

Depresión en la población chilena migrante en Madrid, España

TRABAJO FIN DE MÁSTER
MÁSTER UNIVERSITARIO EN SALUD PÚBLICA

Autora: Marisa Natalia Palma Vásquez

Tutora: Montserrat González Pascual

Curso: 2024/25

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. JUSTIFICACIÓN	7
1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
1.3. OBJETIVOS	7
2. MATERIAL Y METODO	9
2.1. DISEÑO DE ESTUDIO	9
2.2. ÁMBITO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO	9
2.3. HERRAMIENTAS DE RECOGIDA DE DATOS	10
2.4. VARIABLES DE ESTUDIO	11
2.5. ANÁLISIS DE DATOS	13
2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	13
2.7. PLAN DE TRABAJO	14
2.8. FINANCIACIÓN	15
3. RESULTADOS	15
4. DISCUSIÓN	21
5. CONSIDERACIONES FINALES	23
5.1. BENEFICIOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO	23
5.2. APLICACIONES EN LA PRÁCTICA DE LA SALUD PÚBLICA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	23
5.3. CONCLUSIONES	24
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
Anexo 1. Consentimiento Informado	29
Anexo 2. Cuestionario	30
Sección 1: Cuestionario sociodemográfico y de contexto migratorio	30
Sección 2: Cuestionario PHQ-9	32

RESUMEN

Introducción: La migración internacional es un determinante social de la salud que repercute en el bienestar emocional. En Madrid reside una comunidad chilena en crecimiento cuya salud mental ha sido escasamente estudiada.

Objetivos: Determinar el grado de depresión en migrantes chilenos en Madrid y su asociación con variables sociodemográficas y migratorias.

Material y método: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, de carácter piloto, en 52 migrantes chilenos de 18 a 65 años con residencia entre 6 meses y 4 años. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia y bola de nieve. Se aplicó un cuestionario online con variables sociodemográficas y migratorias, y el *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* validado al español. Se realizaron análisis descriptivos y pruebas de chi-cuadrado ($p < 0,05$).

Resultados: El 38,5% presentó síntomas depresivos clínicamente relevantes (moderados a graves), el 32,7% depresión mínima y el 28,8% leve. Se observaron asociaciones significativas con la nacionalidad ($p= 0,019$), salario mensual ($p=0,010$) y tipo de residencia ($p=0,036$).

Discusión: La prevalencia de depresión en migrantes chilenos en Madrid es más elevada que en la población general española. Los determinantes sociales de la salud, especialmente la precariedad económica y habitacional, ejercen mayor influencia que las características individuales. Estos hallazgos evidencian la necesidad de políticas inclusivas que promuevan la equidad a través de intervenciones dirigidas a dichos determinantes, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el ODS 3, Salud y Bienestar, y el ODS 10, Reducción de Desigualdades.

Palabras clave: Emigración e Inmigración; Depresión; Salud Pública; Determinantes Sociales de la Salud; Chile

ABSTRACT

Introduction: International migration is a social determinant of health that affects emotional well-being. Madrid hosts a growing Chilean community whose mental health has been scarcely studied.

Objectives: To determine the grade of depression among Chilean migrants in Madrid and its association with sociodemographic and migratory variables.

Material and methods: A quantitative, descriptive, cross-sectional pilot study was conducted with 52 Chilean migrants aged 18 to 65 years, residing in Madrid between 6 months and 4 years. Non-probabilistic convenience and snowball sampling were used. Data was collected through an online questionnaire that included sociodemographic and migratory variables, and the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) validated in Spanish. Descriptive analyses and chi-square tests ($p < 0.05$) were performed.

Results: A total of 38.5% of participants presented clinically relevant depressive symptoms (moderate to severe), 32.7% minimal depression, and 28.8% mild depression. Significant associations were found with nationality ($p = 0.019$), monthly income ($p = 0.010$), and type of residence ($p = 0.036$).

Discussion: The prevalence of depression among Chilean migrants in Madrid is higher than in the general Spanish population. The social determinants of health, particularly economic precariousness and housing conditions, exert a stronger influence than individual circumstances. These findings highlight the need for inclusive policies that promote equity through interventions addressing these determinants, in line with the Sustainable Development Goals (SDGs), specifically SDG 3, Good Health and Well-being, and SDG 10, Reduced Inequalities.

Keywords: Emigration and Immigration; Depression; Public Health; Social Determinants of Health; Chile

1. INTRODUCCIÓN

La migración internacional es un fenómeno que en España ha cobrado mucha importancia en las últimas décadas, influenciado por factores económicos, sociales, políticos e incluso climáticos. España, y en particular Madrid, se ha convertido en el destino por elección de inmigrantes latinoamericanos, incluyendo una creciente comunidad chilena (1). Para el año 2022, el Instituto Nacional de Estadísticas español registraba una población total de 28.256 chilenos en España, de los cuales 5.144 vivían en Madrid (1). España se consolida, así como la segunda colonia chilena más numerosa en Europa después de Suecia (2).

Chile es uno de los países latinoamericanos que menos emigra (3), sin embargo, este fenómeno ha ido en aumento con el transcurso de los años. Durante la dictadura de Pinochet en la década de los setenta, muchos chilenos fueron exiliados, lo cual inició un proceso de migración elevado. Posteriormente, con el transcurso de los años, se ha observado un éxodo de profesionales en busca de mejores oportunidades laborales (4). A pesar de la relevancia de este fenómeno, el impacto de la migración chilena en la salud mental ha sido poco estudiado.

