

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Estudio de la asociación entre gentrificación y
consumo de fármacos antidepresivos,
benzodiazepinas y trastornos ansioso-
depresivos en la ciudad de Madrid**

Autoría

Isabel Hernando Quintana

MIR Medicina Preventiva y Salud Pública

Tutoría

Pedro Gullón Tosío

Universidad de Alcalá

Mario Fontán Vela

Universidad de Alcalá

Curso 2021/2022

Índice

Agradecimientos	4
Resumen	5
PALABRAS CLAVE	7
Índice de tablas	8
Índice de figuras	8
Abreviaturas	9
1.Introducción	10
1.1 Salud Mental: datos y estadísticas generales.	10
1.2 Determinantes sociales de la salud (DSS)	11
1.3 Los barrios como determinante intermedio de Salud Mental.	12
1.4 Gentrificación y Salud Mental	13
1.5. Justificación del estudio	14
2.Hipótesis y objetivos	14
Hipótesis	14
Objetivo.....	14
3. Métodos.....	15
3.1. Diseño y ámbito del estudio	15
3.2. Población de estudio y selección de la muestra	15
3.3. Variables e instrumentos de recogida de datos	16
3.4. Variables dependientes o de resultado	16
3.5. Variables de exposición	17
3.6. Otras variables	18
3.7. Análisis de datos	18
3.8 Aspectos éticos	19
4. Resultados.....	19
4.1. Descripción de la muestra	19
4.2 Resultado del análisis de datos	20
5. Discusión	23
5.1 Limitaciones y fortalezas	25
6. Conclusión.....	28
7. Bibliografía.....	29
Tablas y figuras	36
Actividad desarrollada y grado de implicación de la estudiante:	46
ANEXO I. Tabla descriptiva de la muestra inicial HHH	47

ANEXO II. Dictamen del Comité de Ética de la Investigación y de Experimentación Animal de la Universidad de Alcalá	49
ANEXO III. Dictamen del CEIC-R	50
ANEXO IV. Autorización de los tutores.....	52
ANEXO V. Declaración de autoría.....	53

Agradecimientos

Este proyecto no hubiera visto la luz sin el apoyo de personas con las que tengo la suerte de compartir tiempo y espacio:

Mi familia y mis amigas, especialmente mis compañeras del 666, mujeres sororas y estupendas que me han acompañado de la mano a lo largo de este nuevo inicio.

Raquel, que está en proceso de canonización

Alberto, que me quiere y apoya a pesar del Excel.

Mis tutores, que han estado ahí para guiarme, resolver mis dudas y corregir mis meteduras de pata con paciencia y cercanía.

Resumen

Introducción.

La gentrificación se define como un proceso de cambio de los barrios a través del cual las características demográficas, inmobiliarias y comerciales de un lugar muestran una transición hacia una población más privilegiada. Este fenómeno puede provocar alteraciones en el entorno, las condiciones de vida y las actividades que se desarrollan en estos territorios, generando potenciales malestares en las poblaciones afectadas.

Objetivos.

El objetivo de esta tesina es estudiar la asociación transversal entre el grado de gentrificación de un barrio y los trastornos ansioso-depresivos y el consumo de benzodiazepinas y fármacos antidepresivos por parte de las personas residentes en la ciudad de Madrid. De forma secundaria, se estudiará si las desigualdades por posición socioeconómica y género en lo referente a la presencia o no de trastornos ansioso-depresivos y el consumo de benzodiazepinas y fármacos antidepresivos son diferentes según el grado de gentrificación del barrio.

Métodos.

Se trata de un estudio de diseño transversal cuyos datos han sido extraídos del corte basal de la cohorte Heart Healthy Hoods, que incluye a 1700 personas residentes en la ciudad de Madrid. Tras el reclutamiento, estas personas realizaron una visita clínica en Atención Primaria, donde se recogieron datos sociodemográficos, antecedentes familiares, estado general de salud, medicación, medidas antropométricas y una analítica. De entre estas personas, se seleccionaron para este estudio los datos de aquellas que habían aportado información sobre las variables analizadas (edad, sexo, país de nacimiento, medicamentos consumidos, diagnósticos recibidos, renta por hogar y personas por hogar), quedando una muestra de 1308 individuos/as. De los datos de esta entrevista se han extraído las variables resultado (trastornos ansioso-depresivos diagnosticados y consumo de benzodiazepinas y fármacos antidepresivos). La variable de exposición (gentrificación) se ha obtenido a través de un índice de gentrificación realizado para las ciudades de Barcelona y Madrid. Las personas de la cohorte han sido geocodificadas a cada barrio para poderles asignar el valor del índice de gentrificación. Para estudiar la asociación entre la exposición y las diferentes

variables de salud se han realizado modelos de regresión logística multinivel que han tenido en cuenta que los datos no son independientes a nivel de barrio.

Resultados.

Se trata de una muestra compuesta por 1308 personas de entre 40 y 75 años, en la que hay una mayoría de mujeres (55,50 %).

En la mayoría de los análisis realizados, no se ha observado una relación estadísticamente significativa entre el consumo de benzodiacepinas, el consumo de antidepresivos, el diagnóstico de trastornos ansioso-depresivos y el nivel de gentrificación. En dos de los análisis realizados se ha observado que vivir en barrios gentrificados es un factor protector estadísticamente significativo en lo referente al consumo de antidepresivos en comparación a vivir en barrios no gentrificados: sin realizar ningún tipo de ajuste el Odds Ratio es un 41% menor (Intervalo de Confianza=0,37-0,92); y en personas con renta mayor de 1700 euros y menor de 2900 y ajustándolo por país de nacimiento, personas por hogar, sexo y edad, el Odds Ratio es un 68% menor (IC=0,12-0,83).

En lo referente a la renta y el sexo, no se ha observado que la gentrificación sea un factor de riesgo que afecte más a personas con renta por hogar baja (siendo el único análisis estadísticamente significativo el referido en las líneas previas) o a las mujeres.

Conclusión.

El nivel de gentrificación no se ha asociado en este estudio a un mayor consumo de benzodiacepinas, antidepresivos, ni a un mayor número de trastornos ansioso-depresivos diagnosticados en la población residente en barrios gentrificados frente a la población residente en barrios no gentrificados. De hecho, en lo que respecta al consumo de antidepresivos, vivir en un barrio gentrificado se presenta como un factor protector frente al consumo de antidepresivos en dos de los análisis. Es necesario seguir profundizando y estudiar los posibles factores que aclaren la relación entre las alteraciones en la salud mental de la población y el nivel de gentrificación del lugar en el que residen.

