,71
Argelia	3.288	783	2.532	1.940	8.543	0,68
Mali	3.453	1.996	2.078	266	7.793	0,62
Nigeria	3.798	471	598	758	5.625	0,45
Ghana	5.114	446	405	425	6.390	0,51
Guinea	1.984	743	1.279	134	4.140	0,33
Mauritania	1.042	416	369	28	1.855	0,15
Resto frica	5.198	707	1.425	556	7.886	0,63
Total América	174.031	22.653	6.644	17.862	221.190	17,64
Ecuador	23.040	1.315	555	1.843	26.753	2,13
Colombia	15.257	2.401	1.550	3.679	22.887	1,83
Bolivia	21.924	2.184	618	1.281	26.007	2,07
Per	15.205	783	537	833	17.358	1,38
República Dominicana	14.143	1.213	641	1.221	17.218	1,37
Argentina	12.370	1.874	416	2.083	16.743	1,34
Brasil	10.088	1.624	911	1.639	14.262	1,14
Chile	5.507	782	151	691	7.131	0,57
Uruguay	4.567	1.096	126	788	6.577	0,52
Cuba	5.015	773	228	1.003	7.019	0,56
Honduras	10.162	6.455	168	407	17.192	1,37
Paraguay	8.384	259	96	442	9.181	0,73
Venezuela	13.526	841	381	1.054	15.802	1,26
México	4.087	258	102	344	4.791	0,38
Estados Unidos	5.992	371	66	277	6.706	0,53
Resto América	4.764	424	98	277	5.563	0,44
Total Asia	147.495	13.430	3.673	11.488	176.086	14,04
China	53.725	4.867	2.138	4.082	64.812	5,17
Paquistán	43.493	1.131	810	4.265	49.699	3,96
India	15.846	5.766	383	1.656	23.651	1,89
Filipinas	10.414	376	24	445	11.259	0,90
Bangladesh	6.883	107	91	31	7.112	0,57
Georgia	4.106	399	72	409	4.986	0,40
Armenia	2.997	191	32	116	3.336	0,27
Resto Asia	10.031	593	123	484	11.231	0,90
Total Oceanía	711	93	9	29	842	0,07
No consta	218	75	15	42	350	0,03

Fuente: Elaboración propia desde (IDESCAT, 2019b)

Así, también se observa de la tabla 2 que, en 2019, el *top ten* de países presentes con inmigrantes en Cataluña lo conformaban *Marruecos, Rumanía, Italia, China, Francia, Paquistán, Reino Unido, Alemania, Ecuador y Bolivia*, en ese mismo orden y sumando, aproximadamente, un 60% de la población inmigrante. En el restante 40%, aparecían otros 44 países de todos los continentes.

Por otro lado, –y en virtud de una consideración lingüística que será explorada y justificada más adelante en esta tesis–, si del anterior listado de 54 países, se excluyen aquellos que no tienen el castellano como lengua materna, los números serían los siguientes:

- Son 240.295 los inmigrantes extranjeros residentes en Cataluña que tienen el español como lengua materna.
- Algo más de un millón de estas personas de origen extranjero, (1.013.068), no tienen el español como lengua materna ni, presumiblemente, el catalán; por lo cual, podría concluirse que hablan idiomas que, sólo por competencia profesional fortuita, podrían ser dominados o conocidos por algún profesional de la red de salud mental con los que pudieran coincidir en el proceso asistencial de ese eventual paciente.
- Este subconjunto de inmigrantes con lenguas maternas distintas al español provienen prioritariamente de los siguientes países: *Marruecos, Rumania, Italia, China, Francia, Paquistán, Reino Unido, Alemania, Portugal, India*, (en el *top ten*), en dicho orden y sumando entre sí, a su vez, casi el 75% del subconjunto de inmigrantes cuya lengua materna difiere del español.
- El restante 25% de inmigrantes que no tienen el español por lengua materna proviene de *Polonia, Senegal, Rusia, Ucrania, Bulgaria, Países Bajos, Gambia, Brasil, Filipinas, Suecia, Argelia, Bélgica, Mali, Bangladesh, Estados Unidos, Ghana, Nigeria, Georgia, Suiza, Irlanda, Guinea, Moldavia, Lituania, Hungría, República Checa, Armenia, Austria, Eslovaquia, Mauritania, Oceanía* y otros países muy minoritarios no recogidos por la estadística del IDESCAT (IDESCAT, 2019b)

A partir de estas cifras se podría inferir que, aparte de la evidente diversidad de origen y lingüística, este heterogéneo colectivo albergará una importante diversidad cultural, reflejada, seguramente, en hábitos, creencias, valores y demás aspectos que, sin duda, tendrán impacto en su salud mental y en el eventual proceso asistencial en el que se pudieran ver inmersos. Desde ese supuesto, se presenta un conjunto de datos numéricos lingüísticos que son reflejo indirecto de la diversidad cultural de los inmigrantes de Cataluña.

Como fuente exclusiva de datos se ha recurrido a las cifras que publica periódicamente el Instituto de Estadística de Cataluña, IDESCAT, accesibles desde su página WEB (IDESCAT, 2021). Dentro del gran volumen de datos que ofrece IDESCAT, también se han recogido algunos relativos al culto religioso, con el objetivo de caracterizar culturalmente algo mejor a este colectivo inmigrante tan heterogéneo.

1.1.2.1. Población según la lengua habitual y uso lingüístico de la misma.

Este dato es un fiel reflejo de la variedad lingüística de la población de Cataluña.

A efectos de esta tesis, cabe destacar que, sobre una población de 6.386.600 habitantes en 2018, un 7,31% de la misma no habla ni catalán ni castellano como lenguas habituales. Y es el árabe la siguiente lengua habitual después del catalán y el castellano.

El detalle puede apreciarse en la siguiente tabla 3:

Tabla 3. Población según la lengua habitual

Població segons llengua habitual
Catalunya. 2018
Unitats: Milers de persones i Percentatges.
Font: Idescat i Direcció General de Política Lingüística. Enquesta d'usos lingüístics de la població
Institut d'Estadística de Catalunya
<http://www.idescat.cat/pub/?id=eulp&n=3192&lang=es>

	Població	%
Llengües més freqüents		
Català	2305,1	36,1
Castellà	3104,6	48,6
Català i castellà	474,2	7,4
Aranès	1,7	0
Àrab	60,6	0,9
Anglès	25,8	0,4
Romanès	23,8	0,4
Berber Amazic	19,8	0,3
Xinès	18,1	0,3
Francès	15,6	0,2
Altres llengües	108,7	1,7
Altres combinacions de llengües	192,9	3
No consta	35,7	0,6
Total	6386,6	100

7,31%

Fuente: Elaboración propia desde (IDESCAT, 2018c)

En lo que al uso lingüístico se refiere, en la siguiente tabla 4 se ratifica la preeminencia del catalán y el castellano, evidenciando que, del total de la población, 88.200 no usan o no consta que usen castellano o catalán. (6.386.000 menos la suma de las cuatro primeras columnas).

Tabla 4. Población según usos lingüísticos

Població segons usos lingüístic Catalunya
Unitats: Milers de persones.
Font: Idescat i Direcció General de Política Lingüística. Enquesta d'usos lingüístics de la població.
(..) Dada confidencial, amb baixa fiabilitat o no disponible.
<http://www.idescat.cat/pub/?id=eulp&n=3266&lang=es>

	Només català	Més català que castellà	Més que català castellà	Només castellà	Només en altres llengües	Català i altres llengües	Castellà i altres llengües	Altres combinacions de llengües	No consta	Total
2018	1685,6	803,4	924,3	435,5	2449,3	13,4	11,6	2,5	59	6386,6

Fuente: Elaboración propia, desde (IDESCAT, 2018d)

1.1.2.2. Población según el uso lingüístico por ámbito de uso, particular en el ámbito médico

En la tabla 5 que sigue, se detalla el uso diferencial de las lenguas según cada ámbito de actividad de la población y, particularmente, cuál es el uso de las lenguas en el ámbito médico. De la tabla se extraen los siguientes mensajes:

- Del total de 6.386.600 habitantes, 1.685.600 usa sólo el catalán, un 26,39%.
- Del total de 6.386.600 habitantes, 2.449.300 usa sólo el castellano, un 38,35%.
- Del total de 6.386.600 habitantes, 2.163.200 usa indistintamente catalán o castellano, un 33,87%.

O sea, un 98,51% de la población se desempeña en sus distintos ámbitos empleando el catalán o el castellano o ambos indistintamente. Queda así un 1,49% para otras lenguas.

Tabla 5. Población s/uso lingüístico y ámbito de uso

Població segons usos lingüístics i àmbits d'ús											Catalunya, 2018	
Unitats: Milers de persones.											Font: Idescat i Direcció General de Política Lingüística. Enquesta d'usos lingüístics de la població.	
(1) Població que viu en llars de dos membres i més.												
(2) Població que està cursant estudis.												
(3) Població ocupada.												
(4) Població ocupada que es relaciona amb usuaris o clients.												
(..) Dada confidencial, amb baixa fiabilitat o no disponible.												
http://www.idescat.cat/pub/?id=eulp&n=3209&lang=es												
Àmbits d'ús	Només català	Més català que castellà	Català i castellà	Més castellà que català	Només castellà	Només en altres llengües	Català i altres llengües	Castellà i altres llengües	Altres combinacions	No consta	Total	
Membres de la llar (1)	1562,9	323,7	445,4	578	2166,2	262,8	39,5	280,2	71,4	..	5739,5	
Amistats	854,6	1050,8	1171,7	834,5	1847,6	116,1	17,3	325,7	127,2	41,1	6386,6	
Veïns	1070,8	916,2	1094,7	696,8	2362,7	41,6	7,3	63,7	28,7	104,1	6386,6	
Companys d'estudi (2)	197,8	196,4	207,6	139,4	216	36,1	20,7	27	28,2	15	1084,2	
Companys de feina (3)	504,8	498,7	666	435,6	859,4	39,7	..	93,9	58,9	137,4	3302,5	
Usuaris o clients de Catalunya (4)	336,1	705,2	823,4	350,8	545,9	23,9	11,1	65,2	90,9	21,9	2974,4	
Petit comerç	1270,6	1146,6	1162,4	641	2053,4	11,1	2	25,8	8,7	65	6386,6	
Gran comerç	1089,1	1013,2	1192,7	761,6	2191,5	10,4	..	13,4	3,9	109,4	6386,6	
Entitats financeres	1921,4	738,4	792,3	446,6	2219,4	11,3	1,3	6,6	1,9	247,5	6386,6	
Administració local	2422,9	614,3	583,2	383,4	1985,7	13,3	1,3	..	1,9	378,6	6386,6	
Administració de la Generalitat de Catalunya	2388,5	537,3	496,5	312,3	1843,8	..	..	..	..	799,2	6386,6
Administració de l'Estat a Catalunya	1283,1	737,1	867,6	571,8	2485,6	..	..	..	..	430,1	6386,6
Personal mèdic	1685,6	803,4	924,3	435,5	2449,3	13,4	..	11,6	2,5	59	6386,6	
Escriure missatges de mòbil	756,1	751,6	864,3	656	2099,2	56,1	24,8	296,5	141,4	740,7	6386,6	

Fuente: Elaboración propia, desde (IDESCAT, 2018b)

Focalizándose exclusivamente en el ámbito médico, se obtiene la tabla número 6, de la que pueden extraerse los siguientes principales mensajes referidos al uso de cada lengua en el ámbito médico por parte de personas que usualmente emplean para su cotidianidad 'otras lenguas':

- De los 6.386.800 habitantes, el 7,31% que usa habitualmente una lengua distinta al catalán o al castellano supone unas 472.000 personas, con las que, es de suponer, existirá una brecha cultural-lingüística importante con los profesionales del sistema sanitario.
- De esos 470.000 pacientes, una mayoría de 348.000 usa preferentemente el castellano para entenderse con el personal sanitario.
- El uso con el personal sanitario de otras lenguas en particular, o de una combinación de lenguas que consten como distintas al catalán o al castellano, alcanza a un número de 39.400 pacientes; sin que pueda precisarse, de la información que provee la tabla, cómo o en qué lengua ocurre verdaderamente esa comunicación. Podría ser que se resolviera en una tercera lengua vehicular (inglés, francés...), que fuera conocida por el profesional sanitario, menos familiarizado con las lenguas más frecuentes distintas al catalán o castellano, que, como indicaba la tabla 2, son el árabe, el rumano, el bereber o el chino.

Tabla 6. **Población según usos lingüísticos con el personal médico por lengua habitual.**

Població segons usos lingüístics amb el personal mèdic per llengua habitual						Catalunya. 2018	
Unitats: Milers de persones.							
Font: Idescat i Direcció General de Política Lingüística. Enquesta d'usos lingüístics de la població.							
(..) Dada confidencial, amb baixa fiabilitat o no disponible.							
http://www.idescat.cat/pub/?id=eulp&n=4982&lang=es							
Llengua habitual	Usos lingüístics amb el personal mèdic			Usos lingüístics amb el personal mèdic. Altres llengües i combinacions	Usos lingüístics amb el personal mèdic. No consta	Usos lingüístics amb el personal mèdic. Total	
	amb el personal mèdic. Català només o sobretot	amb el personal mèdic. Igual català que castellà	amb el personal mèdic. Castellà només o sobretot				
Català	1943,8	270,2	81,2	..	..	2305,1
Castellà	261,2	462	2357,1	..	23,8	3104,6	
Català i castellà	229,1	153,1	83,5	..	..	474,2
Altres llengües	48,2	36,5	348,7	27,3	12,1	472,6	
No consta	..	..	..	..	..	30,1
Total	2489	924,3	2884,8	29,4	59	6386,6	

Fuente: Elaboración propia, desde (IDESCAT, 2018b)

1.1.2.3. Población según el uso lingüístico con el personal médico y lugar de nacimiento

En la Tabla 7 se representa el patrón de uso lingüístico según el lugar de nacimiento de la población que acude a los servicios de salud. Incluye valores absolutos y porcentuales. Tampoco en este caso abunda la información sobre la distribución de uso de las lenguas ajenas al catalán/castellano. Se infiere, no obstante, y como es de esperar, que dependiendo del lugar de nacimiento del paciente hay preferencias marcadas por el castellano o por el catalán. Los nacidos en el extranjero (inmigrantes propiamente dichos), prefieren el castellano al catalán ($72,2+6,8+11,9 = 87,7\%$) Vs. ($6,3+ 3,4+7,7 = 17,4\%$). Es sólo de un 1,3%, la porción de pacientes de los que no consta que usen el castellano o el catalán con el personal médico.

**Tabla 7. Población s/ uso lingüístico con el personal médico y s/ lugar de nacimiento
(en miles de personas)**

	Només català	Més català que castellà	Ambdues	Més castellà que català	Només castellà	Només en altres llengües	Català i altres llengües	Castellà i altres llengües	Altres combinacions de llengües	No consta	Total
Catalunya	1479,3	702,2	672,8	255,8	669,8	..	..	..	2,4	36,2	3820
Resta d'Espanya	125,1	57,2	152,1	86,9	846,2	..	..	..	..	..	1273,7
Estranger	81,2	44,1	99,4	92,8	933,3	..	..	..	..	16,8	1292,8
Total	1685,6	803,4	924,3	435,5	2449,3	13,4	..	11,6	2,5	59	6386,6

(en %)

Catalunya	38,7	18,4	17,6	6,7	17,5	..	..	..	0,1	0,9	100
Resta d'Espanya	9,8	4,5	11,9	6,8	66,4	..	..	..	..	..	100
Estranger	6,3	3,4	7,7	7,2	72,2	..	..	..	..	1,3	100
Total	26,4	12,6	14,5	6,8	38,4	0,2	..	0,2	0	0,9	100

Fuente: Elaboración propia, desde (IDESCAT, 2018a)

1.1.2.4. Centros de culto por comarca

Otro indicador cultural, más allá del idiomático, es la religión que profesa un individuo (L. J. Kirmayer, 2012). Una aproximación a este dato lo ofrece la presencia de centros de culto religiosos diferenciados en el territorio. Este dato es el que ofrece la tabla 8, en la que se observa que, de los 8.165 centros de culto activos en 2019 en Cataluña, 726 correspondían a religiones distintas a la tradición judeocristiana, lo que supone un 8,89% del total. Siendo una proporción importante, no hay manera de inferir su correspondencia en personas.

Tabla 8. Centros de culto por religión y comarca

Centros de Culto. 2019 / Fuente: Departamento de Justicia.															
Comarcas	Centros católicos	Iglesia evangélica	Islam	Testigos de Jeová	Budismo	Hinduismo	Ortodoxa	Adventistas, 7mo. Día	Jesucristo o santos últimos días	Sijismo	Bahai	Taoísmo	Judaismo	Otros	TOTAL
Alt Camp	77	4	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	85
Alt Empord<th>	197	22	14	2	3	2	2	1	0	0	0	0	0	1	244
Alt Pened<th>	102	7	7	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	121
Alt Urgell	241	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	246
Alta Ribazon<th>	76	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	78
Anoia	159	7	6	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	178
Aran	304	19	9	3	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	341
Bages	117	24	3	3	2	1	2	1	0	0	1	0	0	2	156
Baix Camp	67	8	6	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	85
Baix Ebre	143	11	10	4	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	173
Baix Empord<th>	129	66	23	16	0	1	0	1	2	0	0	1	0	2	241
Baix Llobregat	58	6	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	71
Baix Pened<th>	809	265	42	23	28	15	14	9	3	2	4	5	4	17	1.240
Barcelona<th>	192	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200
Bergued<th>	99	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	103
Cerdanya	95	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99
Conca de Barber<th>	28	15	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	50
Garraf	54	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	60
Garrigues	158	6	3	1	3	0	2	0	0	0	1	0	0	0	174
Garrotxa	172	35	12	1	3	0	3	2	1	1	2	0	0	2	234
Giron<th>	188	28	18	8	8	1	0	1	1	0	0	0	0	0	253
Maresme	110	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	115
Molina<th>	33	6	7	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	49
Montsi<th>	282	5	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	293
Noguera	529	30	8	2	4	0	1	1	1	0	1	0	0	1	578
Osona	259	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	265
Pallars Juss<th>	201	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	202
Pallars Sobir<th>	84	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	88
Pla d'Urgell	32	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39
Pla de l'Estany	50	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	52
Priorat	42	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46
Ribera d'Ebre	159	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	166
Ripol<th>	163	1	2	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	171
Segarra	175	24	11	3	3	2	3	2	1	0	0	0	0	1	225
Segri<th>	163	12	14	2	3	0	4	0	0	0	2	0	0	0	200
Selva	151	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	155
Solson<th>	120	31	9	3	1	2	2	0	1	0	0	0	0	3	172
Tarragon<th>	42	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	43
Terra Alta	94	6	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	104
Urgell	70	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	72
Vall del Occidental	254	100	19	13	0	0	1	2	2	7	0	0	0	3	401
Vall del Oriental	223	35	23	7	2	3	0	2	1	0	0	0	0	1	297
Catalu<th>	6.701	796	283	119	71	30	57	25	15	10	11	6	4	37	8.165

Fuente: Elaboración propia, desde (IDESCAT, 2019a)

1.2. INMIGRACIÓN Y SALUD MENTAL

1.2.1. RELACIÓN ENTRE LA INMIGRACIÓN Y LA SALUD MENTAL:

Demostrada la importante diversidad cultural de la sociedad catalana, consecuencia de la presencia de personas inmigradas de origen extranjero, se hace oportuno revisar la relación entre la inmigración y la salud mental.

El estudio de esta posible relación entre dos conceptos tan amplios como son “la inmigración” y “la salud mental” ha dado lugar a múltiples hallazgos, generando en su conjunto una literatura muy extensa y, a menudo, contradictoria (Collazos Sánchez & Casas Brugué, 2017), (Bhugra & Gupta, 2010), sugiriendo que esa correlación podría estar artefactada como resultado de fallos metodológicos o, incluso, de otros factores moderadores; llegando a sugerirse la paradoja del “inmigrante sano” (Alegría et al., 2017). De estas contradicciones se puede concluir que la migración, per se, no siempre se relaciona con la aparición de trastornos mentales, sino que ha de ser considerada un factor multicausal que agrupa infinidad de variables y que, en función de su intensidad y de la vulnerabilidad de cada persona que migra, puede facilitar la aparición. En nuestro medio, este tipo de estudio, por razones demográficas sobradamente conocidas, no han sido habituales hasta hace relativamente poco (Francisco Collazos et al., 2014); igual que no han sido frecuentes los estudios internacionales que se centran en la salud mental de los emigrantes españoles (Elgorriaga et al., 2019).

Un marco teórico que facilita la comprensión de esta relación entre migración y salud mental lo ofrece la teoría del estrés transaccional de Lazarus y Folkman (Lazarus, 1993). Para estos autores, el estrés debe considerarse como una situación en la que las demandas externas o internas superan los recursos adaptativos del individuo. En este sentido, es claro que la inmigración supone

afrontar nuevos estresores sin contar con algunos de los recursos que tenía en su lugar de origen. (Bhugra & Gupta, 2010) De ahí que la inmigración pueda devenir en estrés en la medida en que el individuo sea incapaz de responder adecuadamente tanto a los estresores concretos como a los estresores crónicos de su vida cotidiana (F Collazos et al., 2008).

Se puede concluir, por tanto, que la inmigración *per se*, independientemente de la intensidad de la experiencia, no es por definición un factor de estrés, ni tan solo un factor de riesgo; ya que ha de contrastarse con las capacidades del individuo. De ahí que, para analizar la relación entre inmigración y salud mental sea necesario analizar detalladamente las características del proceso migratorio y la capacidad de adaptación de cada persona (Heeren et al., 2014); (Adil Qureshi et al., 2013).

1.2.2. ESTRÉS ACULTURATIVO

En nuestro medio es especialmente relevante analizar los estresores propios de los inmigrantes. A los estresores generales que, como cualquier persona, pueden tener, se le suman aquellos derivados del encuentro entre culturas: el *estrés aculturativo* (Williams & Berry, 1991). Bajo este epígrafe, la literatura recoge los siguientes tipos de estrés aculturativo: la discriminación percibida; el estrés derivado del contacto intercultural (derivado de la adaptación de la persona a una nueva cultura), el duelo cultural y el estrés generado por la identidad bicultural (Rudmin, 2009), (F Collazos et al., 2008). La *discriminación percibida* hace referencia a las vivencias subjetivas de racismo o de discriminación étnica, ya sean cometidas de forma manifiestamente hostil o más sutilmente, a veces incluso de forma inconsciente. (Kamaldeep Bhui et al., 2005), (Dovidio, 2001). Por su parte, el estrés derivado del *contacto intercultural* abarca múltiples aspectos de las tensiones culturales que el inmigrante experimenta ante el cambio que supone vivir en una nueva cultura. (Berry et al., 1987). El abanico de posibles estresores es enorme, desde aspectos banales a diferencias más complejas como las relacionadas con el idioma, las normas sociales de

interacción o los valores culturales como podrían ser pasar de una cultura colectivista a otra más individualista. En cuanto al *duelo cultural*, se refiere a las pérdidas inherentes al hecho migratorio, algo que cobra más relieve si cabe frente al estrés por contacto intercultural (Bhugra & Becker, 2005), (Achetegui, 2006). Entre estas pérdidas se incluye con frecuencia el idioma, el estatus social, la vivienda, el entorno natural, las relaciones con amigos y familiares, o la experiencia de "estar en casa", todas ellas fuentes potenciales de estrés. El "tira y afloja" cultural que se experimenta al vivir "entre dos culturas" es lo que define a la *identidad bicultural*. No es raro que la persona emigrada, o por el hecho de ser miembro de una "minoría étnica", pueda estar sujeta, por un lado, a las expectativas de la cultura de origen para mantener las normas y prácticas culturales y, por otro, a las de la cultura mayoritaria por integrarse; algo especialmente difícil para los adolescentes y los jóvenes quienes, de hecho, pueden llegar a tener que vivir dos vidas separadas, mutuamente incompatibles, lo que resulta en un marcado estrés. (Benet-Martínez & Haritatos, 2005).

Este modelo del estrés aculturativo, que se inspira a su vez en el citado paradigma transaccional del estrés propuesto por Lazarus, hace hincapié en la interacción que se establece entre los estresores que envuelven a la persona migrante y la mayor o menor eficacia de los mecanismos de afrontamiento desarrollados por el individuo. Según el resultado de dicha interacción, la persona podrá ver o no afectada su salud mental, sin que se pueda aseverar que la aculturación, y el estrés aculturativo que de ésta se deriva, haya de cursar ineluctablemente con la aparición de psicopatología clínicamente significativa. El abanico de oportunidades es tan amplio que, incluso a veces, la persona puede salir reforzada (Folkman & Moskowitz, 2000).

1.2.3.IMPORTANCIA DEL CONTEXTO PSICOSOCIAL EN LA SALUD MENTAL DE LOS INMIGRANTES

Desde la irrupción a finales de los 70 de la propuesta de Engel para adoptar un modelo bio-psico-social en salud (George L. Engel, 1977) con el que cubrir las carencias que ofrecía el modelo biomédico anterior, (G. L. Engel, 1980), la implementación de esta novedosa perspectiva ha sido variable (Nassir Ghaemi, 2009). Las razones que explican el errático uso de este modelo son variadas, figurando entre las más plausibles la dificultad que supone para un clínico dominar las distintas disciplinas de conocimiento que este abordaje implica: biológica, psicológica, social, cultural, espiritual (Hari et al., 2017).

En paralelo a este enfoque multidisciplinar emerge con fuerza en 1992 el modelo de la Medicina Basada en Evidencias, como un paradigma que sustituye la intuición, la experiencia clínica no sistematizada y el mero estudio patofisiológico de las enfermedades, por otro más sistematizado, donde las observaciones han de poder ser reproducibles y libres de sesgos (Group, 1992).

Más recientemente, aunque muy influido por la histórica declaración de la convención de la OMS en Alma Ata de 1978, (WHO Alma Ata, 1978), ha ido cobrando presencia el papel de “la persona” como eje en torno al que se vertebra la atención en salud. Según este modelo, los objetivos, las expectativas y las necesidades las determina el paciente. Es, por tanto, una medicina respetuosa con las preferencias individuales del paciente, sus necesidades y sus valores. (Cassell, 2010) Esta fuente es la que ha servido de inspiración para que numerosos psiquiatras se hayan sumado al movimiento de la “Psiquiatría centrada en la Persona” como una fórmula que articula la ciencia médica con la visión humanística (Mezzich, 2017).

También hay quien propone combinar los dos modelos, como el planteamiento que hace Fulford para aunar el paradigma de la medicina basada en evidencias, con el de la medicina basada en valores, o centrada en la persona (Fulford, 2011).

Sea cual fuere el modelo con el que el clínico se sienta más cómodo, pocos negarían la importancia que el contexto de la persona tiene en su propia salud; desde determinantes sociales “generales” (Marmot, 2005), (Holtz et al., 2006), a otros más propios de ciertas subpoblaciones de especial interés para el propósito de esta tesis, como el de las personas inmigradas (How et al., 2021) o las “personas culturalmente diferentes” (Alarcón et al., 2002). Sin embargo, ya se ha comentado la dificultad que el clínico encuentra en el momento de aspirar a realizar un diagnóstico tan comprehensivo optando, la mayoría de las veces, por un enfoque más reduccionista, basado casi exclusivamente en los síntomas sin considerar la subjetividad con la que la persona los experimenta, su fenomenología (Andreasen, 2007).

Con el objetivo de facilitar al clínico este ejercicio diagnóstico holístico que aspira a captar la globalidad de la persona, teniendo en cuenta su contexto psicosocial y el importante papel que en su vivencia juega la cultura, la Asociación Psiquiátrica Americana ha realizado algunas propuestas en las últimas ediciones del DSM, como el primer “esquema de la formulación cultural” (OCF) que aparece en el DSM-IV (Mezzich et al., 1999), o la más reciente incorporación de la “entrevista para la formulación cultural” (CFI) (American Psychiatric Association (APA), 2013), (Lewis-Fernández et al., 2020). Tratando de operacionalizar y hacer más práctica la formulación cultural propuesta en el DSM-IV, el Dr. Lewis-Fernández coordinó un grupo de trabajo, en el que tuvo la oportunidad de participar este doctorando, que culminó con la incorporación en el DSM-5 de la entrevista para la formulación cultural (Lewis-Fernandez et al., 2014).

Aun siendo la CFI el instrumento más difundido, no es el único, y son varios los equipos que han desarrollado sus propias propuestas de entrevista diagnóstica cultural, como la de la Universidad de McGill en Montreal (Groleau et al., 2006) o la del equipo de Hans Rohlf en Rotterdam (Rohlf, n.d.).

Entendida la complejidad de la relación entre salud mental e inmigración, y la trascendencia de incorporar en la práctica clínica aspectos relacionados con el estrés aculturativo y el contexto psicosocial de las personas inmigradas, es momento de revisar el concepto de competencia cultural en salud mental.

1.2.4. COMPETENCIA CULTURAL EN SALUD MENTAL

Ya se ha comentado con anterioridad en este trabajo de tesis cómo los datos demográficos reflejan una progresiva diversidad cultural en nuestra sociedad. Esta diversidad cultural plantea importantes retos de convivencia y de integración en las sociedades contemporáneas y, por lo que al sistema y los profesionales de la salud mental se refiere, supone un importante desafío para el que no parecemos haberse encontrado la solución más adecuada a tenor de los peores resultados que se obtienen al tratar a población inmigrada en la red de salud mental (Alegria et al., 2010) y de adicciones (Gainsbury, 2017).

Ante este reto, debe considerarse prioritario implantar las medidas pertinentes que aseguren una asistencia equitativa. De este objetivo se desprende el concepto de *competencia cultural* que, en el terreno de la salud mental, se podría entender como la capacidad de atender de forma competente a cualquier usuario, independientemente de su pertenencia cultural o étnica (L. J. Kirmayer, 2012).

Los estudios en nuestro medio sobre la adaptación de los sistemas de salud a la diversidad cultural de sus usuarios (Raigal Aran et al., 2017) o sobre la necesidad de formar en competencias culturales a los profesionales (A. Qureshi et al., 2008), son muy escasos. Aunque el tema despertó ya hace unos años el interés de la Administración Pública y, desde el entonces Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad se impulsó la redacción de un instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en salud mental (Sanidad, 2011), a día de hoy no existe en España una política clara acerca de la competencia cultural tanto individual como institucional.

La competencia cultural se ha promocionado especialmente en países que ya desde hace décadas han evolucionado, también en el plan político, desde el

monoculturalismo hasta el multiculturalismo, como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Australia o Nueva Zelanda (Toma, 2010).

Aunque la competencia cultural es una propuesta conceptual cargada de sentido, no son pocos sus críticos, quienes recuerdan que la cultura no puede tomarse como algo estático, ni puede aspirar a la condición de absoluta, sino que se debe aceptar que es un concepto dinámico, que está en constante expansión, que nunca alcanza un grado máximo y universal, sino que siempre puede abarcar más dominios (L. J. Kirmayer, 2012).

De hecho se ha propuesto que sería más acertado hablar de «humildad cultural», para resaltar las inevitables limitaciones y sesgos que tiene cualquier profesional al tratar con pacientes culturalmente diferentes y la necesidad de ser consciente de ello desde una mirada introspectiva y autocrítica (Tervalon & Murray-García, 1998).

No obstante, el marco teórico que ofrece la competencia cultural persiste como el más definido de los modelos con los que se ha tratado de reducir las desigualdades en salud, especialmente las que afectan a las personas pertenecientes a grupos étnicos y/o culturales minoritarios. Así lo entienden, por ejemplo, las principales instituciones reguladoras de la asistencia médica en Estados Unidos: la Oficina del U.S. Surgeon General y el Institute of Medicine (Aggarwal et al., 2016).

Se acepta comúnmente que la competencia cultural tiene dos dimensiones bien diferenciadas: la individual (con una parte más cognitiva, de adquisición de conocimientos; y otra más “técnica” centrada en las habilidades para aplicar esos conocimientos y unas actitudes respecto a lo que la alteridad cultural ocasiona a nivel emocional en el profesional) y la institucional.

Kirmayer lo recoge en la siguiente tabla (L. J. Kirmayer, 2012):

Tabla 9. Niveles de competencia cultural

	Institución	Técnica	Profesional
Estrategia	Competencia cultural de la organización	Competencia cultural clínica	Adaptación cultural de las intervenciones
Ejemplos	Políticas institucionales de equidad, antirracismo, conciencia de la diversidad cultural. Garantizar que la administración y el equipo profesional sean representativos de la composición etnocultural de las comunidades a las que sirven. Implicar a las comunidades en la elaboración de políticas, la planificación y la regulación de los servicios.	Correspondencia étnica entre el clínico y el paciente Formación de los profesionales en conocimientos, habilidades y actitudes culturales específicas y genéricas Remisión a otros profesionales y ayudantes de la comunidad Uso de agentes culturales o mediadores	Ajustar el estilo de interacción y comunicación al paciente Adaptación a la intervención al paciente. Adaptación cultural de las intervenciones. Adopción de nuevas intervenciones. Derivación a otros recursos de ayuda o curación

<p>Beneficios</p>	<p>Puede organizar sistemas y servicios que respondan a las necesidades de grupos específicos</p> <p>Puede abordar cuestiones de poder y discriminación, empoderando a la comunidad y dando lugar a una mayor equidad, seguridad y confianza en la institución</p> <p>Puede mejorar el acceso y la aceptabilidad mediante la relación de la comunidad con la institución y el diseño de programas específicos</p>	<p>Puede facilitar la confianza inicial</p> <p>La coincidencia lingüística facilita la comunicación</p> <p>Los conocimientos culturales compartidos facilitan la comprensión mutua</p> <p>Puede proporcionar un modelo de conducta de personas exitosas o resistentes de origen similar</p>	<p>Puede adaptar la intervención para tener en cuenta problemas y procesos psicológicos o sociales específicos</p> <p>Puede mejorar la aceptabilidad de la intervención</p> <p>Puede movilizar los recursos culturales personales y comunitarios para la resiliencia y la recuperación</p> <p>Puede identificar objetivos y resultados específicos de la cultura que requieren enfoques terapéuticos alternativos</p>
--------------------------	---	---	---

1.3. LA ADAPTACIÓN CULTURAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD MENTAL

1.3.1. ADAPTACIÓN CULTURAL DEL SISTEMA ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL

Ante las evidentes desigualdades que se derivan de las barreras que el sistema de salud, salud mental en este caso, plantea a los usuarios que no pertenecen al grupo social, y cultural, mayoritario. (Alegría et al., 2018) surge un debate en el que tienden a aparecer dos posturas bien diferenciadas: la de los que sostienen que son los inmigrantes los que deben adaptarse al sistema sin que éste tenga que ser adaptado a sus singularidades, y la de los que consideran que la adaptación ha de ser bidireccional; y corresponde tanto al inmigrante como a la sociedad dominante, por tanto, la adaptación del sistema sanitario a las características demográficas de todos sus usuarios (Collazos Sánchez & Casas Brugué, 2017).

Como un argumento que apoya la primera postura, se esgrime el riesgo de *guetización* que puede implicar adaptar los servicios de salud mental a grupos poblacionales concretos; en su contra está la eventual «ceguera cultural» que entrañaría el hecho de negar la importancia de las características culturales en la asistencia psiquiátrica (Kam Bhui & Sashidharan, 2003).

La segunda postura, a favor de la adaptación del sistema, y extendida en países con sociedades de larga tradición multicultural como los EEUU, Australia, Reino Unido o Canadá, apoya la creación de servicios culturalmente sensibles, especializados e insertados en la red de dispositivos asistenciales al uso (Kam Bhui & Sashidharan, 2003); (L. J. Kirmayer et al., 2014). De esta manera, tratan de alcanzar los estándares de competencia cultural institucional ofreciendo, por ejemplo, formación en interculturalidad al personal de los equipos; o procurando que haya entre los profesionales una representación proporcional de la

diversidad cultural de la propia sociedad; tratando también de derribar las posibles barreras en la comunicación con la inclusión de intérpretes o mediadores culturales, u ofreciendo cualquier información relevante en los principales idiomas de los usuarios. Se propone, incluso, establecer vías de comunicación con interlocutores válidos de las distintas comunidades para identificar, así, cuáles son las necesidades de cada comunidad y poder adaptar las estrategias de intervención. Obviamente, el grado de consecución de estos estándares es muy variable y no está exento de dificultades (Barksdale et al., 2017).

En el año 2000 se crearon en Estados Unidos los Estándares Nacionales CLAS (*National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services*), destinados a promover la equidad en la salud, mejorar la calidad y ayudar a eliminar las desigualdades en la atención médica mediante el establecimiento de un conjunto de medidas a adoptar por las organizaciones de atención médica y de salud. (Department of Health and Human Services, n.d.). En 2010, se inició una revisión de estos estándares con la intención de alcanzar una estrategia práctica que permitiera facilitar su implementación, lo que concluyó en 2013 con el lanzamiento de unos estándares CLAS “potenciados”. No obstante, estos estándares americanos no han tenido una amplia implementación ni ha sido su impacto en la salud de las minorías estudiado de forma sistemática (Barksdale et al., 2017).

Tampoco ha tenido una adecuada adopción e implantación en España el anteriormente citado *Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en salud mental*, cuya elaboración se impulsó en el año 2011 desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España, con el propósito de alcanzar una mayor equidad en la salud mental de todos los usuarios, independientemente de su pertenencia étnica o cultural (Sanidad, 2011).

No existe, hoy en día, una legislación clara respecto a la atención en salud a la población culturalmente diversa. Existen, si acaso, iniciativas de programas concretos, centrados generalmente en subpoblaciones vulnerables como los refugiados, o recomendaciones que desde las administraciones públicas se han ido implementando. Como ejemplo de ello, podrían citarse las recomendaciones hechas por el Real Colegio de Médicos de Australia y Nueva Zelanda respecto a la atención en salud mental a los solicitantes de asilo y refugiados. (The Royal Australasian College of Physicians, 2015). En estos países han sido numerosas las iniciativas dirigidas a facilitar el trabajo de los profesionales que tratan la salud mental de estas personas, sin hacer un especial énfasis en los aspectos transculturales de los mismos (Ministry of Health, 2001).

En Cataluña, sin embargo, se elaboró en 2016 un Protocolo para la atención de la salud mental de las personas refugiadas en el que se destaca la necesidad de realizar un abordaje psicosocial sensible a las singularidades culturales de estas personas (Generalitat de Catalunya, 2016).

La frecuente falta de respaldo institucional hace gravitar la responsabilidad de la asistencia culturalmente competente en profesionales no siempre adecuadamente formados, lo que favorece la aparición de la “paradoja del médico bien intencionado” que, a pesar de su aparente buena intención, acaba generando más desigualdades en la asistencia sanitaria (Van Ryn & Saha, 2011).

Más allá del anteriormente citado concepto de la “humildad cultural” (Tervalon & Murray-García, 1998), cada vez más se propone el concepto de “seguridad cultural” (*cultural safety*); lo que supone un giro conceptual notable, al poner el énfasis en el juego de poder que acontece en el proceso asistencial de las personas culturalmente diversas. (Curtis et al., 2019).

1.3.2. ADAPTACIÓN CULTURAL DE LOS DIAGNÓSTICOS EN PSIQUIATRÍA

La voluntad de individualizar el acto médico ya fue recogida por William Osler, uno de los padres de la medicina moderna, en el s. XIX, con reflexiones tan inspiradoras como la de *“es más importante saber qué tipo de paciente tiene una enfermedad, que qué tipo de enfermedad tiene el paciente”*.

En Psiquiatría, la ausencia de marcadores biológicos patognomónicos para el diagnóstico de ningún trastorno mental, y en parte también debido a la multifactorialidad de los trastornos objeto de estudio, hace que siga quedando demasiado margen para la subjetividad (Alarcón, 2009; García-Gutiérrez et al., 2020). Esta escasez de marcadores biológicos llevan a que el diagnóstico en Psiquiatría siga siendo sindrómico, y que la colección de esos síntomas haya de pasar por una doble subjetividad: la de quien los vivencia y los expresa y la de quien los ha de interpretar; algo que, tal y como se citó con anterioridad, ya fue objeto de reflexión por la escuela fenomenológica de Husserl y Jaspers (Luft & Schlimme, 2013) y que dio pie a la propuesta hermenéutica con el desarrollo que de esto iniciara Heidegger y culminara Gadamer, centrándose en la comprensión e interpretación del fenómeno (de la Maza, 2005).