Durante años se pensó que las personas migrantes eran resilientes y fuertes, al enfrentarse a un nuevo ambiente, muchas veces hostil, pero desde los años setenta esta teoría se ha refutado, postulando que la migración puede afectar negativamente la salud mental (5). Estudios recientes evidencian mayor prevalencia de ansiedad, depresión y exacerbación de trastornos mentales en esta población (5,6).

Cerca de 2,2 millones de migrantes latinoamericanos eligen España como país para vivir, siendo el segundo país receptor de inmigrantes después de EE.UU. (5). Esta alta carga migratoria hace necesario que se asegure la garantía de recursos adecuados para la salud tanto de españoles como de extranjeros. Por lo tanto, desde la salud pública, es fundamental elaborar estrategias para mitigar el impacto del proceso migratorio, puesto que esta situación en sí misma es identificada como un factor de vulnerabilidad y por ende se puede identificar como un determinante social de la salud, ya que el proceso de adaptación cultural, la construcción de nuevas redes de apoyo y muchas veces la inestabilidad económica son factores desencadenantes de estrés y malestar mental (7,8).

Migrar es un fenómeno complejo que puede repercutir en la salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como: un estado de bienestar que

permite afrontar las tensiones de la vida, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad (9).

El proceso migratorio trae consigo una serie de consecuencias en la salud mental: una de ellas es el estrés, que se define como respuesta psicofisiológica ante demandas percibidas como amenazantes; por lo tanto, el estrés migratorio permanente puede provocar trastornos psicológicos (10).

Urzúa y Caqueo, en el año 2016, estudiaron el estrés por aculturación en migrantes latinoamericanos, identificaron que la integración es un factor protector para la salud mental, mientras que la marginación y la separación se asocian con mayor malestar psicológico (8). Estos resultados coinciden con investigaciones que relacionan la asimilación cultural, con mejores indicadores de salud mental (11). Diversos estudios proponen que los migrantes presentan mayor incidencia de ansiedad y depresión que la población nativa (12,13).

La ansiedad y la depresión se encuentran entre los problemas emocionales más frecuentes entre migrantes. Diversos estudios refieren que los síntomas de depresión suelen manifestarse entre los 6 y 24 meses posteriores a la migración y que incluso pueden volverse crónicos. (10,14). La ansiedad se manifiesta como inquietud y miedo excesivo (15) y la depresión se caracteriza por tristeza persistente, pérdida de interés en actividades cotidianas y alteraciones psicosomáticas (16).

En el año 2002, un grupo de psiquiatras en Barcelona propuso el término Síndrome de Ulises para describir un cuadro clínico específico en migrantes. Este síndrome se asocia a estrés crónico derivado de múltiples pedidas, como la familia, la lengua materna, la cultura, el estatus social y la seguridad física. Sus síntomas incluyen ansiedad, depresión, trastornos dissociativos y psicosomáticos (17–19). Según la OMS, más de 280 millones de personas en el mundo padecen depresión (16). En población migrante, estudios han reportado prevalencia de síntomas depresivos que aumentan con el pasar de los años (20,21).

1.1. JUSTIFICACIÓN

El aumento de la población chilena en Madrid motiva a que se estudie y se conozca más sobre ella. El describir el impacto del proceso migratorio permitirá comprender mejor su estado psicológico y emocional, facilitando el diseño de intervenciones que promuevan su integración y bienestar. De acuerdo con cifras del INE en España, en el año 2022 residían en Madrid 5.144 personas de nacionalidad chilena (1). Este crecimiento justifica la necesidad de conocer su estado de salud mental con mayor profundidad, considerando la migración como un determinante social de salud que puede influir significativamente en el bienestar emocional.

Desde el ámbito de la salud pública, este estudio es relevante ya que pretende aportar información para reducir las desigualdades en salud, favorecer el apoyo e integración de inmigrantes. Estimar la prevalencia de depresión en una población migrante específica puede aportar datos importantes para el diseño de futuras intervenciones focalizadas en salud mental, contribuyendo así a cumplir con las metas del ODS 3.4 (9,13).

1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

A partir de estas consideraciones, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de depresión en la población chilena migrante en Madrid?

1.3. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el grado de depresión en la población chilena inmigrante en Madrid, España.

Objetivos Específicos

1. Analizar las características sociodemográficas y migratorias de la población chilena migrante en Madrid.
2. Identificar asociación entre el grado de severidad de depresión y características sociodemográficas.
3. Identificar asociación entre grado de severidad de depresión y características migratorias
4. Describir la prevalencia de depresión en la población chilena migrante en Madrid, aportando datos sobre su impacto en la salud mental y el bienestar, en el marco de la

Meta 3.4 del ODS 3, que busca promover la salud mental y el bienestar a nivel global. Al identificar la magnitud de este problema en un grupo migrante específico, se generará evidencia que permita dimensionar las desigualdades sociales y sanitarias que afectan a esta población vulnerable. Esta información resultará esencial para orientar el diseño futuro de estrategias de prevención e intervención culturalmente adaptadas, contribuyendo no solo a mejorar la calidad de vida y la integración social de los migrantes, sino también a los esfuerzos internacionales por reducir la carga de trastornos mentales y fortalecer la equidad en salud.