PALABRAS CLAVE

Gentrificación, salud mental, ansiedad, depresión, benzodiacepinas, antidepresivos, Madrid

Índice de tablas

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión de la cohorte HHH.....	36
Tabla 2: Fármacos y diagnósticos extraídos de la cohorte HHH e incluidos en el análisis	37
Tabla 3: Descripción de la muestra	38
Tabla 4: Modelos crudos y ajustados para el consumo de benzodiacepinas.....	40
Tabla 5: Modelos crudos y ajustados para el consumo de antidepresivos	40
Tabla 6: Modelos crudos y ajustados para los trastornos ansioso-depresivos	41

Índice de figuras

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. *	42
Figura 2. Mapa de los niveles gentrificación en Madrid.**	43
Figura 3. Modelos ajustados por cada nivel de renta.....	44
Figura 4. Sesgos de género y malas prácticas en la investigación en salud.	45

Abreviaturas

ATC: clasificación Anatómica-Terapéutica-Química

CEI: Comité Ético de Investigación

CEIC-R: Comité Ético de Investigación Clínica Regional de la Comunidad de Madrid

CIAP: Clasificación Internacional de Atención Primaria

DHD: Dosis Diaria Definida por cada 1.000 Habitantes y Día.

DSS: Determinantes Sociales de Salud

HHH: Heart Healthy Hoods

IC: Intervalo de Confianza

IDH: Índice de Desarrollo Humano

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OR: Odds Ratio

TFM: Trabajo de Fin de Máster

TX: Texas

USA: United States of América

1.Introducción

1.1 Salud Mental: datos y estadísticas generales.

En los últimos años la Salud Mental está comenzando a tomar un lugar relevante en la agenda sociopolítica, siendo uno de los temas más relevantes de salud pública por su impacto poblacional. Según datos del Ministerio de Sanidad (1) la prevalencia global de los problemas de salud mental es del 27,4% (30,2 % en mujeres y 24,4 % hombres respectivamente). El problema de salud mental más frecuente es el trastorno de ansiedad que afecta al 6,7% de población (8,8% en mujeres, 4,5% en hombres). Si se incluyen “signos/síntomas de ansiedad” la cifra alcanza el 10,4%. Su frecuencia es relativamente estable a lo largo de la edad adulta: entre el 10 y el 12% de las mujeres entre 35 y 84 años tienen registrado este trastorno, llegando al 16-18% cuando se incluyen los síntomas. El trastorno depresivo se presenta en el 4,1% de la población (5,9% en mujeres y 2,3% en hombres), creciendo su frecuencia progresivamente con la edad hasta alcanzar el 12% de las mujeres y el 5% de los hombres de 75 a 84 años (1).

En el año 2017 se dispensó al menos un envase de psicofármacos (excepto antipsicóticos) al 34,3% de las mujeres y al 17,7% de los hombres. En términos cuantitativos, se dispensaron 203,6 Dosis Diaria Definida por cada mil Habitantes y Día (DHD), cantidad que en su totalidad permitiría el tratamiento con dosis diaria estándar durante un año al 20,4% de la población asignada a atención primaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud de 40 años y más (1).

Dentro de los psicofármacos, el grupo de más dispensado es el de los antidepresivos con 98,8 DHD (140,3 en mujeres y 52,8 en hombres), seguido por ansiolíticos (64,5 DHD, 83,5 en mujeres y 43,4 en hombres) y por hipnóticos y sedantes (42,2 DHD, 52,2 en mujeres y 26,9 en hombres) (1). Dentro de los ansiolíticos, los pertenecientes al grupo de las benzodiazepinas son los más consumidos. Por mostrar un ejemplo, el Lorazepam ya se encontraba en el séptimo puesto entre los medicamentos que más se habían vendido en España en el año 2017 (2).

El consumo de estos 3 grupos de psicofármacos sigue un patrón similar: es mayor en mujeres que en hombres, aumenta progresivamente con la edad hasta los 80 años, se observa un gradiente social, con mayores DHD en los niveles más bajos de renta, y la dispensación es mayor conforme menor es el tamaño del municipio, con independencia de la edad.(1).

Un estudio sobre el consumo benzodiazepinas indica que el perfil más común de persona que recibe tratamiento con este tipo de fármacos es una mujer de más de 65 años con ansiedad o depresión (3). Varios estudios corroboran que el número de prescripciones aumenta a medida que lo hace la edad de los pacientes, especialmente en las mujeres (4-6) . Esto es particularmente preocupante ya que, tal como describe el departamento de Salut de la Generalitat de Catalunya (7), el uso de benzodiazepinas en gente mayor de 65 años “comporta riesgos evitables de deterioro cognitivo y aumento de mortalidad por caídas”.

1.2 Determinantes sociales de la salud (DSS)

La Organización Mundial de la Salud aporta la siguiente definición de los determinantes sociales de la salud (ver Figura 1): "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana"(8). Estas circunstancias incluyen las políticas y normas sociales, los sistemas económicos y políticos y los programas de desarrollo, que pueden ser distintas para diferentes subgrupos de una misma población, pudiendo generar resultados divergentes en lo que respecta a la salud (8).

Dentro de los determinantes estructurales de las desigualdades en salud (9), este estudio se centra en analizar dos ejes de desigualdad que según estudios previos afectan de forma incisiva a la salud mental: el género y el nivel socioeconómico.

En lo referente al género, estudios nacionales e internacionales han descrito importantes desigualdades en el ámbito de la salud mental, siendo las mujeres las que son diagnosticadas con más frecuencia de algún problema de este tipo, presentando una prevalencia llamativamente mayor que los hombres (10-12).

La hipótesis acerca de una mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres en relación con la patología mental es completamente inconsistente, tomándose en la actualidad como posibles hipótesis de factores desencadenantes las condiciones de vida desiguales entre hombres y mujeres, junto con los modelos imperantes de masculinidad y feminidad hegemónicos que pueden estar explicando estas desigualdades de género en la salud mental (13).

En cuanto a la situación socioeconómica, varios estudios indican que la salud mental empeora a medida que lo hacen las condiciones de vida (tener una renta insuficiente, bajo nivel educativo, desempleo o falta de apoyo social) (14-15).

Simultáneamente, parece existir un sesgo favorable en relación a la salud mental en las personas con un nivel educativo superior (16).

Estos ejes de desigualdad actúan de forma conjunta y por tanto es importante analizarlos teniendo en cuenta las dinámicas que se producen entre ambos. La interseccionalidad es un marco analítico que reconoce que las desigualdades sistémicas se conforman a partir de la superposición de distintas identidades coexistentes y factores sociales, por lo que cada persona sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales (17).

1.3 Los barrios como determinante intermedio de Salud Mental.

Los determinantes intermedios de salud incluyen las circunstancias materiales, entendidas como las condiciones de trabajo y de vida, los hábitos relacionados con la salud y los factores psicosociales y biológicos (18).