El psiquiatra debe empatizar con la subjetividad del paciente a través de una escucha atenta en la que, gradualmente, integra los deseos y necesidades de aquel, y que desencadena, mediante actos o palabras, en representaciones producto de una *narrativa* sobre la que, finalmente, se basa el diagnóstico. (Mezzich et al., 2016)

Una de las singularidades de la psiquiatría se refleja en la cuestionable especificidad de sus criterios diagnósticos, lo cual supone una debilidad de los manuales diagnósticos que los expone a rigurosas críticas (Goldberg, 2015),

(Van Os et al., 2000), alimentando, incluso, uno de los argumentos más críticos que reciben desde la antropología médica: el de la “falacia categorial” (A Kleinman, 1987), entendida ésta como el error en que se incurre al sobrevalorar un constructo, ya sea una categoría diagnóstica, una técnica terapéutica o un cuestionario, sin probar su validez en diferentes culturas. Para combatirlo, se propone la incorporación de los “*idioms of distress*”, término introducido por Nichter en 1983 (Nichter, 1981) para referirse a los “*medios social y culturalmente congruentes de experimentar y expresar angustia en los mundos locales*” (Cork et al., 2019). Contra estos discursos críticos están los que defienden la universalidad de los criterios diagnósticos, reconociendo que la cultura puede matizar de forma sutil la presentación sintomática, pero no de forma tan sustancial como para plantearse una adaptación cultural de las clasificaciones actuales. (López-Ibor, 2003).

La alternativa que los teóricos de la Psiquiatría Transcultural ofrecen para intentar salvar la dificultad que entraña realizar un correcto diagnóstico, es tratar de captar el contexto social y el significado que cada experiencia humana tiene. (Alarcón et al., 2002). El contexto puede concebirse como la matriz de múltiples capas en la que tienen lugar las transacciones interpersonales. El significado refleja tanto la naturaleza íntima y exclusivamente personal de tales eventos como sus consecuencias sociales más amplias (Geertz, 1973). Esta voluntad expresa de la Psiquiatría Transcultural se enmarca en la concepción más actualizada de la misma, aquella que entiende el conocimiento y la práctica psiquiátrica como el resultado de una conjunción de factores entre los que se podrían citar los sociales, culturales, económicos, políticos e históricos (L. J. Kirmayer & Minas, 2000). De ahí que la metodología que se proponga como la más adecuada para captar esa globalidad de la persona sea de tipo mixto, combinando métodos cualitativos con cuantitativos (L. J. Kirmayer & Jarvis, 1998).

A pesar de la disponibilidad de instrumentos tanto cuantitativos como cualitativos, realizar un diagnóstico global en psiquiatría, centrado en la persona, y que recoja

entre otras la dimensión cultural, sigue siendo un importante reto en la práctica asistencial. Es precisamente la necesidad de combinar ambos enfoques metodológicos lo que también cuestiona la validez de los instrumentos psicométricos cuantitativos, por no estar siempre culturalmente adaptados.

1.3.2.1. Posibles sesgos culturales en la evaluación psicométrica

La valoración psicométrica de un individuo puede incurrir en importantes sesgos si no se tiene en cuenta la pertenencia cultural de la persona (Kamaldeep Bhui et al., 2003). Para ello no basta con la mera traducción de los instrumentos de evaluación, sino que es preciso someterlos a una adecuada adaptación cultural (Geisinger, 1994).

Entre las posibles fuentes de sesgos de las pruebas psicométricas, se destacan 3 principales: en el *constructo*, en el *método* o en los *ítems* del instrumento empleado. (Kamaldeep Bhui et al., 2003),(Geisinger, 1994) (van de Vijver & Tanzer, 2004).

1.3.3. ADAPTACIÓN CULTURAL DEL TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL

Desde la perspectiva contextual que propone la Psiquiatría Cultural se entiende que sólo con un diagnóstico que capte la globalidad de la experiencia de la persona se podrá ofrecer el tratamiento más apropiado; el que resulte en una mejora clínica, un funcionamiento personal más eficiente y una calidad de vida más confortable para el paciente y su familia (Alarcón, 2009).

Hablar del tratamiento de los trastornos mentales en la población culturalmente diversa, tratando de recoger los matices que esto supone, permite múltiples

aproximaciones. Por razones de practicidad, y por resultar coherente con el conjunto de esta tesis, se pondrá el foco en dos aspectos fundamentales: el tratamiento psicofarmacológico y el tratamiento psicoterapéutico.

1.3.3.1. Adaptación cultural del tratamiento psicofarmacológico

Entre las líneas de estudio que enmarca la Psiquiatría Cultural, está bien definida la de la *etnopsicofarmacología*. Esta rama de la farmacología se centra en el estudio de las variaciones en la respuesta a los psicofármacos en diferentes poblaciones y la contribución de los factores raciales, sociales y culturales a dichas variaciones (Ruiz, 2000), (Lin & Smith WM, 2000).

Aunque la mayoría de los estudios en este ámbito se ha interesado especialmente por las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas derivadas, a su vez, de la presencia de posibles polimorfismos genéticos (Chaudhry et al., 2008), no se debe minimizar el impacto que factores culturales, tanto del paciente que recibe el tratamiento como también del psiquiatra que lo prescribe, puede tener en el resultado del mismo (Bhugra & Bhui, 1999).

En el discurso de la Psiquiatría Cultural se suele hacer referencia a la importancia que tiene la forma de explicar lo que le sucede a la persona que padece un trastorno mental, las creencias sobre las enfermedades, tanto sobre su etiología como del significado que se les da. La traducción más literal de este concepto clásico, que la literatura anglosajona conoce como “*explanatory models*” y que fue acuñado por Kleinman en 1978 (Arthur Kleinman, 1978), sería el de los “modelos explicativos”. La razón por la que se cita en este punto es porque la adherencia a un tratamiento sea psicofarmacológico o psicoterapéutico, tendrá que ver, indudablemente, con la aceptación por parte del paciente de la propuesta que le hace su terapeuta/prescriptor. Si ésta es exclusivamente “biologicista” podría entrar en confrontación con la narrativa de aquéllos que, por

ejemplo, atribuyeran sus síntomas a razones de índole social, sobrenatural, etc. (Ram et al., 2017).

Por otro lado, los recientes movimientos hacia una medicina centrada en el paciente, basada en su narrativa y sus valores, resultan coherentes con una mayor atención a las cuestiones culturales en la atención de la salud (L. Kirmayer et al., 2008). Desde este paradigma de la medicina centrada en la persona, se propone que el tratamiento psicofarmacológico tenga las siguientes características, en comparación con lo que sería el tratamiento tradicional (Mezzich et al., 2016).

Tabla 10. Comparación de la psicofarmacoterapia tradicional y la centrada en la persona

Psicofarmacoterapia tradicional	Psicofarmacoterapia centrada en la persona
-Estandarizada, basada en el conocimiento y la investigación, impersonal y despreciativa de la individualidad	-Pluralista, basada en la sabiduría, la investigación y la práctica, personal y respectiva de la individualidad
-Epidemiológica y más científica (ciencia moderna)	-Individualista y más humanista (ciencia postmoderna)
-Basada en el pensamiento lineal y mecanicista y en la lógica deductiva	-Basado en el pensamiento lateral, la imaginación y la lógica inductiva
-Reducción de la autodeterminación de los pacientes	-Se promueve la autodeterminación de los pacientes
-Se cuenta con el cumplimiento de los pacientes o se les pide que lo hagan	-La colaboración es mucho más que el cumplimiento. La participación activa y el dominio personal de los pacientes es esencial
-Sólo los psiquiatras tienen acceso a la información (p. ej., planes de tratamiento farmacológico, evaluaciones, registros, etc.)	-Los pacientes y sus familias también tienen acceso a la información. Los médicos y los pacientes conocen juntos lo mejor. Decisiones compartidas
- Los médicos son los que mejor saben	-Los pacientes son los mejores expertos en su vida
-Se centra en la patología (enfermedad o dolencia), la debilidad y los inconvenientes	-Enfoque en la autorrealización, la salud y la calidad de vida, los puntos fuertes y las ventajas
-Los síntomas, las disfunciones, las discapacidades y los déficits impulsan el tratamiento	-Los objetivos terapéuticos impulsan el tratamiento

-Los pacientes son más bien objetos de tratamiento	-Los pacientes son más sujetos, participantes activos y protagonistas del tratamiento
-Se valora la remisión/recuperación clínica (sintomática y funcional)	-Se valora la recuperación clínica y personal
-El tratamiento farmacológico se define por la pauta de tratamiento	-El tratamiento farmacológico se basa en el pensamiento creativo y sistemático
-Evitar el riesgo ("Primum non nocere"). Protección del paciente y de la comunidad	-Asunción de riesgos responsable y crecimiento personal. Evitar el riesgo, siempre que sea posible
-Práctica basada en la evidencia	-Además de la práctica basada en la evidencia, en los valores y en la narrativa.

Adaptada de Psicofarmacología centrada en la Persona (Mezzich et al., 2016).

1.3.3.2. Adaptación cultural del Tratamiento Psicoterapéutico

Actualmente existe una línea de estudio abierta en torno a la psicoterapia intercultural que reflexiona, especialmente, sobre la utilidad de un enfoque individualista de la psicoterapia, propio de las psicoterapias con más predicamento en occidente, frente a un enfoque más sociocéntrico, ecocéntrico o cosmocéntrico que entiende a la persona como parte de la sociedad, el entorno o el cosmos mismo, propio de culturas no occidentalizadas (L. J. Kirmayer, 2007). El propio Kirmayer subraya que el concepto dinámico de la cultura genera hibridaciones que llevan a día de hoy a una "criolización" de la psicoterapia (L. J. Kirmayer, 2006).

Otra línea de estudio en este ámbito se ha centrado en las características de la relación terapéutica, como base de la psicoterapia y que resulta influida por los

valores culturales y los conceptos de sistemas que, a su vez, pueden catalogarse como tradicionales o modernos, con las consecuentes diferencias. Las dinámicas relacionales entre terapeuta y paciente quedan marcadas por la comunicación intercultural y en ellas se generan, siguiendo el discurso psicoanalítico, transferencias y contratransferencias derivadas de la inevitable existencia de prejuicios, presentes por ambas partes (Adil Qureshi, 2011).

En definitiva, el interés por la influencia de la cultura en la relación terapéutica no ha decaído, y estudios más actualizados insisten en la necesidad de hacer cuantas más adaptaciones culturales mejor para obtener mejores resultados (Smith et al., 2011).

1.3.4.LA ADAPTACIÓN CULTURAL DE LOS TRATAMIENTOS BASADOS EN EVIDENCIAS EN SALUD MENTAL COMO FACILITADOR DE SU IMPLEMENTACIÓN EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

Íntimamente relacionado con el movimiento de la medicina basada en evidencias, surge recientemente la ciencia de la implementación como una disciplina que, en el contexto de la atención de la salud, puede definirse como: “El estudio científico de los métodos que permitan llevar los hallazgos de la investigación y de prácticas basadas en la evidencia a la atención médica de rutina, mejorando por lo tanto la calidad de los servicios de salud.” (Nilsen & Birken, 2020) .

La investigación clínica permite generar un enorme volumen de conocimiento gracias a los diseños epidemiológicos de los estudios en que se basa; pero esto no significa necesariamente que el conocimiento extraído de los resultados se implemente con éxito en las condiciones en las que se desarrolla la práctica asistencial “real”. (Colditz et al., 2008)) La traslación de una “eficaz medicina basada en evidencias” a una “efectiva práctica basada en evidencias” es el objeto de estudio de la “Ciencia de la Implementación” (CI). El objetivo final de esta disciplina de estudio es precisamente facilitar la implementación de dichos hallazgos a la rutina clínica, maximizando los efectos favorables de las intervenciones de tal forma que mejore la calidad y la efectividad del sistema sanitario (Eccles & Mittman, 2006) (Suárez-Obando et al., 2018)

La ciencia de la implementación estudia los determinantes que condicionan el correcto aprovechamiento de las intervenciones basadas en evidencias, asumiendo la efectividad de la intervención y poniendo el énfasis en el estudio de las características del contexto donde se pretende implementar dicha intervención (Pfadenhauer et al., 2017). Ese estudio contextual puede, y debería,

incorporar diversas perspectivas que abarcan desde la investigación estructural y organizacional de los servicios de salud, al estudio de los costes de la intervención, su impacto sociológico o la visión antropológica de la práctica a implementar. Todo ello requiere una intervención interdisciplinar de profesionales, no sólo sanitarios, y usuarios, mucho más allá de la habitual involucración de estos actores en los ensayos clínicos controlados (Suárez-Obando et al., 2018).

Identificar el mejor método para que en el contexto de la práctica real se implementen con éxito los tratamientos basados en evidencias (TBE) y de efectividad demostrada es uno de los retos más complejos que enfrentan actualmente los sistemas de salud (Smits & Denis, 2014). Esta complejidad es aún mayor si se tiene en cuenta que, entre las características ecológicas de este contexto real está una creciente diversidad cultural entre los usuarios.

Hace años que el “Surgeon’s General” americano, en su informe “Cultura, Raza, Etnia y Salud Mental” (Surgeon General, 2001) estableció la necesidad de tener en cuenta la cultura en la atención en salud mental y la necesidad de adaptar culturalmente los TBE. Se parte de la base de que incorporando algunos factores culturales, como pueden ser el idioma, los valores culturales o el rol de género, la aceptabilidad, la efectividad y la sostenibilidad de las actuaciones en salud mental será mejor y se podrán así reducir las indeseables desigualdades en salud que se detectan en el sistema americano. (González Castro et al., 2004)

Pero, pese a ser conscientes de la trascendencia de la cultura y los esfuerzos realizados en el ámbito americano por incorporar factores culturales en los TBE, su utilización práctica –el paso del tratamiento basado en evidencias a la práctica basada en evidencias–, es muy escasa, poniendo de relieve la necesidad de estudiar las razones de ese fracaso desde las ciencias de implementación. Entre las múltiples líneas de estudio que podría incluir este análisis, se ha propuesto incorporar precisamente la de la “adaptación cultural” (AC) de los tratamientos basados en evidencias, entendida como “la modificación sistemática de un EBT

que toma en cuenta el idioma, la cultura y el contexto de tal manera que sean compatibles con la cultura, los patrones de significados y los valores de los usuarios".

Sin embargo, rara vez se relacionan ambas perspectivas, la de la ciencia de la implementación (CI) y la de la adaptación cultural (AC) (Cabassa & Baumann, 2013). La escasez de meta-análisis sobre la relación entre la adaptación cultural y la ciencia de la implementación parece que podría deberse a los inconsistentes resultados que la AC ha demostrado tener sobre la efectividad de los tratamientos basados en evidencias (TBE) (Benish et al., 2011), (Huey & Polo, 2008), (Griner & Smith, 2006). Pero a pesar de estas limitaciones, estos meta-análisis también han permitido identificar posibles moderadores que pueden ayudar a clarificar qué tipo de adaptaciones culturales en los TBE tienen un mayor efecto y en qué grupos culturales resultan más beneficiados por dichas adaptaciones (Griner & Smith, 2006).

En nuestro medio no hay, a día de hoy, ningún estudio que se haya dirigido a valorar la pertinencia de realizar adaptaciones culturales en las intervenciones diagnósticas y terapéuticas en Psiquiatría. Es necesario, por lo tanto, ampliar la evidencia científica para poder aclarar si se justifica llevar a cabo esa adaptación cultural y así optimizar las estrategias terapéuticas con la población culturalmente diversa.

2. PLANTEAMIENTO DE LA TESIS DOCTORAL

De todo lo revisado anteriormente queda patente que la diversidad cultural, como consecuencia directa del importante incremento de la inmigración experimentado en nuestra sociedad en las últimas décadas, supone una característica ecológica innegable que genera importantes retos en el ámbito de la salud mental y las adicciones.

En primer lugar, se señala la compleja relación entre variables tan amplias y heterogéneas como son “la inmigración”, “las personas culturalmente diferentes” o “la salud mental”, lo cual obliga a aplicar una óptica más amplia que la que habitualmente se emplea para poder captar el contexto psicosocial de cada persona, algo especialmente relevante al referirse a la salud mental de las personas inmigradas o de origen cultural diverso (Alegría et al., 2018). En segundo lugar, se destaca que hay evidencias sobre la necesidad de llevar a cabo adaptaciones culturales a diferentes niveles, tanto al institucional/político/estructural como al nivel clínico, con especial atención en las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. para tratar de reducir las desigualdades en salud mental que afectan a este colectivo (Dinos, 2015). Finalmente, se pone de relieve la dificultad para trasladar los resultados de la investigación clínica a la práctica “real” asistencial algo que, al tratarse de este subgrupo poblacional, apunta a la pertinencia de incorporar la adaptación cultural de los tratamientos basados en evidencias en su implementación en la práctica clínica. (Cabassa & Baumann, 2013)

Es de suponer que dicha adaptación cultural de las intervenciones terapéuticas en salud mental y adicciones, en caso de ser pertinentes llevarlas a cabo en nuestro medio con la población culturalmente diversa, permitiría optimizar su implementación en la práctica clínica.

Por todo ello, es inevitable plantearse la posibilidad de que puedan existir diferencias socioculturales entre los subgrupos de inmigrantes que influyan significativamente en la aparición de trastornos mentales o por uso de sustancias y que permitan justificar la adaptación sociocultural de las intervenciones en salud mental y adicciones basadas en evidencias en nuestro medio.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. HIPÓTESIS

3.1.1. Hipótesis principal

Estará justificada la adaptación sociocultural de las intervenciones en salud mental y adicciones basadas en evidencias en nuestro medio.

3.1.2. Hipótesis secundarias

- a) Existirán diferencias significativas en la prevalencia de trastornos por uso de sustancias entre los diferentes subgrupos de inmigrantes.
- b) Existirán diferencias socioculturales entre los diferentes subgrupos de inmigrantes que podrán actuar como factor de riesgo o protector de trastornos por uso de sustancias.
- c) Existirán diferencias significativas en la prevalencia de trastornos mentales y por uso de sustancias entre los miembros de un mismo subgrupo de inmigrantes.
- d) Existirán diferencias socioculturales entre los propios miembros de un mismo subgrupo de inmigrantes que podrán actuar como factor de riesgo o protector de trastornos mentales o por uso de sustancias.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo principal

Determinar si está justificada la adaptación sociocultural de las intervenciones en salud mental y adicciones basadas en evidencias en nuestro medio.

3.2.2. Objetivos secundarios

- e) Determinar si existen diferencias significativas en la prevalencia de trastornos por uso de sustancias entre los diferentes subgrupos de inmigrantes.
- a) Estudiar si las diferencias socioculturales entre los diferentes subgrupos de inmigrantes pueden actuar como factor de riesgo o protector de trastornos por uso de sustancias.
- b) Determinar si existen diferencias significativas en la prevalencia de trastornos mentales o por uso de sustancias entre los miembros de un mismo subgrupo de inmigrantes.
- c) Estudiar si las diferencias socioculturales dentro de un mismo subgrupo de inmigrantes pueden actuar como factor de riesgo o protector de trastornos mentales o por uso de sustancias.

4. METODOLOGÍA

Para alcanzar el **OBJETIVO PRINCIPAL** de este trabajo de tesis, el doctorando ha recurrido a un método de estudio de casos (*case study*), en el que el marco teórico donde poner a prueba las hipótesis surge de diferentes fuentes y técnicas de recogida de información. En concreto, de dos proyectos de investigación, independientes pero complementarios, de los que ha sido el investigador principal. En el primero se estudiarán las diferencias socioculturales que puedan actuar como factores de riesgo o protección de trastornos por uso de sustancias, así como su prevalencia, entre los distintos subgrupos de inmigrantes. En el segundo, se estudiarán las diferencias socioculturales que puedan actuar como factores de riesgo o protección de trastornos mentales o por uso de sustancias, así como su prevalencia, entre los propios miembros de un mismo subgrupo de inmigrantes.

En los dos apartados siguientes se detalla la metodología de cada uno de los proyectos en su totalidad, si bien sólo se han seleccionado aquellos resultados que resultan pertinentes al efecto de este trabajo de tesis y que actualmente están en proceso de publicación.

4.1. “Prevalencia y factores de riesgo de patología psiquiátrica en pacientes inmigrantes de atención primaria en relación con población autóctona”

A continuación se presentan los puntos clave de la metodología del proyecto que, como primer elemento de este estudio de caso, forma parte del trabajo de tesis doctoral.

Diseño

El estudio que se llevó a cabo entre enero de 2006 y diciembre de 2008. Es un estudio multicéntrico, observacional y transversal, que se realizó en centros de atención primaria de dos comunidades autónomas: Aragón (14 centros) y Cataluña (20 centros, la mayoría en Barcelona).

Muestra:

Para calcular el tamaño de una muestra representativa se recurrió al censo de tarjetas sanitarias otorgadas a la población inmigrante en ambas comunidades. Utilizando una variable dicotómica para un error de +/- 3%, un contraste bilateral y un nivel de confianza del 95%, se estimó que la muestra requerida en Cataluña era $N = 765$ y en Aragón $N = 725$. En total, la muestra de inmigrantes precisa para que el estudio fuera representativo fue $N = 1.490$. Finalmente participaron 3006 personas (1503 autóctonos y 1503 inmigrantes). La muestra se estratificó por grupo étnico, sexo y edad. Se seleccionó una muestra “control” de sujetos nacidos en España (*autóctonos*), igualmente usuarios de los mismos centros de atención primaria que los inmigrantes y se emparejaron ambos grupos de la muestra por sexo, edad y centro de salud.

Los centros de salud fueron seleccionados al azar para asegurar que fueran representativos de las poblaciones autóctonas e inmigrantes de cada distrito según los cálculos anteriormente citados. El número de pacientes reclutados en cada centro de salud se calculó proporcionalmente, tomando en cuenta la población total atendida en cada centro sobre el total de la comunidad. Se invitó a participar a todos los pacientes inmigrantes que cumplieran con los criterios de inclusión de forma consecutiva, hasta alcanzar el objetivo de reclutamiento. En función de las características de esta muestra de inmigrantes, se fue incluyendo la de pacientes nacidos en España, procedentes de los mismos centros de

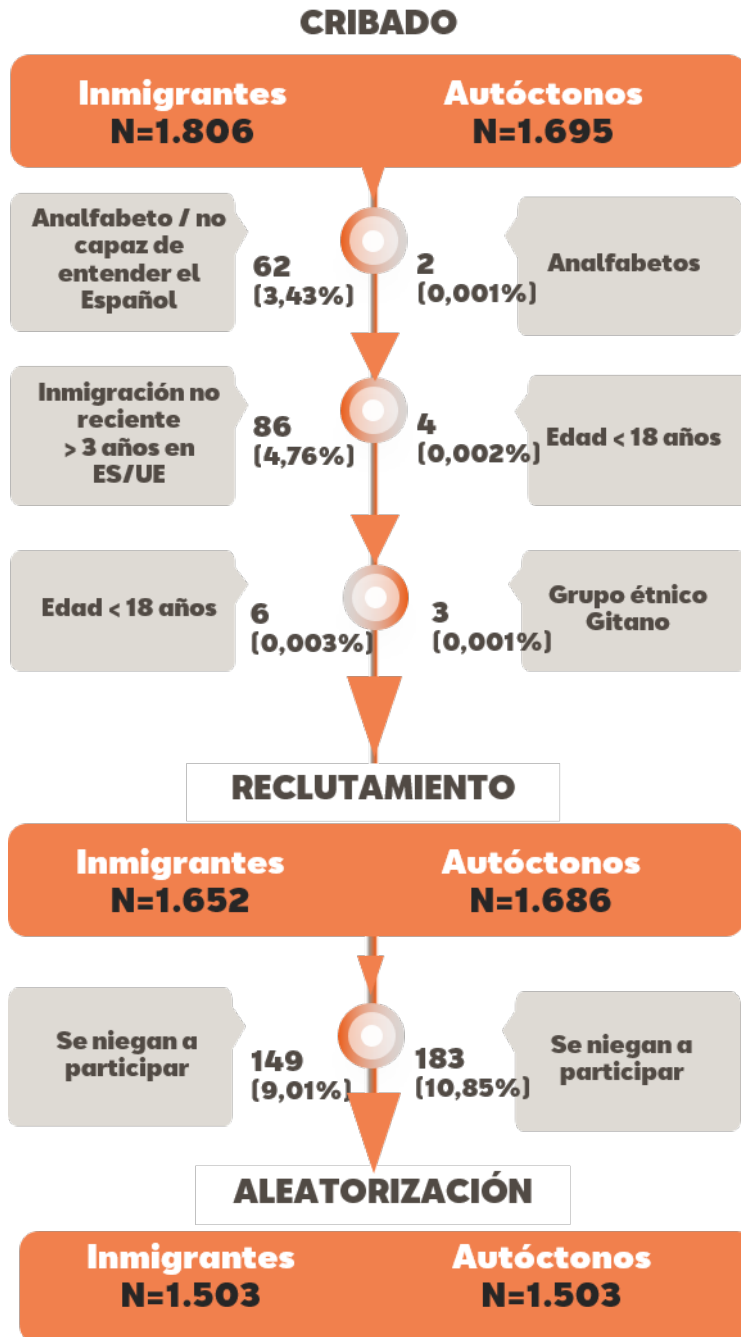
atención primaria y emparejados con la muestra de inmigrantes según sexo y edad.

Para ser incluidos en el estudio, los pacientes inmigrantes tenían que haber nacido fuera de España; ser mayores de 18 años; haber sido considerados aptos para poder entender el propósito del estudio; ser capaces de hablar español, inglés o francés y ser “inmigrante reciente” (menos de 3 años en España).

Respecto al grupo de los nacidos en España, los criterios de inclusión fueron la mayoría de edad y mostrar capacidad suficiente para comprender los procedimientos del estudio.

Se contactó inicialmente con 1806 inmigrantes y 1695 autóctonos; de los que, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, acabaron siendo reclutados para la muestra 1652 inmigrantes y 1686 autóctonos. Tras perder a un número de participantes que renunciaron a colaborar en el estudio (149 inmigrantes y 183 autóctonos), la muestra se cerró con 1503 individuos en cada uno de los dos grupos (ver figura 1).

Figura 1: Diagrama de Flujo del Estudio



Fuente: Elaboración propia

Además, la muestra de inmigrantes se desglosó según el origen geográfico sobre la base de autoinformes, de donde resultaron los siguientes subgrupos:

- 1) De origen latino (inmigrantes de habla hispana y portuguesa países de América)
- 2) Árabes (inmigrantes de países árabes en África y del continente asiático)
- 3) Subsaharianos (inmigrantes de países africanos no magrebíes)
- 4) Europeos del Este (inmigrantes de los países europeos bajo la influencia de la antigua Unión Soviética)
- 5) Asiáticos (personas de origen asiático de países no árabes).

Aspectos éticos:

Todos los pacientes dieron su consentimiento informado antes de su inclusión en el estudio y la investigación siguió las normas del Convenio de Helsinki y sus enmiendas posteriores, así como la Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría sobre estándares éticos para la práctica psiquiátrica. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de los Hospitales Universitarios Vall d'Hebron (Barcelona) y Miguel Servet (Zaragoza).

Variables:

Los datos sociodemográficos y los relacionados con la inmigración se recopilaron a partir de un cuestionario desarrollado específicamente para el estudio. Entre los datos sociodemográficos se incluyeron la edad, el sexo, la residencia en zona rural, el estado civil, el nivel de educación, la vivienda y el empleo. Los datos de inmigración incluyeron la duración de la residencia, las expectativas cumplidas tras la inmigración, el grado de discriminación étnica percibida, el idioma como barrera, el permiso de residencia, el permiso de trabajo, el tipo de contrato y el contacto con la familia. Los indicadores de consumo de alcohol y drogas se obtuvieron mediante la Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) (D V Sheehan et al., 1998), una breve entrevista psiquiátrica estructurada que proporciona información clave sobre los diagnósticos según criterios del DSM-IV y ICD-10. Es un instrumento que ha sido traducido y validado al español (Ferrando et al., 1998).

Las principales variables dependientes recogidas fueron: al menos una sesión de consumo excesivo de alcohol (*“3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en 3 o más ocasiones en los últimos 12 meses”*), abuso y dependencia del alcohol, al menos una sesión de consumo de drogas (*“Tomar alguna droga más de una vez para drogarse, sentirse mejor o cambiar el estado de ánimo en los últimos 12 meses”*), abuso y dependencia de drogas. Las entrevistas fueron realizadas por psicólogos y por médicos que habían sido previamente capacitados para aplicar la MINI y los demás instrumentos.

Análisis estadístico

Siempre que resultó posible, se dicotomizaron las variables sociodemográficas y de diagnóstico de abuso y dependencia cualitativas, y se analizaron las diferencias entre los grupos de inmigrantes mediante una prueba de chi-cuadrado.

Las variables bivariadas asociadas con el grupo étnico o el diagnóstico de abuso o dependencia, se incluyeron en regresiones logísticas multivariadas (utilizando la entrada de variables escalonadas) con el objetivo de obtener las *odds ratio* con las que identificar los posibles factores de riesgo para el uso, dependencia y abuso de alcohol y drogas. El grupo asiático se utilizó como grupo de comparación por etnia.

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS 22.0 y se utilizó un intervalo de confianza del 95% para todas las pruebas estadísticas.

En el apartado de “**RESULTADOS**” se seleccionan algunos resultados obtenidos de este estudio con los que alcanzar el primer y segundo objetivos secundarios de este trabajo de tesis (**RESULTADOS 1**).

4.2. “Estudio transcultural: prevalencia y factores de riesgo de consumo de sustancias objeto de abuso y dependencia en una población de adolescentes extranjeros no acompañados”

A continuación se presentan los puntos clave de la metodología del proyecto que, como segundo elemento de este estudio de casos, forma parte del trabajo de tesis doctoral.

Diseño

Es un estudio descriptivo, de corte transversal.

Muestra:

Los participantes fueron 100 menores inmigrantes no acompañados magrebíes de edades comprendidas entre 12 y 17 años y que se encontraban dentro del sistema de acogida de la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA) en Cataluña. La muestra total se recogió durante dieciocho meses consecutivos.

Los criterios de inclusión del estudio fueron:

1. Menor inmigrante no acompañado magrebí.
2. Edad comprendida entre 12 y 17 años.
3. Vivir en un centro de acogida de Cataluña.

Los criterios de exclusión del estudio fueron:

1. Situación médica que no le permita realizar la evaluación.
2. Falta de colaboración e interés.

Aspectos éticos:

Todos los participantes en el estudio dieron su consentimiento informado antes de su inclusión en el mismo, asegurándose que recibían toda la información de una manera comprensible y, cuando fue preciso, en su idioma materno. La investigación siguió las normas del Convenio de Helsinki y sus enmiendas posteriores, así como la Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría sobre estándares éticos para la práctica psiquiátrica. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitarios Vall d'Hebron (Barcelona).

Variables:

Las distintas variables seleccionadas para estudio se recogieron a través de una entrevista semiestructurada en forma de “Cuaderno de recogida de datos” (CRD), de la aplicación de escalas psicométricas con los educadores y el propio menor, y finalmente la toma de una muestra de cabello.

La entrevista semiestructurada incluyó, además de todos los datos clínicos propios de la anamnesis psiquiátrica, algunas variables sociodemográficas y actitudinales del menor inmigrante no acompañado elaborado ad hoc:

- lugar de procedencia
- método migratorio
- tiempo en país receptor
- nivel idiomático
- situación educativa
- religiosidad
- distocia familiar
- consumo de sustancias pre y post-migratorio

- situación legal, permiso residencia y/o trabajo
- red familiar y social
- tipo de relaciones en el centro de acogida
- experiencia de malos tratos o violencia
- tipo de experiencia migratoria
- disponibilidad de sustancias psicotrópicas y la percepción de riesgo

Las escalas clínicas y de cribado que se incluyeron fueron las siguientes:

- MINI “Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (MINI KID) para la evaluación de diagnóstico psiquiátrico en niños y adolescentes” (D. Sheehan, D. Shytel y K. Milo, 1998).
- “Escala clínica revisada de Conners para la evaluación de TDAH” (CRS-R) (C.K. Conners, 1989).
- “Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) para la evaluación de la personalidad y síndromes clínicos” (Millon, 1993).
- “Child Behavior Checklist” (CBCL) para despistaje patología psiquiátrica en la infancia-adolescencia (Achenbach 1991)
- “The Child and Youth Resilience Measure” (CYRM) - 28
- “The Barcelona Immigration Stress Scale” (BISS)

La muestra se recogió en centros pertenecientes al sistema de acogida de la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA) en Cataluña; en concreto dos centros de acogida y dos centros residenciales de acción educativa (CRAE) dependientes del Consorci de Serveis Socials de Barcelona. La evaluación se llevó a cabo por un psicólogo de origen marroquí capaz de pasar las entrevistas en los idiomas maternos de los chicos.

Tras la recogida completa de datos del CRD se procedió, siempre que resultó posible, a cortar un mechón de cabello a los participantes. El análisis del cabello

se realizó con técnicas de radioinmunoensayo (RIA) para alcohol, cocaína, cannabis, opiáceos, metanfetamina, MDMA, MDEA y fenciclidina (PCP) en colaboración con el Grup de Recerca Clínica en Farmacologia Humana i Neurociències. Programa de Recerca en Neuropsicofarmacologia IMIM-Hospital del Mar. Con este análisis se pudo valorar el grado de concordancia con los datos obtenidos en las entrevistas diagnósticas y así identificar predictores de uso de drogas ilícitas y alcohol.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 18.0. El análisis de los datos contemplado en este estudio se centró en dos grandes bloques:

1. la prevalencia del consumo de sustancias objeto de abuso y dependencia en una muestra de jóvenes inmigrantes no acompañados de origen magrebí con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años.
2. la detección de los factores de riesgo y protección de consumo y policonsumo de las sustancias objeto de abuso y dependencia.

Los análisis iniciales para determinar la posible relación entre las variables clínicas, y/o respecto a las variables socio demográficas y actitudinales, se llevaron a cabo mediante análisis bivariantes, ya fuera mediante pruebas de Chi cuadrado para las variables cualitativas, o mediante comparaciones de medias en aquellos casos en los que una de las variables de interés era dicotómica y la otra cuantitativa. Con el objetivo de ajustar aquellas variables que covariaron, se realizaron regresiones múltiples o regresiones logísticas en función de la naturaleza de las variables dependientes.

En el apartado de “**RESULTADOS**” se seleccionan algunos resultados obtenidos de este estudio con los que alcanzar el tercer y cuarto objetivos secundarios de este trabajo de tesis (**RESULTADOS 2**).

5. RESULTADOS

A continuación, se seleccionan algunos resultados obtenidos del estudio ***“Prevalencia y factores de riesgo de patología psiquiátrica en pacientes inmigrantes de atención primaria en relación con población autóctona”*** con los que tratar de alcanzar el primer y segundo objetivos secundarios.

5.1. RESULTADOS 1

5.1.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO:

5.1.1.1. Género y origen geográfico

La muestra de este primer estudio se compuso de inmigrantes que se categorizaron, según su área geográfica de procedencia, en cinco grandes grupos: latinos, árabes, subsaharianos, europeos del este y asiáticos. A su vez, dentro de cada uno de estos grupos se encontraba la siguiente variedad de nacionalidades:

- Latinos: 22,5% ecuatorianos, 13,2% dominicanos, 12,7% bolivianos, 12,4% peruanos y 11,4% colombianos.
- Árabes: 78,8% marroquíes y 16,5% argelinos.
- Subsaharianos: 41,9% senegaleses, 10,7% de Guinea Ecuatorial.
- Europa del Este: 84% rumanos
- Asiáticos: 44,8% pakistaníes, 21,2% filipinos, 17,5% chinos

La mayoría de los participantes (61,3%) fueron mujeres.

Tabla 11: Distribución de la muestra por género y origen geográfico (N=3006)

Grupo Geográfico	Hombre		Mujer		Total	
	N	% (de grupo)	N	% (de grupo)	N	% (de total)
Autóctonos	581	38,7	922	61,3	1.503	50
Inmigrantes	581	38,7	922	61,3	1.503	50
Latinos	136	22,1	478	77,9	614	20,4
Árabes	122	51,7	114	48,3	236	7,8
Sub-saharianos	135	57,7	99	42,3	234	7,8
Europeos del Este	57	27,5	150	72,5	207	6,9
Asiáticos	132	62	81	38	213	7,1

Fuente: Elaboración propia a partir de (Adil Qureshi et al)

5.1.1.2. Características sociodemográficas por grupos de inmigrantes

En cuanto a las diferencias sociodemográficas encontradas entre los distintos grupos de inmigrantes, son las que se recogen en la Tabla 12. Al respecto se encontró que todas las variables se distribuían de manera desigual en los diferentes grupos étnicos, salvo la discriminación étnica percibida que, aunque se encontró que era diferente entre los grupos étnicos, no alcanzó significación estadística.

Tabla 12: Características sociodemográficas de la muestra por grupo étnico (excluidos los pacientes sin información del uso de sustancias)

Características Socio-demográficas	Marroquí		Europeo del Este		Sub-Sahariano		Latino		Asiático		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Edad	31,52	8.545	29,16	7.896	31,57	8.688	34,13	1.239	33,05	9.354	13.034	<,0001
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	χ ²	p
Sexo (% femenino)	114	48,5	150	72,5	98	42,2	477	77,8	81	38,2	18,848	<,0001
Viven en área rural (%) **	7	3,0	23	11,1	0	0,0	4	0,7	0	0,0	91,079	<,0001
Estado Civil (% con pareja)	131	57,2	117	57,1	139	6,4	290	47,5	138	67,0	29,235	<,0001
Educación (% al menos secundaria)	142	62,0	144	69,9	114	49,8	476	77,9	145	69,4	67,254	<,0001
Vivienda (% propietarios / inquilinos)	158	68,1	110	53,1	127	55,5	376	61,8	142	67,3	16,916	,002
Empleo (% activos)	148	63,8	157	75,8	139	6,4	467	76,2	168	79,2	35,505	<,0001
Características Inmigración	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
Tiempo en España (meses)	55,49	53,2	25,33	23,2	5,82	51,4	35,3	38.934,0	68,65	57.856,0	35.694	<,0001
Expectativas con la inmigración cumplidas***	3,37	1,1	2,85	1,1	3,35	1,3	2,92	1.097,0	2,66	1.073,0	17.932	<,0001
Discriminación étnica percibida ***	3,86	1.310,0	4,18	1.235,0	4,07	1.235,0	4,01	1.225,0	4,1	1.074,0	2.181	,069
El lenguaje como una barrera ***	3,37	1.414,0	3,82	1.117,0	3,74	1.321,0	4,68	0,8	3,38	1.343,0	93.030	<,0001
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	χ ²	p
Permiso de Residencia	192	84,2	112	54,6	162	71,1	418	68,9	183	89,7	83.034	<,0001
Permiso de trabajo ****	149	67,4	106	51,7	135	59,7	349	58,3	165	81,3	48.114	<,0001
Contrato de trabajo	99	53,2	91	58,3	93	51,7	278	53,2	129	66,2	12.091	<,0001
Contacto con su familia												
Semanal	174	75,0	175	84,5	161	70,0	475	78,0	153	73,2	73.526	<,0001
Mensual	28	12,1	12	5,8	38	16,5	84	13,8	23	11,0		
Menos que mensual	27	11,6	13	6,3	28	12,2	46	7,6	14	6,7		

* Medido en salario mínimo español, sólo dentro de los ocupados que dieron información (n=1.854, 796 inmigrantes, 1.058 nativos). ** Menos de 10.000 habitantes, *** En una escala de Likert de 1 a 5, **** Para tener un permiso de trabajo es necesario tener un permiso de residencia, sólo en casos especiales se permite tener permiso de trabajo sin residencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de cálculos obtenidos por SPSS v. 22.

5.1.2. TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS:

5.1.2.1. Síntomas uso, abuso y dependencia de drogas entre los diferentes grupos de inmigrantes.

La Tabla 13 muestra el uso, abuso y dependencia de sustancias para cada uno de los grupos étnicos. Al respecto, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según los resultados de la entrevista psiquiátrica MINI para el episodio de consumo excesivo de alcohol y dependencia del alcohol. También se detectaron diferencias en los síntomas, incluida una mayor tasa de “beber más para obtener el mismo efecto” para el grupo marroquí ($\chi^2=14.119$, $p=0.007$).