2. MATERIAL Y METODO

2.1. DISEÑO DE ESTUDIO

El estudio empleado fue un diseño enfoque cuantitativo, observacional, de alcance descriptivo y transversal. Debido al tiempo de ejecución y de recursos, este será un estudio piloto. Este diseño es adecuado para responder a la pregunta de investigación planteada, ya que recoge información en un tiempo acotado y permitirá entregar resultados sobre el estado de la salud mental en un momento de la población chilena migrante en Madrid.

2.2. ÁMBITO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Madrid, España, enfocándose en inmigrantes chilenos entre 18 y 65 años con un tiempo de residencia que comprenda entre seis meses y 4 años. Se seleccionó esta población ya que se busca responder a la necesidad de evaluar el impacto de la migración en la salud mental de los individuos.

Se realizó un estudio piloto con una muestra de 50 individuos, siendo esta un precedente para futuras investigaciones. Asimismo, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando la técnica de bola de nieve, ya que permite acceder más fácilmente a la población objetivo a través de redes sociales, agrupaciones, centros sociales, culturales y deportivos, y organizaciones de migrantes, con el objetivo de maximizar la representatividad de la muestra dentro de los criterios de inclusión.

Criterios inclusión:

- Nacionalidad chilena.
- Edad entre 18 y 65 años.
- Residencia actual en Madrid (mínimo 6 meses y máximo 4 años).

Criterios exclusión:

- Diagnóstico previo de un trastorno psiquiátrico de depresión mayor, previo a migrar a Madrid.
- Personas con dificultades severas en la comprensión del idioma español
- Personas con discapacidad cognitiva la cual no les permita cumplimentar correctamente el cuestionario

2.3. HERRAMIENTAS DE RECOGIDA DE DATOS

Previo a la participación, las personas debieron aceptar un consentimiento informado digital, presentado al inicio del cuestionario. En este documento se explicaba el propósito del estudio, se solicitaba la participación voluntaria y se garantizaba el anonimato y la confidencialidad de los datos. Asimismo, se indicaba que la participación era libre y que se podía abandonar en cualquier momento sin consecuencias.

Una vez aceptado el consentimiento, los participantes accedieron a un cuestionario autoadministrado en formato digital, estructurado en dos secciones principales:

Cuestionario sociodemográfico: Elaborado específicamente para este estudio, incluye 12 preguntas cerradas con opciones múltiples (una con escala categórica). Se divide en dos apartados:

- Datos sociodemográficos: edad, sexo, hijos, nivel educativo, situación laboral, ingresos mensuales aproximados, estado civil o situación sentimental y situación de vivienda.
- Datos migratorios y de contexto social: tiempo de residencia en Madrid, motivo principal de migración, situación migratoria, frecuencia de contacto con familiares o amigos en Chile y redes de apoyo social en Madrid.

Cuestionario utilizado fue el de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), instrumento validado al español, ampliamente utilizado para la detección de síntomas depresivos. Consta de 9 ítems basados en los criterios diagnósticos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Evalúa el interés en realizar actividades, estado de ánimo, sueño, energía, hábitos alimenticios, autopercepción, concentración, velocidad en el desempeño diario y pensamientos autolesivos o suicidas. Las respuestas se puntúan de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). El PHQ-9 presenta una alta confiabilidad con un α Cronbach: 0,91; 0,82; 0,75; 0,81 en sus cuatro factores (22–24).

Además, este instrumento permite medir la sintomatología depresiva en función de la aparición y frecuencia de síntomas en las últimas dos semanas, y a su vez entrega información sobre los diferentes grados de severidad (25). Una puntuación ≥ 10 indica sintomatología depresiva con relevancia clínica, sugiriendo necesidad de evaluación adicional.

Tabla 1. Puntuación PHQ-9 y clasificación en grados de severidad

Puntuación PHQ-9	Grado de Severidad
0-4 puntos	Sin depresión o síntomas mínimos
5-9 puntos	Depresión leve
10-14 puntos	Depresión moderada
15-19 puntos	Depresión moderadamente grave
20-27 puntos	Depresión grave

La distribución del cuestionario se realizó mediante Google Forms, lo que facilitó una recolección accesible, anónima y eficiente. La difusión se efectuó estratégicamente a través de redes sociales, en grupos de Facebook y WhatsApp de migrantes chilenos en Madrid, con apoyo de administradores y dirigentes de asociaciones sociales y deportivas de la comunidad.

El muestreo utilizado fue no probabilístico por bola de nieve, permitiendo que los primeros contactos recomendaran a otros posibles participantes que cumplieran los criterios de inclusión. En los anexos se incluye el cuestionario completo, junto con el consentimiento informado.

2.4. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable principal/dependiente:

La variable analizada fue Grado de Depresión, esta variable se consideró cualitativa ordinal, ya que clasifica a los participantes en distintos niveles según el puntaje total obtenido: sin depresión, depresión leve, depresión moderada, depresión moderadamente grave, depresión grave.

Variables sociodemográficas/independientes:

Edad: variable cuantitativa discreta, categorizada en años en rangos: de 18-25 años, 26-35 años, 36-45 años, 46-55 años y 56-65 años.

Sexo: Variable cualitativa nominal, con las categorías: hombre, mujer, otro, prefiere no responder.

Estado civil o situación sentimental: variable cualitativa nominal, clasificada como: soltero/a, en pareja, casado/a, separado/a o viudo/a. Para el análisis se recategorizó en: en pareja y en matrimonio.

Formación académica alcanzada: Variable cualitativa ordinal, con categorías ordenadas según nivel educativo: educación primaria completa o menos, secundaria incompleta, secundaria completa, formación técnica/profesional, educación universitaria y estudios de postgrado. Para el análisis se recodificó en dos niveles: educación universitaria y estudios de postgrado.