La estructura social determina desigualdades en los factores intermedios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Esto incluye primeramente los recursos materiales que son: a) Las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos ergonómicos y físicos, organización y entorno psicosocial); b) la carga de trabajo no remunerado (tareas domésticas y de cuidado de las personas); c) el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial; d) la calidad de la vivienda y sus equipamientos; e) el barrio o área de residencia y sus características. Dichos recursos afectan a los procesos psicosociales como la situación de estrés y a las conductas con influencia en la salud (19). Esto pone sobre la mesa la circunstancia de que el área o barrio en el que residimos puede afectar a la salud, existiendo estudios que señalan la existencia de diferencias de esperanza de vida de 3 años o más comparando barrios de una misma ciudad (20-21).

Residir en barrios con viviendas de mala calidad, escasos recursos y condiciones inseguras genera un mayor estrés y puede llegar a desencadenar trastornos depresivos independientemente de los factores estresantes individuales de cada persona. Además, intensifica el impacto dañino de los factores estresantes personales, lo que nuevamente aumenta el riesgo de depresión (22). Asimismo, las características del barrio influyen en la probabilidad de que las personas establezcan vínculos entre sí (23); por ejemplo, si la rotación residencial es alta, esto es, se produce un recambio frecuente de residentes en el vecindario, es menos probable que las personas establezcan relaciones entre ellas. La interrupción de las

relaciones entre vecinos puede tener consecuencias relevantes en lo que respecta a sufrir síntomas depresivos (22).

Asimismo, se ha documentado que las dificultades hipotecarias aumentan la probabilidad de sufrir un trastorno depresivos mayores hasta dos veces o más (24-25) y hasta 8 veces la probabilidad de sufrir síntomas depresivos agudos relacionados con el estrés (26-27). También se ha observado un aumento de los suicidios en relación con el aumento de desempleo (28).

1.4 Gentrificación y Salud Mental

La gentrificación se define como un proceso de cambio de los barrios a través del cual las características demográficas, inmobiliarias y comerciales de un lugar revelan una transición hacia una población más privilegiada (por ejemplo, población con un nivel de estudios mayor o una situación económica más favorable), capaz de costear viviendas más caras y, simultáneamente, fomentar nuevas prácticas culturales y de consumo (29-32).

Se ha observado que el aumento del costo de vida provocado por los procesos de gentrificación puede estar relacionado con aumento del miedo, la ansiedad, el estrés y la privación del sueño para los residentes más desfavorecidos (33). Varios estudios muestran que la gentrificación en sí misma puede no tener ningún efecto o incluso un efecto positivo en la salud de la población en su conjunto, mientras que su efecto sobre la salud de los residentes más vulnerables puede ser perjudicial (34-37), incluyendo entre esta amplia gama de resultados en salud una peor salud mental (38).

Además, se ha observado que en comparación con los residentes que permanecieron en sus hogares, los residentes desplazados por el proceso de gentrificación tienen más probabilidades de acudir a urgencias y precisar hospitalizaciones, principalmente debido a problemas de salud mental (39).

Otro dato destacable es el impacto que tiene la gentrificación en las mujeres, a las que se les otorga con frecuencia el rol social de cuidadoras, teniendo que compaginar la vida laboral y las tareas de cuidados viéndose afectadas más frecuentemente por una situación económica más precaria que aumenta aún más tras la jubilación (40).

En ciudades globales como Barcelona, Boston o Madrid la preocupación por la gentrificación cada vez está más presente a nivel social y político (41). Madrid es una

de las ciudades más grandes de Europa y ha experimentado un enorme aumento demográfico y segregación social en los últimos 15 años (42-43). Este proceso ha sido acompañado de cambios en el mercado de la vivienda y la distribución de bienes y servicios dentro de la ciudad a través de empresas privadas inversiones, especialmente en el centro de la ciudad; lo que podríamos denominar un proceso de Gentrificación Comercial (29). Dadas las modificaciones producidas en los diferentes barrios y distritos, es de interés conocer cómo ha podido afectar esto a la salud mental de sus residentes.

1.5. Justificación del estudio

Aunque a lo largo de los últimos años se han realizado múltiples estudios, los análisis del impacto de la gentrificación en la salud mental de la población son más escasos, no habiéndose realizado ninguno específicamente en la ciudad de Madrid.

2. Hipótesis y objetivos

Hipótesis

1. Residir en un barrio gentrificado en la ciudad de Madrid se asocia a una mayor probabilidad de presentar trastornos ansioso-depresivos y/o un mayor consumo de benzodiazepinas y/o consumo de antidepresivos.
2. Las mujeres se ven más afectadas por el proceso de gentrificación a nivel de salud mental, presentando una mayor prevalencia de trastornos ansioso-depresivos, consumo de benzodiazepinas y/o consumo de antidepresivos.
3. Las personas con una renta por hogar más baja se ven más afectadas por el proceso de gentrificación a nivel de salud mental, presentando una mayor prevalencia de trastornos ansioso-depresivos, consumo de benzodiazepinas y/o consumo de antidepresivos.

Objetivo

- Estudiar la asociación transversal entre el grado de gentrificación de un barrio y los trastornos ansioso-depresivos y el consumo de benzodiazepinas y fármacos antidepresivos por parte de las personas residentes en la ciudad de Madrid.
- Estudiar si las diferencias por género (estimada en este estudio usando el sexo recogido) en la prevalencia de trastornos ansioso-depresivos y el consumo de benzodiazepinas y fármacos antidepresivos son diferentes según el grado de gentrificación del barrio.

- Estudiar si las diferencias por posición socioeconómica (estimada en este estudio empleando la renta por hogar y el número de personas por hogar) en la prevalencia de trastornos ansioso-depresivos y el consumo de benzodiazepinas y fármacos antidepresivos son diferentes según el grado de gentrificación del barrio.

3. Métodos

3.1. Diseño y ámbito del estudio

Este TFM es un estudio observacional, transversal analítico enmarcado dentro del proyecto de investigación “Impacto de los procesos de gentrificación en la salud de las personas adultas residentes en la ciudad de Madrid: un estudio de métodos mixtos (GentriHealth) (44), en el que se han empleado datos individuales extraídos de la cohorte Heart Healthy Hoods (HHH), un proyecto europeo que fue diseñado para analizar la asociación entre las características (físicas y sociales) del entorno urbano, y el riesgo cardiovascular de las personas residentes en la ciudad de Madrid (45). Este proyecto HHH incluye una cohorte, diseñada en colaboración con Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, de la que se utilizarán los datos del corte basal (2017) para este estudio.