Tabla 13: Uso de drogas, abuso, dependencia y síntomas (MINI) en grupos étnicos de inmigrantes comparados con la población autóctona

	Marroquí		Europeo del Este		Sub-Sahariano		Latino		Asiático		χ ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en 3 o más ocasiones (últimos 12 meses)	22	9,4	30	14,5	19	8,2	96	15,7	33	15,6	12,54	.014
Beber más para conseguir el mismo efecto	10	47,6	6	20,0	3	16,7	15	15,8	3	9,1	14,11	.007
Síntomas de abstinencia	2	9,1	2	6,7	0	0,0	6	6,3	3	9,1	14,11	.764
Beber más de lo previsto al empezar	11	50,0	8	26,7	4	22,2	40	42,6	7	21,2	9,41	.52
Reducir o dejar de beber alcohol sin conseguirlo	6	27,3	2	6,7	1	5,6	15	16,0	3	9,1	6,69	.153
Tiempo para obtener alcohol, beber o recuperarse	3	13,6	1	3,3	1	5,6	17	18,3	1	3,0	9,05	.060
Menos tiempo de trabajo, pasatiempos o de estar con los demás	2	9,1	1	3,3	0	0,0	5	5,4	2	6,1	1.962,00	.743
Continuó bebiendo a pesar de los problemas	7	31,8	5	16,7	1	5,6	30	32,3	6	18,2	8.717,00	.069
Dependencia del alcohol actual (últimos 12 meses)	9	3,8	3	1,4	1	0,4	23	3,8	3	1,4	11,14	.25
Intoxicado, drogado o con resaca más de una vez	0	0,0	1	3,7	3	17,6	4	5,9	0	0,0	7.944,00	.094
Más de una vez en cualquier situación de riesgo físico	1	7,7	2	7,4	1	5,9	2	3,0	1	3,3	1.354,00	.852
Problemas legales más de una vez a causa de la bebida	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	3,3	3.463,00	.483
Sigue bebiendo pese a tener problemas con la familia u otras personas	1	7,7	1	3,7	0	0,0	2	3,0	0	0,0	2.758,00	.599
Abuso de alcohol, actual (últimos 12 meses)	3	1,3	4	1,9	4	1,7	25	4,1	3	1,4	9,285	.54
Tomar cualquier droga más de una vez para embriagarse, sentirse mejor o cambiar el estado de ánimo (últimos 12 meses)	10	4,3	6	2,9	2	0,9	20	3,3	7	3,3	5,139	.273
Necesidad de consumir más	2	20,0	2	33,3	0	0,0	6	30,0	3	42,9	1.932,00	.748
Síntomas de abstinencia	3	30,0	2	33,3	1	50,0	4	20,0	1	14,3	1.736,00	.784
Consumir más de lo pensado	4	40,0	1	16,7	0	0,0	5	25,0	2	28,6	1.985,00	.739
Intentó reducir o dejar de consumir pero no lo consiguió	1	10,0	2	33,3	2	100,0	5	25,0	0	0,0	1.382,00	.034
Pasa mucho tiempo obteniendo, consumiendo o recuperándose	2	20,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	4.018,00	.404
Menos tiempo trabajando, disfrutando de aficiones o estando con los demás	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1.439,00	.837
Continuó consumiendo a pesar de los problemas	2	20,0	2	33,3	2	50,0	6	30,0	3	42,9	1.385,00	.847
Dependencia no alcohólica actual (últimos 12 meses)	1	0,4	1	0,5	0	0,0	4	0,7	2	1,0	2,160	.706
Intoxicado, drogado o con resaca más de una vez	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	1,35	.861
Más de una vez en cualquier situación de riesgo	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3.348,00	.501
Problemas legales más de una vez por el consumo de drogas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.0
Continua consumiendo incluso con problemas con la familia u otras personas	0	0	0	0	0	0	1	6,7	0	0	1,35	.861
Abuso de alcohol, actual (últimos 12 meses)	1	0,4	0	0,0	0	0,0	4	0,7	1	0,5	2,778	.596

*Los porcentajes de las variables en negrita (consumo y diagnósticos) se toman de la muestra de cada grupo étnico, el resto (síntomas) se hace con la muestra de usuarios de cada grupo étnico.

Fuente: Elaboración propia a partir de cálculos obtenidos por SPSS v. 22.

5.1.2.2. Predictores de uso, abuso y dependencia de alcohol y drogas entre los diferentes grupos de inmigrantes.

La Tabla 14 incluye diferentes modelos ajustados de variables relevantes al trastorno por uso de sustancias (TUS) en todos los grupos étnicos. Inicialmente se realizaron pruebas bivariadas y se encontraron tasas estadísticamente significativas ($p < .05$) más altas para: sexo masculino (uso de alcohol, dependencia, abuso; uso de drogas), ser soltero (uso de alcohol, abuso; uso de drogas), vivienda inestable (consumo de drogas), trabajo / estudio inactivo (consumo de drogas), falta de contrato laboral (consumo de alcohol, consumo de drogas), falta de permiso de residencia (consumo de alcohol), familia que no vive en España (consumo de alcohol, consumo de drogas), menos tiempo en España (consumo, dependencia y abuso de alcohol), menos contacto con el país de origen (consumo, dependencia y abuso de alcohol; consumo de drogas). No se pudo realizar el análisis estadístico para el modelo ajustado de uso y dependencia de drogas por el tamaño insuficiente de la muestra.

Posteriormente se emplearon regresiones logísticas escalonadas que mostraron tasas estadísticamente significativas más altas para el sexo masculino, menor edad, menor frecuencia de contacto familiar y etnia (con mayor prevalencia para latinos y menor para subsaharianos) para episodios de consumo excesivo de alcohol. En cuanto a la dependencia, se identificaron como predictores la pertenencia a ciertos grupos étnicos (con mayor prevalencia para los latinos), el sexo masculino y las expectativas de inmigración no cumplidas; y respecto al abuso de alcohol, también la pertenencia a ciertos grupos étnicos (con mayor prevalencia para latinos) y el sexo masculino. En el caso del consumo de drogas, se encontró que solo el sexo masculino era estadísticamente significativo como predictivo.

Tabla 14: Modelos ajustados* para el uso, abuso y dependencia de alcohol y drogas (MINI) por grupo étnico de inmigrantes.

	Alcohol		Droga*	
	Uso	Dependencia	Abuso	Uso
Edad	OR=0,979, 95%CI=0,958-1,000 p<0,05			
Sexo (Femenino)	OR=0,151, 95%CI=0,099-0,231 p<0,0001	OR=0,040, 95%CI=0,011-0,143 p<0,0001	OR=0,082, 95%CI=0,029-0,231 p<0,0001	OR=0,309, 95%CI=0,152-0,628 p<0,001
Frecuencia de contacto con el país de origen (inferior)	OR=1,337, 95%CI=1,052-1,699 p<0,001			
Expectativas no cumplidas		OR=1,529, 95%CI=1,020-2,293 p<0,05		
Etnicidad **				
Sub-sahariano	OR=0,297, 95%CI=0,132-0,669 p<0,0005			
Latino	OR=2,276, 95%CI=1,313-3,946 p<0,0005	OR=15,742, 95%CI=2,001-123,815 p<0,01	OR=15,742, 95%CI=2,001-121,731 p<0,01	
Marroquí	p<0,0001		p<0,05	

*Los modelos para uso y dependencia de drogas no pudieron llevarse a cabo por el tamaño insuficiente de la muestra.

**Los asiáticos se tomaron como grupo de comparación

Fuente: Elaboración propia a partir de cálculos obtenidos por SPSS v. 22

5.2. RESULTADOS 2

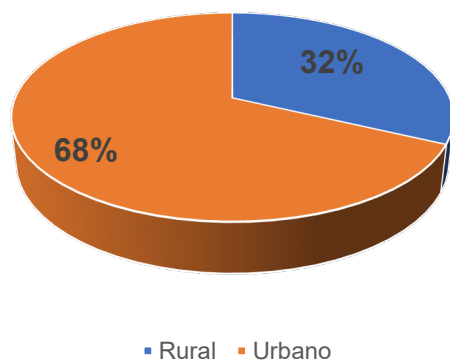
A continuación, se seleccionan algunos resultados obtenidos del **“Estudio transcultural: prevalencia y factores de riesgo de consumo de sustancias objeto de abuso y dependencia en una población de adolescentes extranjeros no acompañados”** con los que tratar de alcanzar el tercer y cuarto objetivos secundarios.

5.2.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO:

5.2.1.1. Región de origen

Entre los datos sociodemográficos más significativos a efectos de esta tesis, cabe destacar las diferencias en la región de origen, apareciendo dos grandes subgrupos: el de los menores procedentes de regiones urbanas, especialmente Tánger, con el *dariya* (árabe marroquí) como lengua materna, y el de los chicos procedentes de regiones rurales, de tradición bereber y con el *amazigh* como lengua materna y un mejor conocimiento del catalán/castellano.

Figura 2: Región de procedencia de los menores: Rural o Urbano

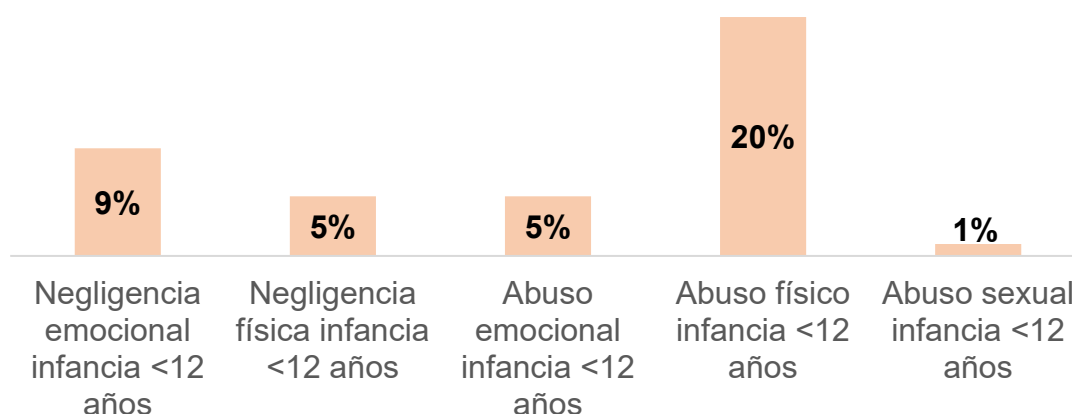


Fuente: Elaboración propia

5.2.1.2. Presencia de antecedentes familiares y abusos físicos en la infancia y la adolescencia.

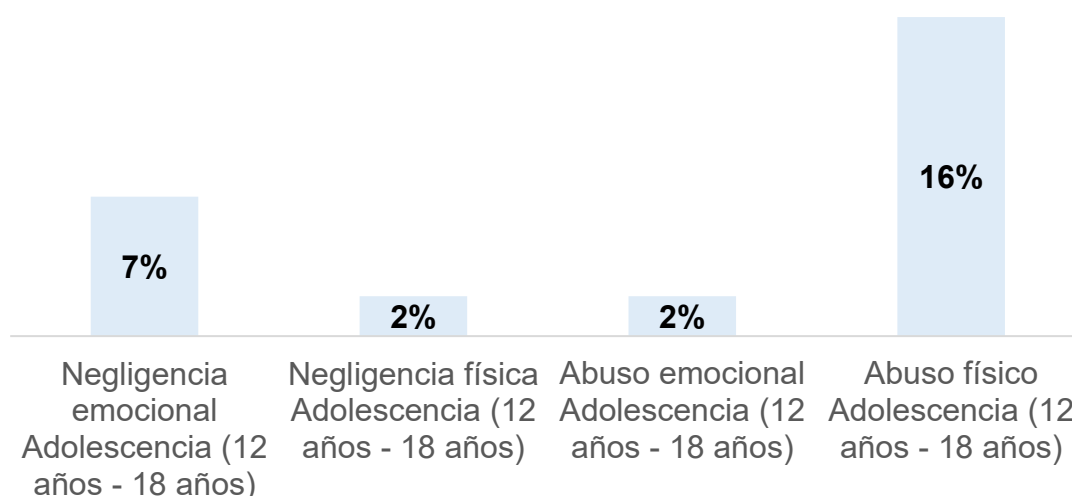
Otros datos sociodemográficos relevantes fueron la presencia de trastornos mentales en la familia de origen (23%), o de abusos físicos en la infancia (20%) o del 16% en la adolescencia.

Figura 3: Antecedentes de abusos y negligencias en la Infancia:



Fuente: Elaboración propia

Figura 4: Antecedentes de abusos y negligencias en la Adolescencia:



Fuente: Elaboración propia

Se puede decir que los 100 chicos que participaron en el estudio presentaban un perfil sociodemográfico aparentemente similar: edad parecida (media de 16,3 años), procedentes de familias numerosas, muy por encima de la media de Marruecos, y con ingresos económicos muy bajos. Todos ellos realizaron una migración ilegal y escasamente planificada, y presentaban una baja competencia lingüística (castellano/catalán) escasa en el momento de su llegada a Cataluña.

5.2.1.3. Perfil psicopatológico:

En cuanto a las entrevistas psicopatológicas, lo más destacable es el elevado porcentaje (28%) de menores que puntúan en la escala Conners por encima del punto de corte para posible TDAH; mientras que en la MINI KID, el porcentaje de positivos a alguno de los trastornos por uso de sustancias (13%) de aproxima al de positivos detectados en la muestra de cabello (15,25%). Respecto a la CBCL, se prestó especial atención a las subescalas que correlacionan bien con el TDHA, la impulsividad o los Trastornos de Conducta y Externalizantes (por ser los más esperados hipotéticamente). Tanto la subescala de la CBCL de “inatención” (21 positivos) como la de “conductas agresivas” (21 positivos) puntuaron significativamente por encima del punto de corte. La subescala de “conductas delictivas” no resultó significativa. No se hace mención en estas conclusiones al resto de valores de la escala de la CBCL, tanto por no ser dimensiones representativas del objeto del estudio, como por el hecho de que todas las otras subescalas no ofrecieron valores por encima de los puntos de corte. Entre los resultados del Millon (MACI), cabe mencionar que el 40% de los chicos puntuó por encima del punto de corte para la dimensión “Propensión a la impulsividad”, mientras que ninguno de los menores evaluados puntuó por encima del punto de corte en la sub-escala de predisposición a la delincuencia de la MACI.

5.2.1.4. Consumo de sustancias:

Respecto a los consumos, se recogió la edad de inicio, sustancias más consumidas, patrón de consumo, inicio del consumo pre-postmigración, antecedentes familiares de consumo, o cambios en el consumo pre-postmigración.

Un 65,6% de los menores procedentes de las **regiones rurales y etnia Amazigh** afirmó no consumir ninguna sustancia; el 25% verbalizó consumir una sustancia y el 9,40% refiere realizar un poli consumo de sustancias.

Tabla 15: Consumo sustancias y origen rural/Amazigh

Nº Sustancias consumidas	Porcentaje
NO consumo / Consumo	NO Consumo 65,60% / Consumo 34.4%
1	25%
3	6,30%
4	3,10% Total de chicos con Policonsumo: 9.4%

Fuente: Elaboración propia

Mientras que en los menores de las **zonas urbanas** un 39,40% de los menores refiere no realizar ningún consumo, mientras que el 22,70% refiere consumir al menos una sustancia, y el 37,9% restante afirman realizar un policonsumo de sustancias.

Tabla 16: Consumo sustancias y origen urbano/Dariya

Nº Sustancias consumidas	Porcentaje
NO consumo / Consumo	NO Consumo 39,40% / Consumo 60.6%
1	23%
2	28,80%
3	7,60%
6	1,50% Total de chicos con Policonsumo: 37.9%

Fuente: Elaboración propia

5.2.1.5. Correlaciones entre las variables sociodemográficas, psicopatológicas y el consumo de sustancias (posibles factores de riesgo/protectores)

Con la aplicación del paquete estadístico SPSS 18.0 se procedió al análisis de los datos, encontrando algunos hallazgos significativos, y relevantes a efectos de este trabajo de tesis, con el empleo de tablas de contingencia.

5.2.1.5.1. Región de procedencia de los menores y riesgo de consumo de sustancias.

Respecto a la región de procedencia, existe una correlación entre este dato y el hecho de haber presentado consumos previos a la migración. Los menores procedentes de las regiones urbanas refieren mayor consumo que los procedentes de las regiones rurales del interior. La diferencia entre estos menores es estadísticamente significativa ya desde la fase de pre-migración (el valor estadístico a través de la tabla de contingencia es de $p=0,034$). El mismo hallazgo se repite al analizar la región de origen y el consumo post-migratorio, ($p= 0,023$). Por tanto, sería un indicador de riesgo para potenciales consumos en este colectivo el proceder de zonas urbanas, principalmente Tánger. Mientras que ser originario de zonas rurales (en el caso de esta muestra, procedencia *Amazigh*), aparece como posible factor protector ante consumos. Los mismos hallazgos se replican cuando se desglosa por sustancias, manteniéndose la misma correlación.

5.2.1.5.2. Antecedentes de abusos físicos.

En cuanto al hecho de haber sido víctima de abusos físicos en la adolescencia y el ulterior consumo de drogas, los resultados han sido significativos mostrando que la cantidad de consumo de cannabis y disolventes se correlaciona con haber sufrido algún tipo de abuso físico en adolescencia ($p=0,053$ cánnabis y $p=0,032$ disolventes). En el subgrupo de menores que han sufrido abuso físico en adolescencia se observa que las cantidades de consumo son más altas, y estadísticamente significativas, respecto a los que no los sufrieron.

5.2.1.5.3. Antecedentes de consumo en el país de origen con consumo en el país de acogida.

Aunque esperada, también resultó significativa la diferencia entre los chicos que ya consumían drogas en Marruecos y los que no, respecto a los consumos post-migración. Se obtuvieron valores estadísticamente significativos al cruzar la variable *si ha consumido alguna droga antes de venir a España y si ahora que está en territorio español ha consumido alguna droga* (pre migración y post migración). Se obtiene una correlación con alto valor significativo (*Chi-cuadrado de Pearson* es de $p 0,00$).

5.2.1.5.4. Antecedentes familiares de trastornos mentales o por consumo de sustancias y sus correlatos.

El correlato entre los antecedentes familiares psiquiátricos o por consumo de sustancias, y el consumo de sustancias por parte de los menores del estudio, resultó estadísticamente significativo, mostrándose esta variable sociodemográfica como un potente indicador de riesgo de consumos en esta

población. Los resultados obtenidos muestran una gran diferencia estadísticamente significativa ($p=0,014$) indicando que los menores que afirman tener antecedentes de trastornos mentales en la familia son más propensos al consumo de algunas drogas. En concreto, se observó que los menores que afirmaron tener antecedentes de enfermedad mental en familia referían haber consumido al menos una vez colas y adhesivos. Los menores que responden haber consumido esta droga en país de origen tienen más probabilidad de tener antecedentes de enfermedad mental en familia ($p=0,051$).

En cuanto a la correlación entre tener antecedentes familiares de trastornos mentales y la región de procedencia, se encontró que los menores procedentes de las regiones urbanas del norte tenían un número muy elevado de antecedentes de enfermedad mental en familia extensa en contraposición a los menores procedentes de las regiones rurales del sur e interior; con unos valores de significación estadística con chi-cuadrado de $p=0,005$.

5.2.1.5.5. Antecedentes de trastorno mental en la familia y escalas psicométricas de cribado en los chicos.

La presencia de antecedentes familiares psiquiátricos o por uso de sustancias también correlaciona significativamente con la presencia de psicopatología entre los jóvenes del estudio; en concreto para los siguientes ítems la prueba de ANOVA de un solo factor ofreció los siguientes datos:

Puntuación total en TDAH de un valor de $p=0,037$, Índice de TDAH en un valor p de $0,032$, puntuación total en la subescala de la CBCL de “conductas Delictivas” de $p=0,002$, puntuación total en la subescala CBCL “Inatención” de una $p=0,002$ y puntuación de la subescala MACI en “inclinación al abuso de sustancias” de una $p=0,018$.

Tabla 17: ANTECEDENTES ENFERMEDAD MENTAL EN FAMILIA Y ESCALAS PSICOMÉTRICAS DE CRIBADO

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
PT_INDICE_TDAH_	Inter-grupos	277,233	1	277,233	4,468	0,037
	Intra-grupos	6080,957	98	62,051		
	Total	6358,19	99			
INDICE_TDAH	Inter-grupos	167,962	1	167,962	4,725	0,032
	Intra-grupos	3483,998	98	35,551		
	Total	3651,96	99			
PT_CBCL_Conducta_ Delictiva	Inter-grupos	102,038	1	102,038	10,646	0,002
	Intra-grupos	939,272	98	9,584		
	Total	1041,31	99			
PT_CBCL_Inatencion	Inter-grupos	102,038	1	102,038	10,646	0,002
	Intra-grupos	939,272	98	9,584		
	Total	1041,31	99			
MACI Inclinación _Abuso_ Sustancias	Inter-grupos	1407,554	1	1407,554	5,835	0,018
	Intra-grupos	19538,109	81	241,211		
	Total	20945,663	82			
PT_CBCL_Inatencion	Inter-grupos	102,038	1	102,038	10,646	0,002
	Intra-grupos	939,272	98	9,584		
	Total	1041,31	99			

Fuente: Elaboración propia a partir de cálculos obtenidos por SPSS v 18.

5.2.1.5.6. Variables psicométricas y psicopatología

Correlacionando las variables psicométricas y el patrón de consumo, también aparecen asociaciones significativas. Por ejemplo, existe una relación entre la precocidad del consumo de drogas y el índice de TDAH. Las correlaciones halladas con la Escala Conners de cribado para el TDAH demuestran que hay una relación entre la edad del primer consumo de las drogas más consumidas y la puntuación total para Índice Global TDAH de la escala. Algunos de los resultados de estas correlaciones son excepcionalmente significativos alcanzando valores de 1.

Otra dimensión que se decidió explorar es la relación entre los abusos físicos en adolescencia y las puntuaciones obtenidas en las distintas sub-escalas de la Conners. Los resultados obtenidos ofrecen valores significativos en las tres dimensiones de la escala en relación con los adolescentes que han sufrido o no abuso físico, siendo los menores que afirman haber sufrido abuso físico en la adolescencia los que obtienen puntuaciones más altas y estadísticamente significativas.

Tabla 18: ANOVA de Antecedentes de Abuso físico en Adolescencia y subescalas de test de cribado Conners

ANOVA		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
OPOSICIONISMO	Inter-grupos	39,296	1	39,296	4,157	0,044
	Intra-grupos	916,886	97	9,452		
	Total	956,182	98			
INATENCIÓN	Inter-grupos	72,006	1	72,006	7,022	0,009
	Intra-grupos	994,721	97	10,255		
	Total	1066,727	98			
HIPERACTIVIDAD	Inter-grupos	26,847	1	26,847	4,043	0,047
	Intra-grupos	644,143	97	6,641		
	Total	670,99	98			

Fuente: Elaboración propia a partir de cálculos obtenidos por SPSS v 18.

El análisis de los datos de las subescalas de la CBCL con mayor correlato clínico con el TDAH y Trastornos de Conducta (Trastornos Externalizantes), como son las subescalas de inatención, conducta delictiva y conducta agresiva, muestra diferencias estadísticamente significativas según la región de procedencia de los chicos. Los menores procedentes de las regiones rurales obtienen puntuaciones inferiores y estadísticamente significativas respecto a los menores que proceden de regiones urbanas. Además, la subescala de “conducta agresiva” correlaciona positivamente con el hecho de haber iniciado los consumos en el país de origen.

Tabla 19: Subsescalas de la CBCL y su grado de significación comparando menores procedentes de las zonas rurales y menores procedentes de las zonas urbanas.

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
PT_CBCL_Inatención	Inter-grupos	53,626	1	53,626	5,321	0,023
	Intra-grupos	987,684	98	10,078		
	Total	1041,31	99			
PT_CBCL_Conducta _Delectiva	Inter-grupos	53,626	1	53,626	5,321	0,023
	Intra-grupos	987,684	98	10,078		
	Total	1041,31	99			
PT_CBCL_Conducta _Agresiva	Inter-grupos	232,186	1	232,186	4,136	0,045
	Intra-grupos	5501,204	98	56,135		
	Total	5733,39	99			

Fuente: Elaboración propia a partir de cálculos obtenidos por SPSS v 18.

Si se desea ampliar la información sobre el **“Estudio transcultural: prevalencia y factores de riesgo de consumo de sustancias objeto de abuso y dependencia en una población de adolescentes extranjeros no acompañados”**, se aconseja la lectura de la memoria completa en el siguiente enlace:

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/investigacion/proyectos/investigador/pdf/2011I073_Francisco_Collazos.pdf

6. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo de tesis era determinar si estaba justificada la adaptación sociocultural de las intervenciones en salud mental y adicciones basadas en evidencias; un área de conocimiento poco desarrollada en nuestro medio. Las características de este objetivo principal condicionaron que este trabajo de tesis NO pudiera realizarse recurriendo a un solo proyecto, con una única metodología y diseñado para poner a prueba ciertas hipótesis relacionadas con unos objetivos concretos diferentes de los objetivos e hipótesis de esta tesis, sino que se tuviera que recurrir a una metodología de estudio de casos que permitiera la conjunción de estudios que, cada uno con sus respectivas aportaciones individuales, acabaran sumando un todo congruente con los objetivos de la tesis.

En este sentido el marco teórico generado por esta metodología del estudio de casos, y que en esta tesis ha incluido de inicio a dos estudios desarrollados a tal efecto, ha permitido demostrar las hipótesis secundarias planteadas ante el problema detectado: existen diferencias –en la prevalencia y en los factores socioculturales que pueden actuar como factor protector o de riesgo en el eventual desarrollo de trastornos mentales y/o por uso de sustancias– tanto entre los diferentes grupos de inmigrantes como entre los miembros de un mismo grupo.

Las dos primeras hipótesis secundarias quedan demostradas con los resultados extraídos del primero de los estudios, en cuanto se confirma que los estudios epidemiológicos que incorporan como criterio de inclusión en la muestra el hecho de “ser inmigrante” pierden validez una vez que se demuestran las diferencias que pueden aparecer entre los diferentes subgrupos en que se puede dividir ese colectivo tan heterogéneo. La conocida falta de congruencia de los estudios epidemiológicos que analizan la prevalencia de trastornos mentales o por uso de sustancias entre población “inmigrante”, bien podría deberse a este error

metodológico tan básico y que, sin duda, justificaría por sí solo la adaptación sociocultural de las muestras de estudio. El propio equipo del Programa de Psiquiatría Transcultural del Hospital Vall d'Hebron que coordina el doctorando, y gracias a resultados de este mismo proyecto financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS: PI040554), había podido demostrar con anterioridad las diferencias tanto en la prevalencia de trastornos mentales (Adil Qureshi et al., 2013), como por uso de sustancias (Adil Qureshi et al., 2014) entre la población “autóctona” y la “inmigrada. En esta línea de investigación ahora se evidencia, con los resultados presentados en este trabajo de tesis, que estas diferencias van más allá de esos dos grandes grupos, los “autóctonos” y los “inmigrantes”, ya que, dentro de este segundo, hay singularidades socioculturales que, por poder actuar como factores de riesgo o de protección en el eventual desarrollo de trastornos por uso de sustancias, requieren una adaptación especial según los subgrupos.

Una vez establecidas las diferencias que se pueden encontrar entre los miembros de diferentes grupos de inmigrantes de nuestro medio, y que han servido para demostrar las dos primeras hipótesis secundarias de este trabajo de tesis, se hace pertinente estudiar si estas mismas diferencias podrían encontrarse también entre los miembros de un mismo grupo. Con este propósito se recurrió a un segundo proyecto, en esta ocasión financiado por el Plan Nacional sobre Drogas en su convocatoria de 2011 (PND 2011/0079).

Los resultados del segundo estudio resaltan la necesidad de tener en cuenta que, incluso cuando la muestra ha incorporado aparentemente a un grupo muy homogéneo de individuos, como es en este caso el de los menores marroquíes, en el que numerosas variables sociodemográficas (edad, género, nacionalidad, tipo de inmigración, estructura familiar de origen...) son muy similares y, por tanto, el posible efecto de confusión de éstas quedaría minimizado, ofreciendo mayor robustez a sus conclusiones, esto no siempre es así por las diferencias socioculturales que se pueden encontrar entre miembros de un mismo grupo. El estudio demuestra que, tras la aparente homogeneidad de estos menores, se esconde en realidad una significativa diferencia en aspectos socio-culturales que

actúan como predictores válidos de psicopatología y/o consumo de sustancias, como, por ejemplo, el hecho de proceder de zonas urbanas respecto a los que lo hacen de un entorno rural, o los que han sido víctimas de negligencia o víctima de abuso físico en la adolescencia, o los que tienen antecedentes familiares de trastornos mentales o por uso de sustancias.

Los estudios epidemiológicos, por tanto, deberían tener en cuenta que agrupar a los componentes de una muestra exclusivamente en función de su “grupo étnico”, o “nacionalidad” puede generar una pérdida de validez, tanto interna como externa, y restar efectividad a las intervenciones que se vayan a implantar en la práctica clínica real, objetivo éste que no deberían nunca ignorar los investigadores. Demostrada esta variabilidad “intragrupo”, es preciso discutir acerca de la pertinencia de adaptar la metodología de los estudios, o la implementación de las intervenciones basadas en las evidencias que de estos estudios se desprenden, a los aspectos socioculturales de la muestra para evitar restar efectividad a los resultados.

La adaptación sociocultural emerge como un elemento que, a priori, parece muy necesario pero del que no está tan claro cuándo sería necesaria dicha adaptación, qué es lo que se debería adaptar sin renunciar a la validez de la intervención o si, en el caso de querer realizar una adaptación cultural de los tratamientos basados en evidencias, quién y cómo debería llevarse a cabo (Cabassa & Baumann, 2013).

En el contexto estadounidense parece, por ejemplo, que las modificaciones más beneficiosas tienen que ver con los objetivos terapéuticos, los modelos explicativos de los propios pacientes (“explanatory models”) o el uso de metáforas y símbolos que sean reconocidos por los usuarios. Además, parece que la adaptación cultural beneficia más a ciertos grupos como el de los latinos escasamente aculturados, los pacientes que no hablan inglés, los más mayores o cuando los tratamientos son aplicados a grupos étnicos homogéneos (Griner & Smith, 2006).

Ante la ausencia de estudios en nuestro medio que hayan profundizado en la necesidad de adaptar los aspectos socioculturales obtenidos de la evidencia investigadora, el doctorando ha recurrido a su propia experiencia investigadora para ampliar la discusión sobre los posibles aspectos que podrían ser tributarios de adaptación socio-cultural con el objetivo final de facilitar su implementación en la práctica clínica.

El marco teórico que han generado los resultados obtenidos de los dos estudios complementarios de este trabajo de tesis invita a reflexionar sobre los aspectos que deberían someterse a adaptación sociocultural. Esta reflexión debería empezar discutiendo “qué” es aquello que debe adaptarse desde la perspectiva sociocultural. En este sentido, se entiende que en este apartado dedicado a la discusión de los resultados anteriormente expuestos, se debería profundizar en algunas de las líneas argumentales de esta tesis, concretamente en las relacionadas con el **diagnóstico y el tratamiento**, por ser los dos pilares de la práctica clínica en salud mental, con la intención de intentar demostrar la hipótesis principal de que estaría justificada la adaptación sociocultural de las intervenciones en salud mental y adicciones basadas en evidencias en nuestro medio.

Con la intención de facilitar un razonamiento inductivo, aspecto característico de la metodología de los estudios de casos (Alvarez & San Fabian, 2012), que permitiera reforzar la hipótesis principal de este trabajo de tesis, el doctorando recurre en este apartado de la discusión a los datos procedentes de otros casos de estudio –*unidades de análisis*–, todos ellos fruto de su propia experiencia investigadora. En este caso, puede decirse que se trata de un *estudio de casos instrumental*, al servicio de la construcción de una teoría –*es pertinente realizar una adaptación sociocultural de la evidencia procedente de la investigación*– que, si bien no admitiría la generalización estadística propia de la investigación cuantitativa, gracias a la metodología cualitativa del estudio de casos empleada en esta discusión, se consigue su “generalización analítica”, con la que la teoría

generada podrá ser usada como patrón con el cual comparar los resultados de otros estudios. (Alvarez & San Fabian, 2012)

Así, en lo referente al **proceso diagnóstico**, se propone que el ejercicio de adaptación empiece por el propio psiquiatra. El psiquiatra debe ser consciente de que “la cultura” no es algo exclusivo del paciente al que evalúa, sino su propia cultura biomédica puede tener un impacto en el proceso diagnóstico. En un estudio coordinado por el doctorando se demostró que hay toda una serie de aspectos subjetivos del facultativo que inciden en el diagnóstico y en la toma de decisiones cuando se trata de asistir a personas culturalmente diferentes en el ámbito de las urgencias psiquiátricas. Sorprende sin embargo el hecho de apreciar cómo la mayoría de los psiquiatras, pese a reconocer las obvias dificultades en la exploración y la anamnesis como consecuencia de las barreras idiomáticas, mantienen un grado de certeza diagnóstica elevado y consideran que la influencia de la cultura en su conclusión diagnóstica es escasa, reflejando así una baja competencia y sensibilidad cultural. De estos hallazgos debe desprenderse la reflexión acerca de cómo reforzar esas necesarias competencias culturales entre los profesionales de la salud mental que, cada día más, se enfrentan en su práctica clínica a una población culturalmente diferente. (Francisco Collazos et al., 2021) **(ANEXO 1)**

Continuando con las características del diagnóstico, pocos negarían la importancia que el contexto de la persona tiene en su propia salud; desde determinantes sociales “generales” (Marmot, 2005), (Holtz et al., 2006), a otros más propios de ciertas subpoblaciones de especial interés para el propósito de esta tesis, como el de las personas inmigradas (How et al., 2021) o las “personas culturalmente diferentes” (Alarcón et al., 2002). Sin embargo, ya se ha comentado la dificultad que el clínico encuentra en el momento de aspirar a realizar un diagnóstico tan comprehensivo optando, la mayoría de las veces, por un enfoque más reduccionista, basado casi exclusivamente en los síntomas sin considerar la subjetividad con la que la persona los experimenta, su fenomenología (Andreasen, 2007).

Esta necesidad de realizar un diagnóstico global, que incorpore los aspectos socioculturales del contexto psicosocial de la persona e ir, para ello, más allá de lo meramente sintomático, es una de las conclusiones que se pueden extraer, por ejemplo, de los resultados de un estudio desarrollado por el doctorando sobre la realización de la prueba del VIH entre población latina con patología dual. En él se demuestra que es preciso adaptar socioculturalmente el diseño de los estudios epidemiológicos y no limitarse a recoger las habituales variables sociodemográficas y clínicas, sino también culturales ya que, indudablemente, pueden tener un valor a la hora de implementar políticas y actuaciones encaminadas a mejorar la efectividad de las intervenciones como, por ejemplo, incrementar la realización de la prueba del VIH en una población de riesgo. De haberse limitado el estudio a la habitual recogida de datos sociodemográficos y clínicos, no se habrían detectado esas correlaciones, perdiendo así una oportunidad de incrementar el conocimiento sobre el tema. (Francisco Collazos et al., 2020) **(ANEXO 2)**

Por otro lado, y aunque no sean práctica habitual en el ámbito asistencial, es sabido que el uso de instrumentos de cribado o de instrumentos diagnósticos es muy empleado en el marco de los proyectos de investigación. En el apartado dedicado en esta tesis a la psicometría (pg. 35) ya se dieron argumentos para defender la necesaria adaptación cultural de este tipo de instrumento. Sin embargo, en nuestro medio sigue concediéndose el valor de “adaptación cultural” a lo que, en realidad, suele ser una simple traducción. La constitución de un comité bilingüe multinacional (MNBC) como el que se conformó en el seno del proyecto *International Latino Research Partnership* (ILRP), en el que el doctorando actuó como investigador principal del nodo de Barcelona, es un ejemplo de buenas prácticas en este sentido; trabajando con una metodología que permitiera lograr una versión en español del instrumento que pudiera emplearse en las 3 ciudades participantes en el estudio (Boston, Madrid y Barcelona) con las dimensiones semántica, técnica y de contenido, equivalentes a la original escrita en inglés. (Chavez et al., 2017)

Se puede concluir, por tanto, que es necesario ir más allá de “lo habitual”, como sería la traducción del instrumento y la parte cuantitativa que permite evaluar las propiedades psicométricas; para abordar la adaptación cultural de los ítems a través de un trabajo cualitativo. Si bien hay que reconocer que lograr un instrumento con una validez intercultural universal y total es una quimera, eso no quita a que se deban implementar metodologías mixtas de trabajo que combinen aproximaciones *cuali* y cuantitativas como única forma de acercarse a ese ideal.

En lo que respecta al otro “pilar” de la práctica asistencial, **el terapéutico**, es sabido que el efecto de muchos psicofármacos está influido por la cultura y la etnia (Silva, 2013), por lo que se debe extremar el rigor de los ensayos clínicos a la hora de establecer los criterios de selección para ser incorporado como miembro de un grupo étnico u otro. Este grado de precisión es especialmente necesario al estudiar la respuesta a los psicofármacos, y se debe ser riguroso en el momento de considerar “grupo étnico” a subpoblaciones excesivamente heterogéneas; aspecto éste que, pese a ser advertido por algunos organismos reguladores (FDA, 2016), no está debidamente arraigado en nuestro entorno (Francisco Collazos et al., 2013).

Es evidente que el rigor metodológico ha de regir en cualquier ensayo clínico que se precie. Como paradigma de la medicina basada en evidencias, los ensayos clínicos basan sus resultados, entre otros aspectos, en una adecuada selección de la muestra. Una vez asegurado este punto, es de esperar que una correcta metodología permitirá alcanzar los objetivos del estudio.

El citado anteriormente *International Latino Research Partnership* (ILRP) ofreció al doctorando la impagable oportunidad de compartir durante cuatro años con un equipo –el de la *Disparities Research Unit*, del *Massachusetts General Hospital/Harvard Medical School* coordinado por la Prof. Margarita Alegría– una experiencia investigadora presidida por esa máxima del rigor metodológico. Fruto de aquella experiencia, y por su interés para este punto de la discusión de este trabajo de tesis, se desarrolló un ensayo clínico aleatorizado que tenía por

objetivo valorar la efectividad de una intervención psicoterapéutica en patología dual en “población latina”. **(ANEXO 3)**

Este ensayo clínico aleatorizado, diseñado con un rigor metodológico impecable obtuvo, sin embargo, unos resultados clínicos discretos y una implementación en la práctica clínica “real” en nuestro medio, aún menor. Ante esta falta de eficacia sobre los indicadores primarios se realizó un análisis exploratorio con la intención de encontrar posibles razones que lo explicaran, señalando como posible causa una incorporación de sujetos a la muestra –latinos con diagnóstico de patología dual–demasiado genérica, e insuficientemente sensible a las singularidades socioculturales de un grupo excesivamente heterogéneo, lo cual penalizó el resultado final del estudio.

Más allá de la posible utilidad clínica de un instrumento que requiere una formación previa de 50 horas más una supervisión posterior; y que tan solo ha podido demostrar una eficacia ligeramente superior al tratamiento convencional exclusivamente en algunos perfiles de pacientes que, además, no parecen corresponderse con los que plantean con más frecuencia trastornos duales ni entre la población general ni, probablemente, tampoco entre la población inmigrada latina, este estudio permite demostrar que las intervenciones en salud mental deben, como propone Fulford, “combinar las evidencias científicas con la atención a los valores de los pacientes y sus contextos vitales” (Fulford, 2011).

Como corresponde a un estudio de casos, el doctorando ha recurrido a múltiples fuentes de datos y es precisamente del análisis global e interrelacionado de las mismas –de la combinación de datos cuantitativos con la investigación cualitativa que ofrece el estudio de casos– como el doctorado confía haber demostrado no solo los objetivos e hipótesis secundarios, **sino haber justificado también la adaptación sociocultural de las intervenciones en salud mental y adicciones basadas en evidencias, con lo que quedaría igualmente demostrada la hipótesis principal.**

Este propósito hace aconsejable el trabajo en equipos interdisciplinarios que faciliten dicha adaptación cultural, de tal manera que se consiga su implementación real en la práctica clínica; es decir, la deseable traslación de las evidencias obtenidas en la investigación hasta la práctica clínica en el “mundo real” debería tener en cuenta esa adaptación cultural (Cabassa & Baumann, 2013).

A lo largo de la tesis se ha remarcado la necesidad de abordar el reto de la diversidad cultural desde el marco conceptual de la competencia cultural; tanto la individual como institucional. La formación a los profesionales emerge así como la alternativa más plausible para avanzar en la sensibilización cultural, de manera que la actitud ante la cada vez más habitual alteridad cultural que se presenta en el ámbito clínico sea afrontada con las mayores garantías de éxito. Más allá de ese plano individual, es evidente que las desigualdades en salud requieren de un ejercicio de equidad que se ha de afrontar desde lo institucional. A este respecto, y pese a la escasa repercusión que las actuales carencias del sistema público de salud mental, en lo que a la atención a las personas culturalmente diferentes se refiere, han tenido hasta el día de hoy en nuestro medio, el debate está abierto. Estudios como los referenciados en esta tesis, ponen de manifiesto las limitaciones del modelo biomédico y las prácticas actuales basadas en evidencia, y refuerzan el enfoque comunitario basado en un conocimiento social y cultural del grupo de estudio, que pone el énfasis en los determinantes sociales de la salud mental y la imperativa necesidad de dar voz a las narrativas locales, reforzando los recursos comunitarios y aprovechando las fortalezas de la comunidad en el desarrollo de soluciones.

La creación de programas especializados capaces de dar soporte al sistema de salud mental y adicciones convencionales, luce como la mejor de las opciones para acercarse al ideal de la asistencia culturalmente competente en salud mental y adicciones. La experiencia del propio doctorando como coordinador de un programa de estas características (el Programa de Psiquiatría Transcultural del Hospital Universitari Vall d'Hebron), permite concluir que es posible implementar un modelo de actuación culturalmente competente que, en línea

con lo sugerido por Fullford, sea capaz de trabajar combinando las evidencias científicas con la atención a los valores de los pacientes y sus contextos vitales en lo que se podría denominar una metodología mixta.