Situación de la vivienda: variable cualitativa nominal, incluye: vivienda alquilada, vivienda compartida, residencia temporal (hostal, pensión, albergue) y sin vivienda estable. Se reagrupó en dos categorías: vivienda alquilada/propia y vivienda compartida (residencia, pensión, albergue).

Situación laboral actual: variable cualitativa nominal. Categorizada en: trabajo a tiempo completo, trabajo a tiempo parcial, desempleado/a, estudiante, trabajo doméstico, incapacidad, otro. Para efectos de análisis estadísticos se recategoriza en dos: trabajo a tiempo completo y sin remuneración mensual (desempleo, trabajo doméstico, estudiantes) o remuneración parcial.

Ingresos mensuales aproximados: variable cualitativa ordinal, agrupada en rangos: menos de 600, 600-999€, 1000-1.499€, 1.500-1.999€, 2000€ o más, y prefiere no responder. Se recategoriza en 2 categorías: hasta 1499€ y desde 1500€ en adelante.

Tiempo de residencia en Madrid: variable cuantitativa continua, medida en meses con un rango entre 6 meses y 4 años como máximo (criterio de inclusión). Para el análisis se mantuvo como variable continua, aunque también se realizaron algunas comparaciones agrupando los datos según el tiempo de estancia.

Motivo de migración: variable cualitativa nominal., incluye: trabajo, estudios, reunificación familiar, asilo/refugio u otro. Se reagrupó en dos categorías: estudios y otras razones (trabajo, reunificación familiar, interés romántico, gusto personal, desafío, experimentación).

Situación administrativa actual: variable cualitativa nominal. Incluye: nacionalidad española (además de chilena), residencia legal, estancia por estudios, irregular, otro. Se agrupó en tres categorías: residencia legal (permanente o temporal), a la espera de la concesión de residencia legal y sin residencia legal.

Red de apoyo social: variable cualitativa ordinal. Percepción subjetiva del nivel de apoyo percibido, cinco categorías: nada, poco, moderadamente, bastante, mucho. Se mantuvo

como ordinal completa y para algunos análisis se agruparon en niveles extremos para pruebas de contraste.

Frecuencia de contacto con familia en Chile: variable cualitativa ordinal. Categorizada en cinco niveles: diario, semanal, mensual, raramente, nunca. Se mantiene la categorización.

2.5. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel, para volcar y organizar datos y organización preliminar de la base de datos, y el programa IBM SPSS Statistics, para análisis estadístico.

Las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) y para explorar asociaciones entre variables, se aplicarán diferentes pruebas según el tipo y la distribución de los datos: Las asociaciones entre variables cualitativas u ordinales se analizarán mediante el estadístico chi-cuadrado de Pearson (χ^2), y se recurrirá al test exacto de Fisher cuando sea necesario. El nivel de significación estadística será del 5% ($\alpha = 0,05$) en todos los análisis.

2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (26), garantizando el respeto, la confidencialidad y autonomía de las personas participantes. Previo a la realización de la encuesta, se les presentó a los participantes un consentimiento informado, en el cual seleccionaron si querían participar o no en el estudio y en el cual se comunica que se garantiza la confidencialidad y el anonimato de sus datos y de la información recopilada. La participación fue voluntaria, con la posibilidad de retirarse en cualquier momento, sin repercusión.

A su vez, el proyecto fue presentado al Comité de Ética e Investigación de la Universidad Europea de Madrid para su evaluación y aprobación. El código del Comité de Investigación de la UEM es Código CI: 2025-496. Además, se aseguró la protección de datos personales conforme a la normativa vigente: Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de datos personales (RGPD) (27), garantizando el tratamiento anónimo y confidencial de la información.

2.7. PLAN DE TRABAJO

Tabla 2. Cronograma del Plan de trabajo

2.8. FINANCIACIÓN

La investigación fue autofinanciada; la estudiante investigadora del Máster en Salud Pública cubrirá los costos esenciales para el desarrollo y difusión del estudio.

3. RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por un total de 52 participantes. En la tabla 3 se observa que, en cuanto al sexo, el 51,9% correspondió a mujeres y el 48,1% a hombres. Respecto a la edad, la mayoría de los participantes se concentró en el grupo de 26 a 35 años con un 75,0%, seguido de 36 a 45 años, con un 15,4%.

En relación con el estado civil, el 53,9% se encontraba en pareja o matrimonio, en cuanto a la formación académica, predominó el nivel de postgrado con un 78,8%, frente al 21,2% del nivel universitario.

Respecto a la nacionalidad, el 75,0% tenía únicamente nacionalidad chilena. En la situación laboral, más de la mitad de la muestra trabajaba a tiempo completo con un 57,7%. Finalmente, en relación con el salario mensual, el 54,9% percibía hasta 1499€ (incluyendo menos de 600€).

Los datos de las características sociodemográficas se describen en su totalidad en la tabla 3.