El área de estudio comprendió toda la ciudad de Madrid, dividida administrativamente en 21 distritos, 128 barrios y 2415 secciones censales (en 2017). Ese año la población total de Madrid era de 3.221.824 personas.

3.2. Población de estudio y selección de la muestra

La población diana es la población general adulta que reside en la ciudad de Madrid. La población de estudio estuvo compuesta por personas entre 40 y 75 años residentes en el municipio de Madrid, que estuvieran asignadas por tarjeta sanitaria a alguno de los centros de salud seleccionados para el estudio HHH (46). La muestra se seleccionó a partir de los y las pacientes adscritos a los 31 centros de salud que participaron en dicho estudio. Los y las participantes fueron reclutadas por las profesionales sanitarias (médicas y/o enfermeras) de estos centros de salud. El reclutamiento se llevó a cabo entre 2017 y 2019, siendo el método empleado de tipo no probabilístico para maximizar la validez interna, la capacidad de reclutamiento y la retención de las personas participantes, y minimizar las pérdidas en el seguimiento.

Inicialmente, los y las profesionales sanitarias recibieron un listado de los pacientes preseleccionados dentro de su cupo de atención. Esta preselección atendía a los criterios de inclusión y exclusión escogidos para el proyecto HHH (ver Tabla 1), estando los datos estratificados por sexo, edad (40-55, 56- 65 y 66-75 años respectivamente) y país de origen (España, país andino).

A fecha de junio de 2019, el proyecto HHH incorporaba 1700 participantes. Para la realización de este estudio, se seleccionaron a las personas que habían cumplimentado la información sobre todas las variables de interés (sexo, país de nacimiento, edad, renta por hogar y número de personas por hogar), obteniendo una muestra de 1308 personas.

3.3. Variables e instrumentos de recogida de datos

Una vez firmado el consentimiento informado, los datos de contacto (nombre, dirección, teléfonos, etc.) de la persona participante se introdujeron en una base de datos de acceso restringido. A cada participante se le identificó con un código numérico para mantener la confidencialidad respecto a su identidad. La recogida de dichos datos fue realizada por las profesionales sanitarias de los centros de salud. Las variables clínicas se registraron en la historia clínica electrónica. Por otro lado, se contactó a los y las participantes telefónicamente para recoger las variables sociodemográficas, y aquellas relacionadas con sus hábitos de vida. En este TFM las variables sociodemográficas se consideraron variables independientes frente a las variables dependientes o de resultado, que fueron el consumo de benzodiazepinas, fármacos antidepresivos y los trastornos ansioso-depresivos diagnosticados.

3.4. Variables dependientes o de resultado

Las variables resultado fueron el consumo de benzodiazepinas (sí/no), el consumo de antidepresivos (sí/no) y los trastornos ansioso-depresivos diagnosticados (sí/no) (ver Tabla 2).

Los fármacos fueron codificados según el código ATC o Sistema de Clasificación Anatómica-Terapéutica-Química.

Los diagnósticos fueron codificados atendiendo a la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP).

3.5. Variables de exposición

Gentrificación agrupada en 3 niveles:

- Barrios no gentrificados
- Barrios levemente gentrificados
- Barrios gentrificados.

La variable de exposición (gentrificación) fue obtenida a través de un índice de gentrificación realizado por profesionales del equipo de investigación para las ciudades de Barcelona y Madrid (ver Figura 2) que engloba varias dimensiones (47):

1. Dimensión 1: Rejuvenecimiento de la población. Los barrios en los que más ha crecido la proporción de población nacida entre 1972 y 1997 presentan una puntuación más alta en el índice.
2. Dimensión 2: Naturaleza de la población. Los barrios en los que entre el 1 de enero de 2011 y el 1 de enero de 2017 han presentado un mayor crecimiento de la proporción la población nacida en países con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de la ONU superior a 0,825 obtienen una puntuación más alta en el índice.
3. Dimensión 3: Estructura del hogar. Los barrios en los que entre el 1 de enero de 2011 y el 1 de enero de 2017 han presentado un mayor crecimiento de la proporción de los hogares unipersonales de adultos (16-64 años) tienen una puntuación más alta en el indicador.
4. Dimensión 4: Atracción de la población cualificada. Los barrios en los que más ha crecido la proporción de llegadas de personas con estudios universitarios respecto al total de llegadas (de la población mayor de 25 años) comparando el periodo 2016-2017 con 2011-2012 tienen una puntuación más elevada en el indicador.
5. Dimensión 5: Substitución de la población. En el indicador emplean la proporción de personas sin estudios universitarios mayores de 25 años en los flujos de salida y entrada del barrio, y calculan una ratio que será más alta a mayor presencia de personas sin estudios universitarios en los flujos de salida en comparación con los de entrada. Los barrios en los que más ha crecido esta ratio comparando el periodo 2016-17 con 2011-2012) tienen una puntuación más elevada en el indicador.
6. Dimensión 6: Velocidad de los procesos de transformación. Los barrios en los que la tasa resultante de dividir los movimientos realizados por personas

con estudios universitarios por el total de población (mayor de 25 años en ambos casos) ha presentado un mayor crecimiento comparando el periodo de 2016-17 con 2011-2012 tienen una puntuación mayor en el indicador.

7. Dimensión 7. Aumento del precio de la vivienda. Los barrios en los que el precio de la vivienda (€/m²) más ha aumentado de forma relativa entre los años 2013 y 2017 presentan una puntuación más elevada en el indicador.

Las personas de la cohorte fueron geocodificadas a cada barrio para poderles asignar el valor del índice de gentrificación.

3.6. Otras variables

A nivel individual, se incluyeron como variables independientes la edad (40-55/56-65/66-75 años agrupada en tres estratos para facilitar su posterior análisis), el sexo (categorizado en hombre/mujer), el país de nacimiento (España/fuera de España), la renta percibida en cada hogar autorreportada (renta baja: menos de 850 euros mensuales; renta baja-media: más de 850 y menos de 1700 euros mensuales; renta media: más de 1700 euros y menos de 2900 mensuales; renta alta: más de 2900 euros mensuales) y el número de personas residentes en cada hogar.

3.7. Análisis de datos

Para realizar el análisis estadístico se utilizó el programa Stata 15.0 (StataCorp., College Station, TX, USA). Inicialmente se llevó a cabo un análisis descriptivo de la muestra en el que todas las variables se trabajaron como variables categóricas que se expresaron como frecuencia y porcentaje. Para evaluar la relación entre el nivel de gentrificación de los barrios y el consumo de benzodiazepinas, el consumo de fármacos antidepresivos y los trastornos ansioso-depresivos diagnosticados utilizamos modelos de regresión logística multinivel, utilizando como variables dependientes el consumo de benzodiazepinas, el consumo de fármacos antidepresivos y los trastornos ansioso-depresivos diagnosticados. En primer lugar, se llevaron a cabo los modelos crudos (modelo 1), posteriormente los modelos ajustados por las variables independientes (edad, sexo, país de nacimiento, renta por hogar y número de personas por hogar) (modelo 2) y los modelos ajustados por las variables independientes en mujeres y hombres (modelo 3 y 4 respectivamente). Por último, se realizaron los modelos para cada nivel de renta por hogar ajustados por todas las variables independientes.