7. CONCLUSIONES

Existen diferencias significativas en la prevalencia de trastornos por uso de sustancias entre los diferentes subgrupos de inmigrantes.

Existen diferencias socioculturales entre los diferentes subgrupos de inmigrantes que podrán actuar como factor de riesgo o protector de trastornos por uso de sustancias.

Existen diferencias significativas en la prevalencia de trastornos mentales y por uso de sustancias entre los miembros de un mismo subgrupo de inmigrantes.

Existen diferencias socioculturales entre los propios miembros de un mismo subgrupo de inmigrantes que podrán actuar como factor de riesgo o protector de trastornos mentales o por uso de sustancias.

En definitiva,

Los resultados de esta tesis apoyan claramente la necesidad de **la adaptación sociocultural de las intervenciones en salud mental y adicciones** basadas en evidencias.

Para ello, resulta aconsejable **el trabajo en equipos interdisciplinarios** que faciliten dicha adaptación cultural, de tal manera que se consiga su **implementación real en la práctica clínica**.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. (2006). Estrés Límite Y Salud Mental : El Síndrome Del Inmigrante Con Estrés Crónico Y Múltiple (Síndrome De Ulises) Extreme Stress and Mental Health : Immigrant Syndrome With Chronic and Multiple Stress (the Ulysses Syndrome). *Migraciones*, 19(2006), 59–60.
- Aggarwal, N. K., Cedeño, K., Guarnaccia, P., Kleinman, A., & Lewis-Fernández, R. (2016). The meanings of cultural competence in mental health: an exploratory focus group study with patients, clinicians, and administrators. *SpringerPlus*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2037-4>
- Alarcón, R. D. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: Review and projections. *World Psychiatry*, 8(3), 131–139. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00233.x>
- Alarcón, R. D., Bell, C. C., Kirmayer, L. J., Lin, K.-M., Ustun, B., & Wisner, K. L. (2002). Beyond the funhouse mirrors: Research agenda on culture and psychiatric diagnosis. *A Research Agenda for DSM-V, April 2016*, 219–281. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc4&NEWS=N&AN=2003-88322-005>
- Alegria, M., Álvarez, K., & DiMarzio, K. (2017). Immigration and Mental Health. *Current Epidemiology Reports*, 4(2), 145–155. <https://doi.org/10.1007/s40471-017-01111-2>
- Alegria, M., Atkins, M., Farmer, E., Slaton, E., & Stelk, W. (2010). One Size Does Not Fit All: Taking Diversity, Culture and Context Seriously. *Adm Policy Ment Health*, 37(1–2), 48–60. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0283-2>.
- Alegria, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Current Psychiatry Reports*, 20(11). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>
- Alvarez, C., & San Fabian, J. (2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de Antropologia*, 28(1), 1–12.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Cultural Formulation Interview (CFI)*. 1–4.
- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108–112. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl054>
- Barksdale, C. L., Rodick, W. H., Hopson, R., Kenyon, J., Green, K., & Jacobs, C. G. (2017). Literature Review of the National CLAS Standards: Policy and Practical

- Implications in Reducing Health Disparities. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 4(4), 632–647. <https://doi.org/10.1007/s40615-016-0267-3>
- Benet-Martínez, V., & Haritatos, J. (2005). Bicultural identity integration (BII): components and psychosocial antecedents. *J Pers*, 73(4), 1015–1049. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00337.x>
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 279–289. <https://doi.org/10.1037/a0023626>
- Berry, J., Kim, U., & Minde, T. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *Int Migr Rev*, 21, 491–511.
- Bhugra, D., & Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 4(1), 18–24. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16633496> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1414713>
- Bhugra, D., & Bhui, K. (1999). Ethnic and cultural factors in psychopharmacology. *Advances in Psychiatric Treatment*, 5(2), 89–95. <https://doi.org/10.1192/apt.5.2.89>
- Bhugra, D., & Gupta, S. (2010). Migration and mental health. *Migration and Mental Health*, 1–350. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511760990>
- Bhui, Kam, & Sashidharan, S. P. (2003). Should there be separate psychiatric services for ethnic minority groups? *British Journal of Psychiatry*, 182(JAN.), 10–12. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.1.10>
- Bhui, Kamaldeep, Mohamud, S., Warfa, N., Craig, T. J., & Stansfeld, S. A. (2003). Cultural adaptation of mental health measures: Improving the quality of clinical practice and research. *British Journal of Psychiatry*, 183(SEPT.), 184–186. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.184>
- Bhui, Kamaldeep, Stansfeld, S., McKenzie, K., Karlsen, S., Nazroo, J., & Weich, S. (2005). Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: Findings from the EMPIRIC study of ethnic minority groups in the United Kingdom. *American Journal of Public Health*, 95(3), 496–501. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2003.033274>
- Cabassa, L. J., & Baumann, A. A. (2013). A two-way street: Bridging implementation science and cultural adaptations of mental health treatments. *Implementation Science*, 8(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-90>

- Cassell, E. (2010). The Person in Medicine. *Int J Integr Care*, 10(Suppl), 50–51.
<https://doi.org/20228916>
- Chaudhry, I. B., Neelam, K., Duddu, V., & Husain, N. (2008). Ethnicity and psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 22(6), 673–680.
<https://doi.org/10.1177/0269881107082105>
- Chavez, L. M., Shrout, P. E., Wang, Y., Collazos, F., Carmona, R., & Alegría, M. (2017). Evaluation of the AC-OK mental health and substance abuse screening measure in an international sample of Latino immigrants. *Drug and Alcohol Dependence*, 180(July), 121–128.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.07.042>
- Colditz, G. A., Emmons, K. M., Vishwanath, K., & Kerner, J. F. (2008). Translating science to practice: Community and academic perspectives. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(2), 144–149.
<https://doi.org/10.1097/01.PHH.0000311892.73078.8b>
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M., & Tomás-Sábado, J. (2008). Estres aculturativo y salud mental en población inmigrante. *Papeles Del Psicólogo*, 29(3), 3017–3215.
<http://www.redalyc.org/pdf/778/77829307.pdf>
- Collazos, Francisco, Ghali, K., Ramos, M., & Qureshi, A. (2014). Salud mental de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 755–761. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000600008>
- Collazos, Francisco, Malagón-Amor, Á., Falgas-Bague, I., Qureshi, A., Gines, J. M., del Mar Ramos, M., McPeck, S., Hussain, I., Wang, Y., & Alegría, M. (2021). Treating immigrant patients in psychiatric emergency rooms. *Transcultural Psychiatry*, 58(1), 126–139. <https://doi.org/10.1177/1363461520916697>
- Collazos, Francisco, Markle, S. L., Chavez, L., Wang, Y., Hussain, I., & Alegría, M. (2020). *HIV Testing in Clinical and Community Settings for an International Sample of Latino Immigrants and Nonimmigrants*. 7(1), 59–75.
<https://doi.org/10.1037/lat0000101.HIV>
- Collazos, Francisco, Ramos, M., Qureshi, A., Eiroa-Orosa, F. J., Rodriguez, A., Castells, X., Ribases, M., Valero, S., & Casas, M. (2013). Effectiveness and tolerability of duloxetine in 2 different ethnic samples: A prospective observational cohort study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33(2), 254–256.
<https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31828567d4>
- Collazos Sánchez, F., & Casas Brugué, M. (2017). *Movimientos migratorios. aspectos transculturales desde la psiquiatría*. 249–272.

- Cork, C., Kaiser, B. N., & White, R. G. (2019). The integration of idioms of distress into mental health assessments and interventions: a systematic review. *Global Mental Health, 6*(2014). <https://doi.org/10.1017/gmh.2019.5>
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S. J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health, 18*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- D V Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry, 59*(20), 22–33.
- de la Maza, L. M. (2005). Fundamentos de la filosofía hermenéutica: Heidegger y Gadamer. *Teología y Vida, 46*(1–2), 122–138. <https://doi.org/10.4067/s0049-34492005000100006>
- Department of Health and Human Services, U. . (n.d.). CLAS. 2000. <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/assets/pdfs/EnhancedNationalCLASStandards.pdf>
- Dinos, S. (2015). Culturally adapted mental healthcare: evidence, problems and recommendations. *BJPsych Bulletin, 39*(4), 153–155. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050872>
- Dovidio, J. (2001). On the nature of contemporary prejudice: the third wave. *J Soc Issues, 57*(4), 829–849.
- Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to implementation science. *Implementation Science, 1*(1), 1–3. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
- Elgorriaga, E., Ibabe, I., & Arnosó, A. (2019). Mental Health of Spanish Immigrants in Germany and the UK in Comparison to Non-Immigrants and Migration Protective Factors. *Psychosocial Intervention, 28*(1), 19–27. <https://doi.org/https://doi.org/10.5093/pi2018a16>
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry, 137*(5), 535–544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- Engel, George L. (1977). The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. *Science, 196*(4286).
- FDA. (2016). *Collection of Race and Ethnicity Data in Clinical Trials: Guidance for*

- Industry and Food and Drug Administration Staff. October 26*(October), 1–20.
<http://www.fda.gov/downloads/RegulatoryInformation/Guidances/ucm126396.pdf>
%0A<http://www.fda.gov/ucm/groups/fdagov-public/@fdagov-afda-gen/documents/document/ucm126396.pdf>
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (1998). *MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0 DSM-IV*. IAP.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647–654. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.647>
- Fulford, K. W. M. (2011). Bringing together values-based and evidence-based medicine: UK Department of Health Initiatives in the “Personalization” of Care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 341–343. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01578.x>
- Gainsbury, S. M. (2017). Cultural Competence in the Treatment of Addictions: Theory, Practice and Evidence. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(4), 987–1001. <https://doi.org/10.1002/cpp.2062>
- García-Gutiérrez, M. S., Navarrete, F., Sala, F., Gasparyan, A., Austrich-Olivares, A., & Manzanares, J. (2020). Biomarkers in Psychiatry: Concept, Definition, Types and Relevance to the Clinical Reality. *Frontiers in Psychiatry*, 11(May), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00432>
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures* (Basic Book).
- Geisinger, K. F. (1994). Cross-Cultural Normative Assessment: Translation and Adaptation Issues Influencing the Normative Interpretation of Assessment Instruments. *Psychological Assessment*, 6(4), 304–312. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.304>
- Generalitat de Catalunya. (2016). *Protocol per a l'atenció en salut mental de les persones refugiades a Catalunya*. 1–24.
- Goldberg, D. (2015). Psychopathology and classification in psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(1), 1–5. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0924-y>
- González Castro, M., Barrera, M. J., & Martínez, C. R. J. (2004). The Cultural Adaptation of Prevention Interventions: Resolving Tensions Between Fidelity and Fit. *Prevention Science*, 5(1), 41–45. <https://doi.org/10.1023/b:prev.0000013980.12412.cd>
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-

- analytic review. Special issue: Culture, race, and ethnicity in psychotherapy. *Psychotherapy*, 43(4), 531–548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
- Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): AN Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. *Transcultural Psychiatry*, 43(4), 671–691. <https://doi.org/10.1177/1363461506070796>
- Group, E.-B. M. W. (1992). *Evidence-Based Medicine A New Approach to Teaching the Practice of Medicine*.
- Hari, K., Dwi, A., & Dany, H. (2017). Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. In *Journal of Family Medicine and Primary Care* (Vol. 6, Issue 2, pp. 169–170). <http://www.jfmpc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2017;volume=6;issue=1;spage=169;epage=170;aulast=Faizi>
- Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T., & Müller, J. (2014). Psychopathology and resident status - Comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 818–825. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.003>
- Holtz, T. H., Holmes, S., Stonington, S., & Eisenberg, L. (2006). Health is still social: Contemporary examples in the age of the genome. *PLoS Medicine*, 3(10), 1663–1666. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030419>
- How, P. C., Kho, C., Rodríguez, R., & Shim, R. S. (2021). Immigration as a Social Determinant of Mental Health: Implications for Training and Education in Psychiatry. *Academic Psychiatry*, 45(1), 93–99. <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01362-2>
- Huey, S. J., & Polo, A. J. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Ethnic Minority Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 262–301. <https://doi.org/10.1080/15374410701820174>
- IDESCAT. (2018a). *Recuperado en Abril de 2021, de Població segons usos lingüístics amb el personal mèdic i lloc de naixement*. IDESCAT. <http://www.idescat.cat/pub/?id=eulp&n=3056&lang=es>
- IDESCAT. (2018b). *Recuperado en Abril de 2021, de Población según el uso lingüístico con el personal médico*. IDESCAT. <http://www.idescat.cat/pub/?id=eulp&n=4972&lang=es>
- IDESCAT. (2018c). *Recuperado en Abril de 2021, de Población según lengua habitual*. IDESCAT. <http://www.idescat.cat/pub/?id=eulp&n=3192&lang=es>
- IDESCAT. (2018d). *Recuperado en Abril de 2021, de Población según usos*

- lingüístics*. IDESCAT. <http://www.idescat.cat/pub/?id=eulp&n=3266&lang=es>
- IDESCAT. (2019a). *Recuperado en Abril de 2021, de Centros de culto por religión y comarca*. IDESCAT. <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=936&lang=es>
- IDESCAT. (2019b). *Recuperado en Abril de 2021, de Instituto de Estadística de Cataluña*. IDESCAT. <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=272&lang=es>
- IDESCAT. (2021). *Recuperado en Abril de 2021, de IDESCAT*. IDESCAT. <https://www.idescat.cat/?lang=es>
- IOM. (2021). *Recuperado en Abril de 2021, de Flujo migratorio de la Organización Internacional para las Migraciones*. Organización Internacional Para Las Migraciones. <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion#flujo-migratorio-internacional>
- Kirmayer, L. J. (2006). Culture and Psychotherapy in a Creolizing World. In *Transcultural Psychiatry* (Vol. 43, Issue 2, pp. 163–168). <https://doi.org/10.1177/1363461506064846>
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the Cultural Concept of the Person. *Transcultural Psychiatry*, 44(2), 232–257. <https://doi.org/10.1177/1363461506070794>
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- Kirmayer, L. J., Guzder, J., & Rousseau, C. (2014). Cultural consultation. In *International Journal of Intercultural Relations* (Vol. 6, Issue 3). [https://doi.org/10.1016/0147-1767\(82\)90031-1](https://doi.org/10.1016/0147-1767(82)90031-1)
- Kirmayer, L. J., & Jarvis, E. (1998). Cultural psychiatry: From museums of exotica to the global agora. *Current Opinion in Psychiatry*, 11(2), 183–189. <https://doi.org/10.1097/00001504-199803000-00012>
- Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: An international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(5), 438–446. <https://doi.org/10.1177/070674370004500503>
- Kirmayer, L., Rousseau, C., Corin, E., & Groleau, D. (2008). The McGill-CIHR Strategic Training Program. *Academic Psychiatry*, 32 (4)(August), 320–326.
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry. *Br J Psychiatry* ., 151, 447-454. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.4.447>
- Kleinman, Arthur. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med* ., 12(2B), 85–95. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)

- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol* ., 44, 1–21. <https://doi.org/DOI:10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., & Kirmayer, L. J. (2020). The Cultural Formulation Interview: Progress to date and future directions. *Transcultural Psychiatry*, 57(4), 487–496. <https://doi.org/10.1177/1363461520938273>
- Lewis-Fernandez, R., Krishan Aggarwal, N., Baarnhielm, S., Rohlof, H., Kirmayer, L. J., Weiss, M. G., Jadhav, S., Hinton, L., Alarcon, R. D., Bhugra, D., Groen, S., van Dijk, R., Qureshi, A., Collazos, F., Rousseau, C., Caballero, L., Ramos, M., & Lu, F. (2014). Culture and psychiatric evaluation: Operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatry (New York)*, 77(2), 130–154. <https://doi.org/10.1521/psyc.2014.77.2.130>
- Lin, K.-M., & Smith WM. (2000). *Psychopharmacotherapy in the context of culture and ethnicity* (P. Ruiz (ed.); Ethnicity). American Psychiatric Press.
- López-Ibor, J. J. (2003). Cultural adaptations of current psychiatric classifications: Are they the solution? *Psychopathology*, 36(3), 114–119. <https://doi.org/10.1159/000071255>
- Luft, S., & Schlimme, J. E. (2013). The phenomenology of intersubjectivity in jaspers and husserl: On the capacities and limits of empathy and communication in psychiatric praxis. *Psychopathology*, 46(5), 345–354. <https://doi.org/10.1159/000353272>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Mezzich, J. E. (2017). Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry*, 6, 1–3.
- Mezzich, J. E., Botbol, M., Christodoulou, G. N., Robert, C. C., & Salloum, I. M. (2016). Person Centered Psychiatry. In J. E. Mezzich, M. Botbol, G. N. Christodoulou, C. C. Robert, & I. M. Salloum (Eds.), *Person Centered Psychiatry*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-39724-5>
- Mezzich, J. E., Kirmayer, L. J., Kleinman, A., Fabrega, H., Parron, D. L., Good, B. J., Lin, K. M., & Manson, S. M. (1999). The place of culture in DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(8), 457–464. <https://doi.org/10.1097/00005053-199908000-00001>
- Ministry of Health. (2001). *Section 5: Mental Health Issues*. c, 1–4.
- Nassir Ghaemi, S. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *British*

- Journal of Psychiatry*, 195(1), 3–4. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.063859>
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4), 379–408. <https://doi.org/10.1007/BF00054782>
- Nilsen, P., & Birken, S. A. (2020). *Handbook on Implementation Science* (E. E. Publishing (ed.)). Publishing, Edward Elgar.
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., Wahlster, P., Polus, S., Burns, J., Brereton, L., & Rehfues, E. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: The Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science*, 12(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>
- Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M., & Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*, 23(SUPPL. 1), 49–58. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(08\)70062-2](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(08)70062-2)
- Qureshi, Adil. (2011). The intercultural and interracial therapeutic relationship: Challenges and recommendations. *International Review of Psychiatry*, 23(1), 10–19. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.544643>
- Qureshi, Adil, Collazos, F., Sobradie, N., Eiroa-Orosa, F. J., Febrel, M., Revollo-Escudero, H. W., Andrés, E., del Mar Ramos, M., Roca, M., Casas, M., Serrano-Blanco, A., Escobar, J. I., & García-Campayo, J. (2013). Epidemiology of psychiatric morbidity among migrants compared to native born population in Spain: A controlled study. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.09.010>
- Qureshi, Adil, Garcia Campayo, J., Eiroa-Orosa, F. J., Sobradie, N., Collazos, F., Febrel Bordejé, M., Roncero, C., Andrés, E., & Casas, M. (2014). Epidemiology of substance abuse among migrants compared to native born population in primary care. *American Journal on Addictions*, 23(4), 337–342. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12103.x>
- Raigal Aran, L., Rifà Ros, R., Borrue, Llovera, A., & Ferré Grau, C. (2017). Revisión sistemática sobre las investigaciones en competencia cultural: en los profesionales de salud en España. *Revista ROL de Enfermería*, 40(11), 60–67.
- Ram, D., Siddappa, A. L., Raman, R., & Hattur, B. G. (2017). Explanatory models and medication adherence in patients with depression in South India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(1), VC01–VC04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/23954.9170>

- Rohlof, H. (n.d.). *Cultureel Interview en Cultural Formulation Interview in Nederland*.
- Rudmin, F. (2009). Constructs, measurements and models of acculturation and acculturative stress. *J Intercult Relat*, 33, 106–123.
- Ruiz, P. (2000). *Ethnicity and Psychopharmacology*. (P. Ruiz (ed.); Ethnicity). American Psychiatric Press.
- Sanidad, M. De. (2011). *Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la Atención en salud mental. Hacia la equidad en salud*. January 2011, 72.
- Silva, H. (2013). Ethnopsychopharmacology and pharmacogenomics. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 33, 88–96. <https://doi.org/10.1159/000348741>
- Smith, T. B., Rodríguez, M. D., & Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 166–175. <https://doi.org/10.1002/jclp.20757>
- Smits, P. A., & Denis, J. L. (2014). How research funding agencies support science integration into policy and practice: An international overview. *Implementation Science*, 9(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-28>
- Suárez-Obando, F., Gómez-Restrepo, C., Mario Castro-Díaz, S., Bogotá, •, & Colombia, D. C. (. (2018). Ciencias de la implementación: de la evidencia a la práctica Implementation science: from evidence to practice. *ActA Med ColoMb*, 43(4), 207–216.
- Surgeon General. (2001). *Mental Health: Culture, Race and Ethnicity. A SUPPLEMENT TO MENTAL HEALTH: A REPORT OF THE SURGEON GENERAL*. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00019>
- Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117–125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
- The Royal Australasian College of Physicians. (2015). *Policy on Refugee and Asylum Seeker Health*. May, 43.
- Toma, V. (2010). *CONTRIBUTIONS OF MEDICAL ANTHROPOLOGY TO THE PSYCHIATRIC PRACTICE : CULTURAL AND LINGUISTIC COMPETENCE IN MONO- AND MULTICULTURAL SOCIETIES*.
- van de Vijver, F., & Tanzer, N. K. (2004). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: An overview. *Revue Europeenne de Psychologie Appliquee*, 54(2), 119–135. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2003.12.004>
- Van Os, J., Gilvarry, C., Bale, R., Van Horn, E., Tattan, T., White, I., & Murray, R. (2000). Diagnostic value of the DSM and ICD categories of psychosis: An

- evidence-based approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(7), 305–311. <https://doi.org/10.1007/s001270050243>
- Van Ryn, M., & Saha, S. (2011). Exploring unconscious bias in disparities research and medical education. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 306(9), 995–996. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1275>
- WHO Alma Ata. (1978). *No Title*. WHO.
- Williams, C., & Berry, J. (1991). Primary prevention of acculturative stress among refugees. Application of psychological theory and practice. *Am Psychol*, 46(6), 632–641. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.46.6.632>
- Zimmermann, K. F. (1996). E rcopeari Migration : Push and Pull. *International Regional Science Review*, 128, 95–128.

9. ANEXOS

- 9.1. **ANEXO 1:** Francisco Collazos, Ángeles Malagón-Amor, Irene Falgas-Bague, Adil Qureshi, Jose Maria Gines, Maria del Mar Ramos, Samantha McPeck, Isra Hussain, Ye Wang and Margarita Alegría. Treating immigrant patients in psychiatric emergency rooms. *Transcultural Psychiatry*. 2021 Feb;58(1):126-139. doi: 10.1177/1363461520916697.
- 9.2. **ANEXO 2:** Francisco Collazos, Sheri Lapatin Markle, Ligia Chavez, María Teresa Brugal, Paloma Aroca, Ye Wang, Isra Hussain, and Margarita Alegría. HIV Testing in Clinical and Community Settings for an International Sample of Latino Immigrants and Nonimmigrants. *Lat Psychol*. 2019 February ; 7(1): 59–75. doi:10.1037/lat0000101.
- 9.3. **ANEXO 3:** Margarita Alegría, PhD; Irene Falgas-Bague, MD; Francisco Collazos, MD; Rodrigo Carmona Camacho, MD; Sheri Lapatin Markle, MIA; Ye Wang, PhD; Enrique Baca-García, MD; Benjamin Lê Cook, PhD; Ligia M. Chavez, PhD; Lisa Fortuna, MD; Lizbeth Herrera, MSc; Adil Qureshi, PhD; Zorangeli Ramos, PhD; Claudia González, MSc; Paloma Aroca, MA; Lucía Albarracín García, MSc; Lucía Cellerino, MSc; Ana Villar, BA; Naomi Ali, BS; Kim T. Mueser, PhD; Patrick E. Shrout, PhD. Evaluation of the Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action Among Latino Immigrants With Co-occurring Mental Health and Substance Misuse Symptoms A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2019 Jan; 2(1): e186927.

Treating immigrant patients in psychiatric emergency rooms

Transcultural Psychiatry

0(0) 1–14

© The Author(s) 2020

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/1363461520916697

journals.sagepub.com/home/tps



Francisco Collazos¹, Ángeles Malagón-Amor²,
Irene Falgas-Bague³, Adil Qureshi⁴, Jose Maria Gines²,
Maria del Mar Ramos⁴, Samantha McPeck⁵, Isra Hussain⁵,
Ye Wang⁵ and Margarita Alegría⁶

Abstract

We examine whether patient variables (geographic origin, gender, Spanish language proficiency) and subjective clinician aspects in emergency department psychiatric encounters (diagnostic certainty, clinician's comfort level with patient) are associated with diagnosis and the use of coercive measures. Using a descriptive cross-sectional design, we recorded 467 visits (400 foreign-born and 67 native-born patients) in hospital psychiatry emergency rooms (ERs) in Barcelona between 2007 and 2015. We first assessed the association of patient variables and subjective clinician aspects of psychiatric encounters with service use outcomes and with mental illness diagnosis. Fitted logistic models predicted the likelihood of service use outcomes and estimated the propensity of receiving each diagnosis. The null model evaluated the role of patient's geographical origin, while the full model evaluated the additional roles of patient's gender and language, the clinician's assessment of the influence of culture in diagnosis, and clinician comfort with two outcomes: patient's diagnosis and use of coercive measures in the ER. Women were less likely to receive coercive measures or intramuscular medications compared to men. Significant ethnic/racial and gender differences were found in receiving certain diagnoses. Additionally, a patient's lower Spanish proficiency was correlated with a higher probability of receiving a psychosis diagnosis. The clinician's level of diagnostic certainty was also positively correlated with increasing clinician-reported comfort with patient. Overall, ethnic factors and the subjective aspects of psychiatric encounters were found to influence diagnosis and the use of coercive measures. Cultural competency programs and interpreter services within psychiatric ER settings should thus be required.

Keywords

coercive measures, culture, diagnosis, emergency department, ethnicity, immigrant

Introduction

In recent years, immigration to Spain has dramatically increased, changing the sociodemographic composition of the country. The foreign-born population registered in the city of Barcelona constituted 3.9% of the whole population in 2000; and by 2006, it already constituted 15.9% (Department d'Estadística Ajuntament de Barcelona, 2015). The proportion of foreign-born people in Barcelona has leveled off after rising as high as 18.1% in 2009, back to 16.3% in 2015. These figures are higher than for the rest of Spain, where in 2016, 9.15% of the population was foreign-born (Instituto Nacional de Estadística, 2016). Currently, large populations of immigrants come to Barcelona from North Africa (specifically from the Maghreb

region; $n = 15,012$), Latin America ($n = 79,189$), Asia ($n = 61,001$), Eastern Europe ($n = 28,168$), and the rest of Europe ($n = 54,280$). Spain is a preferred destination

¹Vall d'Hebron University Hospital; Autonomous University of Barcelona

²Hospital del Mar

³Autonomous University of Barcelona; Massachusetts General Hospital

⁴Vall d'Hebron University Hospital

⁵Massachusetts General Hospital

⁶Massachusetts General Hospital; Harvard Medical School

Corresponding author:

Margarita Alegría, Disparities Research Unit, Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, 50 Staniford Street, Suite 830, Boston, MA 02114, USA.

Email: malegría@mgh.harvard.edu

for immigrants from Morocco due to its geographical proximity, and a preferred destination for immigrants from Latin America for its idiomatic and cultural similarities. Above all, the main motivation for immigration to Spain is economic improvement (Éltető, 2011). Migration movements are significant across Europe, where 35 million foreign-born individuals reside (Eurostat, 2017). The number of international immigrants—persons living in a country other than where they were born—reached 244 million in 2015 for the world, an increase of 41 percent compared to 2000 (United Nations Department of Public Education, 2016).

Although the intricacies of the relationship between immigration and psychopathology remain unclear, the need for psychiatric care is certainly related to the unique stressors experienced by immigrant populations. On a global level, immigrants share similar general situations that may affect their mental health: loss of social ties, lack of financial and social support, as well as high levels of stress and discrimination (Alcántara et al., 2017; Rajmil et al., 2014).

Given time constraints, as well as the acute and often undefined nature of most presenting problems in psychiatric emergency rooms (ERs) (Chaput et al., 2008), barriers to quality care may be amplified for the immigrant population (Lincoln et al., 2010). Psychiatrists are required to perform rapid assessments and make swift treatment decisions, even if they do not have linguistic competency in the patient's language and are unfamiliar with the patient's cultural background. Language skills of patients and clinicians are also reduced in times of stress, exacerbating barriers to quality care (Carrasquillo et al., 1999; McDonald, 2006). Additionally, there is some indication that the race, ethnicity, and immigrant status of the patient influence disposition and diagnosis (Unick et al., 2011).

Furthermore, immigrant patients often express distress in accordance with the idioms available in their cultural background, in a way that may not conform to standard Western psychiatric nosology (Bhui & Bhugra, 2002; Kirmayer, 2001). Thus, improperly trained clinicians may resort to stereotyping and even biased or discriminatory treatment in their dealings with culturally diverse patients. The degree to which clinicians are unaware of how their own biases impact the diagnostic process is particularly striking (Tervalon & Murray-Garcia, 1998). For instance, irritability can be easily misinterpreted by clinicians as hostility and potential aggressiveness (Enosh & Ben-Ari, 2013; Kauff et al., 2015).

It is well documented that immigrant and ethnic minority patients receive a lower quality of care (Smedley et al., 2003). Various countries, including Norway (Knutzen et al., 2007), the Netherlands

(Mulder et al., 2006; van der Post et al., 2012), Denmark (Norredam et al., 2010), Spain (Pascual et al., 2008; Perez-Rodriguez et al., 2006), and Italy (Tarsitani et al., 2013), have begun examining the care of immigrants and ethnic minorities in psychiatric ERs. Studies have found that clinicians use coercive measures—i.e., depriving a patient of personal freedom by involuntary commitment or direct physical pressure (Pawlowski & Baranowski, 2017)—including involuntary hospitalization, restraints, or the forced administration of depot intramuscular medication in the psychiatric ER (Buja et al., 2014; Norredam et al., 2010; Tarsitani et al., 2013). Most of these studies conclude that immigrants and refugees are more likely to be subjected to coercive procedures, but whether these findings are specific to certain immigrant groups remains unclear.

According to international and national guidelines, coercive measures should only be used in very specific cases such as when the patient is a danger to themselves or to others and will benefit from the measures (Treatment Advocacy Center, 2018; Zhang et al., 2015). Yet the question remains whether the reason for such elevated levels of coercive measures with immigrants derives from patient behavior and genuine need, or from other clinician factors that influence the outcome (Luciano et al., 2014). Although Norredam et al. (2010) recognized that misdiagnosis may be a factor, research on this topic focuses on patient characteristics and behavior, with little examination of clinician characteristics (Iversen & Morken, 2003). In a review examining predictors of coercive measures, Luciano and colleagues (2014) found only one study (De Benedictis et al., 2011) that considered “staff characteristics.” The study noted that it was the staff's perception of anger and aggression toward other team members as well as the perception of insufficient safety measures that accounted for coercive measures. Clinician perception of patient “aggressiveness” has also been identified as a factor that positively influences the use of coercive measures (Abderhalden, 2007). Simpson et al. (2014) found that clinician rating of patient disruptiveness was instrumental in deciding whether or not to use coercive measures. Patient situations such as these are more likely in complex, high stress environments like psychiatric ERs (Poullisse, 1999).

Aims of the study

The aim of this study is to explore the relationship between immigrant patients' characteristics (i.e., geographic origin and gender) and clinician evaluation of aspects of the clinical encounter (i.e., perceived language proficiency of the patient in Spanish and level

of comfort with the patient) as well as the likelihood of specific diagnoses, the clinical certainty of the diagnosis, and the use of coercive measures in the psychiatric ER setting. Both diagnostic outcomes (type of diagnosis and level of clinical certainty) and outcomes of service use are analyzed as dependent variables, as well as the use of coercive measures, including the use of physical restraints, the intervention of security personnel, the involuntary administration of any intramuscular medication, and involuntary admission. These patient characteristics and clinician aspects are potentially key elements in ER treatment and may have an impact on the patient–clinician relationship. Research indicates that psychiatric diagnoses, particularly in the face of cultural and racial/ethnic diversity, are influenced not only by clinical information but also by clinician characteristics (Balsa & McGuire, 2003). Therefore, we explore three aspects related to the clinician: the perceived level of diagnostic certainty, the perceived importance of culture in the diagnostic process, and the reported level of comfort with the patient in the clinical interview. We hypothesize that clinician and patient characteristics combine to impact diagnosis, involuntary hospitalization, and the use of coercive measures.

Methods

This is a descriptive cross-sectional exploratory study conducted at the Emergency Department of Psychiatry in the Vall d'Hebron University Hospital and the Hospital del Mar in Barcelona, both of which are general university hospitals that receive a representative sample of the general population in Barcelona. The hospitals are geographically located in the northern and southern areas of the city of Barcelona and cover a catchment area of 400,000 and 280,000 patients, respectively. As the data collection process was anonymous, voluntary, and without direct patient participation, the hospital's ethics committee determined that a review board application was not necessary.

Sample

Patients were identified in the ER by psychiatric residents and staff psychiatrists. Any patient from a foreign country (Spain was considered the host country) was included in the study during the recruitment periods. Inclusion criteria for this study were that patients must have been admitted to the psychiatric ER and they must be at least 18 years old. There were no exclusion criteria, as all patients admitted to the ER had been previously screened by trained physicians and found to be in need of psychiatric attention.

Patients were divided into six groups according to their area of origin: Latin America, North Africa, Sub-Saharan Africa, Asia, Eastern Europe, and Western Europe. These regions represented the principal regions of immigration in Spain. Current immigration status was not registered. Although these categories are imperfect in terms of the heterogeneity of individuals included in each group, we felt a balance was needed between specificity and breadth in order to capture the diversity of the immigrant population in Spain. Due to the small sample of patients from Sub-Saharan African ($n = 14$), this subgroup was not included in the statistical analysis. Finally, a group of Spanish-born participants was included as a comparison group.

Measures

The principal investigator and the research team developed two ad hoc questionnaires to be completed by the clinicians: one for foreign-born patients and another for native-born controls. The questionnaires gathered information about patient's sociodemographic data (according to the clinician's perceptions) and clinicians' evaluation of the clinical encounter with the patient. The independent variables included in the clinician assessment for foreign-born participants were: geographic origin of the patient (Latin American; North African, specifically from the Maghreb region; Asian; Eastern European; and Western European), gender, and a subjective evaluation of the patient's level of Spanish comprehension and expression. A 4-point Likert-like scale, ranging from "not at all" to "completely," was used for the clinician evaluation of the patient's fluency in Spanish. Psychiatrists subjectively assessed the extent to which cultural differences could have influenced the course of the interview. In culturally discordant clinical encounters, how clinicians understand culture and its influence on symptom presentation—as well as the formation of cultural prototypes from previous experiences with patients of the same ethnic background—might further influence the downplay of culture in diagnostic decision making (Adeponle et al., 2012; Sandhu et al., 2013). Being aware of the influence of the understanding of culture, we purposely did not explicitly define culture in this study, as we wanted to clarify the subjective aspects of clinicians' own personal interpretations of patients' culture, given that each clinician has their own schema for evaluating culture. The questionnaire also assessed clinician's level of comfort, referring to whether the clinician felt comfortable in establishing proper contact with the patient. Comfort level was, again, a subjective opinion measured by a question with response categories of "completely," "mostly," "somewhat," and "not at all."

Clinicians recorded a primary diagnosis for each patient, choosing from the categories of depression, anxiety, psychosis (including mania symptoms), substance use disorder, and personality disorder. The dependent variables of our study were type of diagnosis, certainty in diagnosis, coercive measures applied as an aggregate measure, and the use of intramuscular medication and involuntary commitment to the service as specific measures. Certainty in diagnosis reflected the extent to which clinicians were confident with the diagnosis assigned to the patient. This subjective opinion of the psychiatrist was measured by asking "How certain are you in your diagnosis?" with response categories of "completely," "mostly," "somewhat," and "not at all". The coercive measures were identified in the questionnaire as mechanical restraints, the need for an intervention by the security staff of the hospital, the use of intramuscular psychoactive medication, and/or involuntary hospitalization (Spanish Law, under the 763 Art. of Civil Code, allows for involuntary hospitalization for those individuals deemed to be a danger to self or others). A translated copy of the questionnaires can be found in the online supplement.

Procedure

Copies of the questionnaires were distributed in the psychiatric ERs of both hospitals. At the Vall d'Hebron University Hospital, 12 staff psychiatrists (seven women and five men, all Spanish-born except one clinician from Guatemala) and 10 psychiatry residents (eight women, all Spanish-born except one clinician from Venezuela; and two men, one Spanish-born and the other from Eastern Europe) completed the surveys. At the Hospital del Mar, 10 staff psychiatrists (six men, four women, all Spanish-born) and eight residents (seven women and one man, all Spanish-born) were involved in the study. The research team held two open information sessions about the study at both sites. Psychiatrists' participation was voluntary, and as such, reasons for not participating were not recorded.

Once the patient entered the ER, they were interviewed by a staff or resident psychiatrist as part of the ER's usual procedures. Participating clinicians completed the clinician survey immediately after the psychiatric interview with the patient. Clinician surveys were collected from 467 visits (400 foreign-born and 67 native-born patients) in the ER during two time periods, from January to December 2007 and October to December 2015, to collect data of a sufficient sample size and based on availability of the primary investigator. This study was carried out without any financial support and, thus, some difficulties in recruiting a large enough sample were encountered. The period of

recruitment was extended once analysis of the first sample had begun and it was realized that more patients were needed to reach a statistically sufficient sample. Having an additional data collection period also allowed us to achieve a more diverse sample of clinicians and patients, enhancing the external validity of the study.

Since the information regarding clinicians' perceptions was recorded retrospectively, after they evaluated the patient, patients were not asked for written informed consent. Clinicians did not modify their usual activity while evaluating their patients; however, after they finished the evaluations, they were asked to fill out a questionnaire that included the study measures.

Data analysis

We first compared patient's descriptive information (gender, language proficiency, level of cultural influence, and level of clinician comfort) across multiple geographical origin groups (Table 1). Chi-square tests were used to detect group differences for each of these variables. Next, we assessed the cultural and ethnic factors in their relation to certain characteristics of service use (and to the diagnosis of mental illness/substance) using regression models, to predict the likelihood of each of the following outcomes of service use: certainty in the diagnosis, use of coercive measures, use of intramuscular medication, and involuntary commitment to the service. The first model served as a null model that only evaluated the role of the patient's geographical origin. The second model (full model) further evaluated the role of gender, language proficiency, the level of the clinician's perceptions of cultural influence, and the clinician's comfort during the interview on certainty of diagnosis and use of coercive measures. We adopted the same model specifications to estimate the propensity to receive each of the following diagnoses: depression, anxiety, psychosis, substance use disorders, and personality disorder. Two regressions were estimated for each diagnostic outcome. The first model only adjusted patient's geographical origin and the second model further controlled for the same list of additional variables as in the full model. Ordered logistic regressions were used for a four-category ordinal response outcome of certainty in diagnosis, and standard logistic regressions were fitted for the remaining binary outcomes. In these regression analyses, odds ratios and their 95% confidence intervals were reported. All statistical analyses were conducted in Stata 14 (StataCorp, 2015).

Table 1. Clinician-perceived patient characteristics and clinicians' subjective aspects of psychiatric encounters in ED by patient's geographic origin (N = 397).

	Spaniards (n = 67)		Latin Americans (n = 180)		North Africans (n = 52)		Asians (n = 23)		Eastern Europeans (n = 34)		Western Europeans (n = 41)		p-value
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Clinician-perceived patient characteristics													
Gender													
Male	33	50.8	55	34.2	32	65.3	11	50	18	56.3	21	52.5	.004
Female	32	49.2	106	65.8	17	34.7	11	50	14	43.8	19	47.5	
Understand Spanish													
None/little	0	0	3	1.7	9	18	12	52.2	14	41.2	18	43.9	<.001
Quite/a lot	67	100	177	98.3	41	82	11	47.8	20	58.8	23	56.1	
Clinicians' subjective aspects of psychiatric encounters													
Clinician-perceived cultural influence													
None/little	66	98.5	131	73.2	28	53.8	11	47.8	22	64.7	36	87.8	<.001
Quite/a lot	1	1.5	48	26.8	24	46.2	12	52.2	12	35.3	5	12.2	
Clinician comfort with culturally diverse patients													
None/little	2	3	18	10.1	11	21.2	11	47.8	14	41.2	11	26.8	<.001
Quite/a lot	65	97	161	89.9	41	78.8	12	52.2	20	58.8	30	73.2	

The p-value for the difference between patient's geographic origin for each clinician-perceived patient characteristic and clinicians' subjective aspects of psychiatric encounters in ED is reported.

Results

Table 1 shows clinicians' reports of patient characteristics and clinicians' subjective aspects of clinical encounters in the ER, tested by patient's geographical origin. The majority of Latin Americans were female (66%), whereas the majority of North Africans were male (66%). Non-Latino immigrants, in particular Asians (48%) and Europeans—Eastern (59%) and Western (56%)—had a lower level of language proficiency in Spanish as compared to Latinos. Clinicians reported a higher influence of culture when assessing patients from North African and Asian countries compared to those from Spain and South America. In addition, clinicians generally reported a high level of comfort in their encounters with patients, except for with Asians (52%).