Tabla 3. Características sociodemográficas

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje %
Sexo	Hombre	25	48,1
	Mujer	27	51,9
Edad	18-25 años	3	5,8
	26-35 años	39	75,0
	36-45 años	8	15,4
	46-55 años	2	3,8
Estado civil	En pareja, matrimonio	28	53,9
	Separación divorcio, soltería	24	46,1
Formación académica	Universitaria	11	21,2
	Postgrado	41	78,8
Nacionalidad	Solo chilena	39	75,0
	Doble nacionalidad	13	25,0
Situación laboral	Trabajo doméstico, no remunerado, desempleo, estudiante, trabajo a tiempo parcial	22	42,3
	Trabajo a tiempo completo	30	57,7
Salario mensual	Hasta 1499€ Menos de 600€	28	54,9
	De 1500€ en adelante 1999€	23	45,1

Con respecto a las características migratorias, se observa que el tiempo de residencia en Madrid fue mayoritariamente de entre 6 meses y 1 año en un 32,7%. Respecto al tipo de residencia, el 51,9% habitaba en vivienda alquilada o propia. El motivo principal de migración fue mayoritariamente por estudios con un 67,3%.

En cuanto al apoyo social percibido, el 34,6% lo describió como moderado, el 23,1% como bastante y otro 23,1% como mucho. En contraste, el 15,4% lo consideró poco y el 3,8% manifestó no contar con apoyo social. Sobre la frecuencia de contacto con la familia, más de la mitad de los participantes (51,9%) indicaron mantener comunicación casi diaria o diaria.

En relación con la interrupción de la vida diaria por dificultades, la gran mayoría (88,5%) reportó alguna dificultad, mientras que el 11,5% señaló bastante dificultad. Finalmente, respecto a la situación administrativa, el 92,3% contaba con residencia legal (permanente o temporal) y el 5,8% no disponía de residencia legal.

Los datos de las características migratorias se describen en su totalidad en la tabla 4.

Tabla 4. Características migratorias

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje %
Tiempo en Madrid	6 meses-1 año	17	32,7
	1-2 años	17	32,7
	2-3 años	10	19,2
	3-4 años	8	15,4
Tipo de residencia	Vivienda alquilada, propia	27	51,9
	Vivienda compartida, residencia, pensión, albergue	25	48,1
Motivo de migración	Estudios	35	67,3
	Otros (trabajo, reunificación familiar, interés romántico, gusto personal, desafío, experimentación)	17	32,7
Apoyo social percibido	Ninguno	2	3,8
	Poco	8	15,4
	Moderado	18	34,6
	Bastante	12	23,1
	Mucho	12	23,1
Frecuencia de contacto con familia	1 vez por semana	9	17,3
	2-4 veces/semana	16	30,8
	Casi diario o diario	27	51,9

Interrupción en vida diaria por dificultades	Alguna dificultad	46	88,5
	Bastante dificultad	6	11,5
Situación administrativa	Residencia legal (permanente o temporal)	48	92,3
	A la espera de la concesión de residencia	1	1,9
	Sin residencia legal.	3	5,8

El grado de depresión según la puntuación total del PHQ-9. El 32,7% de los participantes presentó depresión mínima y el 28,8% leve. Por otro lado, al sumar los niveles moderados, moderado a grave y grave, se obtiene que el 38,5% de los participantes manifestó síntomas depresivos clínicamente relevantes.

En relación con los resultados de la prueba Chi Cuadrado de Pearson aplicada a las variables sociodemográficas frente al grado de depresión. Se observa que las variables Nacionalidad ($p=0,019$) y Salario mensual ($p=0,010$) muestran una significancia asintótica menor que 0,05, lo que indica una asociación estadísticamente significativa con el grado de depresión. Por el contrario, las variables Sexo ($p=0,402$), Edad ($p=0,926$), Estado civil ($p=0,714$), Formación académica ($p=0,757$) y Situación laboral ($p=0,114$) no alcanzaron valores significativos, por lo que no se evidencia asociación con la variable dependiente.

Asimismo, los resultados de la prueba Chi Cuadrado de Pearson aplicada a las variables migratorias frente al grado de depresión. Se observa que la variable Tipo de residencia ($p=0,036$) presenta una asociación estadísticamente significativa con el grado de depresión, al obtener un valor de significancia menor a 0,05. En contraste, las variables Motivo de migración ($p=0,419$) y Situación administrativa ($p=0,066$) no alcanzaron valores significativos, por lo que no se evidencia asociación con la variable dependiente.

4. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo el grado de depresión en la población chilena inmigrante residente en Madrid, España, empleando el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), un instrumento validado al español y ampliamente utilizado en investigaciones para la detección de síntomas depresivos (22-24).

Los resultados obtenidos muestran que el 38,5% de los participantes presentó síntomas depresivos clínicamente relevantes, lo que supone una prevalencia elevada si se compara con la población general española, en la que estudios epidemiológicos sitúan la depresión entre el 10% y el 15% (28).

Otro hallazgo relevante coincide con investigaciones realizadas en población migrante, donde se han reportado niveles significativos de depresión. En un estudio con migrantes en México, Moya et al. (29) reportaron índices de depresión severa del 21,9% en Ciudad de México y del 14,3% en El Paso, mientras que en Ciudad Juárez no se registraron casos en este rango. Estos resultados evidencian que, aunque la magnitud de la depresión puede variar según el contexto de residencia y las condiciones locales, la depresión moderada y severa se presenta de manera consistente como un problema frecuente entre personas migrantes, incluso en distintos continentes, lo que refuerza su relevancia como fenómeno de salud pública.

A nivel europeo, Missinne et al. (30) llevaron a cabo un estudio comparativo en 23 países utilizando el cuestionario PHQ-9, en el que identificaron que los migrantes presentaban tasas de depresión entre el 25% y el 40%, cifras considerablemente superiores a las observadas en la población autóctona. Este hallazgo es especialmente relevante porque muestra que la depresión no se distribuye de manera homogénea en la sociedad, sino que afecta con mayor intensidad a quienes enfrentan condiciones de desventaja estructural.