3.8 Aspectos éticos

El estudio GentryHealth ha sido revisado y cuenta con el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación y de Experimentación Animal de la Universidad de Alcalá. El Comité de Ética de la Investigación y de Experimentación Animal de la Universidad de Alcalá, después de revisar el estudio cuyo código es “CEIP/2021/4/103”, dictaminó que el proyecto de investigación y el procedimiento evaluado eran correctos desde el punto de vista ético y metodológico (Anexo II).

Por otro lado, el estudio Heart Healthy Hoods también ha sido revisado, contando con el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica Regional de la Comunidad de Madrid (CEIC-R). El CEIC-R, después de revisar el estudio cuyo código es “ERC-2013-StG-336893”, dictaminó que se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, y que la capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, son apropiados para llevar a cabo el estudio (Anexo III).

4. Resultados

4.1. Descripción de la muestra

Se trata de una muestra compuesta por 1308 personas (ver Tabla 3). Previamente fueron excluidas 20 personas de la selección inicial (17 abandonos de los cuales eran hombres y 9 mujeres, una mujer con enfermedad excluyente y un hombre y una mujer que se mudaron de Madrid durante el período de estudio), así como las personas que no habían respondido a todas las variables que iban a analizarse en el estudio. No se encontraron diferencias reseñables en el análisis descriptivo entre la muestra analítica de 1308 personas y la muestra inicial (Anexo I).

En la muestra hay una mayoría de mujeres (55,50%), siendo el porcentaje de un 55,87% en barrios no gentrificados, un 54,14% en barrios levemente gentrificados y un 55,39% en barrios gentrificados.

En lo que respecta al país de origen, la mayor parte de las personas participantes nacieron en España (81,49%), observándose un porcentaje de personas nacidas en países distintos de España de un 19,27% en barrios no gentrificados, de un 22,43% en barrios levemente gentrificados y de un 13,31% en barrios gentrificados, siendo esta última llamativamente menor.

En cuanto al nivel de renta, las rentas por hogar de las personas de la muestra se encuentran con mayor frecuencia en un nivel medio-bajo o medio (un 36,92% y un 35,47% correspondientemente). Destaca que la prevalencia de rentas por hogar medias-bajas es reseñablemente menor en los barrios gentrificados (un 26,97% frente a un 40% y un 39,02 en barrios no gentrificados y levemente gentrificados respectivamente) y la de rentas por hogar bajas es destacablemente mayor (un 33,81% frente a un 14,30% y un 14,14%).

Respecto al número de personas por hogar, un 13,37% de los y las encuestados/as residen en hogares unipersonales; en un 33,02% son 2 las personas en el hogar; en un 25,07% son 3; en un 20,87% se trata de hogares compuestos por 4 personas; en un 5,65% de 5; en un 1,75% de 6; y en un 0,15% y 0,07% están compuestos por 7 y 10 personas respectivamente. Destaca que en los barrios gentrificados el porcentaje de hogares unipersonales es aproximadamente el doble que en barrios no gentrificados o levemente gentrificados (un 21,94% frente a un 11,15% y un 10,73% respectivamente).

En lo referente a las variables resultado, un 12,69% consumían benzodiazepinas, un 11,08 % antidepresivos y un 18,19 % tenían algún trastorno ansioso-depresivo diagnosticado. En cuanto al porcentaje de estos sucesos según el nivel de gentrificación del barrio, la diferencia más destacable se observa en el consumo de antidepresivos, siendo la prevalencia de un 8,27% en el grupo residente en barrios gentrificados y de un 11,75% y 12,19% respectivamente en el de levemente gentrificados y no gentrificados.

4.2 Resultado del análisis de datos

Variable resultado 1: Benzodiazepinas (ver Tabla 4)

Modelo 1: no se observan diferencias estadísticamente significativas en el consumo de benzodiazepinas según el nivel de gentrificación del barrio.

Modelo 2: Los barrios ligeramente gentrificados muestran un 7% más de Odds de consumo de benzodiazepinas frente a los barrios no gentrificados, mientras que en los barrios gentrificados el Odds no muestra diferencias en comparación a los no

gentrificados, aunque ninguna de estas observaciones es estadísticamente significativa (IC = 0,67-1,71 e IC = 0,65-1,55 correspondientemente).

Modelos 3 y 4: no se observan diferencias significativas en el consumo de benzodiazepinas según el nivel de gentrificación del barrio en mujeres (barrios levemente gentrificados: OR = 0,86 e IC = 0,46-1,62; barrios gentrificados: OR = 0,92 e IC = 0,53-1,58) ni en hombres (barrios levemente gentrificados: OR = 1,52 e IC = 0,71-3,26; barrios gentrificados: OR = 1,01 e IC = 0,47-2,17).

Variable resultado 2: Antidepresivos (ver Tabla 5)

Modelo 1: se observa que hay una diferencia estadísticamente significativa en el consumo de antidepresivos según el nivel de gentrificación, siendo un 41% menor el Odds Ratio (IC=0,37-0,92) en barrios gentrificados en comparación a barrios no gentrificados.

Modelo 2: Los barrios ligeramente gentrificados y gentrificados muestran un 9% más y un 32% menos de Odds de consumo de antidepresivos respectivamente, aunque ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativa (IC = 0,67-1,76 e IC = 0,43-1,12 correspondientemente).

Modelos 3 y 4: no se observan diferencias estadísticamente significativas en el consumo de antidepresivos según el nivel de gentrificación del barrio en mujeres ni en hombres.

Variable resultado 3: Trastornos ansioso-depresivos (ver Tabla 6)

Modelo 1: no se observan diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de trastornos ansioso-depresivos según el nivel de gentrificación del barrio.

Modelo 2: Los barrios ligeramente gentrificados y gentrificados presentan un 4% y un 3% más de Odds en la prevalencia de trastornos ansioso-depresivos respectivamente, aunque ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa (IC = 0,67-1,59 e IC = 0,70-1,51 correspondientemente).