Table 2 shows the results from multivariate regression analysis predicting outcomes of service use, clinician's certainty of diagnoses, and the use of coercive measures. After adjusting for social and demographic characteristics, there was no significant difference between native Spaniards and immigrants in terms of certainty of diagnosis, use of coercive measures, and intramuscular medication; although Latino immigrants had lower odds of involuntary commitment relative to native Spaniards. Women were less likely to be subjected to mechanical coercion or to intramuscular medications. Finally, clinician report of a high level of comfort with culturally diverse patients was associated

with a lower likelihood of using coercive measures and a greater likelihood of reporting diagnostic certainty.

Table 3 shows multivariate regression models assessing the effect of patient's geographical origin on specific diagnosis. Significant differences between immigrants and native-born Spanish participants were found in terms of the likelihood of receiving certain psychiatric diagnoses, after adjusting for patient's characteristics. Asians and Western Europeans were found to have higher odds of being diagnosed with anxiety disorder, whereas Latin American immigrants were less likely to be diagnosed with psychosis compared to native Spaniards. Women were more likely to be diagnosed with depression but were less likely to be diagnosed with psychosis or substance use disorder. Both greater clinician perception of cultural influence and higher levels of patient fluency in Spanish were associated with lower odds of assigning a psychosis diagnosis.

Discussion

Despite the limitations of some components of the study methodology, this study produced interesting findings regarding the use of coercion in the emergency diagnostic practices and outcomes of service use.

Predicting use of coercion in the psychiatry ER

Latin American immigrants were less likely to be hospitalized involuntarily compared to all the other groups

Table 2. Multivariate regression models predicting certainty of diagnosis, use of coercive measures, and service use.

Outcome	Certainty of diagnosis ^a	Certainty of diagnosis ^b	Use of coercive measures ^a	Use of coercive measures ^b	Intramuscular medication ^a	Intramuscular medication ^b	Involuntary commitment ^a	Involuntary commitment ^b
Geographical origin (ref = Spaniards)								
Latinos	0.78 [0.45,1.36]	1.06 [0.59,1.92]	1.43 [0.46,4.48]	1.42 [0.43,4.70]	1.39 [0.38,5.14]	2.04 [0.53,7.91]	0.24* [0.07,0.80]	0.26* [0.08,0.89]
North Africans	0.58 [0.29,1.16]	1.14 [0.53,2.44]	4.23* [1.26,14.17]	2.12 [0.54,8.32]	3.88 [0.97,15.44]	3.49 [0.77,15.78]	1.33 [0.44,4.07]	1.34 [0.39,4.53]
Asians	0.32* [0.13,0.79]	0.92 [0.35,2.43]	1.5 [0.26,8.79]	0.31 [0.03,3.56]	2.03 [0.32,13.00]	1.20 [0.10,13.73]	0.39 [0.05,3.35]	Omitted
Eastern Europeans	0.30** [0.14,0.64]	0.71 [0.31,1.64]	2.10 [0.49,8.97]	1.06 [0.21,5.35]	2.84 [0.60,13.52]	3.14 [0.59,16.63]	1.14 [0.31,4.21]	0.77 [0.18,3.36]
Western Europeans	0.51 [0.24,1.08]	0.85 [0.38,1.89]	2.70 [0.71,10.22]	1.68 [0.38,7.47]	1.68 [0.32,8.77]	1.53 [0.26,8.94]	2.41 [0.82,7.08]	1.54 [0.45,5.27]
Patient gender (ref = Male)								
Female		0.73 [0.48,1.09]		0.47* [0.22,0.99]		0.29** [0.12,0.72]		1.18 [0.54,2.55]
Understand Spanish (ref = None/little)								
Quite/a lot		1.22 [0.62,2.40]		1.08 [0.35,3.37]		0.76 [0.21,2.78]		0.53 [0.18,1.59]
Cultural influence (ref = None/little)								
Quite/a lot		0.61 [0.37,1.01]		0.98 [0.41,2.37]		0.37 [0.11,1.23]		0.69 [0.24,1.99]
Clinician Comfort (ref = None/little)								
Quite/a lot		5.02*** [2.75,9.17]		0.21*** [0.09,0.51]		0.88 [0.26,2.98]		0.54 [0.19,1.50]
N	368	365	369	366	369	366	347	344

95% Confidence Intervals of ORs are reported in brackets. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. Two models are fitted for each outcome. ^aThe first model is the null model that only adjusts for patient's geographical origin. ^bThe second model is the full model, which further adjusts for gender, language proficiency, level of the clinician's perceptions of cultural influence, and clinician's comfort during the interview. Asians were omitted in the last regression because being Asian perfectly correlated with the outcome after controlling for the rest of the factors. An Ordered Logistic Regression model was used to predict "Certainty of Diagnosis" and a Logistic Regression model for the other outcomes.

including native Spaniards. Even though our model did not adjust for severity of symptoms, clinicians diagnosed significantly fewer incidents of psychosis among the Latin American group, which could explain the lower rates of involuntary hospitalizations when compared with native Spaniards. As has been described, Latin American immigrants may present lower rates of severe mental illness than Whites and non-immigrant populations (Hernandez et al., 2005). When clinicians reported a greater level of comfort with culturally diverse patients, it was found that there was a decreased likelihood of using coercive measures, indicating the importance of communication in these clinical encounters. Indeed, Latin American immigrants were significantly less likely than immigrants of other ethnicities and nationalities to be hospitalized involuntarily. This finding suggests that sharing a language and a relatively familiar cultural context with immigrant patients with less severe diagnosis can ameliorate tension that may otherwise lead to implementation of coercive measures in the psychiatric ER. These findings also support the need to implement and improve cultural competence trainings in

psychiatric ER settings to enhance mental health treatment for immigrant populations.

Diagnostic outcomes

This study suggests that the clinician's comfort during the clinical encounter is an important factor to consider in regard to the treatment of diverse populations in ER settings, as clinician comfort is highly related to the clinician's diagnosis certainty and can help predict whether mechanical restraints will be implemented or not. Our results show that the patient's region of origin is related to the final diagnosis. For instance, being from Asia or Western Europe is associated with a higher probability of being diagnosed with anxiety, whereas being Latino is associated with a lower probability of being diagnosed with psychosis compared to other immigrant groups. Although we lack a gold-standard method to evaluate the accuracy of these diagnoses and there are potential confounders to consider (e.g., clinicians' proficiency in other languages), the results suggest that language plays a central role, as the quality of communication between Spanish

Table 3. Multivariate regression models predicting the likelihood of specific diagnosis.

Outcome:	Depression ^a	Depression ^b	Anxiety ^a	Anxiety ^b	Psychosis ^a	Psychosis ^b	Substance use disorder ^a	Substance use disorder ^b	Personality disorder ^a	Personality disorder ^b
Geographical origin (ref = Spaniards)										
Latinos	1.54 [0.79,3.01]	1.14 [0.56,2.35]	2.63* [1.06,6.56]	2.13 [0.83,5.49]	0.34*** [0.18,0.65]	0.42* [0.21,0.83]	0.67 [0.31,1.44]	0.97 [0.43,2.19]	1.03 [0.50,2.13]	1.24 [0.55,2.79]
North Africans	0.79 [0.31,2.01]	0.97 [0.35,2.65]	3.05* [1.06,8.79]	2.87 [0.92,8.91]	0.85 [0.39,1.85]	0.82 [0.35,1.96]	0.83 [0.31,2.22]	0.87 [0.30,2.58]	0.38 [0.12,1.26]	0.33 [0.08,1.34]
Asians	0.80 [0.23,2.72]	0.98 [0.25,3.85]	5.42*** [1.63,18.00]	7.25*** [1.93,27.26]	0.68 [0.23,1.95]	0.37 [0.10,1.32]	0.69 [0.18,2.69]	1.07 [0.24,4.76]	0.21 [0.03,1.70]	0.18 [0.02,1.84]
Eastern Europeans	0.81 [0.28,2.34]	1.05 [0.33,3.32]	2.18 [0.65,7.36]	2.75 [0.77,9.89]	0.91 [0.38,2.20]	0.60 [0.22,1.63]	1.19 [0.42,3.36]	1.6 [0.51,5.03]	0.44 [0.12,1.69]	0.44 [0.10,2.01]
Western Europeans	0.65 [0.23,1.85]	0.83 [0.27,2.56]	3.73* [1.26,11.05]	4.64*** [1.45,14.80]	1.36 [0.61,3.02]	0.86 [0.35,2.12]	0.50 [0.15,1.65]	0.57 [0.16,2.06]	0.24 [0.05,1.11]	0.22 [0.04,1.26]
Patient gender (ref = male)										
Female		2.61*** [1.51,4.52]		1.70 [0.98,2.95]		0.54* [0.33,0.89]		0.31*** [0.17,0.59]		0.96 [0.51,1.81]
Understand Spanish (ref = None/little)										
Quite/a lot		2.25 [0.77,6.60]		2.37 [0.89,6.32]		0.35* [0.15,0.80]		1.29 [0.41,4.03]		0.66 [0.17,2.55]
Cultural influence (ref = None/little)										
Quite/a lot		1.21 [0.64,2.27]		1.86 [1.00,3.48]		0.47* [0.23,0.96]		0.59 [0.26,1.38]		1.04 [0.48,2.29]
Clinician comfort (ref = None/little)										
Quite/a lot		0.79 [0.35,1.78]		1.21 [0.52,2.79]		0.83 [0.38,1.78]		1.27 [0.46,3.50]		0.87 [0.31,2.40]
N	369	366	369	366	369	366	369	366	369	366

95% Confidence Intervals of ORs are reported in brackets. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. Two models are fitted for each outcome. ^a The first model is the null model that only adjusts for patient's geographical origin. ^b The second model is the full model, which further adjusts for gender, language proficiency, level of the clinician's perceptions of cultural influence, and clinician's comfort during the interview. Logistic Regression models were used to predict specific diagnosis.

psychiatrists and Latino patients can be assumed to be superior to the quality of communication between Spanish psychiatrists and patients from other parts of the world. This higher quality of communication could lead to a better understanding of presenting symptoms when treating Latino patients. In fact, lower levels of Spanish proficiency were correlated with a higher probability of a psychosis diagnosis and, surprisingly, with clinicians reporting little influence of culture in their diagnosis. As shown in the literature, improved communication could decrease the risk of erroneous evaluations and, consequently, the over-diagnosis of psychosis (Adeponle et al., 2012). Also consistent with the literature is the finding that gender is strongly related to diagnosis regardless of geographic origin (Potts et al., 1991). Being female is correlated with a higher likelihood of depressive diagnosis and a lower likelihood of a diagnosis of psychosis and substance abuse disorders. This diagnostic pattern has been found even in cases where both men and women had both disorders (Dargouth et al., 2012), suggesting the strong impact of statistical discrimination.

A previous review of studies on immigration and schizophrenia risk found that immigrants have a greater risk of being diagnosed with schizophrenia than native-born populations and that the risk is greatest among immigrants to countries with recent histories of immigration as well as among immigrants with darker skin color (Dealberto, 2010). A similar level of increased risk for diagnosis of psychotic disorders persists in second generation immigrants, indicating that post-migration factors, such as acculturation, discrimination, and linguistic barriers, play a significant role in the onset of psychotic disorders among immigrants (Bourque et al., 2011). Language and culture may not only play a role in the onset of psychiatric illness, but also influence the diagnostic process of psychiatric illness in immigrants. It is well established that sociocultural differences between patient and clinician may result in miscommunication, distrust, poor treatment adherence, and worse outcomes (Alegría et al., 2008; Singh et al., 1997; Whaley, 2001). The issues associated with patient-clinician language barriers stress the need for more accessible professional interpreters in ERs.

Outcomes of service use

Clinician comfort with the patient during the ER encounter also played an important role in outcomes of service use. As reported above, low levels of clinician comfort during the clinical interview caused clinicians to be more inclined to resort to coercive measures. Even though confounders, such as the correlation of severity of the condition and the use of coercive measures, were not explored, when combined with our other

findings, this result suggests that clinicians are inclined to act in ways that are inconsistent with good clinical practice in the face of the unknown, but that they simultaneously minimize the relevance of cultural differences. In addition to Latinos having the lowest rates of psychosis diagnoses compared to the other groups, the lower levels of involuntary hospitalization of Latino immigrants compared to the other foreign-born patients underscore the importance of the doctor-patient relationship in the diagnostic process and the notion that language as well as culture influences the development of this relationship. The interpretative process inherent in any psychiatric diagnosis relies on high quality verbal and non-verbal communication, which allows the clinician to disentangle the patient's words and metaphors, and the context in which they are framed. Accordingly, we see a greater tendency to diagnose psychosis when language and cultural differences impede good communication. The elevated levels of psychosis diagnoses in patients deemed to have poor Spanish language proficiency suggest some clinicians are inclined to view behavior as "strange" when they have a poor understanding of patient symptomatology. This may well be related to issues of how "strangeness" is expressed and interpreted across cultures and languages; the greater the difference, the greater the likelihood to perceive unfamiliar behaviors or expressions as "crazy," and the greater the probability to make an association with "violent behavior" (Marie & Miles, 2008; Monahan, 1992). However, this tendency conflicts with the ethical principles and codes of conduct of psychologists and physicians which are clear about not engaging in unfair treatment based on an individual's characteristics, including ethnicity (American Psychological Association, 2002; Consejo General de Colegios Oficiales de Medicos, 2011). Again, these issues underscore how imperative it is to have rapid access to interpreters in the ER setting, given the grave implications of language barriers. Moreover, mental health professionals are seen as "protectors of client welfare," as their acts and opinions can lead to policy changes in the law and in society's perceptions about the mentally ill (Goins et al., 2010). Simultaneously, it is striking that there was a strong tendency for the diagnosis of psychosis to be associated with clinician assessment of low levels of cultural influence in the interaction. Clinicians acknowledged that the patient's language proficiency was low, yet considered culture as an unimportant aspect of the interaction when diagnosing patients as psychotic. This finding suggests a concerning lack of cultural sensitivity among clinicians in the ER and highlights the importance of promoting cultural competence training that is currently absent in the

Spanish psychiatry residency curriculum (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 2008).

Overall, the data suggest that clinician's comfort during the clinical interview in ER settings is influenced by patient race, ethnicity, and culture which, in turn, has consequences for patient diagnosis and course of treatment. These results support the need for cultural competency training for clinicians, especially for psychiatrists in the ER, who are often under severe time constraints when diagnosing patients. There have been some initiatives that have attempted to improve the cultural sensitivity of psychiatric diagnosis procedures; however, in cases with diagnostic ambiguity or uncertainty, clinicians tend to rely on conditioned stereotypes (Adeponle et al., 2012). Cultural competency for mental health care clinicians should be designed to emphasize diagnostic procedures that address implicit bias. This should include finding common identities with patients, as well as actively engaging in counter-stereotyping and considering the perspective of the patient (Stone & Moskovitz, 2011), especially in a challenging setting like the ER where time and resources are usually limited and there can be a lack of cultural brokers or interpreters available on site. The American College of Emergency Physicians has issued a policy statement asserting that cultural awareness should be an essential element in training physicians and is necessary to ensure the provision of safe, quality care in the ER (American College of Emergency Physicians, 2008). Such cultural competency training could serve to improve the accuracy of clinician diagnoses and treatment through a curriculum focused on the influence of cultural factors and subjective aspects of psychiatric encounters with patients of non-Spanish backgrounds (Giacco et al., 2014). Additionally, this study found that lower Spanish proficiency was correlated with a higher probability of receiving a diagnosis of psychosis, demonstrating the need for language interpreters either in-person or by telephone in the ER. Communicating in a language understood by the clinician allows clinicians to better understand patients' symptoms and to feel more comfortable with their patients and their diagnostic certainty. ERs need to facilitate access to qualified medical interpreters, and given the fast-paced nature of communication in the ER, telephone interpreting services may be more feasible than direct interpreting services (Kluge et al., 2012).

Strengths and limitations

Despite the clear evidence that immigrants and ethnic minorities are subjected to inadequate care in the ER, very few studies have examined the characteristics of clinicians or their decision-making. Most studies tend to interpret these findings in terms of variations in

patient behavior (Snowden, 2003). This study is the first, to our knowledge, to include the clinician's perception of the patient's level of language proficiency in Spanish in relation to the type of diagnosis they gave in the psychiatric ER. The study also assessed some subjective characteristics strongly related to the diagnostic process, including clinical diagnostic certainty, level of comfort during the interview, and clinician perception of the importance of culture in the diagnostic process. The unique ER setting allowed for a close analysis of the encounter between clinicians and culturally diverse patients, providing the opportunity for a novel assessment of the relationship between characteristics of service use (involuntary commitments, use of coercive measures, intramuscular medication) and diagnosis (type of diagnosis and level of clinical certainty) in light of patient's descriptive information and the subjective variables describing the relationship of clinicians with diverse patients.

This study has important limitations, some of which reflect the challenges of research in an ER setting with various clinicians and a heterogeneous patient population. Regarding the Spanish language abilities of patients, our goal was not to collect "objective" scores, but rather to understand the clinician's subjective impression, given the importance of perceived communication in the diagnostic process. In addition, diagnoses relied on a subjective judgment instead of on a structured instrument (e.g. MINI, CIDI, SCID) (Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997), as we wanted to reproduce the normal process used in the ER, rather than have clinicians feel evaluated on their diagnostic competencies. Without an objective reassessment, we cannot ensure that we are seeing real diagnostic differences rather than biases of the clinician. However, our results are very much in line with those obtained by Minsky and colleagues (2003), by Eack et al. (2012), and by Neighbors et al. (2003), which showed divergent diagnostic patterns associated with ethnicity and race that were inconsistent with structured diagnoses.

The data collection period was interrupted and then resumed years later to increase the sample size. This may have led to potential bias in the results, due to the effect of the economic crisis that started in 2008 and had an impact on immigrants' employment and social services (López-Sala, 2017), as well as other unexplored changes in the clinicians' perceptions. However, this may also bring more reliability to our data, as it encompasses the two different periods of time but converges on the same results. Another limitation was that the ad hoc questionnaires were not validated, which could reduce the reliability of the assessments. Nevertheless, we did not find measures that addressed the study goals, and therefore we

opted to create specific ones. It is also important to recognize the subjective character of some of the variables, such as the “influence of culture” or the psychiatrist’s “degree of comfort during the clinical interview,” which may be affected by a wide range of confounders, such as the influence of the psychiatrist’s personality, the clinician’s previous experiences, and the number of hours already worked by the clinician when the encounter occurs. Our future work will explore, using qualitative methods, how to complement the subjective measures used here with objective measures.

Furthermore, information about “severity” of the episode or whether the interview took place at night or during the day was not collected, both of which could influence the psychiatrist’s “degree of comfort.” Whether a patient had previously used hospital services was not recorded, which could lead to bias in the measure of diagnostic certainty. Patient age was not included in our results but could influence any of our outcomes. As such, our work serves as an exploratory study to reduce the knowledge gap about how patient characteristics (geographical origin, gender, Spanish proficiency) and subjective clinician aspects in emergency department psychiatric encounters (diagnostic certainty, clinician’s comfort level) are associated with the diagnostic and treatment process. Additionally, we acknowledge that the use of coercive measures might be related to the severity of the condition, which was not evaluated, rather than being related to a specific racial or ethnic group. The use of oral medication “under pressure” is not specified, but often, in the ER, clinicians must “coerce” the patient into taking medication (in the case of mechanical restraints or within the presence of security personnel). Finally, our data does not distinguish between the use of depot medication and the timely administration of other drugs for physical agitation.

Conclusion

This study shows that it is not only patient characteristics but also clinician factors that influence the diagnoses and treatment delivered in ER settings to a culturally diverse population. It is crucial that psychiatric resources and practices adapt to demographic population shifts to ensure that all patients receive quality care regardless of their ethnic, racial, cultural, or linguistic backgrounds. Because of the unique nature of the ER setting, the clinician must establish rapport and reliable communication, often during brief contact with patients that may occur under considerable time pressure which makes diagnostic and treatment decisions challenging (Pasic et al., 2010). Adapted cultural competence training for clinicians and future research

involving patient’s perspective analysis are sorely needed.



Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

Research reported in this publication was supported by the National Institute on Drug Abuse of (NIDA) and the National Institutes of Health under Award Number R01DA034952, and the National Institute of Mental Health (NIMH) under Award Number R01MH100155.

ORCID iD

Irene Falgas-Bague   <https://orcid.org/0000-0002-1072-4243>

References

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Fischer, J. E., & Haug, H.-J. (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 30.
- Adeponle, A., Thombs, B. B., Groleau, D., Jarvis, E., & Kirmayer, L. J. (2012). Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatric Services*, 63(2), 147–153.
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (2008). Programa formativo de la Especialidad de Psiquiatría. Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE 224, 37916–37921. <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-15079>
- Alcántara, C., Estevez, C. D., & Alegría, M. (2017). Latino and Asian immigrant adult health: Paradoxes and explanations. In S. J. Schwartz & J. B. Unger (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of acculturation and health* (pp. 197–220). Oxford University Press.
- Alegría, M., Polo, A., Gao, S., Santana, L., Rothstein, D., Jimenez, A., Hunter, M.L., Mendieta, F., Oddo, V., & Normand, S.-L. (2008). Evaluation of a patient activation and empowerment intervention in mental health care. *Medical Care*, 46(3), 247–256.
- American College of Emergency Physicians. (2008). Cultural awareness and emergency care. *Annals of Emergency Medicine*, 52(2), 189.
- American Psychological Association. (2002). *Ethical principles of psychologist and code of conduct*. <http://www.apa.org/ethics/code/>
- Balsa, A. I., & McGuire, T. G. (2003). Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of Health Economics*, 22(1), 89–116.
- Bhui, K., & Bhugra, D. (2002). Explanatory models for mental distress: Implications for clinical practice and research. *The British Journal of Psychiatry*, 181(1), 6–7.

- Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine, 41*(5), 897–910.
- Buja, A., Fusco, M., Furlan, P., Bertocello, C., Baldovin, T., Casale, P., Marcolongo, A., & Baldo, V. (2014). Characteristics, processes, management and outcome of accesses to accident and emergency departments by citizenship. *International Journal of Public Health, 59*(1), 167–174.
- Carrasquillo, O., Orav, E. J., Brennan, T. A., & Burstin, H. R. (1999). Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *Journal of General Internal Medicine, 14*(2), 82–87.
- Chaput, Y., Paradis, M., Beaulieu, L., & Labonté, É. (2008). A qualitative study of a psychiatric emergency. *International Journal of Mental Health Systems, 2*(1), 9.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2011). *Código deontológico*. https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
- Dargouth, S., Nakash, O., Miller, A., & Alegria, M. (2012). Assessment of co-occurring depression and substance use in an ethnically diverse patient sample during behavioral health intake interviews. *Drug and Alcohol Dependence, 125*(1), S51–S58.
- De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M.P., Létourneau, G., Tran, M.A.M., Stikarovska, I., Bilodeau, M., Brunelle, S., Côté, G., & Lesage, A.D. (2011). Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatric Services, 62*(5), 484–491.
- Dealberto, M. J. (2010). Ethnic origin and increased risk for schizophrenia in immigrants to countries of recent and longstanding immigration. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 121*, 325–339.
- Departament d'Estadística Ajuntament de Barcelona. (2015). *La població estrangera a Barcelona. Informes estadístics*. <http://www.bcn.cat/estadistica>
- Eack, S. M., Bahorik, A. L., Newhill, C. E., Neighbors, H. W., & Davis, L. E. (2012). Interviewer-perceived honesty mediates racial disparities in the diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 63*(9), 875–880.
- Éltető, A. (2011). Immigrants in Spain: Their role in the economy and the effects of the crisis. *Romanian Journal of European Affairs (RJEA), 11*(2), 66–81.
- Enosh, G., & Ben-Ari, A. (2013). Perceiving the other: Hostile and danger attributions among Jewish and Arab social work students in Israel. *European Journal of Social Work, 16*(3), 427–442.
- Eurostat. (2017). *Estadísticas de migración y población migrante*. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/es
- Giacco, D., Matanov, A., & Priebe, S. (2014). Providing mental healthcare to immigrants: current challenges and new strategies. *Current opinion in psychiatry, 27*(4), 282–288.
- Goins, M., Good, K., & Harley, C. (2010). Perceiving others as different: A discussion on the stigmatization of the mentally ill, 19. *Annals Health L, 19*(2), 441–447.
- Hernandez, A., Plant, E. A., Sachs-Ericsson, N., & Joiner Jr, T. E. (2005). Mental health among Hispanics and Caucasians: Risk and protective factors contributing to prevalence rates of psychiatric disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(8), 844–860.
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). *Cifras de población a 1 de enero de 2016*. <http://www.ine.es/prensa/np980.pdf>BOE
- Iversen, V. C., & Morken, G. (2003). Acute admissions among immigrants and asylum seekers to a psychiatric hospital in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*(9), 515–519.
- Kauff, M., Asbrock, F., Issmer, C., Thörner, S., & Wagner, U. (2015). When immigrant groups “misbehave”: The influence of perceived deviant behavior on increased threat and discriminatory intentions and the moderating role of right-wing authoritarianism. *European Journal of Social Psychology, 45*, 641–652. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2116>
- Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 22–30.
- Kluge, U., Bogic, M., Devillé, W., Greacen, T., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Jensen, N.K., Ioannidi-Kapolou, E., Mertaniemi, R., & i Riera, R.P. (2012). Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *European psychiatry, 27*, S56–S62.
- Knutzen, M., Sandvik, L., Hauff, E., Opjordsmoen, S., & Friis, S. (2007). Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint—A 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*(3), 201–206.
- Leclercq, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K.H., Janavs, J., & Dunbar, G.C., (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European psychiatry, 12*(5), 224–231.
- Lincoln, A. K., White, A., Aldsworth, C., Johnson, P., & Strunin, L. (2010). Observing the work of an urban safety-net psychiatric emergency room: Managing the unmanageable. *Sociology of Health & Illness, 32*(3), 437–451.
- López-Sala, A. (2017). Managing uncertainty: Immigration policies in Spain during economic recession (2008–2011). *Migraciones Internacionales, 7*(25), 39–70.
- Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Pingani, L., Palumbo, C., De Rosa, C., Catapano, F., & Fiorillo, A. (2014). Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics, 14*(2), 131–141.
- Marie, D., & Miles, B. (2008). Social distance and perceived dangerousness across four diagnostic categories of mental disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42*(2), 126–127.
- McDonald, J. L. (2006). Beyond the critical period: Processing-based explanations for poor grammaticality

- judgment performance by late second language learners. *Journal of Memory and Language*, 55(3), 381–401.
- Minsky S., Vega W., Miskimen T. et al. (2003). Diagnostic patterns in Latino, African American, and European American psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 637–644
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. *American Psychologist*, 47(4), 511–521.
- Mulder, C. L., Koopmans, G. T., & Selten, J.-P. (2006). Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 188(4), 386–391.
- Neighbors, H. W., Trierweiler, S. J., Ford, B. C., & Muroff, J. R. (2003). Racial differences in DSM diagnosis using a semi-structured instrument: The importance of clinical judgment in the diagnosis of African Americans. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(3), 237–256.
- Norredam, M., Garcia-Lopez, A., Keiding, N., & Krasnik, A. (2010). Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), 143–151.
- Pascual, J., Malagon, A., Corcoles, D., Gines, J., Soler, J., Garcia-Ribera, C., Pérez, V., & Bulbena, A. (2008). Immigrants and borderline personality disorder at a psychiatric emergency service. *The British Journal of Psychiatry*, 193(6), 471–476.
- Pasic, J., Poeschla, B., Boynton, L., & Nejad, S. (2010). Cultural Issues in emergency psychiatry: Focus on Muslim patients. *Primary Psychiatry*, 17(7), 37–43.
- Pawlowski, T., & Baranowski, P. (2017). How patients' characteristics influence the use of coercive measures. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(4), 429–434.
- Perez-Rodriguez, M. M., Baca-Garcia, E., Quintero-Gutierrez, F. J., Gonzalez, G., Saiz-Gonzalez, D., Botillo, C., Basurte-Villamor, I., Sevilla, J., & Gonzalez de Rivera, J.L. (2006). Demand for psychiatric emergency services and immigration: Findings in a Spanish hospital during the year 2003. *The European Journal of Public Health*, 16(4), 383–387.
- Potts, M. K., Burnam, M. A., & Wells, K. B. (1991). Gender differences in depression detection: A comparison of clinician diagnosis and standardized assessment. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(4), 609–615.
- Poulisse, N. (1999). *Slips of the tongue: Speech errors in first and second language production (Vol. 20)*. John Benjamins Publishing.
- Rajmil, L., Herdman, M., Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., & Alonso, J. (2014). Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. *International Journal of Public Health*, 59(1), 95–105.
- Sandhu, S., Bjerre, N. V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Jensen, N.K., Lamkaddem, M., & i Riera, R. P. (2013). Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(1), 105–116.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M. F. & Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232–241.
- Simpson, S. A., Joesch, J. M., West, I. I., & Pasic, J. (2014). Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 113–118.
- Singh, S. P., Croudace, T., Beck, A., & Harrison, G. (1997). Perceived ethnicity and the risk of compulsory admission. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(1), 39–44.
- Smedley, B. D., Stith, A. Y., & Nelson, A. R. (2003). Institute of Medicine, Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care. National Academies Press.
- Snowden, L. R. (2003). Bias in mental health assessment and intervention: Theory and evidence. *American Journal of Public Health*, 93(2), 239–243.
- StataCorp. (2015). *Stata statistical software: Release 14*. StataCorp LP.
- Stone, J., & Moskowitz, G. B. (2011). Non-conscious bias in medical decision making: what can be done to reduce it?. *Medical education*, 45(8), 768–776.
- Tarsitani, L., Pasquini, M., Maraone, A., Zerella, M. P., Berardelli, I., Giordani, R., Polselli, G.M., & Biondi, M. (2013). Acute psychiatric treatment and the use of physical restraint in first-generation immigrants in Italy: A prospective concurrent study. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(6), 613–618.
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117–125.
- Treatment Advocacy Center. (2018). *State-specific data*. <https://www.treatmentadvocacycenter.org/browse-by-state>
- Unick, G. J., Kessell, E., Woodard, E. K., Leary, M., Dille, J. W., & Shumway, M. (2011). Factors affecting psychiatric inpatient hospitalization from a psychiatric emergency service. *General Hospital Psychiatry*, 33(6), 618–625.
- United Nations Department of Public Education. (2016, January 12). *Number of international migrants reached 244 million in 2015*. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/2016/01/244-million-international-migrants-living-abroad-worldwide-new-un-statistics-reveal/>
- van der Post, L., Visch, I., Mulder, C., Schoevers, R., Dekker, J., & Beekman, A. (2012). Factors associated with higher risks of emergency compulsory admission for immigrants: A report from the ASAP study. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 374–380.

Whaley, A. L. (2001). Cultural mistrust: An important psychological construct for diagnosis and treatment of African Americans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(6), 555–562.

Zhang, S., Mellso, G., Brink, J., & Wang, X. (2015). Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neuroscience bulletin*, 31(1), 99–112.

Francisco Collazos, MD, is the Head of Service of Psychiatry at Sant Rafael Hospital in Barcelona, Spain, as well as the Coordinator of the Transcultural Psychiatry Program within the Psychiatry Department of the Vall d'Hebron University Hospital in Barcelona. He has directed several pioneering research projects, ranging from development surveys in primary care to pharmacological studies seeking to determine the degree in which ethnicity and culture influence the efficacy or the tolerability of antidepressants. He serves as Assistant Professor at the Autonomous University of Barcelona, where his classes are focused on cultural competence and sensitivity. Dr. Collazos has also coordinated and taught in the HIV and transculturality section of the International Training Diploma in HIV/AIDS at CES University in Medellin.

Ángeles Malagón-Amor, MD, is a consultant Psychiatrist in the Department of Psychiatry at the Hospital del Mar in Barcelona, Spain and a PhD student at Autonomous University of Barcelona. Her current research focus is on the study of social withdrawal syndrome (Hikikomori) and the psychopathology of immigrants seen in the emergency setting. She has published works that focus on Hikikomori Syndrome and the effectiveness of specialized psychiatric home treatment teams. She is a member of the Catalan Society of Psychiatry and Mental Health and the International Marcé Society for Perinatal Mental Health.

Irene Falgas-Bague, MD, PhD, is a Research Scientist within the Disparities Research Unit at Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, USA. Dr. Falgas-Bague also worked as a Clinical Psychiatrist and Clinical Researcher within the Transcultural Unit at the Vall d'Hebrón University Hospital in Barcelona, Spain. Her expertise is in the clinical assistance of the migrant population. Dr. Falgas-Bague's research interests include the application of cultural formulation, ethnopsychiatry, mental health disparities, and the interrelation between social and cultural factors and immigrant mental health.

Adil Qureshi, PhD, is a Counseling Psychologist in the Transcultural Psychiatry Program within the Psychiatry Department at the Vall d'Hebron University Hospital, where he is involved in research, clinical work, and training. Dr. Qureshi also teaches psychology courses at the Institute for the International Education of Students (IES Barcelona), and cross-cultural management at La Salle University in Barcelona.

Jose Maria Gines, MD, is a Clinical Psychiatrist working in the acute care unit of the Hospital del Mar in Barcelona, Spain. He participates in research projects focusing on affective disorders and deep brain stimulation in the tricarboxylic cycle.

Maria del Mar Ramos, MD, is a Psychiatry Consultant within the Psychiatry Department of the Vall d'Hebron University Hospital in Barcelona, Spain. She is a clinician within the Transcultural Psychiatry Program, where she also teaches and carries out research activities. Her areas of interest and specialization include transcultural psychiatry, cultural competence, and the mental health of vulnerable groups at risk of social exclusion with a cross-cultural and gender perspective. She collaborates with the assistance for refugees, victims of gender violence, victims of human trafficking, and unaccompanied foreign minors in Barcelona.

Samantha McPeck, BA, is a graduate of Tufts University and former Research Assistant within the Disparities Research Unit at Massachusetts General Hospital, USA. She is currently at the University at Buffalo pursuing her medical degree.

Isra Hussain, BA, is a graduate of Boston College and former Research Assistant within the Disparities Research Unit at Massachusetts General Hospital, USA. She is now on a Fulbright Fellowship researching the labor market integration of refugees in Vienna, Austria.

Ye Wang, PhD, is a Data Analyst and former Research Scientist within the Disparities Research Unit at Massachusetts General Hospital, USA. She is currently working as a health care data analyst at Grand Rounds Inc. in San Francisco, USA.

Margarita Alegría, PhD, is the Chief of the Disparities Research Unit at Massachusetts General Hospital and a Professor in the Departments of Medicine and

Psychiatry at Harvard Medical School, USA. Dr. Alegría's research focuses on the improvement of health care services delivery for diverse racial and ethnic populations, conceptual and methodological issues with multicultural populations, and ways to bring the community's perspective into the design and implementation of health services. She is currently the

principal investigator of three National Institutes of Health-funded research studies: Building Community Capacity for Disability Prevention for Minority Elders; Mechanisms Underlying Racial/Ethnic Disparities in Mental Disorders; and The Impact of Medicaid Plans on Access to and Quality of Substance Use Disorder (SUD) Treatment.



Published in final edited form as:

J Lat Psychol. 2019 February ; 7(1): 59–75. doi:10.1037/lat0000101.

HIV Testing in Clinical and Community Settings for an International Sample of Latino Immigrants and Nonimmigrants

Francisco Collazos^{1,2}, Sheri Lapatin Markle³, Ligia Chavez⁴, María Teresa Brugal⁵, Paloma Aroca⁶, Ye Wang³, Isra Hussain³, and Margarita Alegría³

¹Department of Psychiatry, Hospital Universitari Vall d'Hebron, CIBERSAM

²Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Autonomous University of Barcelona

³Disparities Research Unit, Department of Medicine, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School

⁴University of Puerto Rico

⁵Public Health Agency of Barcelona

⁶Fundación Jiménez Díaz

Abstract

Latino/as in the U.S. and Spain make up a disproportionate percentage of cases of HIV infection, and often are diagnosed later than their non-Latino/a counterparts. Understanding the factors that affect HIV testing in different contexts is critical to best promote HIV testing, which is considered essential to both prevention and early treatment. This study explored differences in HIV testing rates among Latino/a participants in an international study designed to examine behavioral health screening for Latino/a populations. We collected data on testing rates and results from 407 Latino/as – both first generation immigrants and those of Latino/a descent – in the U.S. (Boston) and Spain (Madrid and Barcelona), through interviews conducted in community clinics and agencies. Using multivariate logit models, we evaluated predictors of screening and positive testing, adjusting for sex, age, and clinic type. HIV testing rates were highest in Boston, followed by Barcelona and Madrid (82%, 69%, and 59%, respectively, $p < .0001$). In multivariate regression models, Barcelona and Madrid patients were significantly less likely to have received testing than Boston patients. Significant *positive* predictors of HIV testing were: education level higher than high school, HIV concerns, infrequent condom use, other risk behaviors, reports of discrimination, and higher benzodiazepine consumption. Significant differences in HIV testing found in this study help to illuminate best practices for engaging patients in testing across sites.

Abstract

Los latino/as representan, tanto en Estados Unidos como en España, un porcentaje desproporcionado de los casos de infección por el VIH y, a menudo son diagnosticados más tarde que sus homólogos no latino/as. Conocer los factores que influyen en la realización de la prueba del VIH en diferentes contextos resulta fundamental para la promoción de dicha prueba, lo que se

considera esencial tanto para la prevención como para el tratamiento precoz. Este estudio internacional explora las diferencias en las tasas de realización de la prueba de VIH entre participantes latino/as y que fue diseñada para examinar el estado de salud mental de los inmigrantes latino/as. Para ello, se han recopilado datos sobre las pruebas del VIH y sus resultados en 407 latino/as - tanto inmigrantes como de ascendencia latina-en los Estados Unidos (Boston) y España (Madrid y Barcelona). La información fue recogida en entrevistas realizadas en clínicas y agencias comunitarias. Se evaluaron los factores que predicen hacerse la prueba de VIH y de tener resultados positivos en la misma, ajustando por género, edad y el sitio de reclutamiento del paciente, y empleando para ello un modelo de regresión logística multivariado. La tasa más alta de realización de la prueba de VIH fue la de la población de Boston, seguida por Barcelona y Madrid (82%, 69%, y 59%, respectivamente, $p < .0001$). Según los modelos de regresión multivariada, la probabilidad de que los pacientes de Barcelona y Madrid se hicieran la prueba fue significativamente menor que la de Boston. Entre los predictores positivos para realizarse la prueba estaban un grado de escolarización superior a la secundaria, el grado de preocupación por el VIH, el uso infrecuente del condón, el informar experiencias de discriminación y el uso elevado de benzodiazepinas. Las diferencias significativas entre las tasas de realización de la prueba del VIH entre las tres ciudades sugieren la necesidad de gestionar mejores prácticas para atraer a los pacientes hacia la realización temprana de la prueba.

Keywords

HIV testing; Latino/as; immigrants; discrimination; acculturation; cross-national

Introduction

As of 2015, Latino/as in the United States constituted 56.6 million, or 17.6% of the nation's population (United States Census Bureau, 2016), but made up 24% of the new diagnoses of HIV infection and 21% of those living with HIV (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2017b). U.S. Latino/as are at substantially heightened risk for HIV (CDC, 2012; National Institutes of Health, 2008), with an estimated incidence over three times that of non-Latino/a Whites (CDC, 2017b). In Spain, Latino/as are the largest group of foreign origin, although they represent only 2.7% of the population (Instituto Nacional de Estadística (Spain), 2015). Yet, Latino/as comprised the highest percentage of new HIV infections reported in 2013, 16% of all diagnoses in Spain (Centro Nacional de Epidemiología, 2014), and half (52%) of the new HIV diagnoses among migrants in Spain (AIDES, 2017). In the European Union (EU) and the European Economic Area, migrants from Latin America and sub-Saharan Africa are more likely to be diagnosed late, both compared with those who are native born and those who migrate from other countries (de Olalla et al., 2011; European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2014). In the U.S., Latino/as have been found to be more than 1.29 times as likely to present with delayed entry to care than both Black or White individuals (Dennis, Napravnik, Seña, & Eron, 2011). These statistics illustrate the importance of targeted prevention efforts for Latino/as, including early HIV testing. We use the term "Latino/a" here to represent individuals of Latin American origin and distinguish them from individuals of Spanish origin.

According to the CDC, HIV testing is critical to both prevention and early treatment, with evidence that early identification benefits both individual and population health (CDC, 2013). Testing can be a preventive measure, as those unaware of their infection status are more likely to infect others (Latkin, Weeks, Glasman, Galletly, & Albarracin, 2010). The ECDC has emphasized the importance of increasing both HIV testing and counseling and specialized HIV services for immigrant communities (Croxford et al., 2014).