Otro resultado relevante fue que la nacionalidad y el salario mensual se asociaron significativamente con la depresión. En contraste, variables como sexo, edad, estado civil, formación académica y situación laboral no mostraron asociación significativa, lo que sugiere que, en el contexto migratorio, los factores estructurales tienen un mayor impacto que las características individuales.

Este resultado coincide con el estudio realizado por Bhugra et al. (31) que vincula la precariedad económica y la inseguridad respecto al estatus migratorio con un mayor riesgo de síntomas depresivos.

Continuando con factores que pueden influir en la aparición de depresión, las características migratorias evidencian una asociación entre el tipo de residencia y el grado de depresión, es decir, vivir en alojamientos compartidos, residencias temporales, pensiones o albergues se asocia con mayor riesgo de sintomatología depresiva. Esta observación coincide con revisiones sistemáticas como la de Agyemang et al. (32), quienes evidencian que la inseguridad habitacional y las condiciones de vivienda precaria tienen un fuerte impacto en la salud mental de refugiados y migrantes en Europa. Asimismo, investigaciones en grandes ciudades como Londres y París han descrito que la sobreocupación, la falta de privacidad y el hacinamiento en las viviendas son factores que incrementan el estrés y la depresión en la población migrante (33). Por tanto, garantizar un acceso digno y seguro a la vivienda no solo constituye una política social, sino también una intervención clave en salud pública.

En contraste, el motivo de migración y la situación administrativa no mostraron asociación significativa en este estudio. Este resultado puede deberse a que, aunque influyen en la experiencia migratoria, no determinan directamente la presencia de síntomas depresivos en el corto plazo. Un estudio que respalda este hallazgo es el de Collazos et al. (34) que señalan que, en el caso de migrantes latinoamericanos en España, la situación administrativa afecta principalmente al acceso a servicios de salud y empleo y, de manera indirecta, contribuye al deterioro psicológico.

5. CONSIDERACIONES FINALES

5.1. BENEFICIOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio brinda una contribución relevante al visibilizar el grado de depresión en la población migrante de nacionalidad chilena, un colectivo que, a diferencia de otros grupos migratorios, ha recibido escasa atención en la investigación. Al haberse analizado también variables sociodemográficas y migratorias, se logra una delimitación más específica, lo cual facilita la identificación de los grupos que son más propensos a desarrollar este problema de salud mental.

No obstante, el estudio presenta limitaciones que deben considerarse. Al tratarse de un estudio de diseño transversal, no se pueden establecer relaciones de causa y efecto, ya que la información se recogió en un único momento en el tiempo. El tamaño de la muestra fue reducido y el muestreo por conveniencia y “bola de nieve” puede haber condicionado el perfil de los participantes, limitando la generalización de los resultados. De hecho, en la muestra hubo una proporción elevada de personas con estudios de posgrado, lo que no refleja necesariamente la composición real de la comunidad chilena en Madrid.

Otra limitación se relaciona con la recogida de datos mediante cuestionario online, lo que pudo favorecer la participación de personas con mayor acceso digital e interés en el tema. Esto puede introducir sesgos en la muestra y en las respuestas.

5.2. APlicaciones en la Práctica de la Salud Pública y futuras Líneas de Investigación

Dentro de una visión holística de la salud pública, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) constituyen un eje esencial. El presente estudio se vincula de manera directa con el **ODS 3: Salud y Bienestar**, en particular con la meta 3.4, que busca reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental y el bienestar (35). Al analizar la prevalencia de depresión en la población chilena migrante en Madrid, esta investigación contribuye a visibilizar la salud mental en un grupo especialmente vulnerable y muchas veces excluido de los programas de prevención. Asimismo, se relaciona con el **ODS 10: Reducción de las Desigualdades**, y en concreto con la meta 10.2, orientada a fomentar la inclusión social, económica y política de todas las personas (35). Los resultados evidencian que factores como la nacionalidad, el salario y el tipo de residencia influyen significativamente en la depresión,

reflejando desigualdades sociales que afectan a la población migrante y subrayando la necesidad de políticas públicas que reduzcan dichas brechas.

La prevalencia elevada de depresión encontrada pone de relieve que dichas políticas públicas deben estar orientadas a la reducción de la precariedad económica, la mejora de las condiciones de vivienda y la ampliación de redes de apoyo social. Además, se refuerza la necesidad de adaptar los servicios de salud mental a las particularidades culturales y sociales de la población migrante, garantizando accesibilidad y equidad en la atención.

5.3. CONCLUSIONES

La población chilena inmigrante en Madrid evidencia una presencia relevante de síntomas depresivos frente a la población general española. Estos hallazgos refuerzan la importancia de incorporar la salud mental como un componente esencial en las estrategias de atención sanitaria dirigidas a personas migrantes.

Se identificó que las condiciones socioeconómicas y de vivienda influyen de manera significativa en la aparición de síntomas depresivos, lo que resalta la importancia de los determinantes sociales de la salud en el bienestar psicológico. Estas desigualdades sociales, como la precariedad económica y una vivienda inadecuada son factores clave a considerar en la planificación de políticas de la salud pública.