Modelos 3 y 4: los barrios ligeramente gentrificados y gentrificados presentan un 20% (IC = 0,72-2,00) y un 18% (IC = 0,74-1,87) más de Odds en la prevalencia de

trastornos ansioso-depresivos en mujeres respectivamente, aunque ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativa. En cuanto a la prevalencia de trastornos ansioso-depresivos en hombres atendiendo al nivel de gentrificación, los barrios ligeramente gentrificados y gentrificados muestran un 11% y 24% menos de Odds respectivamente, aunque ninguna diferencia es estadísticamente significativa.

Análisis por nivel de renta (ver Figura 3)

En lo que respecta al **consumo de benzodiazepinas**:

No hay diferencias estadísticamente significativas en el consumo de benzodiazepinas en ningún nivel de renta.

Parece intuirse que en rentas bajas y en rentas altas la gentrificación aumenta las Odds de consumo de benzodiazepinas, mientras que en las medias lo disminuye. No obstante, ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativa.

En lo que respecta al **consumo de fármacos antidepresivos**:

Se observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo de personas con renta media ajustado por país de nacimiento, sexo y edad entre barrios gentrificados y barrios no gentrificados, objetivándose 68% menos de Odds de consumo de antidepresivos en barrios gentrificados (OR = 0,32 e IC = 0,12-0,83).

No hay diferencias estadísticamente significativas en el consumo de antidepresivos en ningún otro nivel de renta.

Parece intuirse que en rentas altas la gentrificación aumenta las Odds de consumo de antidepresivos. No obstante, ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativa.

En lo que respecta a la **prevalencia de trastornos ansioso-depresivos**:

No hay diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de trastornos ansioso-depresivos en ningún nivel de renta.

Parece intuirse que en rentas medias la gentrificación disminuye las Odds de presentar trastornos ansioso-depresivos. No obstante, ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativa.

5. Discusión

En este trabajo hemos observado que nuestras hipótesis iniciales no se han visto reflejadas en los resultados, siendo estos poco consistentes en cuanto a la relación entre las variables estudiadas. De hecho, según nuestros análisis la gentrificación podría presentarse incluso como un factor protector frente al consumo de fármacos antidepressivos en el modelo crudo y en el grupo de personas con renta media. No obstante, cabe reseñar la dificultad de medir un proceso en continuo movimiento desde hace décadas. Esto podría suponer que las personas más vulnerables a los posibles efectos de la gentrificación sobre la salud mental ya se hayan visto desplazadas a barrios no gentrificados en el momento de este análisis.

Otros estudios que sí han concluido que existe una relación entre los niveles de gentrificación del barrio y un empeoramiento de la salud mental de los y las residentes más vulnerables (principalmente, personas con un nivel socioeconómico inferior), se han centrado en realizar encuestas para valorar el estrés autopercebido (48) o cuestionarios para medir síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión (49). Por lo tanto, el hecho de que los datos de este estudio sobre trastornos diagnosticados y medicación prescrita se obtengan de la historia clínica electrónica ha podido resultar en la pérdida de datos sobre la salud mental de aquellas personas sin un diagnóstico vigente, debido a que la cohorte de la que ha sido extraída esta muestra es una cohorte cardiovascular y los malestares relacionados con salud mental no recogidos en la historia clínica pueden haberse visto invisibilizados a pesar de ser problemas prevalentes.

Además, la edad de la población de la muestra es mayor de 40, y algunos efectos de la gentrificación pueden ser más frecuentes en población más joven, especialmente los asociados a verse obligados a trasladarse de vecindario o a las dificultades para emanciparse (50).

Por otro lado, análisis que han encontrado diferencias significativas a este respecto presentaban un tamaño muestral mucho mayor que el del actual estudio (49) (51-52), haciendo más probable su detección entre los grupos de población. Además, tenían una medida más exacta de cuánto tiempo llevaba residiendo cada individuo o individuo de la muestra en un mismo barrio, resaltando en uno de ellos las diferencias del efecto de vivir en un barrio gentrificado entre aquellas personas que llevaban menos de 6 años en el mismo, en quienes no se observó un efecto negativo, y las que llevaban residiendo en él durante 15 años o más, en las que sí

se observó un aumento de problemas de salud mental (51). Por lo tanto, un periodo de 1 año residiendo en un barrio como criterio de inclusión puede resultar insuficiente para valorar el efecto de la gentrificación en los residentes de estos barrios, teniendo que considerar la posibilidad de ampliarlo de cara a próximos estudios.

En lo que respecta a la situación económica de los y las residentes, no se ha objetivado que las personas con un nivel bajo de renta por hogar presenten un mayor consumo de benzodiazepinas, de antidepresivos o sufran más trastornos ansioso-depresivos en barrios gentrificados que en no gentrificados. Sí que se observa en todas las variables resultado que el grupo de personas con renta media tiende a presentar un Odds más bajo que el de personas con renta baja y renta alta, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. Este resultado puede ser producto, por un lado, de una peor salud mental en las personas con renta baja debida a la incertidumbre y la precariedad económica (53); y en personas de renta alta, de una mayor exigencia a nivel laboral y de un fenómeno de adaptación hedónica (proceso por el cual se reduce el impacto afectivo de los eventos emocionales; según este fenómeno, una persona más enriquecida se adaptaría a este nivel económico y los a estímulos favorables derivados del mismo, sin llegar a producir estos el mismo placer que a una persona de un nivel socioeconómico más bajo) asociado a una mayor comparación de los ingresos propios con los de otras personas enriquecidas. Un estudio señaló que una vez que se alcanza un ingreso anual específico (alrededor de \$ 100,000 en los EE. UU.), es más probable que las personas tengan menos bienestar y menos satisfacción en la vida (54).

De todos modos, hay que tener en cuenta que el grupo de personas catalogadas como individuos/as con “renta alta” en este estudio abarca una horquilla muy amplia de hogares con una renta por encima de 2900 euros mensuales), pudiendo existir entre ellas grandes diferencias.

En cuanto al género, el por qué existen desigualdades llamativas a nivel de salud mental (55) ha sido objeto de múltiples estudios que han propuesto posibles explicaciones a estas diferencias: la segregación del mercado laboral, la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados, la mayor exclusión social, la discriminación por motivos de género, la menor presencia en espacios de toma de decisiones (11-12) así como las diferencias en la ocupación del cuidado a personas dependientes (56) y la mayor exposición de las mujeres a situaciones de violencia

física, simbólica o sexual incide significativamente de forma negativa en su salud mental (57) y limitaría su acceso a recursos que pueden protegerla (58-60). Además, la práctica clínica tiende a verse enturbiada con frecuencia por estereotipos de género, ejerciéndose con frecuencia una mayor coerción por parte de las instituciones médicas y psiquiátricas sobre las mujeres y etiquetándoles con más facilidad de enfermas mentales (61).