In both Spain and the U.S., immigrant and second generation Latino/as face common stressors related to the immigration and integration process as well as in daily life. These stressors may lead to increased risk for mental health problems and substance use, which in turn are linked to high risk behaviors that put individuals at greater risk for HIV (Carey et al., 2004; Castillo-Mancilla et al., 2012; Meade & Sikkema, 2005). International migration is often coupled with loss of social support, communication problems that arise in a foreign environment, and stressors related to acculturation (Zarza & Sobrino Prados, 2007). Mental health challenges and potential differences in the norms around sexual behavior in the new country can lead to high risk behaviors (Castillo-Mancilla et al., 2012). In a paper by Fortuna et al. (2016) using data from the current project, the authors note acculturative stress in both the context of high unemployment rates and the global economic decline. Spain underwent a severe economic crisis during the years of this study, with unemployment among immigrants increasing to as high as 36.5% in 2012 (Servicio Público de Empleo Estatal, 2013). Many immigrants returned to their countries of origin due to decreased opportunities (Ortiz, 2013). Austerity measures also led to health care policy changes in Spain that restrict coverage for irregular and undocumented migrants (AIDES, 2017), potentially putting limits on the accessibility of testing and treatment that were previously absent.

Data for both the U.S. and Spain suggest that more recent Latino/a immigrants generally have a higher health status than their native-born counterparts, with overall health worsening for Latino/as over successive years or generations in the host country (Alegría et al., 2008; Salinero-Fort, Jiménez-García, de Burgos-Lunar, Chico-Moraleja, & Gómez-Campelo, 2015; Salinero-Fort et al., 2012). In the U.S., Latino/as have an increased likelihood of living in high risk environments, including communities with higher rates of sexually transmitted infections (Earnshaw, Bogart, Dovidio, & Williams, 2013). Although Latino/as are frequently categorized as a single ethnic group, it is important to note that different countries of origin have been associated with different behavioral risk factors for HIV. For example, in the US, Puerto Ricans have been shown to be more likely to contract HIV from injection drug use or heterosexual contact, while men from Mexico are more likely to contract HIV from sexual contact with other men (CDC, 2017c).

Other studies have evaluated individual patients' odds of being tested for HIV (Hoyos et al., 2013; Mashburn, Peterson, Bakeman, Miller, & Clark, 2004), and shown that the probability of HIV testing depends on individual as well structural factors across sociodemographic, clinical, behavioral, cultural, and site or community levels (Olshefsky, Zive, Scolari, & Zúñiga, 2007). Odds ratios are particularly useful for evaluating the likelihood that factors such as these affect the probability of certain outcomes, in this case, an individual's likelihood of having been tested for HIV (Bland & Altman, 2000). In a study of young

African-American men who have sex with men in three U.S. cities, Mashburn et al. (2004) used odds ratios to determine that knowledge about HIV treatments and comfortable places to be tested were positively related to rates of HIV testing (Mashburn et al., 2004). Clinicians often recommend testing after a patient discloses HIV risk factors, and more recently testing has been proposed as part of routine care.

In the area of *sociodemographics*, ethnic and racial disparities are evident at various stages along the testing-to-care continuum (Grossman & Stangl, 2013; Lopez-Quintero, Shtarkshall, & Neumark, 2005). Latino/as in the U.S. (Arya et al., 2013) and Spain (Ríos et al., 2009) do not always have access to testing sites (Chen, Erbeding, Yeh, & Page, 2010) or accurate conceptions of the importance of routine HIV testing (Belza, 2005; Lopez-Quintero et al., 2005). Age and gender can also intersect with race and ethnicity. Data from the U.S. National Health Survey Interview (2007-2010) showed that both younger and older ages were associated with lower likelihood of prior HIV testing for Latino/a White and non-Latino/a Black immigrants, and that younger age was linked with a lower likelihood of testing for Latino/a Black immigrants (Ojikutu et al., 2016). Latino White males were also less likely to be tested for HIV, with Black Latino/a immigrants more likely to have a prior test than Latino/a White immigrants. In a study of U.S.-born and foreign-born Latina women, foreign-born participants reported fewer risky behaviors, but were less likely to have taken an HIV test (Castillo-Mancilla et al., 2012). Lower socio-economic status can constrain access due to cost concerns (Solorio, Forehand, & Simoni, 2013; Solorio & Galvan, 2009). Furthermore, education level correlates with testing frequency, with higher levels of education associated with greater testing frequency (Johns, Bauermeister, & Zimmerman, 2010; White et al., 2013) among both Latino/a White and Latino/a Black immigrants in the U.S.

Clinical profile

Clinical profile also plays a part (Mayston et al., 2014), as common mental disorders are associated with non-attendance at post testing counseling (PTC). Depression and anxiety can be barriers to HIV testing (Logie, James, Tharao, & Loutfy, 2013; Lommerse, Stewart, Chilimba, van den Akker, & Lund, 2013) along with substance use (Mellins et al., 2009; Metsch et al., 2009). HIV testing often includes questions about substance use, which may deter substance users who are uncomfortable responding to these inquiries (CDC, 2016).

Risky sexual behaviors

Risky sexual behaviors such as having multiple sexual partners (Renzi, Zantedeschi, Signorelli, & Osborn, 2001), and the perception of risk (De Wit & Adam, 2008) appear to influence the probability of being tested. In various studies, the common reason given for not getting tested was not considering oneself to be at risk (Lopez-Quintero et al., 2005). Behaviors such as inconsistent condom use for users with more than five partners have shown to contribute to lower levels of testing (Fernandez, Perrino, Royal, Ghany, & Bowen, 2002). For men who have sex with men (MSM), some studies suggest that those who identify primary sexual partners do not engage in routine testing as frequently as single MSM (Stephenson, White, Darbes, Hoff, & Sullivan, 2015).

Cultural factors

Cultural factors may play a role in inhibiting HIV testing. Olshefsky et al. (2007) suggest ‘machismo,’ cultural expectations that perpetuate rigid male gender roles, as a barrier. Studies conducted through the CDC (2001) suggest that many Latino MSM identify as heterosexual, and may not relate to prevention messages originally created for White, gay men. Machismo may also prevent the acknowledgment of homosexuality (Diaz, 1997; Suarez-Al-Adam, Raffaelli, & O’Leary, 2000). In heterosexual relationships, machismo might also mean Latina women are less able to acknowledge HIV-risk or engage in testing because of the challenge of questioning high risk behavior in their male partners (Olshefsky et al., 2007). Traditional gender roles have an impact, as disparate moral standards around sexual activities can decrease women’s sense of empowerment to negotiate decisions surrounding HIV testing (Alvarez-del Arco et al., 2013), and contribute to the perception that risk may be lower for married females (Rios-Ellis et al., 2008). Fear of discrimination or negative attitudes by family members may negatively influence testing activities (De Wit & Adam, 2008) and limit awareness of infection risks and opportunities for testing and counseling (CDC, 2017c; De la Torre & Estrada, 2001). Low levels of acculturation have been linked to a lower likelihood of having been tested for HIV (Espinoza, Hall, & Hu, 2009; Kinsler et al., 2009; Lopez-Quintero et al., 2005; Rios-Ellis et al., 2008). Studies show that Latino/as with low English proficiency and less than 5 years of U.S. residency have an increased risk of late diagnosis (Levy et al., 2007; Solorio, Norton-Shelpuk, Forehand, Martinez, & Aguirre, 2014; Wohl, Tejero, & Frye, 2009). The absence of community support and the fear of consequences (deportation or limited confidentiality) create additional social and legal barriers at the community and healthcare levels (del Amo et al., 2010; Epi-VIH Study Group, 2002). Stigma and shame can also play a major role among Latino/as. There may be reluctance to acknowledge risky behaviors, male-to-male sexual contact, or substance abuse (CDC, 2017c; Earnshaw et al., 2013; Taylor, 2001). Some studies have shown that stronger feelings of familism may be linked to diminished likelihood of testing, given fear of family disapproval based on assumptions of homosexuality and promiscuity. Fear of HIV itself as well as fear of rejection by family have been cited as barriers faced by both Latino men who have sex with men, and Latino men who have sex with women and men (Ma & Malcolm, 2016; Solorio et al., 2013). Citizenship status may be related to health care access, as there may be concerns about program ineligibility or fear of stigma and deportation (Pérez-Escamilla, Garcia, & Song, 2010). Although we did not find evidence of cultural factors promoting HIV testing, there is some evidence that familism, specifically support and strong family ties, may be related to preventing risky behaviors among Latinos (González-Guarda, McCabe, Leblanc, De Santis, & Provencio-Vasquez, 2016; Gonzalez-Guarda et al., 2012).

Recruitment site

Recent trends promote universal HIV testing at healthcare appointments, regardless of risk behaviors (CDC, 2008; Qaseem, Snow, Shekelle, Hopkins, & Owens, 2009). Data with Latino/a and Black participants from the National Health Interview Survey (CDC, 2017a; Ojikutu et al., 2016) show that immigrants who had not recently talked to a healthcare provider reported less HIV testing. A 2014 study in a southern U.S. city found that 41% of primary care clinicians were unaware of new CDC testing recommendations and 24% were

unaware it should be offered routinely in primary care settings (Arya et al., 2014). Studies have shown that availability of onsite testing in substance use facilities can substantially increase testing, as compared to offsite referrals (Metsch et al., 2012). Non-clinical sites such as community sites might provide advantages of accessibility and comfort for patients who do not regularly access medical services (CDC, 2017d).

The current study sought to explore differences in the rates of HIV testing between Latino/as in different contexts as part of a multi-site study performed in Greater Boston, MA, USA, and Madrid and Barcelona, Spain. We selected a multisite, two country-design to diversify our sample, including two countries – the U.S. and Spain – in which Latino/as of different national origin are a prevalent immigrant and ethnic group. This context presented the opportunity to examine challenges related to differential service needs, factors that might confer differential risk for behavioral health challenges, and how cultural and acculturative factors influence screening, treatment and outcomes for Latino/as. It also provided a chance to investigate unique differences in country and healthcare context. We included Madrid and Barcelona as two major cities for Latino/a migration (Hierro, 2016) that have partnering research centers that are addressing parallel questions of migration and transcultural care. Finally, we sought to identify factors associated with HIV testing in the Latino/a immigrant and non-immigrant populations.

Methods

Setting and Study Sample

Study subjects took part in an in-depth screening interview administered as part of the International Latino Research Partnership (ILRP), a multi-site study seeking to answer questions about differing experiences of behavioral health access and treatment for Latino/a populations in the U.S. and Spain. Participants selected for the current study were 407 Latino/a clients recruited in clinic waiting rooms from primary care, mental health, substance use clinics, and community agencies serving an immigrant, Latino/a, or low-income population. Inclusion criteria were being age 18 years of age or older and identifying as Latino/a, based on two questions asking country of origin and whether the participant or his/her parents were of Latin American or Latino/a origin. As presented in Table 1, the total sample of 407 had an average age of 40, was 64% female, and 39% had less than a high school level of education. In terms of race, 22% were White, 3% were Black, 8% were Native American/Indigenous, 47% were Mestizo/Mixed, .5% were Pacific Islander/Asian, and another 19% responded Other or did not know (which some described as considering Latino/Hispanic ethnicity to be their race). Sixty-two percent of participants reported citizenship in the host country, with participant residence in either the U.S. or Spain, averaging 15 years. Three quarters of the participants identified themselves as living ‘check to check’ or poor; 71% were recruited from a primary care clinic, 13% from a mental health clinic, 13% from a substance abuse clinic, and 3% from a community agency. Recruitment for the study took place between July of 2013 and August of 2014, and the research was approved by the Institutional Review Boards of participating institutions.

Procedures

Bilingual research staff were trained in the study protocol and interviewing techniques, which stressed consistency in interview structure and format across sites. Trained research staff recruited patients in person and via telephone. Research staff first obtained informed consent and then conducted the one-and-a-half-hour screening interview. Interviews were audio recorded and took place either face-to-face in a private area of the clinic/community site or by phone, and were administered using a CommCare (Dimagi, Inc.) programmed tablet computer. Whether interviews were held in person or by phone depended on the availability and preferences of the participants and the space available in the clinics. Participants were compensated with a \$40/30€ gift card. Teams instituted a quality check of the first three cases of all new interviewers and a randomized 15% of additional cases. The sample recruited in this study came from primary care, mental health, and substance use clinics, and a limited number of community agencies, excluding specialty HIV testing clinics, to help identify a broad range of individuals who were not specifically seeking HIV testing. A fidelity checklist was developed and filled out for each quality controlled audio. It looked at 15 factors that included whether the interviewer correctly and consistently read the questions and response options, whether the interviewer used an appropriate tone of voice and minimized outside noise and disruptions, whether the interviewer refrained from paraphrasing or making assumptions about responses, and whether there were any corrections needed in the data. Interviewers across the study sites in the U.S. and Spain met regularly via group teleconference with a supervisor to hear individual feedback, ensure that questions were coded in the same way across sites, and help resolve any discrepancies.

Measures

Measures were selected for psychometric properties, brevity, and usage with Latino/a populations in published studies. Many measures were translated and/or adapted for use among Spanish-speaking populations in our previous work (Alegria et al., 2004; Canino, Vega, Sribney, Warner, & Alegría, 2008).

A series of demographic variables were collected to assess age, gender, ethnicity and race, economic status (a self-assessment of family's economic status), level of education (from 6th grade or less up to Doctorate), citizenship (both in the U.S. or Spain or in another country), number of years living in the U.S./Spain, and number of visits to a home country. Questions were based on the interview used for the National Latino and Asian American Study (NLAAS) (Alegria et al., 2004).

Clinical profiles were developed through administration of measures addressing mental health and substance use concerns. To measure current depressive symptoms, we used the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9); ($\alpha = .89$), which assesses DSM-IV criteria for major depressive disorder (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001). We also administered the General Anxiety Disorder 7-item screener (GAD-7); ($\alpha = .90$), a brief clinical measure for the assessment of current generalized anxiety (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006). To identify exposure to traumatic events, we used the Brief Trauma Questionnaire (BTQ), a self-report measure that examines trauma experiences within specific life events (Schnurr, Vielhauer, Weathers, & Findler, 1999), and the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist

(PCL-C); ($\alpha = .96$) (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley, & Forneris, 1996), a self-report measure of the 17 DSM-IV symptoms of PTSD. For substance use, we included the Drug Abuse Screening Test (DAST-10); ($\alpha = .90$); (Bohn, Babor, & Kranzler, 1991; Yudko, Lozhkina, & Fouts, 2007), a 10-item, yes/no self-report instrument designed for clinical screening for substance abuse; the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ($\alpha = .90$), a World Health Organization (WHO) screener for excessive drinking (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001); and a selection of 10 items from the Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ); ($\alpha = .87$); (Baillie & Mattick, 1996), designed to measure dependence on benzodiazepines, tranquilizers, sedatives or hypnotics. Evidence of suicidal thoughts or ideation was measured by an affirmative response to question 4 or 5 on the Paykel Suicide Questionnaire (Paykel, Myers, Lindenthal, & Tanner, 1974), a 5-item measure of suicidal ideation, attempt and/or plan referring to the past 30 days, as well as question 9 on the PHQ-9 addressing ideation in the past two weeks or question OK 10 in the AC-OK Co-occurring Screen (Cherry & Dillon, 2012) on whether the person had lifetime suicidal ideation. An emergency protocol was enacted if the patient endorsed Paykel questions 4 or 5 to ensure patient safety.

Risky sexual behavior was measured through a series of questions about sexual practices, including alcohol or substance use before sex, taken from the Data Harmonization instruments used by the National Institute on Drug Abuse (NIDA) (Fisher, Reynolds, Jaffe, & Perez, 2006; Wechsberg, Craddock, & Hubbard, 1998). Questions assessed participants' concern over HIV transmission, whether they thought their partner was having sexual relations with another person, or whether their partner had ever tested HIV positive. We also assessed whether a condom was used in sexual encounters (almost never or never); number of times the participant had sex (anal or oral) in the past year; use of alcohol or other substances before sex; or other risk factors including partner's HIV infection status, injection drug use, and incarceration history of the spouse or partner.

Cultural factors included citizenship in the host country and/or another country, sense of belonging, mean years lived in the U.S. or Spain, and number of home visits to the country of origin in the past 12 months. Sense of belonging was assessed using one item from the Family/Culture Stress subscale of the Hispanic Stress Index (HSI) (Cervantes, Padilla, & Salgado de Snyder, 1991). The Hispanic Stress Inventory (HSI) is a 59-item (U.S. born) and 73-item (immigrant) instrument designed to measure psychosocial stress among Latino/as (Cervantes et al., 1991). To measure discrimination, we asked three questions derived from the HSI ($\alpha = .71$) (Cervantes et al., 1991). Ethnic identity was evaluated from the 3-item Ethnic Identity Scale ($\alpha = .78$), derived from a subset of the Cultural Identity Scale (Felix-Ortiz, Newcomb, & Myers, 1994), a 35-item instrument used to gauge cultural identity through language and perceived treatment due to culture used in the NLAAS study (Alegria et al., 2004). Five items were used from the HSI Family/Culture Stress subscale ($\alpha = .76$) (Cervantes et al., 1991), designed to measure a family's interference with personal goals, arguments with family members, and a breakdown of the family unit.

Recruitment site was defined by whether participants were recruited from primary care, mental health, substance use, primary care, or community agencies. For these analyses, all participants recruited from HIV clinics were excluded.

Statistical Analysis

We assessed frequency of HIV test uptake and distribution of test results for each study site. We implemented multiple imputation methods using the MI procedure in Stata (StataCorp, 2011) to address missing data in variables of interest (less than 1% missing on clinical profile except for DAST (17%); risky sexual behavior measures (12%), cultural factors (less than 2%), and socioeconomic status variables (less than 3%)). This technique creates twenty complete datasets and imputes missing values using a chained equations approach. This procedure analyzes each dataset and uses standard rules to combine estimates and adjust standard errors for the uncertainty due to imputation (StataCorp, 2011).

Next, we investigated each study site for distribution of individual, cultural, and community characteristics. The proportion from each category was reported for categorical variables, while mean and standard deviations were reported for continuous variables. Since the Pearson Chi square test is not valid for multiple imputed data, we relied on regressions at each site to detect any significant site differences. Regression coefficients of the site indicators represented mean differences in comparison to the referent site (Boston). The P-values from the regression indicated whether there were significant differences relative to the referent site for each variable. Finally, we investigated predictors of HIV testing using multiple model specifications. Model 1 used only sociodemographic information. Model 2 investigated the clinical profile at the individual level in addition to patient sociodemographics. Model 3 examined risky sexual behavior measures after adjustments for variables in Model 2. Model 4 added cultural factors to Model 3, while Model 5 added recruitment site to Model 4.

Results

Four hundred and seven participants were asked whether they had ever been tested for HIV, excluding those recruited from HIV clinics and those that were not asked this question due to survey skip patterns. Of the 70.8% that answered yes (288/407), 2.1% were HIV positive. Table 1 summarizes individual characteristics with sociodemographics, clinical profile, risky sexual behaviors, cultural factors, and community characteristics across the sites. Interviewees from the three sites were similar in gender distribution, racial/ethnic composition, and economic status. Age and educational level were exceptions. Patients in Barcelona and Madrid were younger than those from the US, and were also more likely to be high school graduates. All three sites were similar in clinical profile measures, except interviewees in Spain reported more harmful or hazardous drinking experiences than those in Boston ($p < 0.001$ Boston vs. Madrid; $p = 0.004$ Boston vs. Barcelona). Nonetheless, reports of HIV concerns were significantly lower in Barcelona than Boston ($p < 0.05$). While the distribution of citizenship was similar across the three sites (252 citizens vs. 155 noncitizens), participants in Barcelona and Madrid reported a significantly lower sense of belonging ($p < 0.05$ Boston vs. Madrid; $p = 0.001$ Boston vs. Barcelona), shorter residence in the host country compared to the Boston group ($p < 0.001$), and higher rates of discrimination ($p < 0.05$). In summary, compared to Boston participants, those from Spain were younger, more likely to be high school graduates, reported more harmful or hazardous

drinking, had lived for a shorter time period in Spain, and reported more discrimination and a lower sense of belonging in the host country.

Table 2 lists frequency and distribution data of HIV testing for each site. Boston had a significantly higher HIV test uptake rate of 82%, compared to 59% for Madrid ($p < 0.001$) and 69% for Barcelona. There were no significant differences in test results, but Madrid and Barcelona had a slightly higher rate of positive results than Boston (3% as compared to 1%). This elucidates our study question of how rates of HIV testing differed between Latino/as in different contexts. A greater percent of participants in Boston than Spain reported taking an HIV test, and participants in Spain had only a slightly higher percentage of HIV+ test results.

Table 3 presents odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals for individual correlates of HIV testing from logistic regressions using distinct model specifications. Standard errors of ORs were derived by the Delta method using Stata software.¹ Using imputed data, Model 1 shows that participants in Madrid and Barcelona had significantly lower odds of taking an HIV test relative to Boston, after adjusting for sociodemographic factors (OR = 0.22, $p < 0.001$; OR = 0.35, $p < 0.001$, respectively). Boston interviewees were found to have been almost five times as likely to have had an HIV test than their counterparts in Madrid and almost three times more likely than those in Barcelona. There was a higher odds of test acceptance for those who completed high school education or higher (OR = 2.66, $p < 0.001$). Model 2 investigates the additional contribution of clinical factors after adjusting for sociodemographic factors and found that HIV test uptake rate was significantly higher for those who had higher benzodiazepine consumption (OR = 1.12, $p < 0.01$). There were also higher odds of having taken an HIV test when participants had a higher HIV concern, infrequent condom use, other risk factors (e.g. history of incarceration, of STDs; OR = 2.27, $p < 0.05$ in Model 3) or experienced higher level of discrimination (OR = 1.31, $p < 0.05$ in Model 4). Participants in Spain were thus less likely to take an HIV test than those in Boston. In terms of our question of what factors were associated with HIV testing in Latino/a immigrant and non-immigrant populations, participants were more likely to take a test if they completed high school or more, had used benzodiazepines, were more concerned about HIV, used condoms infrequently, or reported more discrimination.

Discussion

Although the CDC highly values HIV testing as a preventive measure for infection and a first step for treatment and care, we found significant variability in the probability of testing across the three sites. Due to structural and individual determinants, the probability of HIV testing by participants was 85% less in Madrid and 69% less in Barcelona than in Boston, after adjusting for covariates.

Acculturation is an important factor for the likelihood of HIV testing, since in Boston the length of residence in the host country was longer and participants reported a significantly

¹In order to measure the standard error of odds ratios, we used the delta rule: $se(ORb) = \exp(b) * se(b)$ where b is the model coefficient for the log of odds ratios.

greater sense of belonging compared to their counterparts in Spain. As mentioned earlier, higher levels of acculturation have been linked to increased access to HIV-related care and testing (Kinsler et al., 2009). The acculturation effect can differentially impact awareness of the need for and availability of HIV testing. Individuals who have lived longer in a new country are likely to have stronger exposure to relevant information and are perhaps less likely to hold on to stigma associated with beliefs from their country of origin. Given that Latino/a immigration is a more recent phenomenon in Spain, Latino/as in Madrid and Barcelona may be less integrated in Spanish society, despite not facing the linguistic barriers experienced by Latino/as in Boston. Furthermore, variation in the representation of Latino/a subgroups across sites may account for underlying differences in attitudes, HIV knowledge, and testing behaviors that could also be indirect acculturative indicators. For example, the Spanish sample contained more immigrants from Peru, Ecuador, and Bolivia, while the Boston sample was predominantly from El Salvador, Mexico, and the Caribbean.

Spain has a recent large-scale immigration, while Boston Latino/a immigrants live in more established Latino/a communities that include increased integration with social and health services. Separation from family and other factors related to immigration can lead to increased instability that result in changes in interpersonal/sexual behavior and increased likelihood to engage in risky behaviors. This could also be linked to reports in Spain of higher rates of exposure to discrimination. Structural factors related to healthcare systems could also impact HIV prevention (Blankenship, Bray, & Merson, 2000). Given that HIV testing may not be free in the U.S., U.S. Latino/a immigrants may be more likely to value free testing than immigrants in Spain. Cost concerns in the U.S. incentivize use of free testing when available. This may not be relevant for immigrants in Spain, who are accustomed to free laboratory testing.

Regarding individual factors and socioeconomic determinants related to HIV testing, there were no significant differences by race, gender, age or income. The effect of education corresponded with other literature that reflects increased odds of HIV testing for those with a high school diploma or GED compared to those with lower education (Gilbert & Rhodes, 2013). Consistent with previous studies, the factors most associated with testing were higher HIV concerns (Hoyos et al., 2013), higher perception of risk (Renzi et al., 2001), multiple sexual partners, and infrequent condom use (Hoyos et al., 2013). It is well known that some risky sexual behaviors are strongly correlated with HIV. However, there is often a gap between sexual behavior and subjective sense of risk (Cassell, Halperin, Shelton, & Stanton, 2006), indicating the need for more assertive sexual education programs among Latino/a immigrants, particularly in Spain, where there is lower perception of risk and more infrequent condom use (Hoyos et al., 2013).

In contrast to expectations (Alegria et al., 1994), we did not find a relationship between depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, or substance use disorders and testing for HIV. However, there was a relationship between higher benzodiazepine consumption and likelihood of HIV testing, which could be indirectly related to heightened anxiety resulting from concern of infection.

Limitations of the Study

Limitations are inherent in a cross-sectional study based on self-report data from a hard-to-reach population. We note that reliability, sensitivity, and specificity of self-report of HIV has been tested in different studies (Fisher, Reynolds, Jaffe, & Johnson, 2007), and that most have shown acceptable reliability (Johnson & Fendrich, 2005). Evaluation of the representativeness of this sample was also challenging. Although efforts were made to reach a variety of Latino/a immigrant participants, the study sample overrepresented participants with access to healthcare – those who obtained care in clinics as opposed to other settings. Additionally, interviewers attempted to create a safe, relatively anonymous atmosphere and used simple and understandable language with interviewees, but social desirability bias may have led to underreporting of risky sexual behaviors. These concerns could be of men who have sex with men, given reports of internalized homophobia in Latin American countries (Solorio et al., 2013). We were also limited by a lack of information on where participants obtained HIV testing. We did not have space in the current manuscript to adequately address differences in HIV treatment and care in each context. However, we note that in both the U.S. and Spain, specialty HIV treatment is available and thus a referral could be offered to participants that wished for further testing. While some interviews were conducted in person, others took place by phone. We did not collect data that would allow us to draw conclusions about whether different methods of data collection (phone vs. in-person) were equivalent. Notwithstanding these limitations, this study proves unique in its inclusion of a large sample of immigrant Latino/as in the U.S. and Spain to investigate factors associated with HIV testing for Latino/a immigrant populations.

Implications for Clinicians and Policy Makers

Historical differences in access to care between the U.S. and Spain could account for the difference in testing rates. In the U.S., where Latino/a immigrants have faced greater barriers to health services for decades, there has likely been a more targeted approach for outreach and education of what some consider high-risk groups, as compared to Spain, where immigration is relatively recent, and where care is delivered through a universal health system. A universal health system might result in lower targeted outreach for immigrants by wrongly assuming everyone can access care. Given the higher prevalence of HIV infection among Latino/a immigrants, especially those with mental disorders or substance use, both countries should enhance HIV testing campaigns and expand early interventions for Latino/a immigrants in primary care and behavioral health clinics. Easy HIV testing as part of routine care might be implemented.

The HIV testing rate was higher among patients in substance treatment clinics. This could reflect an increased focus and availability in this context, given the rate of risky behaviors among substance users and a subsequent sense of risk. Implementing similar practices of accessible HIV testing at primary care and mental health clinics is advisable.

Studies in Spain highlight the challenge of increasing testing rates under economic austerity policies that reduce spending on immigrant healthcare (Hoyos et al., 2013). The offer of rapid diagnostic tests in non-clinical settings has proven an innovative and effective way to reach vulnerable populations such as Latino/a immigrants (Seña, Hammer, Wilson, Zeveloff,

& Gamble, 2010). The promotion of testing outside of clinics could translate to better outcomes in HIV prevention. This type of program offers the potential to increase early detection, as it attracts a substantial number of previously untested populations. In our study and others (Johns et al., 2010), those with less than a high school education level were three times less likely to be tested than those with a higher level. This finding supports the idea of offering rapid HIV testing in the street or public settings, which has proven effective in attracting hard to reach populations, including those with limited education (De la Fuente et al., 2009). We recommend that these types of strategies continue despite economic crises and other changes that could affect funding distribution.

Acknowledgments

Funding: Research reported in this publication was supported by the National Institute on Drug Abuse (NIDA) of the National Institutes of Health under Award Number R01DA034952 and the National Institute of Mental Health (NIMH) under Award number R01MH100155.

The content is solely the responsibility of the authors and does not necessarily represent the official views of the National Institutes of Health.

References

- AIDES. Euro HIV EDAT Project WP 8: Access to HIV Testing and Linkage to Care for Migrant Populations in Europe. 2017. Retrieved from https://eurohivedat.eu/arxius/ehe_docsmenu_docsmenu_doc_115-National_Reports_Synthesis_WP8_Euro_HIV_EDAT_Finale_version.pdf
- Alegria M, Canino G, Shrout PE, Woo M, Duan N, Vila D, Meng XL. 2008; Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant US Latino groups. *American Journal of Psychiatry*. 165(3): 359–369. [PubMed: 18245178]
- Alegria M, Takeuchi D, Canino G, Duan N, Shrout P, Meng XL, Woo M. 2004; Considering context, place and culture: the National Latino and Asian American Study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 13(4):208–220. [PubMed: 15719529]
- Alegria M, Vera M, Freeman DH Jr, Robles R, Santos MdC, Rivera CL. 1994; HIV infection, risk behaviors, and depressive symptoms among Puerto Rican sex workers. *American Journal of Public Health*. 84(12):2000–2002. [PubMed: 7998647]
- Alvarez-del Arco D, Monge S, Azcoaga A, Rio I, Hernando V, Gonzalez C, Ramirez-Rubio O. 2013; HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: a systematic review. *The European Journal of Public Health*. 23(6):1039–1045. [PubMed: 23002238]
- Arya M, Amspoker AB, Lalani N, Patuwo B, Kallen M, Street R, Giordano TP. 2013; HIV testing beliefs in a predominantly Hispanic community health center during the routine HIV testing era: does English language ability matter? *AIDS patient care and STDs*. 27(1):38–44. [PubMed: 23305261]
- Arya M, Zheng MY, Amspoker AB, Kallen MA, Street RL, Viswanath K, Giordano TP. 2014; In the routine HIV testing era, primary care physicians in community health centers remain unaware of HIV testing recommendations. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*. 13(4):296–299. [PubMed: 24476961]
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. 2001. *Audit: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in primary care*.
- Baillie AJ, Mattick RP. 1996; The benzodiazepine dependence questionnaire: development, reliability and validity. *The British Journal of Psychiatry*. 169(3):276–281. [PubMed: 8879712]
- Belza MJ. 2005; Risk of HIV infection among male sex workers in Spain. *Sexually transmitted infections*. 81(1):85–88. [PubMed: 15681730]
- Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. 1996; Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour research and therapy*. 34(8):669–673. [PubMed: 8870294]

- Bland JM, Altman DG. 2000; The odds ratio. *Bmj*. 320(7247):1468. [PubMed: 10827061]
- Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. 2000; Structural interventions in public health. *Aids*. 14:S11–S21.
- Bohn M, Babor T, Kranzler H. 1991; Validity of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in inpatient substance abusers. *Problems of Drug Dependence*. 119:233–235.
- Canino G, Vega WA, Sribney WM, Warner LA, Alegría M. 2008; Social relationships, social assimilation, and substance use disorders among adult Latinos in the US. *Journal of drug issues*. 38(1):69–101. [PubMed: 20011228]
- Carey MP, Carey KB, Maisto SA, Schroder KE, Venable PA, Gordon CM. 2004; HIV risk behavior among psychiatric outpatients: association with psychiatric disorder, substance use disorder, and gender. *The Journal of nervous and mental disease*. 192(4):289. [PubMed: 15060403]
- Cassell MM, Halperin DT, Shelton JD, Stanton D. 2006; HIV and risk behaviour: Risk compensation: the Achilles' heel of innovations in HIV prevention? *BMJ: British Medical Journal*. 332(7541):605. [PubMed: 16528088]
- Castillo-Mancilla J, Allshouse A, Collins C, Hastings-Tolsma M, Campbell TB, MaWhinney S. 2012; Differences in sexual risk behavior and HIV/AIDS risk factors among foreign-born and US-born Hispanic women. *Journal of immigrant and minority health*. 14(1):89–99. [PubMed: 21932002]
- Centers for Disease Control and Prevention. 2001; HIV and AIDS—United States, 1981–2000. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 50(21):430. [PubMed: 11475378]
- Centers for Disease Control and Prevention. 2008; Persons tested for HIV—United States, 2006. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 57(31):845. [PubMed: 18685551]
- Centers for Disease Control and Prevention. Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data—United States and 6 US dependent areas— 2010. 2012. Retrieved from https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-report_vol20_no2.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. Background Brief on the Prevention Benefits of HIV Treatment. 2013. Retrieved from http://www.cdc.gov/hiv/pdf/prevention_tap_benefits_of_HIV_treatment.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. HIV and Substance Use in the United States. 2016. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hiv/risk/substanceuse.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. About the National Health Interview Survey. 2017a. Retrieved from www.cdc.gov/nchs/nhis/about_nhis.htm
- Centers for Disease Control and Prevention. CDC Fact Sheet: HIV among Latinos. 2017b. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/factsheets/cdc-hiv-latinos-508.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. HIV Among Hispanics/Latinos in the United States and Dependent Areas: Fact Sheet. 2017c. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hiv/group/raciaethnic/hispaniclatinos/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. HIV Testing in Nonclinical Settings. 2017d. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hiv/testing/nonclinical/>
- Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en España. 2014. Retrieved from http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2014.pdf
- Cervantes RC, Padilla AM, Salgado de Snyder N. 1991; The Hispanic Stress Inventory: A culturally relevant approach to psychosocial assessment. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 3(3):438.
- Chen N, Erbeling E, Yeh HC, Page K. 2010; Predictors of HIV testing among Latinos in Baltimore City. *Journal of immigrant and minority health*. 12(6):867–874. [PubMed: 19830563]
- Cherry AL, Dillon ME. 2012; The AC-OK Cooccurring Screen: Reliability, Convergent Validity, Sensitivity, and Specificity. *Journal of addiction*. 2013
- Croxford S, Wellings K, Delpech V, Nardone A, Burns F, Lowndes C, Lowbury R. 2014A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA.
- De la Fuente L, Delgado J, Hoyos J, Belza M, Alvarez J, Gutierrez J, Suarez M. 2009; Increasing early diagnosis of HIV through rapid testing in a street outreach program in Spain. *AIDS patient care and STDs*. 23(8):625–629. [PubMed: 19591605]

- De la Torre, A, Estrada, AL. Mexican Americans & Health: Sana! Sana!. University of Arizona Press; 2001.
- de Olalla PG, Manzardo C, Sambeat MA, Ocaña I, Knobel H, Humet V, Caylá J. 2011; Epidemiological characteristics and predictors of late presentation of HIV infection in Barcelona (Spain) during the period 2001-2009. *AIDS research and therapy*. 8(1):22. [PubMed: 21729332]
- De Wit JB, Adam P. 2008; To test or not to test: psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. *HIV medicine*. 9(s2):20-22. [PubMed: 18557865]
- del Amo J, Alvarez D, Monge S, Caro AM, Ramirez O, Perez-Cachafeiro S, Bolumar F. 2010 Migrant health: HIV testing and counselling in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA Member States.
- Dennis AM, Napravnik S, Seña AC, Eron JJ. 2011; Late entry to HIV care among Latinos compared with non-Latinos in a southeastern US cohort. *Clinical Infectious Diseases*. 53(5):480-487. [PubMed: 21844031]
- Diaz, RM. NINE Latino Gay Men and Psycho-Cultural Barriers to AIDS Prevention. In: Levine, MP, Nardi, PM, Gagnon, JH, editors. *In Changing Times Gay Men and Lesbians Encounter HIV/AIDS*. Chicago and London: The University of Chicago Press; 1997. 221-244.
- Earnshaw VA, Bogart LM, Dovidio JF, Williams DR. 2013; Stigma and racial/ethnic HIV disparities: moving toward resilience. *American Psychologist*. 68(4):225. [PubMed: 23688090]
- Epi-VIH Study Group. 2002; HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. A comparison with national subjects. *Sexually transmitted infections*. 78(4):250-254. [PubMed: 12181461]
- Espinoza L, Hall HI, Hu X. 2009; Increases in HIV diagnoses at the US-Mexico border, 2003-2006. *AIDS Education & Prevention*. 21(Supplement B):19-33. [PubMed: 19824832]
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. 2014. Retrieved from Stockholm: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf>
- Felix-Ortiz M, Newcomb MD, Myers H. 1994; A multidimensional measure of cultural identity for Latino and Latina adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 16(2):99-115.
- Fernandez MI, Perrino T, Royal S, Ghany D, Bowen GS. 2002; To test or not to test: are Hispanic men at highest risk for HIV getting tested? *AIDS care*. 14(3):375-384. [PubMed: 12042082]
- Fisher DG, Reynolds GL, Jaffe A, Johnson ME. 2007; Reliability, sensitivity and specificity of self-report of HIV test results. *AIDS care*. 19(5):692-696. [PubMed: 17505932]
- Fisher DG, Reynolds GL, Jaffe A, Perez MJ. 2006; Hepatitis and human immunodeficiency virus co-infection among injection drug users in Los Angeles County, California. *Journal of addictive diseases*. 25(2):25-32. [PubMed: 16785216]
- Fortuna LR, Alvarez K, Ramos Ortiz Z, Wang Y, Mozo Alegria X, Cook BL, Alegria M. 2016; Mental health, migration stressors and suicidal ideation among Latino immigrants in Spain and the United States. *European Psychiatry*. 36:15-22. [PubMed: 27311103]
- Gilbert PA, Rhodes SD. 2013; HIV testing among immigrant sexual and gender minority Latinos in a US region with little historical Latino presence. *AIDS patient care and STDs*. 27(11):628-636. [PubMed: 24138487]
- González-Guarda RM, McCabe BE, Leblanc N, De Santis JP, Provencio-Vasquez E. 2016; The contribution of stress, cultural factors, and sexual identity on the substance abuse, violence, HIV, and depression syndemic among Hispanic men. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*. 22(4):563. [PubMed: 27159650]
- Gonzalez-Guarda RM, McCabe BE, Vermeesch AL, Cianelli R, Florom-Smith AL, Peragallo N. 2012; Cultural phenomena and the syndemic factor: Substance abuse, violence, HIV, and depression among Hispanic women. *Annals of Anthropological Practice*. 36(2):212-231. [PubMed: 24575326]
- Grossman CI, Stangl AL. 2013; Global action to reduce HIV stigma and discrimination. *Journal of the International AIDS Society*. 16(3 Suppl 2)
- Hierro M. 2016; Latin American migration to Spain: Main reasons and future perspectives. *International Migration*. 54(1):64-83.