Estos hallazgos contribuyen a visibilizar la situación de la población chilena migrante y proporcionan una base para diseñar políticas inclusivas que promuevan la equidad y la integración social, en consonancia con los ODS 3 y 10. Asimismo, establece un punto de partida para futuras investigaciones que profundicen en los factores asociados a la depresión en contextos migratorios. Están estrechamente vinculados con los ODS 3 y 10, reforzando la necesidad de políticas inclusivas que promuevan la equidad en salud mental y la integración social de la población migrante.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. INE [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Población extranjera por Nacionalidad, comunidades, Sexo y Año. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02005.px#_tabs-tabla
2. Segundo Registro de Chilenos en el Exterior. 2018 [Internet]. 2018 [citado 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.chile.gob.cl/chile/revisa-los-resultados-del-segundo-registro-de-chilenos-en-el-exterior>
3. Statista [Internet]. [citado 9 de febrero de 2025]. América Latina: número de emigrantes por país. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1261872/numero-de-emigrantes-internacionales-por-pais-de-latinoamerica/>
4. Cano V, Soffia M. Los estudios sobre migración internacional en Chile: apuntes y comentarios para una agenda de investigación actualizada. *Papeles Poblac.* septiembre de 2009;15(61):129-67.
5. García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clínica Barc.* 2002;118(5):187-91.
6. Burvill PW. Migrant suicide rates in Australia and in country of birth. *Psychol Med.* 1998;28(1):201-8.
7. Collazos Sánchez F, Ghali Bada K, Ramos Gascón M, Qureshi Burckhardt A. Mental health in the immigrant population in Spain. *Rev Esp Salud Pública.* diciembre de 2014;88(6):755-61.
8. Urzúa M A, Heredia B O, Caqueo-Urízar A. Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Rev Médica Chile.* mayo de 2016;144(5):563-70.
9. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
10. Estrés migratorio y salud mental – Behavioral Psychology / Psicología Conductual. [citado 9 de abril de 2025]; Disponible en: <https://www.behavioralpsycho.com/producto/estres-migratorio-y-salud-mental/>

11. Urzúa M. A, Boudon Torrealba S, Caqueo-Urízar A. Salud mental y estrategias de aculturación en inmigrantes colombianos y peruanos en el Norte de Chile. *Acta Colomb Psicol.* 2017;20(1):70-89.
12. Urzúa A, Caqueo-Urízar A, Aragón D. Prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en migrantes colombianos en Chile. *Rev Médica Chile.* septiembre de 2020;148(9):1271-8.
13. Malmusi D, Ortiz-Barreda G. Health inequalities in immigrant populations in Spain: a scoping review. *Rev Esp Salud Pública.* diciembre de 2014;88(6):687-701.
14. Jadán CGE. SINDROME DE ULISES EN INMIGRANTES DE LATINOAMERICA.: UN ESTUDIO DE REVISIÓN. *Cent Rev Científica Univ.* 8 de julio de 2021;10(2):19-37.
15. Trastornos de ansiedad [Internet]. [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
16. Depresión [Internet]. [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
17. Achotegui Loizate J. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Rev Menorca.* 2017;96:103-11.
18. Achotegui J. Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de ulises). *Gac Médica Bilbao.* enero de 2009;106(4):122-33.
19. Peyrí EV, Hartman CE. Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Rev Gerenc Políticas Salud.* 2007;6(13):11-32.
20. Bedaso A, Duko B. Epidemiology of depression among displaced people: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 1 de mayo de 2022;311:114493.
21. Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry.* junio de 2017;16(2):130-9.
22. Baader M T, Molina F JL, Venezian B S, Rojas C C, Farías S R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health

- Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* marzo de 2012;50(1):10-22.
23. Borghero F, Martínez V, Zitko P, Vöhringer PA, Cavada G, Rojas G, et al. Tamizaje de episodio depresivo en adolescentes. Validación del instrumento PHQ-9. *Rev Médica Chile.* abril de 2018;146(4):479-86.
24. .(PDF) Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. ResearchGate [Internet]. 22 de octubre de 2024 [citado 8 de abril de 2025]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262625338_Validator_y_utilidad_de_la_encuesta_PHQ-9_Patient_Health_Questionnaire_en_el_diagnóstico_de_depresión_en_pacientes_usuarios_de_atención_primaria_en_Chile
25. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar.* abril de 2011;34(1):63-72.
26. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
27. REGLAMENTO (UE) 2016/ 679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO - de 27 de abril de 2016 - relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/ 46/ CE (Reglamento general de protección de datos).
28. Gutiérrez L, Porras A, Dunne H, Andrade N, Cervilla J. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;13(2):73–93. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/gC5yf6KyWB7F4wBc7ChbcKv/?lang=en>
29. Moya E, Chávez-Baray S, Esparza O, Calderón Chelius L, Castañeda E, Villalobos G, et al. El Síndrome de Ulises en inmigrantes económicos y políticos

en México y Estados Unidos. Ehquidad Int Welfare Policies Soc Work J. 2016;(5):11–50. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=672174459001>