Uno de los objetivos de este estudio era analizar otro de los posibles factores que pueden afectar a la salud mental de las mujeres más que a la de los hombres, el nivel de gentrificación del barrio. Sin embargo, esta hipótesis no se ha objetivado en este análisis.

5.1 Limitaciones y fortalezas

Este estudio cuenta con varias limitaciones que deben ser señaladas. En primer lugar, se trata de un estudio de carácter transversal, no aportando el componente temporal que aportaría mayor complejidad y riqueza de cara a realizar el análisis de los datos. Además, teniendo en cuenta el desplazamiento de parte de la población que puede generar la gentrificación, quizás habría que replantear los criterios de inclusión del estudio, ya que tal y como se ha mencionado anteriormente, una permanencia de un año en un mismo domicilio puede ser insuficiente, habiéndose podido ver desplazada la población más vulnerable en los años previos teniendo en cuenta que el proceso de gentrificación lleva dándose en Madrid desde hace varias décadas. Esta limitación ha intentado paliarse excluyendo a las personas con intención de mudarse de Madrid en los 3 años siguientes a 2017, pudiendo generar esto que la población de la muestra contenga a personas más asentadas en el territorio.

Destacan los posibles sesgos dentro de la recogida de datos, ya que de cara rellenar el apartado de “sexo” no es posible discernir con seguridad si se han atendido al sexo biológico o al género. Hay que tener presente que los términos “sexo” y “género” están en continua reformulación según época y enfoque teórico, existiendo múltiples definiciones, siendo en el momento actual lo más aceptado referirnos al sexo para hacer referencia a las diferencias anatómicas y biológicas entre mujeres y hombres, y definir el género como una construcción cultural que hace referencia a un sistema de relaciones sociales que establece prácticas y normas sociales para las mujeres y para los hombres, así como a un sistema de relaciones simbólicas que aporta representaciones e ideas. Por lo tanto, no es adecuado tratar el sexo y el género

como equivalentes (ver Figura 4) (62) y equiparlos, así como recoger el sexo de forma binaria, ya que esto supone un problema de injusticia epistémica con otras realidades y no permite contemplar el género como factor relevante en los vínculos relacionales que se establecen en los vecindarios (63). Quizás sería interesante de cara a nuevas encuestas reformular o dividir estos apartados para tener una adecuada representación de ambas variables, además de para asegurarnos de no invisibilizar los datos referentes a grupos poblacionales que no se ven adecuadamente reflejados en el formato actual de recogida de datos; grupos que por añadidura presentan según varios estudios un mayor riesgo de sufrir trastornos ansioso-depresivos (64-65), por lo que el análisis de si la gentrificación les afecta de forma particular a este nivel resulta de especial interés (63).

No obstante, de cara a este estudio en concreto, una pregunta mejor recogida probablemente no nos hubiese permitido visibilizar adecuadamente otras realidades ya que presumiblemente habiéramos obtenido grupos de análisis muy pequeños que no nos hubieran aportado datos estadísticamente significativos. Por lo tanto esta limitación en principio no nos afectaría de cara a los objetivos de este estudio, aunque para enriquecerlo sería necesario complementarlo con otras metodologías cualitativas y/o aumentar el tamaño muestral para poder mostrar estas realidades, más difíciles de poner en relieve en estudios como el actual.

Otra limitación importante radica en que hemos atribuido a cada individuo el nivel socioeconómico de la renta del hogar en el que reside (ajustada por el número de personas que residen en el hogar), obviando las posibles variaciones entre individuos dentro de un mismo hogar y otras variables relacionadas (como por ejemplo, el nivel de estudios) con el nivel socioeconómico. A pesar de esto, la renta del hogar representa muy bien algunas dimensiones de la posición socioeconómica, tales como la capacidad de obtención de vivienda, estatus, etc., y la correlación entre las diferentes medidas de posición socioeconómica es muy alta (66). Sin embargo, para poder evitar sesgos de clasificación errónea en el nivel socioeconómico, en el futuro resultaría más adecuado realizar el análisis de sensibilidad usando otros indicadores de posición socioeconómica a nivel individual como la clase ocupacional o el nivel educativo (48).

Por último, tal y como se ha comentado previamente, la cohorte de la que ha sido extraída la muestra es una cohorte de población cardiovascular y dado que los datos de salud mental se recogen a partir de la historia clínica electrónica, desconocemos si existe un potencial sesgo de clasificación errónea de la enfermedad y, en caso de que lo haya, si este sesgo es diferencial por renta, género o gentrificación.

En lo que respecta a las **fortalezas** de nuestro estudio, destaca el hecho de que según la información de la que disponemos en la actualidad, este trabajo es el primero en contexto español que analiza expresamente la relación entre las variables estudiadas, es decir, la gentrificación y el consumo de benzodiazepinas, fármacos antidepresivos y el diagnóstico de trastornos ansioso-depresivos.

El empleo de registros sanitarios para la recogida de datos supone una ventaja de cara a la comparabilidad de los resultados con otros estudios, así como para evitar los sesgos de memoria que pueden darse en los datos autorreportados.

Asimismo, el hecho de que las entrevistas fueran realizadas por personal sanitario cualificado puede considerarse una fortaleza con respecto a la realización de entrevistas por parte de personal no formado en campos relacionados.

La temática del estudio también puede considerarse una fortaleza en sí misma. La investigación y evaluación de la salud mental se muestra necesaria para poder entender y plantear cómo promover mejor la salud mental en diferentes poblaciones, pudiendo tener un impacto en las políticas de salud pública al ayudar a los profesionales de la salud pública a diseñar estrategias para mejorar la salud mental de la población. Es una fuente de información sobre las brechas que existen actualmente en este ámbito que ayuda a priorizar estrategias y políticas para los grupos poblacionales donde las diferencias son mayores, así como de establecer la evidencia de la efectividad de las políticas y programas de salud pública(67).

Esto último es aplicable también a la investigación del impacto de la gentrificación, como fenómeno en auge en las últimas décadas que está produciéndose de forma indiscriminada, pudiendo ser un factor potencialmente destructivo para el entramado

social y urbanístico del barrio (68). Estudiar estas posibles consecuencias se torna necesario para poder valorar y aplicar tácticas que las eviten o contrarresten.

Por otro lado, aunque a priori el haber obtenido resultados no esperados pudiera parecer un hándicap de este estudio, cabe destacar la necesidad y la importancia de mostrar no únicamente los estudios en los que las hipótesis alternativas se cumplen. Parece haber cierta tendencia en investigación en salud a publicar únicamente los resultados "positivos", algo que puede generar un sesgo de publicación. No encontrar lo que se espera, una vez analizados posibles fallas y/o sesgos del estudio, puede constituir un resultado valioso en sí mismo, siendo igualmente necesario mostrar estos resultados al público interesado (69).