- Hoyos J, Fernández-Balbuena S, de la Fuente L, Sordo L, Ruiz M, Barrio G, Belza MJ. 2013; Never tested for HIV in Latin-American migrants and Spaniards: prevalence and perceived barriers. *Journal of the International AIDS Society*. 16(1)
- Instituto Nacional de Estadística (Spain). 2015. Retrieved from <http://www.ine.es/welcome.shtml>
- Johns MM, Bauermeister JA, Zimmerman MA. 2010; Individual and neighborhood correlates of HIV testing among African American youth transitioning from adolescence into young adulthood. *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education*. 22(6):509. [PubMed: 21204627]
- Johnson T, Fendrich M. 2005; Modeling sources of self-report bias in a survey of drug use epidemiology. *Annals of epidemiology*. 15(5):381–389. [PubMed: 15840552]
- Kinsler JJ, Lee SJ, Sayles JN, Newman PA, Diamant A, Cunningham W. 2009; The impact of acculturation on utilization of HIV prevention services and access to care among an at-risk Hispanic population. *Journal of health care for the poor and underserved*. 20(4):996. [PubMed: 20168013]
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. 2001; The Phq-9. *Journal of general internal medicine*. 16(9):606–613. [PubMed: 11556941]
- Latkin C, Weeks MR, Glasman L, Galletly C, Albarracin D. 2010; A dynamic social systems model for considering structural factors in HIV prevention and detection. *AIDS and Behavior*. 14(2):222–238. [PubMed: 20838871]
- Levy V, Prentiss D, Balmas G, Chen S, Israelski D, Katzenstein D, Page-Shafer K. 2007; Factors in the delayed HIV presentation of immigrants in Northern California: implications for voluntary counseling and testing programs. *Journal of immigrant and minority health*. 9(1):49–54. [PubMed: 17031578]
- Logie C, James L, Tharao W, Loutfy M. 2013; Associations between HIV-related stigma, racial discrimination, gender discrimination, and depression among HIV-positive African, Caribbean, and Black women in Ontario, Canada. *AIDS patient care and STDs*. 27(2):114–122. [PubMed: 23373665]
- Lommerse K, Stewart RC, Chilimba Q, van den Akker T, Lund C. 2013; A descriptive analysis of HIV prevalence, HIV service uptake, and HIV-related risk behaviour among patients attending a mental health clinic in rural Malawi. *PloS one*. 8(8):e72171. [PubMed: 24015216]
- Lopez-Quintero C, Shtarkshall R, Neumark YD. 2005; Barriers to HIV-testing among Hispanics in the United States: analysis of the National Health Interview Survey, 2000. *AIDS Patient Care & STDs*. 19(10):672–683. [PubMed: 16232051]
- Ma M, Malcolm LR. 2016; Cultural influences on HIV testing among Latino youth. *Culture, health & sexuality*. 18(4):470–480.
- Mashburn AJ, Peterson JL, Bakeman R, Miller RL, Clark LF. 2004; Influences on HIV testing among young African-American men who have sex with men and the moderating effect of the geographic setting. *Journal of Community Psychology*. 32(1):45–60.
- Mayston R, Patel V, Abas M, Korgaonkar P, Paranjape R, Rodrigues S, Prince M. 2014; Psychological predictors for attendance of post-HIV test counselling and linkage to care: the Umeed cohort study in Goa, India. *BMC psychiatry*. 14(1):188. [PubMed: 24981595]
- Meade CS, Sikkema KJ. 2005; HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. *Clinical psychology review*. 25(4):433–457. [PubMed: 15914265]
- Mellins CA, Havens JF, McDonnell C, Lichtenstein C, Uldall K, Chesney M, Bell J. 2009; Adherence to antiretroviral medications and medical care in HIV-infected adults diagnosed with mental and substance abuse disorders. *AIDS care*. 21(2):168–177. [PubMed: 19229685]
- Metsch LR, Bell C, Pereyra M, Cardenas G, Sullivan T, Rodriguez A, del Rio C. 2009; Hospitalized HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *American Journal of Public Health*. 99(6):1045–1049. [PubMed: 19372520]
- Metsch LR, Feaster DJ, Gooden L, Matheson T, Mandler RN, Haynes L, Colfax G. 2012; Implementing rapid HIV testing with or without risk-reduction counseling in drug treatment centers: results of a randomized trial. *American Journal of Public Health*. 102(6):1160–1167. [PubMed: 22515871]

- National Institutes of Health. 2008 Drug Abuse and the link to HIV/AIDS and Other Infectious Diseases.
- Ojikutu BO, Mazzola E, Fullem A, Vega R, Landers S, Gelman RS, Bogart LM. 2016; HIV Testing Among Black and Hispanic Immigrants in the United States. *AIDS patient care and STDs*. 30(7): 307–314. [PubMed: 27410494]
- Olshefsky AM, Zive MM, Scolari R, Zuñiga ML. 2007; Promoting HIV risk awareness and testing in Latinos living on the US-Mexico border: the Tu No Me Conoces social marketing campaign. *AIDS Education & Prevention*. 19(5):422–435. [PubMed: 17967112]
- Ortiz, F. Spain's population falls as immigrants flee crisis. Reuters. 2013. Apr 22, 2013 Retrieved from <http://www.reuters.com/article/us-spain-population-idUSBRE93L0J620130422>
- Paykel E, Myers J, Lindenthal J, Tanner J. 1974; Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*. 124(582):460–469. [PubMed: 4836376]
- Pérez-Escamilla R, Garcia J, Song D. 2010; Health care access among Hispanic immigrants: ¿Alguien está escuchando? [Is anybody listening?]. *Annals of Anthropological Practice*. 34(1):47–67.
- Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Hopkins R, Owens DK. 2009; Screening for HIV in health care settings: a guidance statement from the American College of Physicians and HIV Medicine Association. *Annals of Internal Medicine*. 150(2):125–131. [PubMed: 19047022]
- Renzi C, Zantedeschi E, Signorelli C, Osborn JF. 2001; Factors associated with HIV testing: results from an Italian General Population Survey. *Preventive medicine*. 32(1):40–48. [PubMed: 11162325]
- Rios-Ellis B, Frates J, D'Anna LH, Dwyer M, Lopez-Zetina J, Ugarte C. 2008; Addressing the need for access to culturally and linguistically appropriate HIV/AIDS prevention for Latinos. *Journal of immigrant and minority health*. 10(5):445–460. [PubMed: 18157640]
- Ríos E, Ferrer L, Casabona J, Caylá J, AVECILLA À, Prat JGI, Torán P. 2009; Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 23(6):533–538. [PubMed: 19269715]
- Salinero-Fort MA, Jiménez-García R, de Burgos-Lunar C, Chico-Moraleja RM, Gómez-Campelo P. 2015; Common mental disorders in primary health care: differences between Latin American-born and Spanish-born residents in Madrid, Spain. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 50(3):429–443. [PubMed: 25273551]
- Salinero-Fort MÁ, Jimenez-García R, del Otero-Sanz L, de Burgos-Lunar C, Chico-Moraleja RM, Martín-Madrado C. 2012; Self-reported health status in primary health care: the influence of immigration and other associated factors. *PloS one*. 7(6):e38462. [PubMed: 22675564]
- Schnurr, P, Vielhauer, M, Weathers, F, FIndler, M. White River Junction, VT. National Center for PTSD; 1999. The brief trauma questionnaire.
- Seña AC, Hammer JP, Wilson K, Zeveloff A, Gamble J. 2010; Feasibility and acceptability of door-to-door rapid HIV testing among Latino immigrants and their HIV risk factors in North Carolina. *AIDS patient care and STDs*. 24(3):165–173. [PubMed: 20214484]
- Servicio Público de Empleo Estatal. 2013 Informe del Mercado de Trabajo de los Extranjeros.
- Solorio MR, Galvan FH. 2009; Self-reported HIV antibody testing among Latino urban day laborers. *Journal of the National Medical Association*. 101(12):1214–1220. [PubMed: 20070009]
- Solorio R, Forehand M, Simoni J. 2013; Attitudes towards and beliefs about HIV testing among Latino immigrant MSM: a comparison of testers and nontesters. *AIDS research and treatment*. 2013
- Solorio R, Norton-Shelpuk P, Forehand M, Martinez M, Aguirre J. 2014; HIV prevention messages targeting young Latino immigrant MSM. *AIDS research and treatment*. 2014:12.doi: 10.1155/2014/353092
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. 2006; A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 166(10):1092–1097. [PubMed: 16717171]
- StataCorp. Stata Statistical Software: Release 12. College Station, TX: StataCorp LP; 2011.
- Stephenson R, White D, Darbes L, Hoff C, Sullivan P. 2015; HIV testing behaviors and perceptions of risk of HIV infection among MSM with main partners. *AIDS and Behavior*. 19(3):553–560. [PubMed: 25081599]

- Suarez-Al-Adam M, Raffaelli M, O'Leary A. 2000; Influence of abuse and partner hypermasculinity on the sexual behavior of Latinas. *AIDS Education and Prevention*. 12(3):263. [PubMed: 10926129]
- Taylor B. 2001; HIV, stigma and health: Integration of theoretical concepts and the lived experiences of individuals. *Journal of advanced nursing*. 35(5):792–798. [PubMed: 11529982]
- United States Census Bureau. Profile America Facts for Features: CB 16-FF.16. 2016. Retrieved from <https://www.census.gov/content/dam/Census/newsroom/facts-for-features/2016/cb16-ff16.pdf>
- Wechsberg WM, Craddock SG, Hubbard RL. 1998; How are women who enter substance abuse treatment different than men?: A gender comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drugs & Society*. 13(1–2):97–115.
- White K, Rudolph AE, Jones KC, Latkin C, Benjamin EO, Crawford ND, Fuller CM. 2013; Social and individual risk determinants of HIV testing practices among noninjection drug users at high risk for HIV/AIDS. *AIDS care*. 25(2):230–238. [PubMed: 22834456]
- Wohl AR, Tejero J, Frye DM. 2009; Factors associated with late HIV testing for Latinos diagnosed with AIDS in Los Angeles. *AIDS care*. 21(9):1203–1210. [PubMed: 20024781]
- Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. 2007; A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of substance abuse treatment*. 32(2):189–198. [PubMed: 17306727]
- Zarza MJ, Sobrino Prados MI. 2007; Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. *Anales de psicología*. 23(1):72–84.

Table 1
 Sample Characteristics Including Individual, Cultural and Community Factors By Site (n=407)

	Total (n=407)	Boston (n=134)	Madrid (n=102)	Barcelona (n=171)	P-value (Barcelona vs. Boston)
	n	%/mean	%/mean	%/mean	
Sociodemographics					
Age	407	40.31 (11.66)	41.87 (12.99)	38.95 (10.68)	0.030
Gender					
Male	146	36%	33%	35%	.
Female	261	64%	67%	65%	0.681
Race					
Nonwhite	317	78%	77%	79%	.
White	90	22%	23%	21%	0.594
Economic status					
Live very well or comfortably	116	29%	29%	25%	.
Live check-to-check or poor	291	72%	71%	75%	0.373
Education Level					
Less than high school	159	39%	52%	32%	
HS Diploma, GED, vocational school, or more	248	61%	48%	68%	0.001
Clinical Profile					
Depression (PHQ-9)	407	8.22 (6.24)	8.16 (6.68)	8.25 (5.90)	0.895
Generalized Anxiety (GAD-7)	407	6.25 (5.31)	6.56 (5.96)	5.98 (4.91)	0.343
PTSD (PCL)	407	33.05 (17.24)	34.88 (18.43)	31.65 (16.81)	0.106
Drug Abuse (DAST)	407	0.74 (1.91)	0.85 (2.31)	0.67 (1.78)	0.445
Alcohol Abuse (AUDIT)	407	5.70 (7.83)	3.66 (7.02)	6.26 (8.02)	0.004
Benzodiazepines	407	2.58 (4.47)	2.68 (4.60)	2.48 (4.49)	0.701
Trauma Exposure					
No	70	17%	22%	18%	.
Yes	337	83%	78%	82%	0.292
Risky Sexual Behaviors (all binary)					
HIV+ Partner	5	1%	1%	2%	0.710

Author Manuscript

Author Manuscript

Author Manuscript

Author Manuscript

	Total (n=407)		Boston (n=134)		Madrid (n=102)		Barcelona (n=171)		P-value (Barcelona vs. Boston)	
	n	%/mean	sd	%/mean	sd	%/mean	sd	%/mean	sd	
HIV Concern	67	16%		19%		23%		11%		0.046
Non-monogamous sex	43	11%		7%		10%		14%		0.101
Infrequent Condom Use	266	65%		65%		64%		66%		0.831
Anal Sex	112	27%		25%		25%		31%		0.280
Alcohol/Substance Use Before Sex	117	29%		22%		34%		31%		0.062
Other Risk Factors	120	29%		31%		29%		29%		0.707
Cultural Factors										
Citizenship										
Noncitizen	155	38%		40%		30%		42%		
Citizen	252	62%		60%		70%		58%		0.728
Sense of Belonging										
No	117	29%		17%		33%		35%		
Yes	290	71%		83%		67%		65%		0.001
Mean years in U.S./Spain	407	15.12	(10.38)	22.12	(13.10)	11.78	(7.06)	11.62	(5.99)	<0.001
Number of home visit	407	0.33	(0.64)	0.40	(0.79)	0.31	(0.63)	0.28	(0.55)	0.113
Discrimination Scale	407	0.86	(1.21)	1.05	(1.31)	0.74	(1.05)	0.78	(1.21)	0.054
Ethnic Identity Scale	407	9.60	(2.16)	9.98	(2.02)	9.12	(2.36)	9.58	(2.12)	0.116
Family Conflict Scale	407	1.70	(1.99)	1.63	(2.09)	1.49	(1.67)	1.87	(2.09)	0.299
Recruitment Site										
Primary Care Clinics	290	71%		76%		62%		69%		
Mental Health Clinics	51	13%		16%		20%		12%		0.435
Substance Abuse Clinics	53	13%		8%		19%		13%		0.134
Community Agencies	13	3%		1%		0%		6%		0.022

Note: The full study sample consists of 567 patients. The sample used in this manuscript is limited to 404 non HIV clinic patients who had no missing values in HIV test. We impute the data to address the missing on sample characteristics. Column percentages are reported by site for categorical variables whereas mean and standard deviations are reported for continuous variables. Since Chi square test is not valid for multiple imputed data, we regressed each covariate on site to obtain the p-value. The P-values in regression represent the pair wise comparison to referent site (Boston).

Table 2**HIV Rates by Site - HIV Clinic Patients Removed**

	Boston		Madrid		Barcelona		<i>p</i> -value
	n	%	n	%	n	%	
Have you ever been tested for HIV?							
No	24	18%	42	41%	53	31%	0.000
Yes	110	82%	60	59%	118	69%	
Total	134		102		171		
What were the results if tested? (Excluding answer of "Don't know")							
Positive	1	1%	2	3%	3	3%	0.582
Negative	106	99%	58	97%	113	97%	
Total	107		60		116		

Note: Our full study sample consists of 567 patients. 520 people were recruited from non-HIV settings, out of which 407 were asked whether they had taken an HIV test.

Table 3

Associations Between HIV Testing and Sociodemographics, Clinical Characteristics, Risky Sexual Behaviors, Cultural, Contextual and Social Factors, and Community Characteristics (Presented as Odds Ratios (ORs))

	Model (1) Sociodemographics	Model (2) (1) + Clinical Profile	Model (3) (2) + Risky Sexual Behavior	Model (4) (3) + Cultural Factors	Model (5) (4) + Community Characteristics
Sociodemographics					
Site					
Boston	Reference				
Madrid	0.22 ^{***} [0.12-0.42]	0.18 ^{***} [0.09-0.36]	0.16 ^{***} [0.08-0.33]	0.15 ^{***} [0.06-0.37]	0.15 ^{***} [0.06-0.37]
Barcelona	0.35 ^{***} [0.19-0.63]	0.32 ^{***} [0.17-0.60]	0.30 ^{***} [0.16-0.59]	0.31 ^{**} [0.14-0.67]	0.32 ^{**} [0.15-0.70]
Age	0.98 [*] [0.96-1.00]	0.98 [0.96-1.00]	0.98 [*] [0.95-1.00]	0.97 [0.95-1.00]	0.97 [0.95-1.00]
Female	0.65 [0.40-1.05]	0.73 [0.43-1.24]	0.89 [0.50-1.57]	0.84 [0.47-1.51]	0.91 [0.50-1.64]
White	1.22 [0.69-2.15]	1.03 [0.56-1.87]	1.19 [0.63-2.25]	1.19 [0.61-2.31]	1.17 [0.60-2.29]
Economic Status					
Live very well or comfortably	Reference				
Live check-to-check or poor	1.06 [0.62-1.79]	0.98 [0.56-1.69]	1.07 [0.60-1.90]	1.22 [0.66-2.23]	1.19 [0.65-2.20]
Education level					
Less than high school	Reference				
HS diploma, GED, vocational school, or more	2.66 ^{***} [1.66-4.29]	2.75 ^{***} [1.67-4.53]	3.02 ^{***} [1.78-5.13]	3.35 ^{***} [1.91-5.85]	3.32 ^{***} [1.89-5.85]
Clinical Profile					
Depression (PHQ-9)					
Depression (PHQ-9)		0.94 [0.87-1.01]	0.93 [0.86-1.01]	0.93 [0.85-1.01]	0.94 [0.86-1.02]
Generalized Anxiety (GAD-7)					
Generalized Anxiety (GAD-7)		1.07 [0.98-1.16]	1.06 [0.97-1.15]	1.05 [0.96-1.15]	1.05 [0.95-1.15]

	Model (1) Sociodemographics	Model (2) (1) + Clinical Profile	Model (3) (2) + Risky Sexual Behavior	Model (4) (3) + Cultural Factors	Model (5) (4) + Community Characteristics
PTSD (PCL)	1.00	[0.98-1.02]	1.00	1.00	1.00
Drug Abuse (DAST)	1.14	[0.93-1.39]	1.10	1.10	1.08
Alcohol Abuse (AUDIT)	1.03	[0.99-1.07]	1.01	1.02	1.01
Benzodiazepines	1.12**	[0.96-1.06]	1.10*	1.10*	1.10*
Trauma Exposure	1.06	[1.01-1.22]	1.01-1.20]	[1.01-1.20]	[1.01-1.21]
			0.97	0.93	0.95
	[0.55-2.02]		[0.49-1.90]	[0.46-1.86]	[0.47-1.92]
Risky Sexual Behavior					
HIV+ Partner			1.25	0.97	0.90
			[0.11-14.67]	[0.08-11.46]	[0.07-11.47]
HIV Concern			2.27*	2.34*	2.38*
			[1.01-5.07]	[1.01-5.39]	[1.09-5.82]
Non-monogamous sex			1.41	1.59	1.50
			[0.57-3.49]	[0.61-4.09]	[0.57-3.91]
Infrequent Condom Use			1.91*	2.02*	2.01*
			[1.10-3.33]	[1.13-3.60]	[1.12-3.61]
Anal Sex			0.77	0.79	0.83
			[0.42-1.41]	[0.42-1.47]	[0.44-1.57]
Alcohol/Substance Use Before Sex			1.86	1.96	1.82
			[0.90-3.84]	[0.93-4.13]	[0.86-3.84]
Other Risk Factors			2.30*	2.20*	2.23*
			[1.16-4.55]	[1.07-4.50]	[1.07-4.65]
Cultural Factors					
Citizenship				0.64	0.65
				[0.35-1.17]	[0.35-1.20]
Sense of Belonging				1.48	1.52
				[0.79-2.76]	[0.80-2.87]

	Model (1) Sociodemographics	Model (2) (1) + Clinical Profile	Model (3) (2) + Risky Sexual Behavior	Model (4) (3) + Cultural Factors	Model (5) (4) + Community Characteristics
Mean Years in U.S./Spain				0.99 [0.96-1.03]	0.99 [0.95-1.03]
Number of Home Visits in the Past 12 Months				1.58 [0.96-2.60]	1.61 [0.97-2.67]
Discrimination Scale				1.31* [1.01-1.72]	1.31 [1.00-1.72]
Ethnic Identity Scale				0.91 [0.79-1.03]	0.90 [0.79-1.03]
Family Conflict Scale				0.93 [0.79-1.09]	0.93 [0.79-1.10]
Recruitment Site					
Primary Care Clinics					
Mental Health Clinics					0.77 [0.32-1.88]
Substance Abuse Clinics					2.29 [0.69-7.53]
Community Agencies					0.51 [0.13-1.97]

Note: Our full sample consists of 567 patients. The analytical sample is limited to 404 non HIV clinic patients who have no missing values in the HIV test. We impute the data to address the missing on sample characteristics. 95 percent confidence intervals (CIs) are reported in brackets.

* p<0.05,

** p<0.01,

*** p<0.001.



Original Investigation | Psychiatry

Evaluation of the Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action Among Latino Immigrants With Co-occurring Mental Health and Substance Misuse Symptoms

A Randomized Clinical Trial

Margarita Alegría, PhD; Irene Falgas-Bague, MD; Francisco Collazos, MD; Rodrigo Carmona Camacho, MD; Sheri Lapatin Markle, MIA; Ye Wang, PhD; Enrique Baca-García, MD; Benjamin Lê Cook, PhD; Ligia M. Chavez, PhD; Lisa Fortuna, MD; Lizbeth Herrera, MSc; Adil Qureshi, PhD; Zorangeli Ramos, PhD; Claudia González, MSc; Paloma Aroca, MA; Lucía Albarracín García, MSc; Lucía Cellerino, MSc; Ana Villar, BA; Naomi Ali, BS; Kim T. Mueser, PhD; Patrick E. Shrout, PhD

Abstract

IMPORTANCE Immigrants are at an increased risk for co-occurring mental health and substance misuse symptoms; however, effective treatments are lacking.

OBJECTIVE To evaluate the effectiveness of the Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action (IIDEA) program compared with enhanced usual care.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This effectiveness randomized clinical trial was conducted from September 2, 2014, to February 2, 2017, in 17 clinics or emergency departments and 24 community sites in Boston, Massachusetts, as well as in Madrid and Barcelona, Spain. Equal randomization (1:1) in 2-person blocks was used, assigning participants to either the IIDEA treatment group (n = 172) or the enhanced usual care control group (n = 169). Intent-to-treat analyses assessed effectiveness, and post hoc analyses examined whether results varied by symptom severity or treatment dose. Eligible participants were between 18 and 70 years of age, self-identified as Latino, screened positive for co-occurring symptoms, and were not receiving specialty behavioral health services.

INTERVENTIONS Participants were randomized to a 10-session IIDEA treatment or to enhanced usual care.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES Primary outcomes were changes in alcohol and drug misuse and results of a urine test for drug metabolites but not for alcohol misuse. Secondary outcomes were symptoms of depression, generalized anxiety, posttraumatic stress disorder, and overall mental health.

RESULTS In total, 341 participants were randomized to either the IIDEA treatment group (n = 172; 94 [54.7%] female, mean [SD] age, 33.5 [11.6] years) or the enhanced usual care control group (n = 169; 80 [47.3%] female, mean [SD] age, 34.3 [11.8] years). No statistically significant effects of IIDEA were found for primary drug and alcohol outcomes (ASI Lite–drug score: $\beta = -0.02$ [SE, 0.69; $P = .88$; Cohen d , 0.00; 95% CI, -0.17 to 0.17]; ASI Lite–alcohol score: $\beta = -0.01$ [SE, 1.19; $P = .66$; Cohen d , 0.00; 95% CI, -0.12 to 0.12]; urine drug test result: $\beta = -0.36$ [SE, 0.43; $P = .50$; OR, 0.70; 95% CI, 0.30-1.61]), but statistically significant effects were observed for secondary mental health outcomes. The IIDEA treatment was effective in reducing depressive symptoms per the Patient Health Questionnaire-9 score ($\beta = -1.14$; SE, 0.47; $P = .02$; Cohen d , 0.20 [95% CI, 0.04-0.36]),

(continued)

Key Points

Question Would a tailored behavioral health intervention reduce substance misuse and mental health symptoms, compared with enhanced usual care, in Latino immigrants with co-occurring mental health and substance misuse symptoms?

Findings In this randomized clinical trial from 3 sites of 341 immigrants with co-occurring mental health and substance misuse symptoms, the primary outcome of substance misuse did not change in the intent-to-treat analysis. Patients who received the treatment statistically significantly experienced decreased mental health symptoms, compared with controls under enhanced usual care, and only participants with moderate to severe symptoms who received the intervention statistically significantly reduced their substance misuse.

Meaning The intervention did not change drug misuse in a heterogeneous sample but did improve secondary mental health outcomes, a finding that might provide a path for treating Latino immigrants with co-occurring mental health symptoms whose symptoms are in the moderate-to-severe range.

+ Supplemental content

Author affiliations and article information are listed at the end of this article.

Open Access. This is an open access article distributed under the terms of the CC-BY License.

Abstract (continued)

posttraumatic stress disorder symptoms per the Posttraumatic Stress Disorder Checklist-5 score ($\beta = -3.23$; SE, 1.59; $P = .04$; Cohen d , 0.25 [95% CI, 0.01-0.37]), and overall mental health symptoms per the Hopkins Symptom Checklist-20 ($\beta = -0.20$; SE, 0.07; $P = .01$; Cohen d , 0.25 [95% CI, 0.08-0.42]) and composite mental health ($\beta = -3.70$; SE, 1.75; $P = .04$; Cohen d , 0.19 [95% CI, 0.01-0.36]) scores at the 6-month follow-up. Exploratory analyses suggested that 6-month treatment effects occurred for patients whose drug misuse was moderate to severe at the baseline assessment. Among patients with moderate to severe substance misuse, IIDEA substantially reduced substance use per the urine test results (odds ratio, 0.25 [95% CI, 0.09-0.67]; $P = .01$). Treatment dose showed small to large effect sizes by outcome.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE The IIDEA treatment did not change drug misuse but did improve secondary mental health and substance misuse outcomes for a heterogeneous population with moderate to severe symptoms; this finding provides a path for treating Latino immigrants with co-occurring mental health and substance misuse symptoms.

TRIAL REGISTRATION ClinicalTrials.gov Identifier: [NCT02038855](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02038855)

JAMA Network Open. 2019;2(1):e186927.

Corrected on February 15, 2019. doi:[10.1001/jamanetworkopen.2018.6927](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.6927)

Introduction

Immigrants in the United States, for example, are at risk for co-occurring mental health and substance misuse symptoms.¹ However, we know little about whether treatments that are effective for native-born populations are also helpful for foreign-born populations with co-occurring symptoms. Patients with co-occurring symptoms have more severe impairment; worse treatment outcomes; higher morbidity and mortality; increased treatment costs; and greater risk for homelessness, incarceration, and suicide than patients with either a mental health or substance misuse disorder alone.²⁻⁴ Because less than half of individuals with co-occurring symptoms access treatment,⁵ engagement of immigrants with co-occurring symptoms is a serious obstacle, given their fears of deportation, high rates of uninsurance, linguistic barriers, and discrimination.^{6,7} Identifying effective treatments for Spanish-speaking immigrants is particularly important, as Latino populations (eg, people from predominantly Spanish-speaking countries in North, Central, or South America and the Caribbean islands) are the largest and fastest-growing immigrant population in the United States⁸ and Spain,⁹ and they confront enormous barriers to accessing behavioral health treatments.¹⁰ Structural and institutional barriers⁶ mean that Latino individuals may be less likely to access evidence-based practices¹¹ or have poorer clinical outcomes than non-Latino individuals.¹²

The literature suggests that Latino immigrants with co-occurring symptoms could be well served by an intervention that is appropriate for a heterogeneous population, requires limited screening and resources, and is relevant to those with diverse symptom severity.^{13,14} Thus, we developed the Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action (IIDEA) program, a cognitive-restructuring, mindfulness-based therapy that includes substance-craving reduction and coping strategies, designed to provide culturally tailored and evidence-based care for Latino populations with co-occurring symptoms. We assessed IIDEA's effectiveness and compared it with the effectiveness of enhanced usual care in reducing substance misuse and improving mental health symptoms among Latino individuals with co-occurring mental health symptoms (depression, anxiety, and trauma symptoms) and substance misuse (use of drugs, alcohol, and prescription medication for a purpose not consistent with medical or legal guidelines).¹⁵ We describe the results of this multisite randomized clinical trial conducted in Spain (Madrid and Barcelona) and the United States (Boston, Massachusetts). We hypothesized that patients who received the IIDEA program

would show symptom reduction and a greater likelihood of substance use abstinence compared with those receiving enhanced usual care.

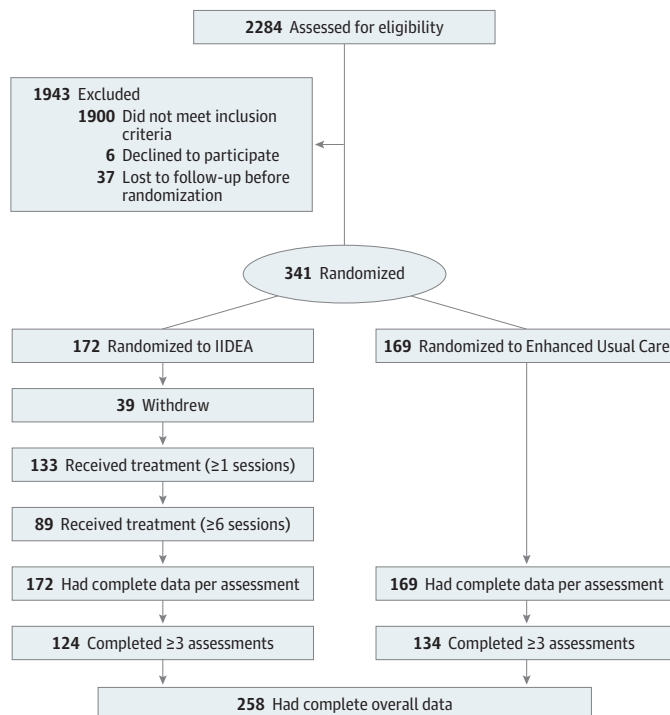
Methods

Study Design

This effectiveness trial¹⁶ used equal randomization (1:1) to the IIDEA treatment or to enhanced usual care and was conducted from September 2, 2014, to February 2, 2017, in 17 clinics or emergency departments and 24 community sites in Boston, Madrid, and Barcelona. The trial protocol is available in Supplement 1. This study followed the Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) guidelines, including the checklist and diagram to track participants during the enrollment and trial procedures (Figure). Human participation approval was obtained from the institutional review boards of all 3 participating institutions (Massachusetts General Hospital, Vall d'Hebron University Hospital, and Fundación Jimenez Diaz). All participants provided written informed consent.

Treatment consisted of 10 to 12 sessions, lasting 45 to 75 minutes each, of the IIDEA cognitive behavioral intervention, which was adapted for diverse Latino patients; details of the cultural adaptation of IIDEA are included in eAppendix 2 in Supplement 2. Trained clinicians at the sites delivered the treatment for 3 to 6 months in person or by telephone, and the sessions were audio-recorded for quality control. A care manager at the sites contacted the enhanced usual care group to assess their symptoms, ensure safety, and assist with referrals. Patients in the enhanced usual care group met with their primary care physician as usual, if they were in care. Research assistants, who were blind to study randomization, assessed the outcomes (including results of a urine drug screen) at 2, 4, 6, and 12 months after baseline between November 3, 2014, and February 28, 2017. Participants received \$30 (in the United States) or €25 (in Spain) for each assessment, and the incentives increased to \$50 (or €30) for the 6- and 12-month assessments. An independent advisory board was consulted annually during the study period. For quality control purposes, data collection supervisors (L.H., L.C., P.A., and A.V.) listened to the first 3 interviews for each research assistant and

Figure. CONSORT Flow Diagram



IIDEA indicates Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action.

a random 15% of the sample. Detailed information on the study design is in eFigure 1 and eAppendix 1 in Supplement 2.

Participants and Recruitment Sites

Bilingual (English and Spanish) study staff enrolled participants through direct contact in primary care clinic waiting rooms, emergency departments, and Latino-serving community-based organizations or through referrals by health care professionals or other participants. We met with clinic- or community-based organization leaders and staff to present our study and tailor recruitment to each site.

Eligible participants were 18 to 70 years of age, self-identified as Latino, screened positive for co-occurring symptoms, and were not receiving or about to receive specialty behavioral health services (ie, therapy sessions with a psychiatrist, psychologist, or social worker) in the previous 3 months or the upcoming month. Positive co-occurring screening symptoms included an affirmative response to 2 questions about mental health and 2 about substance misuse on the AC-OK (AC [Cherry and Dillon], OK [Oklahoma])¹⁷ screener, a 15-item questionnaire validated in Spanish. This cutoff point provided 0.95 sensitivity, 0.62 specificity, and 0.90 area under the curve for mental health as well as 0.68 sensitivity, 0.90 specificity, and 0.83 area under the curve for substance misuse, when compared with validated screener measures.¹⁸ The same cutoff point provided 0.67 sensitivity and 0.74 specificity for screening co-occurring symptoms.

Potential participants were excluded if they lacked the capacity to consent (assessed by a validated screener)¹⁹ or reported imminent suicidal ideation (assessed with the Paykel Suicide Scale).²⁰ Those excluded for suicidality were clinically assessed and referred to urgent care, with the opportunity to rescreen after a 30-day period. When research assistants detected cognitive impairment associated with intoxication or severe substance use during the screening and/or assessments, they included a note in the data and reported the details to study supervisors. The research team discussed possible referral for detoxification services at study supervision meetings and followed each case to determine if the individual could potentially take part in the trial once stabilized.

Randomization and Masking

A study investigator (B.L.C.) generated a stratified block-randomization scheme²¹ that assigned eligible participants to the treatment or enhanced usual care groups in a 1:1 ratio for each 2-person block. Stratified by recruitment site and then clinician, each patient had a 50% chance of being assigned to the intervention condition. The project coordinator at each site (who was not involved in data collection) randomized patients after obtaining informed consent and baseline assessment. Research assistants, blinded to the study condition, administered the follow-up assessments. Care managers and clinicians were not blinded.

Enhanced Usual Care and IIDEA Groups

Participants in the enhanced usual care group continued usual care with their primary care physician, if available. A care manager contacted enhanced usual care participants once every 3 weeks during the treatment period (5 calls within a 6-month period) to administer the same assessment used in the treatment sessions. This monitoring ensured that participants were not deteriorating, or if they were, the care manager assisted them with referrals to mental health or social services.

The IIDEA intervention is a transdiagnostic manualized therapy that addresses elevated mental health symptoms and symptoms of drug, alcohol, and benzodiazepine misuse; in this trial, this intervention was tailored specifically for Latino individuals. The intervention integrates cognitive behavioral therapy, motivational interviewing, mindfulness practice, and cognitive restructuring. The substance misuse component includes strategies for reducing cravings, preventing relapse, strengthening coping skills, and preventing HIV or risk for sexually transmitted infections. The IIDEA treatment concludes with the creation of a self-care plan, practice of learned skills, and additional

booster sessions if needed. In this trial, IIDEA treatment was conducted in the participant's preferred language (English or Spanish) and was offered at home if there were childcare or illness constraints. Detailed information can be found in eAppendix 2 in [Supplement 2](#).

Therapists and Treatment Fidelity

The intervention was delivered weekly or biweekly by clinicians with a master's degree or higher (psychiatry residents, psychologists, social workers, and counselors). Clinician training consisted of 50 hours of didactic instruction and role play. Supervisors rated the first 2 sessions and a random 15% of the total sample of sessions on a standardized fidelity scale (eAppendix 2 in [Supplement 2](#)). Clinician fidelity was 84.8%. Weekly telephone supervisor meetings facilitated case review and treatment fidelity across the sites, with an interrater agreement of 94.6% among 9 supervisors (eAppendix 2 in [Supplement 2](#)).

Outcome Measures

Primary outcome measures were changes in the drug ($\alpha = .84$; score range, 0-1; cutoff score, >0.1) and alcohol ($\alpha = .70$; score range, 0-1; cutoff score, >0.1) components of the Addiction Severity Index (ASI) Lite,²² which evaluates lifetime and past 30-day behaviors, as well as changes in urine drug test findings (DrugCheck Nx; TransMed),²³ which checks for a binary outcome of drug metabolites and use of any 6 drug types (amphetamine, benzodiazepine, cocaine, methamphetamine, heroin, and marijuana) but not for alcohol misuse. Secondary outcome measures were the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ($\alpha = .85$; score range, 0-27; cutoff score, >10) for depressive symptoms²⁴; the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) ($\alpha = .86$; score range, 0-21; cutoff score, >10)²⁵ for generalized anxiety symptoms; the Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist (PCL-5) ($\alpha = .94$; score range, 0-80; cutoff score, >33)²⁶ for PTSD symptoms; and the Hopkins Symptom Checklist (HSCL-20) ($\alpha = .94$; score range, 0-4; cutoff score, >1.5)²⁷ for overall mental health symptoms. All of these measures have been validated in both English and Spanish^{28,29} (eTable 1 in [Supplement 2](#) provides a detailed description of each instrument).

We created a composite measure for substance use symptoms, using the Alcohol Use Disorders Identification Test ($\alpha = .78$; score range, 0-12),³⁰ Drug Abuse Screening Test ($\alpha = .87$; score range, 0-10),³¹ and selected items with high internal consistency from the Benzodiazepine Dependence Questionnaire ($\alpha = .90$; score range, 0-27)³² as well as a composite construct for mental health, using PHQ-9, GAD-7, and PCL-5. Each component measure was standardized to a scale of 0 to 100, and the composite was formed on the basis of their mean. The cutoff scores for mental health were 35 points or higher and for substance misuse 20 points or higher. We updated 2 measures from the originally registered protocol (eTable 1 in [Supplement 2](#)). We also collected demographic data and other social and cultural characteristics of the participants for secondary analysis (eTable 1 in [Supplement 2](#)).

Statistical Analysis

The patient sample size ($n = 360$) was chosen to achieve adequate power to detect meaningful effect sizes on the primary outcomes.³³ The actual sample ($n = 341$) approximates the target sample size with attrition. We used effect sizes from similar studies with Latino populations and a pilot study³⁴ to estimate the sample needed to have 80% power to detect substantial treatment effects. Our primary analyses used intent-to-treat principles and focused on treatment effects at intervention completion (at most, 6 months after baseline). Effect sizes were calculated in the metric of odds ratio (OR) for binary outcomes and in the metric of Cohen d for continuous outcomes. The ORs were calculated as an exponent of the regression coefficient from the estimated logit model. Approximate 95% CIs are reported here, assuming the regression coefficients are normally distributed approximately.

The 4 postrandomization assessments were included in multilevel mixed models. To account for missing data or incomplete assessments, we used multiple imputations via chained equations (eAppendix 3 and eTable 5 in [Supplement 2](#)).²¹ The mixed model included a term to account for linear

change in outcomes, a different slope between 6-month and 12-month assessments, and a random effect for intercept (eAppendix 4 in Supplement 2). Site was represented by dummy-coded variables, with Boston as the reference category. The treatment group was dummy coded, with 1 for intervention and 0 for control. Time of assessment was coded in months and centered at the 6-month assessment, yielding codes -4 for the 2-month, -2 for the 4-month, 0 for the 6-month, and 6 for the 12-month assessments. This coding allows the dummy-coded treatment effect to reflect the contrast at 6 months.

To account for possible deviation from the linear time trend at 12 months, we included a variable coded 0 for the first 3 assessments and 6 for the final assessment. We tested whether the differences between control and intervention were attenuated over time. The hierarchical nature of multilevel models and clustered robust SEs accounted for the longitudinal data structure and nonindependence of patient outcomes nested within clinicians or clinics. Because the randomization balances observed and unobserved confounders, our main analysis controls for no further covariates. Even after adjusting for possible confounders, we observed no differences from the main results. We examined in post hoc analyses whether the treatment effect was stronger among those with moderate to severe symptoms (compared with mild) at the baseline assessment (eFigure 2 in Supplement 2) and among those who received sessions primarily by telephone (compared with in person).

We conducted additional prespecified analyses to determine whether the treatment effect on symptom reduction varied by *dose*, defined as the number of intervention sessions patients received. The dose variable was categorized as 0 (enhanced usual care control group and treatment group with no sessions), 1 to 3 sessions (minimal intervention), or 4 or more sessions (adequate intervention). Although these analyses no longer relied on randomization, they evaluated whether a greater dose was associated with stronger benefits for 6-month outcomes. Statistical significance was indicated by 2-sided $P \leq .05$ using 2-tailed t tests at $\alpha = .05$. Analyses were conducted in Stata, version 15 (StataCorp LLC).²¹

Results

Overall, 341 participants enrolled across the 3 participating institutions between September 2, 2014, to May 27, 2016 (Figure).³⁵ Participants were randomized to either the IIDEA treatment group ($n = 172$, of whom 78 [45.3%] were male and 94 [54.7%] were female, with a mean [SD] age of 33.5 [11.6] years) or the enhanced usual care control group ($n = 169$, of whom 89 [52.7%] were male and 80 [47.3%] were female, with a mean [SD] age of 34.3 [11.8] years). Participants originated from 17 countries (not including the United States or Spain) and had lived in the host countries from less than 1 year to more than 30 years. Of the 341 participants, 311 (91.2%) were Latino immigrants born outside of the United States or Spain. **Table 1** presents the sociodemographic and clinical characteristics at baseline. No baseline differences were seen between the treatment and control groups. More than 50 participants (31.4%) in each group had positive findings from urine drug tests at baseline.

Of the 172 individuals enrolled in IIDEA, 89 (51.7%) attended more than 6 sessions (covering the core elements), 44 (25.6%) attended 1 to 5 sessions, and 39 (22.7%) did not initiate treatment (0 sessions). Participants aged 35 years or older; with a high school diploma, General Educational Development, or higher educational level; and with no children were substantially more likely to complete treatment. Compared with participants who did not complete treatment at baseline, those who completed had statistically significantly higher mental health symptoms on the HSCL-20 ($t = 3.03$; $P = .003$) and the Benzodiazepine Dependence Questionnaire ($t = 2.85$; $P = .005$).

Table 2 presents the results of the intent-to-treat analysis for primary and secondary outcomes. With regard to the primary outcomes, no statistically significant treatment effects on substance use were found at the 6-month follow-up (ASI Lite-drug score: $\beta = -0.02$ [SE, 0.69; $P = .88$; Cohen d , 0.00; 95% CI, -0.17 to 0.17]; ASI Lite-alcohol score: $\beta = -0.01$ [SE, 1.19; $P = .66$; Cohen d , 0.00; 95% CI, -0.12 to 0.12]; urine drug test result: $\beta = -0.36$ [SE, 0.43; $P = .50$; OR, 0.70; 95% CI, 0.30-1.61]).