30. Missinne S, Bracke P. Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(1):97–109. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/49638007_Depressive_symptoms_among_immigrants_and_ethnic_minorities_A_population_based_study_in_23_European_countries
31. Bhugra D, Becker M. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry.* 2005;4(1):18–24.
32. Agyemang C, Goosen S, Anujuo K, Ogedegbe G. Relationship between post-migration housing and mental health in refugee populations: A systematic review. *PLoS One.* 2012;7(12):e49898.
33. Norredam M, Nellums L, Nielsen RS, Byberg S, Petersen JH. Incidence of psychiatric disorders among migrants compared with native populations: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2018;28(suppl_1):67–73.
34. Collazos F, Bada K, Ramos G, Qureshi A. Salud mental de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Publica.* 2014;88(6):755–61. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000600008>
35. Naciones Unidas. *Informes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023* [Internet]. Nueva York: ONU; 2023 [citado el 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf?_gl=1*gohrbp*_ga*MTU3ODYzNjkyMi4xNzU1MDExMjQy*_ga_TK9BQL5X7Z*cxE3NTUwMTM3MTQkbzIkZzEkdDE3NTUwMTQ1MjAkajI5JGwwJGgw

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le invita a participar en un estudio titulado: *¿Cuál es la prevalencia de depresión en la población chilena migrante en Madrid, España?* realizado por Marisa Natalia Palma Vásquez, estudiante del Máster Universitario en Salud Pública de la Universidad Europea de Madrid.

Este estudio tiene como objetivo conocer cómo la experiencia migratoria puede afectar la salud mental de personas chilenas que residen actualmente en Madrid. La participación consiste en responder un cuestionario anónimo que tomará entre 10 y 15 minutos máximo. No se recogerán datos personales identificables.

La participación es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento, sin consecuencias. La información será tratada con confidencialidad y anonimato, y utilizada exclusivamente con fines académicos.

Este estudio será evaluado por la Comisión de Investigación de la Universidad Europea de Madrid, cumpliendo con los principios de la Declaración de Helsinki y la legislación sobre investigación biomédica.

PREGUNTAS

Si tiene dudas, puede escribir a la investigadora responsable: Marisa Natalia Palma Vásquez.

Correo electrónico: marisanatalia.palmav@gmail.com

Teléfono: 641586429

Al marcar la siguiente casilla al inicio del formulario, usted declara que:

- Ha leído y comprendido la información anterior.
- Acepta participar de forma voluntaria y anónima.
- Comprende que puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Confirmo que he leído la información y acepto participar voluntariamente en este estudio.

Anexo 2. Cuestionario

Sección 1: Cuestionario sociodemográfico y de contexto migratorio

<i>Pregunta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>
1. <i>Edad</i>	<input type="checkbox"/> 18 – 25 años <input type="checkbox"/> 26 – 35 años <input type="checkbox"/> 36 – 45 años <input type="checkbox"/> 46 – 55 años <input type="checkbox"/> 56 – 65 años
2. <i>Sexo</i>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro / Prefiero no responder
3. <i>Estado civil / situación sentimental</i>	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a
4. <i>Nivel educativo alcanzado</i>	<input type="checkbox"/> Primaria completa o menos <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Educación técnica/formación profesional <input type="checkbox"/> Educación universitaria <input type="checkbox"/> Estudios de postgrado
5. <i>Situación de la vivienda</i>	<input type="checkbox"/> Vivienda propia <input type="checkbox"/> Vivienda alquilada <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Residencia temporal (hostal, pensión, albergue) <input type="checkbox"/> Sin vivienda estable
6. <i>Situación laboral actual</i>	<input type="checkbox"/> Trabajo a tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Estudiante

	<input type="checkbox"/> Trabajo doméstico <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Otro
7. <i>Ingresos mensuales aproximados</i>	<input type="checkbox"/> Menos de 600 € <input type="checkbox"/> 600–999 € <input type="checkbox"/> 1.000–1.499 € <input type="checkbox"/> 1.500–1.999 € <input type="checkbox"/> 2.000 € o más <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
8. <i>Tiempo de residencia en Madrid</i>	<input type="checkbox"/> 6 meses a 11 meses <input type="checkbox"/> 1 año a 2 años <input type="checkbox"/> 3 años a 4 años
9. <i>Motivo de migración</i>	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Estudios <input type="checkbox"/> Reunificación familiar <input type="checkbox"/> Asilo/refugio <input type="checkbox"/> Otro
10. <i>Situación administrativa actual</i>	<input type="checkbox"/> Nacionalidad española <input type="checkbox"/> Residencia legal <input type="checkbox"/> Estancia por estudios <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Otro
11. <i>Red de apoyo social</i>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho
12. <i>Frecuencia contacto con familia en Chile</i>	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca

Nota: Para la variable 'Red de apoyo social': Nada = sin nadie de confianza en quien apoyarse; Poco = alguien disponible ocasionalmente; Moderadamente = apoyo

ocasional pero significativo; Bastante = personas disponibles de forma regular; Mucho = red sólida y cercana de apoyo constante.

Sección 2: Cuestionario PHQ-9

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Seleccione una opción por cada pregunta)

Ítem	Pregunta	Nunca (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1	¿Ha sentido poco interés o placer en hacer cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Ha tenido dificultad para quedarse dormido/a o para dormir, o dormir demasiado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Se ha sentido cansado/a o con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Tiene poco apetito o come en exceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Se ha sentido mal consigo mismo/a - o que es un fracaso o que ha quedado mal consigo mismo/a o con su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas cosas, como leer el	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	periódico o ver la televisión?				
8	¿Se ha movido o hablado tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado? O lo opuesto: ¿ha estado tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha marcado alguna casilla distinta de 'Nunca', ¿qué tanto le han dificultado esos problemas hacer su trabajo, ocuparse de su casa o llevarse bien con otras personas?

Marque una respuesta:

- Nada en absoluto
- Algo difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

¡Muchas gracias por su tiempo y participación!