Table 1. Baseline Characteristics of the Intent-to-Treat Population

Variable	IIDEA Treatment Group (n = 172)	EUC Control Group (n = 169)
Characteristics, No. (%) ^a		
Study site location		
Boston, Massachusetts	44 (25.6)	37 (21.9)
Madrid, Spain	41 (23.8)	43 (25.4)
Barcelona, Spain	87 (50.6)	89 (52.7)
Age		
18-34 y	100 (58.1)	96 (56.8)
35-49 y	48 (27.9)	48 (28.4)
≥50 y	24 (14.0)	25 (14.8)
Sex		
Male	78 (45.3)	89 (52.7)
Female	94 (54.7)	80 (47.3)
Race/ethnicity		
White	29 (17.0)	31 (18.3)
Black	9 (5.3)	9 (5.3)
Indigenous/Native American	9 (5.3)	17 (10.1)
Latino/Caribbean	21 (12.3)	14 (8.3)
Mixed	103 (60.2)	98 (58.0)
Educational level		
<High school diploma	68 (39.5)	63 (37.3)
≥High school diploma, GED, or vocational school	104 (60.5)	106 (62.7)
Total personal income before tax in past year		
<US \$15 000	142 (83.5)	149 (88.7)
≥US \$15 000	28 (16.5)	19 (11.3)
Recruitment source		
Primary care clinic	75 (43.6)	73 (43.2)
Community-based organization	40 (23.3)	38 (22.5)
Emergency department	10 (5.8)	9 (5.3)
Patient referral	47 (27.3)	49 (29.0)
Citizenship status (United States or Spain)		
Noncitizen	78 (46.2)	69 (41.3)
Citizen	91 (53.8)	98 (58.7)
Sense of belonging		
No	70 (40.9)	69 (41.3)
Yes	101 (59.1)	98 (58.7)
Time in United States or Spain, mean (SD), y		
	10.03 (8.61)	10.96 (8.76)
Home country visits in past 12 mo, mean (SD), No.		
	0.20 (0.46)	0.31 (0.58)
Measures outcome, mean (SD) ^b		
Discrimination scale score	17.91 (8.20)	17.97 (7.75)
Ethnic identity scale score	9.44 (1.88)	9.49 (2.08)
Family conflict scale score	2.25 (2.01)	2.21 (1.91)
ASI Lite-drug score	0.04 (0.07)	0.05 (0.09)
ASI Lite-alcohol score	0.22 (0.21)	0.21 (0.17)
PHQ-9-depression score	10.88 (5.52)	10.96 (5.95)
GAD-7 score	8.53 (4.91)	8.65 (5.24)
PCL-5 score	27.19 (16.87)	25.73 (17.54)
HSCL-20 score	1.55 (0.78)	1.48 (0.82)
Mental health score ^c	38.30 (19.46)	37.99 (20.63)
Substance use score ^c	21.38 (14.26)	23.21 (14.78)
DAST-10 score	1.27 (2.14)	1.46 (2.46)
AUDIT-C score	5.20 (3.57)	5.60 (3.35)
BDEPQ score	2.13 (4.28)	2.11 (4.23)
Mindfulness score ^c	3.75 (1.09)	3.78 (1.10)

(continued)

Table 1. Baseline Characteristics of the Intent-to-Treat Population (continued)

Variable	IIDEA Treatment Group (n = 172)	EUC Control Group (n = 169)
Positive urine test result, No. (%) ^d		
No	118 (68.6)	116 (68.6)
Yes	54 (31.4)	53 (31.4)
Trauma exposure, No. (%)		
No	15 (8.7)	13 (7.7)
Yes	157 (91.3)	156 (92.3)

Abbreviations: ASI, Addiction Severity Index (score range, 0-1); AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test (score range, 0-12); BDEPQ, Benzodiazepine Dependence Questionnaire (score range, 0-27); DAST, Drug Abuse Screening Test (score range, 0-10); EUC, enhanced usual care; GAD, Generalized Anxiety Disorder (score range, 0-21); GED, General Educational Diploma; HSCL, Hopkins Symptom Checklist (score range, 0-4); IIDEA, Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action; PCL, Posttraumatic Stress Disorder Checklist (score range, 0-80); PHQ, Patient Health Questionnaire (score range, 0-27).

^a Demographic and clinical characteristics are presented before the imputation of missing data for race/ethnicity (missing 1 observation), personal income (missing 3), citizenship status (missing 5), sense of belonging (missing 3), number of years in United States or Spain (missing 33), and number of home country visits (missing 2). The following measures are missing 2 observations each: discrimination scale (score range, 9-54, with higher scores indicating more discrimination), racial/ethnic identity scale (score range, 3-12, with higher scores indicating closer identification with others from the same culture or ethnic/racial descent), and family conflict scale (score range, 0-8, with higher scores indicating more family conflicts).

^b Missing observations of baseline outcomes are list-wise deleted and SDs from the available data are reported. Mean baseline responses remain almost the same with the imputed data, except that IIDEA participants have slightly higher baseline HSCL-20 scores than the EUC participants in the imputed data. For all outcomes of substance use and mental health measures, higher scores indicate more symptoms and higher severity level.

^c Mental health and substance use score range: 0 to 100; mindfulness score range: 1 to 6.

^d Positive urine test result shows a binary outcome of drug metabolite and use of any of the 6 drug types (amphetamine, benzodiazepine, cocaine, methamphetamine, heroin, and marijuana), but it does not show alcohol misuse.

No adverse effects were identified in any intervention cases. However, the analysis of secondary outcomes showed that IIDEA was effective in decreasing depressive symptoms per the PHQ-9 score ($\beta = -1.14$; SE, 0.47; $P = .02$; Cohen d , 0.20; 95% CI, 0.04-0.36), PTSD symptoms per the PCL-5 score ($\beta = -3.23$; SE, 1.59; $P = .04$; Cohen d , 0.25; 95% CI, 0.01-0.37), and overall mental health symptoms per the HSCL-20 ($\beta = -0.20$; SE, 0.07; $P = .01$; Cohen d , 0.25; 95% CI, 0.08-0.42) and composite mental health ($\beta = -3.70$; SE, 1.75; $P = .04$; Cohen d , 0.19; 95% CI, 0.01-0.36) scores at the 6-month follow-up.

Table 3 reports results of exploratory analyses of whether intervention effects were moderated by baseline symptom severity. For those with moderate to severe baseline substance use and mental health symptoms, IIDEA was effective in reducing substance use per the urine test result (OR, 0.25; 95% CI, 0.09-0.67; $P = .01$), depression per the PHQ-9 score (Cohen d , 0.38; 95% CI, 0.15-0.62; $P = .001$), anxiety per the GAD-7 score (Cohen d , 0.34; 95% CI, 0.06-0.63; $P = .02$), PTSD per the PCL-5 score (Cohen d , 0.37; 95% CI, 0.08-0.65; $P = .01$), and overall mental health (Cohen d , 0.44; 95% CI, 0.21-0.67; $P < .001$) symptoms, when compared with the enhanced usual care control counterparts. The treatment effects on substance use and the urine test results at 6 months were statistically significantly larger for those with moderate to severe baseline symptoms than those with mild symptoms (ASI Lite—drug score: $\beta = -4.71$ [SE, 2.25; $P = .04$; Cohen d , 0.59; 95% CI, 0.04-1.13]; urine test result: $\beta = -1.64$ [SE, 0.47; $P < .001$; OR, -1.64; 95% CI, 0.07-0.49]). With regard to secondary outcomes, reduction in mental health symptoms was also greater among participants with moderate to severe mental health symptoms (PHQ-9 score: $\beta = -2.28$ [SE, 0.72; $P = .001$; Cohen d , 0.40; 95% CI, 0.15-0.64]; GAD-7 score: $\beta = -1.72$ [SE, 0.78; $P = .03$; Cohen d , 0.34; 95% CI, 0.04-0.64]; PCL-5 score: $\beta = -5.35$ [SE, 2.71; $P = .048$; Cohen d , 0.31; 95% CI, 0.01-0.64]; HSCL-20 score: $\beta = -0.31$ [SE, 0.10; $P = .003$; Cohen d , 0.39; 95% CI, 0.14-0.63]), in contrast to those with mild symptoms.

Table 4 shows that an adequate dose (>4 sessions) was associated with decreasing drug use ($\beta = -1.37$; SE, 0.67; $P = .048$; Cohen d , 0.17; 95% CI, 0.01- 0.33) and lowering the substance use composite score ($\beta = -4.04$; SE, 1.19; $P = .002$; Cohen d , 0.28; 95% CI, 0.12-0.44). Compared with those who received fewer than 4 sessions, participants who received 4 or more sessions also improved their depressive symptoms per the PHQ-9 score ($\beta = -1.70$; SE, 0.65; $P = .01$; Cohen d , 0.30; 95% CI, 0.07-0.52), anxiety per the GAD-7 score ($\beta = -1.27$; SE, 0.58; $P = .04$; Cohen d , 0.25; 95% CI, 0.03-0.48), and PTSD per the PCL-5 score ($\beta = -4.90$; SE, 2.11; $P = .03$; Cohen d , 0.29; 95% CI, 0.04-0.53) as well as their HSCL-20 ($\beta = -0.30$; SE, 0.10; $P = .01$; Cohen d , 0.37; 95% CI, 0.13-0.62) and composite mental health ($\beta = -6.38$; SE, 2.29; $P = .01$; Cohen d , 0.32; 95% CI, 0.09-0.54) scores. A sensitivity analysis suggested larger treatment effects for those who received 6 or more sessions (eTable 2 in Supplement 2).

Compared with Boston patients, Barcelona patients had a statistically significantly lower GAD-7 score ($t = -2.41$; $P = .02$), PCL-5 score ($t = -3.69$; $P < .001$), and HSCL-20 score ($t = -1.99$; $P = .047$) at 6-month follow-up after adjusting for baseline severity, whereas Madrid patients had similar scores to those of Boston patients, except for PCL-5 score ($t = -2.04$; $P = .04$). Six-months after baseline, Madrid and Barcelona patients were like those in Boston in substance use severity and urine test results. No evidence of differential effectiveness by site was found, except for PHQ-9 score, in which the intervention effect appeared to be smaller in the Madrid patients (eTable 3 in Supplement 2) than in the Boston patients. The negative time coefficients suggest a decline in the mental health symptoms and alcohol use up to the 6-month follow-up for both IIDEA and enhanced usual care groups over time.

Most IIDEA patients received the treatment in person (98 [73.7%] in person vs 35 [26.3%] by telephone). In-person patients were more likely to experience improvement (eTable 4 in Supplement 2). These results are robust for alternative modeling strategies, estimation methods, and how missing data were handled (eAppendix 4 in Supplement 2). In addition, the results remain significant after Benjamini-Hochberg adjustment, assuming a false discovery rate of 0.15.

Table 2. Primary and Secondary Outcomes Evaluated at 6-Month Follow-up of the Intent-to-Treat Population

Characteristic	β (SE)								
	ASI Lite-Drug Score ^a	ASI Lite-Alcohol Score ^a	Positive Urine Test Result ^b	PHQ-9 Score	GAD-7 Score	PCL-5 Score	HSCL-20 Score	Mental Health Score	Substance Use Score
IIDEA	-0.02 (0.69)	-0.01 (1.19)	-0.36 (0.43)	-1.14 (0.47) ^c	-0.61 (0.45)	-3.23 (1.59) ^c	-0.20 (0.07) ^d	-3.70 (1.75) ^c	-1.27 (1.09)
Time ^e	-0.10 (0.16)	-1.00 (0.34) ^d	0.02 (0.08)	-0.40 (0.11) ^f	-0.46 (0.09) ^f	-1.45 (0.31) ^f	-0.07 (0.01) ^f	-1.82 (0.36) ^f	-0.54 (0.26) ^c
IIDEA × time	0.10 (0.17)	0.51 (0.38)	-0.06 (0.12)	-0.03 (0.15)	0.14 (0.12)	0.55 (0.48)	-0.00 (0.02)	0.41 (0.52)	0.08 (0.38)
(Time - t) ^g	0.07 (0.21)	1.01 (0.43) ^c	-0.05 (0.11)	0.30 (0.16)	0.47 (0.13) ^f	1.15 (0.40) ^d	0.06 (0.02) ^d	1.60 (0.50) ^d	0.55 (0.33)
IIDEA × (time - t)	-0.11 (0.26)	-0.56 (0.51)	0.09 (0.18)	0.18 (0.20)	-0.16 (0.17)	-0.27 (0.61)	0.01 (0.03)	-0.14 (0.68)	-0.18 (0.52)
Madrid, Spain sites ^h	-0.28 (0.77)	0.41 (1.65)	-0.44 (0.33)	0.02 (0.43)	-0.25 (0.46)	-2.60 (1.27) ^c	-0.05 (0.08)	-1.28 (1.62)	2.47 (1.29)
Barcelona, Spain sites	-0.17 (0.60)	-0.38 (0.81)	-0.25 (0.34)	-0.53 (0.39)	-0.91 (0.38) ^c	-4.11 (1.11) ^f	-0.13 (0.06) ^c	-3.14 (1.39) ^c	2.02 (0.88) ^c
Baseline outcome	0.57 (0.04) ^f	0.47 (0.04) ^f	2.86 (0.30) ^f	0.53 (0.04) ^f	0.49 (0.04) ^f	0.55 (0.04) ^f	0.49 (0.04) ^f	0.59 (0.04) ^f	0.51 (0.04) ^f
Constant	1.95 (0.78) ^c	6.89 (1.44) ^f	-1.85 (0.38) ^f	2.66 (0.52) ^f	2.62 (0.49) ^f	8.92 (1.63) ^f	0.44 (0.08) ^f	8.46 (2.04) ^f	5.57 (1.27) ^f

Abbreviations: ASI, Addiction Severity Index (score range, 0-1); GAD, Generalized Anxiety Disorder (score range, 0-21); HSCL, Hopkins Symptom Checklist (score range, 0-4); IIDEA, Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action; PCL, Posttraumatic Stress Disorder Checklist (score range, 0-80); PHQ, Patient Health Questionnaire (score range, 0-27).

^a ASI Lite-drug and ASI Lite-alcohol scores range from 0 to 1, but participant scores on these measures were rescaled to a range of 0 to 100 before regression analyses (ie, multiplied by 100). This adjustment was made to ensure meaningful regression estimates.

^b Positive urine test result shows a binary outcome of drug metabolite and use of any of the 6 drug types (amphetamine, benzodiazepine, cocaine, methamphetamine, heroin, and marijuana), but it does not show alcohol misuse. Coefficients in terms of the log odds are reported for binary outcome.

^c $P < .05$.

^d $P < .01$.

^e Time is a continuous variable that equals to -4 for research assessment 2, -2 for research assessment 2, 0 for research assessment 3, and 6 for research assessment 5.

^f $P < .001$.

^g Time - t is a continuous variable that equals to 6 for research assessment 5 and 0 otherwise; t denotes the time when treatment ends, which equals to 6.

^h The reference group comprises patients in the enhanced usual care control group, and the reference site is Boston, Massachusetts.

Discussion

We evaluated IIDEA, a culturally tailored intervention that integrates the treatment of mental health symptoms and substance misuse for Latino immigrants with some level of co-occurring symptoms. No IIDEA effect on the primary alcohol and drug outcomes was found in the treatment group, but the

Table 3. Primary and Secondary Outcomes by Baseline Severity Level Evaluated at 6-Month Follow-up of the Intent-to-Treat Population

Characteristic	β (SE)								
	ASI Lite-Drug Score	ASI Lite-Alcohol Score	Positive Urine Test Result	PHQ-9 Score	GAD-7 Score	PCL-5 Score	HSCL-20 Score	Mental Health Score	Substance Use Score
IIDEA reference ^a	0.53 (0.46)	-0.22 (1.51)	0.25 (0.45)	0.10 (0.51)	-0.00 (0.50)	-0.93 (1.72)	-0.05 (0.08)	0.90 (1.86)	-0.83 (1.22)
IIDEA moderate to severe at baseline ^b	-4.71 (2.25) ^c	2.27 (1.95)	-1.64 (0.47) ^d	-2.28 (0.72) ^e	-1.72 (0.78) ^c	-5.35 (2.71) ^c	-0.31 (0.10) ^e	-9.79 (2.97) ^d	-1.48 (2.08)
Moderate to severe at baseline	13.20 (1.58) ^d	10.22 (1.89) ^d	3.70 (0.38) ^d	6.18 (0.50) ^d	5.12 (0.50) ^d	18.84 (1.83) ^d	0.73 (0.09) ^d	23.31 (2.07) ^d	11.99 (1.61) ^d
Time	-0.10 (0.16)	-1.00 (0.34) ^e	0.02 (0.08)	-0.40 (0.11) ^d	-0.46 (0.09) ^d	-1.45 (0.31) ^d	-0.07 (0.01) ^d	-1.82 (0.36) ^d	-0.54 (0.26) ^c
IIDEA × time	0.10 (0.17)	0.51 (0.38)	-0.06 (0.12)	-0.03 (0.15)	0.14 (0.12)	0.55 (0.48)	-0.00 (0.02)	0.41 (0.52)	0.08 (0.38)
(Time - t)	0.07 (0.21)	1.01 (0.43) ^c	-0.05 (0.12)	0.30 (0.16)	0.47 (0.13) ^d	1.15 (0.40) ^e	0.06 (0.02) ^e	1.60 (0.50) ^e	0.55 (0.33)
IIDEA × (time - t)	-0.11 (0.26)	-0.56 (0.51)	0.09 (0.18)	0.18 (0.20)	-0.16 (0.17)	-0.27 (0.61)	0.01 (0.03)	-0.14 (0.68)	-0.18 (0.52)
Madrid, Spain sites	-0.39 (0.97)	-0.58 (2.68)	-0.39 (0.32)	0.17 (0.47)	-0.26 (0.51)	-1.89 (1.45)	-0.02 (0.10)	-0.36 (1.97)	1.85 (1.81)
Barcelona, Spain sites	-0.75 (0.67)	-2.93 (1.46) ^c	-0.20 (0.34)	-1.00 (0.39) ^c	-1.25 (0.39) ^e	-6.11 (1.31) ^d	-0.18 (0.07) ^c	-5.50 (1.59) ^d	1.40 (1.23)
Constant	2.89 (0.71) ^d	11.36 (1.63) ^d	-2.19 (0.40) ^d	5.32 (0.42) ^d	5.13 (0.38) ^d	17.60 (1.40) ^d	0.85 (0.09) ^d	19.70 (1.65) ^d	11.36 (1.18) ^d
Effect size (95% CI) ^f	0.52 (-0.06 to 1.1)	0.10 (-0.05 to 0.26)	0.25 (0.09 to 0.67) ^e	0.38 (0.15 to 0.62) ^e	0.34 (0.06 to 0.63) ^c	0.37 (0.08 to 0.65) ^c	0.44 (0.21 to 0.67) ^d	0.44 (0.18 to 0.71) ^e	0.16 (-0.10 to 0.41)

Abbreviations: ASI, Addiction Severity Index (score range, 0-1); GAD, Generalized Anxiety Disorder (score range, 0-21); HSCL, Hopkins Symptom Checklist (score range, 0-4); IIDEA, Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action; PCL, Posttraumatic Stress Disorder Checklist (score range, 0-80); PHQ, Patient Health Questionnaire (score range, 0-27).

^a The reference is mild symptoms at baseline.

^b Moderate to severe symptoms at baseline is a dummy-coded indicator that equals to 1 if baseline severity equals or exceeds the moderate symptoms of the outcome and to 0 if otherwise (eAppendix 4 in Supplement 2).

^c P < .05.

^d P < .001.

^e P < .05.

^f Effect sizes were calculated in the metric of odds ratio for binary outcomes and Cohen d for continuous outcomes; approximate 95% CIs are reported here. For participants with moderate to severe symptoms at baseline, the treatment effect size was derived from the model estimates for each outcome.

Table 4. Participation in IIDEA Treatment Evaluated at 6-Month Follow-up^a

Characteristic	β (SE)								
	ASI Lite-Drug Score	ASI Lite-Alcohol Score	Positive Urine Test Result	PHQ-9 Score	GAD-7 Score	PCL-5 Score	HSCL-20 Score	Mental Health Score	Substance Use Score
IIDEA patients with 0-3 sessions	1.44 (0.89)	2.74 (1.70)	-0.19 (0.45)	-0.70 (0.69)	0.55 (0.77)	-0.80 (2.10)	-0.01 (0.09)	0.14 (2.80)	3.47 (2.09)
IIDEA patients with ≥4 sessions	-1.37 (0.67) ^b	-0.89 (1.38)	-0.60 (0.52)	-1.70 (0.65) ^b	-1.27 (0.58) ^b	-4.90 (2.11) ^b	-0.30 (0.10) ^c	-6.38 (2.29) ^c	-4.04 (1.19) ^c
Madrid, Spain sites ^d	-1.27 (1.12)	-1.14 (2.21)	-0.40 (0.60)	-0.24 (0.71)	-0.45 (0.70)	-2.34 (1.72)	-0.02 (0.13)	-1.97 (2.32)	1.39 (1.66)
Barcelona, Spain sites	-1.39 (0.82)	-0.28 (1.32)	-0.53 (0.36)	-1.52 (0.65) ^b	-1.50 (0.39) ^e	-5.73 (1.22) ^e	-0.18 (0.10)	-6.13 (1.62) ^e	0.12 (1.09)
Baseline outcome	0.61 (0.08) ^e	0.44 (0.05) ^e	2.28 (0.36) ^e	0.47 (0.05) ^e	0.46 (0.07) ^e	0.51 (0.06) ^e	0.49 (0.07) ^e	0.54 (0.06) ^e	0.54 (0.06) ^e
Intercept	1.77 (0.94)	6.39 (1.82) ^c	-1.49 (0.33) ^e	3.64 (0.85) ^e	2.70 (0.73) ^e	9.29 (1.72) ^e	0.41 (0.14) ^c	10.18 (2.99) ^c	4.19 (1.79) ^b
Sample size, No. ^f	268	268	257	268	268	268	216	268	268
Effect size (95% CI) ^g	0.17 (0.01 to 0.33)	0.04 (-0.09 to 0.18)	0.60 (-0.42 to 1.62)	0.30 (0.07 to 0.52)	0.25 (0.03 to 0.48)	0.29 (0.04 to 0.53)	0.37 (0.13 to 0.62)	0.32 (0.09 to 0.54)	0.28 (0.12 to 0.44)

Abbreviations: ASI, Addiction Severity Index (score range, 0-1); GAD, Generalized Anxiety Disorder (score range, 0-21); HSCL, Hopkins Symptom Checklist (score range, 0-4); IIDEA, Integrated Intervention for Dual Problems and Early Action; PCL, Posttraumatic Stress Disorder Checklist (score range, 0-80); PHQ, Patient Health Questionnaire (score range, 0-27).

^a Missing data are list-wise deleted. The analytical sample for each regression slightly varies because the missing data differ for each outcome.

^b P < .05.

^c P < .01.

^d The reference group comprises patients in the enhanced usual care control group, and the reference site is Boston, Massachusetts.

^e P < .001.

^f Sample size varies because of missing data in a specific estimation.

^g Effect sizes were calculated in the metric of odds ratio for binary outcomes and Cohen d for continuous outcomes. Odds ratios were calculated as an exponent of the regression coefficient from the estimated logit model. Approximate 95% CIs are reported here, assuming the regression coefficients are normally distributed approximately.

secondary and exploratory results were shown to be effective for mental health outcomes. Intent-to-treat analyses documented IIDEA's effectiveness for mental health outcomes, which were considered secondary in this trial but are clinically important. With regard to the primary alcohol and drug symptoms, evidence indicated that IIDEA was not effective in persons who presented with mild levels of co-occurring symptoms. Auxiliary analyses suggested that the baseline severity level and treatment dose were associated with substantial treatment effects, including on substance misuse.

Similar to previous cognitive behavioral therapy trials, this trial found a reduction in mental health symptoms, with small to moderate effect sizes.^{36,37} Participants with mild symptoms were overrepresented in this trial, as it was designed to address substance use and mental health symptoms in nondiagnosed participants who were not seeking treatment. However, this distribution of the sample may mask a moderate treatment effect for participants with moderate to severe clinical symptoms. Those with moderate to severe symptoms may benefit most from the IIDEA intervention. Telephone calls to control patients to assess their symptoms may have also had an effect by activating patients to deal with their symptoms³⁸ and consequently decreasing the difference between the treatment and control groups. Relatedly, 19 control patients (11.2%) reported accessing mental health services in 1 of the follow-up interviews. In an earlier stage of the trial, we found that 12% of participants screened positive for moderate or severe co-occurring symptoms on the AC-OK screener, suggesting that a clinically significant number of people could benefit from IIDEA.

The IIDEA therapy requires 50 hours of training for clinicians to achieve competency, plus ongoing supervision, suggesting that adaptations may be needed for low-resource environments. However, adoption of the intervention by clinicians, once trained, was described anecdotally as high. For instance, an adaptation of IIDEA is being used in Spain in a project for treating pregnant women with substance use symptoms.

Engaging individuals with co-occurring symptoms in behavioral health care can be a challenge. However, IIDEA therapists were successful in initiating treatment with 77.3% of the intervention participants, who were not seeking care. More than half completed treatment, demonstrating good acceptability. This rate is higher than in other studies.^{39,40} In line with previous findings, studies show a lower probability of premature treatment termination when Latino individuals are ethnically and linguistically matched with their therapist⁴¹ and when interventions are culturally adapted.⁴²

Understanding co-occurring symptoms as a chronic disease may help inform the conceptualization of treatments as requiring ongoing maintenance. A higher number of sessions was associated with a statistically significant effect size for reducing alcohol outcomes and a statistically significantly higher effect size for reducing depressive symptoms.⁴⁰ The IIDEA intervention could also benefit from a maintenance component, to sustain clinical improvement and prevent relapse.⁴³

Moderation analysis shows greater effectiveness among a low-income, recent immigrant population, a group that usually receives few resources.⁴⁴ For Latino individuals with co-occurring symptoms, treatment in person appears more effective than treatment by telephone, likely because of the difficulty of maintaining attention to mindfulness exercises and cognitive restructuring.⁴⁵⁻⁴⁷ A first in-person visit may be necessary to reduce cultural mistrust and establish rapport.⁴⁵ Finally, the sustainability of IIDEA should be further assessed, including barriers to implementation in community sites that lack institutional funding and access to continued supervision.⁴⁸

Strengths and Limitations

The study has several strengths, including a diverse group of Latino immigrants from 17 countries and with varied characteristics and symptom levels. Scientific rigor was maintained, as 77% of patients completed the 12-month follow-up and 75% completed at least 3 follow-up assessments. Study results suggest that the IIDEA program is an acceptable and effective behavioral health treatment for Latino immigrants with co-occurring symptoms whose symptoms were within the moderate-to-severe range.

The study also has several limitations. We did not conduct biological screens for alcohol because of cost constraints, which diminished our ability to detect differences across groups. Disclosure concerns could have also undermined drug assessments at baseline. Participants were more willing to disclose their substance use symptoms to a trusted clinician over time.⁴⁹

Conclusions

Although the IIDEA program did not change drug misuse in a heterogeneous sample, it did improve secondary mental health outcomes. This treatment may provide a path for treating Latino immigrants with co-occurring symptoms with elevated or moderate-to-severe symptoms.

ARTICLE INFORMATION

Accepted for Publication: November 16, 2018.

Published: January 11, 2019. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.6927

Correction: This article was corrected on February 15, 2019, to fix a typographical error in the Results section of the abstract.

Open Access: This is an open access article distributed under the terms of the [CC-BY License](#). © 2019 Alegría M et al. *JAMA Network Open*.

Corresponding Author: Margarita Alegría, PhD, Disparities Research Unit, Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, 50 Staniford St, Ste 830, Boston, MA 02114 (malegría@mgh.harvard.edu).

Author Affiliations: Department of Medicine and Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts (Alegría); Disparities Research Unit, Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, Boston (Alegría, Falgas-Bague, Lapatin Markle, Wang, Herrera, Ramos, Ali); Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Autonomous University of Barcelona, Barcelona, Spain (Falgas-Bague, Collazos); Department of Psychiatry, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain (Collazos, Carmona Camacho, Qureshi, Cellerino, Villar); Psychiatry Department, Autonoma University of Madrid, Madrid, Spain (Baca-García); Department of Psychiatry, University Hospital Rey Juan Carlos, Mostoles, Madrid, Spain (Baca-García); Department of Psychiatry, General Hospital of Villalba, Villalba, Madrid, Spain (Baca-García); Department of Psychiatry, University Hospital Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, Spain (Baca-García); Centro de Investigación en Salud Mental (CIBERSAM), Carlos III Institute of Health, Madrid, Spain (Baca-García); Department of Psychiatry, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile (Baca-García); Department of Psychiatry, Instituto de Investigación Sanitaria, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Spain (Baca-García, González, Aroca, Albarracín García); Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts (Lê Cook); Behavioral Sciences Research Institute, Medical Sciences Campus, University of Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico (Chavez); Boston Medical Center, Department of Psychiatry, Boston University School of Medicine, Boston, Massachusetts (Fortuna); Biomedical Network Research Centre on Mental Health, CIBERSAM, University of Barcelona, Barcelona, Spain (Qureshi); Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Boston, Massachusetts (Mueser); Department of Psychology, New York University, New York City (Shrout).

Author Contributions: Dr Alegría had full access to all of the data in the study and takes responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis.

Concept and design: Alegría, Carmona Camacho, Lapatin Markle, Baca-García, Chavez, Fortuna, Ramos, Shrout.

Acquisition, analysis, or interpretation of data: Alegría, Falgas-Bague, Collazos, Carmona Camacho, Lapatin Markle, Wang, Lê Cook, Herrera, Qureshi, González, Aroca, Albarracín García, Cellerino, Villar, Ali, Mueser.

Drafting of the manuscript: Alegría, Falgas-Bague, Collazos, Lapatin Markle, Wang, Lê Cook, Herrera, Ramos, González, Aroca, Albarracín García, Cellerino, Villar, Ali, Shrout.

Critical revision of the manuscript for important intellectual content: Alegría, Carmona Camacho, Lapatin Markle, Wang, Baca-García, Chavez, Fortuna, Qureshi, Ali, Mueser.

Statistical analysis: Wang, Lê Cook, Shrout.

Obtained funding: Alegría, Lapatin Markle, Baca-García, Lê Cook.

Administrative, technical, or material support: Alegría, Falgas-Bague, Carmona Camacho, Lapatin Markle, Herrera, Ramos, González, Albarracín García, Cellerino, Villar, Ali.

Supervision: Falgas-Bague, Collazos, Carmona Camacho, Baca-García, Chavez, Fortuna, Qureshi, Ramos, Gonzalez, Albarracín García, Cellerino, Villar.

Conflict of Interest Disclosures: None reported.

Funding/Support: This study was funded in part by grant R01DA034952 from NIDA of the National Institutes of Health; grant R01MH100155-01S1 from NIMH; and grants ISCII PI13/02200 and PI16/01852 from Instituto de Salud Carlos III, grant 20151073 from Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, and grant LSRG-1-005-16 from the American Foundation for Suicide Prevention (Dr Baca-García).

Role of the Funder/Sponsor: The funding sources had no role in the design and conduct of the study; collection, management, analysis, and interpretation of the data; preparation, review, or approval of the manuscript; or decision to submit the manuscript for publication.

Disclaimer: The views expressed herein are those of the authors and do not necessarily represent the official views of the National Institutes of Health.

Data Sharing Statement: See [Supplement 3](#).

REFERENCES

1. Cook B, Alegría M, Lin JY, Guo J. Pathways and correlates connecting Latinos' mental health with exposure to the United States. *Am J Public Health*. 2009;99(12):2247-2254. doi:10.2105/AJPH.2008.137091
2. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):566-576. doi:10.1001/archpsyc.64.5.566
3. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(8):807-816. doi:10.1001/archpsyc.61.8.807
4. Mojtabai R, Chen L-Y, Kaufmann CN, Crum RM. Comparing barriers to mental health treatment and substance use disorder treatment among individuals with comorbid major depression and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2014;46(2):268-273. doi:10.1016/j.jsat.2013.07.012
5. Harris KM, Edlund MJ. Use of mental health care and substance abuse treatment among adults with co-occurring disorders. *Psychiatr Serv*. 2005;56(8):954-959. doi:10.1176/appi.ps.56.8.954
6. Bridges AJ, Andrews AR III, Deen TL. Mental health needs and service utilization by Hispanic immigrants residing in mid-southern United States. *J Transcult Nurs*. 2012;23(4):359-368. doi:10.1177/1043659612451259
7. Otiniano Verissimo AD, Gee GC, Ford CL, Iguchi MY. Racial discrimination, gender discrimination, and substance abuse among Latina/os nationwide. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2014;20(1):43-51. doi:10.1037/a0034674
8. Grieco EM, Trevelyan E, Larsen L, et al. The size, place of birth, and geographic distribution of the foreign-born population in the United States: 1960 to 2010. Population Division Working Paper No. 96. Washington, DC: US Census Bureau; 2012. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/working-papers/2012/demo/POP-twps0096.pdf>. Accessed June 1, 2018.
9. Instituto Nacional de Estadística. *Cifras de población a 1 de enero de 2016. Estadística de Migraciones 2015*. Madrid, Spain: Datos Provisionales; 2016.
10. Priester MA, Browne T, Iachini A, Clone S, DeHart D, Seay KD. Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: an integrative literature review. *J Subst Abuse Treat*. 2016;61:47-59. doi:10.1016/j.jsat.2015.09.006
11. Satcher D. Mental health: culture, race, and ethnicity: a supplement to mental health. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44243/pdf/Bookshelf_NBK44243.pdf. Published August 2001. Accessed June 1, 2018.
12. Olfson M, Mojtabai R, Sampson NA, et al. Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatr Serv*. 2009;60(7):898-907. doi:10.1176/ps.2009.60.7.898
13. Miranda J, Bernal G, Lau A, Kohn L, Hwang W-C, LaFromboise T. State of the science on psychosocial interventions for ethnic minorities. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:113-142. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143822
14. Schraufnagel TJ, Wagner AW, Miranda J, Roy-Byrne PP. Treating minority patients with depression and anxiety: what does the evidence tell us? *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(1):27-36. doi:10.1016/j.genhosppsych.2005.07.002
15. World Health Organization. *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1994.

16. Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care*. 2012; 50(3):217-226. doi:10.1097/MLR.Ob013e3182408812
17. Cherry AL, Dillon ME. The AC-OK cooccurring screen: reliability, convergent validity, sensitivity, and specificity. *J Addict*. 2013;2013:573906. doi:10.1155/2013/573906
18. Chavez LM, Shrout PE, Wang Y, Collazos F, Carmona R, Alegría M. Evaluation of the AC-OK mental health and substance abuse screening measure in an international sample of Latino immigrants. *Drug Alcohol Depend*. 2017;180:121-128. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.07.042
19. Zayas LH, Cabassa LJ, Perez MC. Capacity-to-consent in psychiatric research: development and preliminary testing of a screening tool. *Res Soc Work Pract*. 2005;15(6):545-556. doi:10.1177/1049731505275867
20. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry*. 1974;124(0):460-469. doi:10.1192/bjp.124.5.460
21. Stata Statistical Software [computer program]. Release 14. College Station, TX: StataCorp LP; 2015.
22. McLellan A, Cacciola J, Zanis D. *The Addiction Severity Index-Lite (ASI-Lite)*. Philadelphia, PA: Center for the Studies of Addiction; 1997.
23. Taylor EH, Pizzo P. Evaluation of the DrugCheck 9 on-site immunoassay test cup according to a standard method validation protocol. *J Anal Toxicol*. 2004;28(3):190-197. doi:10.1093/jat/28.3.190
24. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann*. 2002; 32(9):509-515. doi:10.3928/0048-5713-20020901-06
25. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
26. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress*. 2015;28(6):489-498. doi:10.1002/jts.22059
27. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a measure of primary symptom dimensions. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1974;7(0):79-110. doi:10.1159/000395070
28. Cepeda-Benito A, Gleaves DH. Cross-ethnic equivalence of the Hopkins Symptom Checklist-21 in European American, African American, and Latino college students. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2000;6(3):297-308. doi:10.1037/1099-9809.6.3.297
29. Huang FY, Chung H, Kroenke K, Delucchi KL, Spitzer RL. Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2006;21(6):547-552. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00409.x
30. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(7):1208-1217. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x
31. Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *J Subst Abuse Treat*. 2007;32(2):189-198. doi:10.1016/j.jsat.2006.08.002
32. Baillie AJ, Mattick RP. The benzodiazepine dependence questionnaire: development, reliability and validity. *Br J Psychiatry*. 1996;169(3):276-281. doi:10.1192/bjp.169.3.276
33. Fortuna LR, Porche MV, Padilla A. A treatment development study of a cognitive and mindfulness-based therapy for adolescents with co-occurring post-traumatic stress and substance use disorder. *Psychol Psychother*. 2018;91(1):42-62. doi:10.1111/papt.12143
34. Vera M, Perez-Pedrogo C, Huertas SE, et al. Collaborative care for depressed patients with chronic medical conditions: a randomized trial in Puerto Rico. *Psychiatr Serv*. 2010;61(2):144-150. doi:10.1176/ps.2010.61.2.144
35. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMC Med*. 2010;8(1):18. doi:10.1186/1741-7015-8-18
36. Chavira DA, Golinelli D, Sherbourne C, et al. Treatment engagement and response to CBT among Latinos with anxiety disorders in primary care. *J Consult Clin Psychol*. 2014;82(3):392-403. doi:10.1037/a0036365
37. Ramos K, Cortes J, Wilson N, Kunik ME, Stanley MA. Vida calma: CBT for anxiety with a Spanish-speaking Hispanic adult. *Clin Gerontol*. 2017;40(3):213-219. doi:10.1080/07317115.2017.1292978
38. Gold SM, Enck P, Hasselmann H, et al. Control conditions for randomised trials of behavioural interventions in psychiatry: a decision framework. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(9):725-732. doi:10.1016/S2215-0366(17)30153-0
39. Pantaloni MV, Swanson AJ. Use of the University of Rhode Island Change Assessment to measure motivational readiness to change in psychiatric and dually diagnosed individuals. *Psychol Addict Behav*. 2003;17(2):91-97. doi:10.1037/0893-164X.17.2.91

40. Riper H, Andersson G, Hunter SB, de Wit J, Berking M, Cuijpers P. Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction*. 2014;109(3):394-406. doi:10.1111/add.12441
41. Sue S, Fujino DC, Hu LT, Takeuchi DT, Zane NW. Community mental health services for ethnic minority groups: a test of the cultural responsiveness hypothesis. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(4):533-540. doi:10.1037/0022-006X.59.4.533
42. Bedoya CA, Traeger L, Trinh N-HT, et al. Impact of a culturally focused psychiatric consultation on depressive symptoms among Latinos in primary care. *Psychiatr Serv*. 2014;65(10):1256-1262. doi:10.1176/appi.ps.201300088
43. Stangier U, Hilling C, Heidenreich T, et al. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: a multicenter prospective randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2013;170(6):624-632. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12060734
44. Rodríguez MA, Vega WA. Confronting inequities in Latino health care. *J Gen Intern Med*. 2009;24(suppl 3):505-507. doi:10.1007/s11606-009-1128-0
45. Dwight-Johnson M, Aisenberg E, Golinelli D, Hong S, O'Brien M, Ludman E. Telephone-based cognitive-behavioral therapy for Latino patients living in rural areas: a randomized pilot study. *Psychiatr Serv*. 2011;62(8):936-942. doi:10.1176/ps.62.8.pss6208_0936
46. Ludman EJ, Simon GE, Tutty S, Von Korff M. A randomized trial of telephone psychotherapy and pharmacotherapy for depression: continuation and durability of effects. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(2):257-266. doi:10.1037/0022-006X.75.2.257
47. Nieves JE, Stack KM. Hispanics and telepsychiatry. *Psychiatr Serv*. 2007;58(6):877-878. doi:10.1176/ps.2007.58.6.877
48. Powell BJ, Proctor EK, Glass JE. A systematic review of strategies for implementing empirically supported mental health interventions. *Res Soc Work Pract*. 2014;24(2):192-212. doi:10.1177/1049731513505778
49. Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45(1):11-27. doi:10.1017/S0033291714000129

SUPPLEMENT 1.

Trial Protocol

SUPPLEMENT 2.

eAppendix 1. Study Design of the IIDEA RCT

eAppendix 2. Description of the Intervention and Fidelity

eAppendix 3. Analytical Methods—Data Preparation

eAppendix 4. Analytical Methods—Data Analysis

eFigure 1. IIDEA Study Flow

eFigure 2. Heterogenous Treatment Effects on Substance Misuse Outcomes Across Different Subgroups

eTable 1. List of Assessment Measures/Variables

eTable 2. Analysis of Participation Rates (Receiving 6+ Sessions) in IIDEA Intervention on Main Outcomes at 6-Month Follow-up

eTable 3. Intent-to-Treat Analysis of IIDEA Intervention on Main Outcomes by Site

eTable 4. Intent-to-Treat Analysis of IIDEA Intervention on Main Outcomes by Received Intervention Type

eTable 5. Significant Baseline Differences Between Participants With Missing/Incomplete Assessments and Participants With Complete Assessments

SUPPLEMENT 3.

Data Sharing Statement