6. Conclusión

En vista a los resultados de este estudio, no podemos afirmar que el nivel de gentrificación suponga un factor de riesgo para el consumo de benzodiazepinas, el consumo de fármacos antidepresivos y/o para sufrir trastornos ansioso-depresivos en la ciudad de Madrid. Tampoco se ha observado que el nivel de gentrificación afecte más a las mujeres o a las personas con un nivel de renta más bajo. No obstante, este estudio presenta varias limitaciones reseñadas previamente que pueden haber influido en estos resultados. Es necesario realizar más estudios para profundizar en el análisis de estos aspectos.

7. Bibliografía

1. Salud_mental_datos.pdf [Internet]. [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
2. El consumo de medicamentos para la ansiedad registró en 2020 la cifra más alta de la última década | Civio [Internet]. [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://civio.es/medicamentalia/2021/04/30/el-consumo-de-medicamentos-para-la-ansiedad-registra-la-cifra-mas-alta-de-la-ultima-decada/>
3. Torres-Bondia F, de Batlle J, Galván L, Buti M, Barbé F, Piñol-Ripoll G. Trends in the consumption rates of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs in the health region of Lleida from 2002 to 2015. BMC Public Health. diciembre de 2020;20(1):818.
4. Huerta C, Abbing-Karahagopian V, Requena G, Oliva B, Alvarez Y, Gardarsdottir H, et al. Exposure to benzodiazepines (anxiolytics, hypnotics and related drugs) in seven European electronic healthcare databases: a cross-national descriptive study from the PROTECT-EU Project: Benzodiazepines exposure in healthcare. Pharmacoepidemiol Drug Saf. marzo de 2016;25:56-65.
5. Bejarano Romero F, Piñol Moreso JL, Mora Gilabert N, Claver Luque P, Brull López N, Basora Gallisa J. Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. Aten Primaria. 1 de diciembre de 2008;40(12):617-21.
6. González L, Rodríguez P, Merino F, Francisco GS. Prevalencia y características del consumo de benzodiazepinas en una comunidad rural. :6.
7. Benzodiazepinas para el insomnio en personas mayores [Internet]. Essencial. [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en:
http://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/benzodiazepines_insomni
8. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

9. Espelt A, Contente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit.* 1 de noviembre de 2016;30:38-44.
10. Psychopathology in Women; Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology - ProQuest [Internet]. [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/2fb0adb3edd2c48c6d61ab2fb37c87c1/1?pq-origsite=gscholar&cbl=34821>
11. Arias-de la Torre J, Molina AJ, Fernández-Villa T, Artazcoz L, Martín V. Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gac Sanit.* 1 de mayo de 2019;33(3):235-41.
12. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health.* enero de 2004;94(1):82-8.
13. Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit.* 1 de enero de 2020;34:61-7.
14. Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: A review of the evidence. *Eur J Psychiatry.* 1 de diciembre de 2016;30:259-92.
15. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud [Internet]. Confederación Salud Mental España. 2013 [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/prevalencia-salud-mental-variables-socioeconomicas/>
16. De la Cruz-Sánchez E, Feu S, Vizuete-Carrizosa M. El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Univ Psychol.* 20 de junio de 2012;12(1):31-40.
17. Intersectionality_es.pdf [Internet]. [citado 22 de junio de 2022]. Disponible en: https://parlamericas.org/uploads/documents/Intersectionality_es.pdf
18. Determinantes intermed. - Crisis y Salud | Portal EASP [Internet]. [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.easp.es/crisis-salud/impacto-en/determinantes-intermedios>

19. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit.* marzo de 2012;26(2):182-9.
20. Borrell C, Arias A. Socioeconomic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona, Spain. *J Epidemiol Community Health.* 1995 Oct;49(5):460-5.
21. Ruiz-Ramos M, Sánchez J, Garrucho G, Viciano F. Desigualdades en mortalidad en la ciudad de Sevilla. *Gac Sanit.* 2004;18:16-23. [Errata en *Gac Sanit.* 2004;18:162.]
22. Cutrona CE, Wallace G, Wesner KA. Neighborhood Characteristics and Depression. *Curr Dir Psychol Sci.* agosto de 2006;15(4):188-92.
23. Sampson RJ, Morenoff JD, Gannon-Rowley, T. Assessing “Neighborhood Effects”: Social processes and new directions in research. *Annual Review of Sociology.* 2002;28:443–478.
24. McLaughlin KA, Nandi A, Keyes KM, Uddin M, Aiello AE, Galea S, et al. Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis. *Psychol Med.* julio de 2012;42(7):1441-8.
25. Pollack CE, Lynch J. Health Status of People Undergoing Foreclosure in the Philadelphia Region. *Am J Public Health.* octubre de 2009;99(10):1833-9.
26. Fowler KA, Gladden RM, Vagi KJ, Barnes J, Frazier L. Increase in Suicides Associated With Home Eviction and Foreclosure During the US Housing Crisis: Findings From 16 National Violent Death Reporting System States, 2005–2010. *Am J Public Health.* febrero de 2015;105(2):311-6.
27. Alley DE, Lloyd J, Pagán JA, Pollack CE, Shardell M, Cannuscio C. Mortgage Delinquency and Changes in Access to Health Resources and Depressive Symptoms in a Nationally Representative Cohort of Americans Older Than 50 Years. *Am J Public Health.* diciembre de 2011;101(12):2293-8.
28. Reeves A, Stuckler D, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *The Lancet.* 24 de noviembre de 2012;380(9856):1813-4.

29. Cole HVS, Mehdipanah R, Gullón P, Triguero-Mas M. Breaking Down and Building Up: Gentrification, Its drivers, and Urban Health Inequality. *Curr Environ Health Rep.* junio de 2021;8(2):157-66.
30. Smith N. *The new urban frontier: gentrification and the revanchist city.* Oxon: Routledge 1996.
31. Loretta L, Bang S Hyun, Morales EL. *Global Gentrifications: Uneven Development and Displacement.* Policy Press; 2015. 486 p.
32. Smith N. Gentrification and Uneven Development. *Econ Geogr.* 1 de abril de 1982;58(2):139-55.
33. Fowler KA, Gladden RM, Vagi KJ, Barnes J, Frazier L. Increase in Suicides Associated With Home Eviction and Foreclosure During the US Housing Crisis: Findings From 16 National Violent Death Reporting System States, 2005–2010. *Am J Public Health.* febrero de 2015;105(2):311-6.
34. Bhavsar NA, Kumar M, Richman L. Defining gentrification for epidemiologic research: A systematic review. *PLOS ONE.* 21 de mayo de 2020;15(5):e0233361.
35. Tulier ME, Reid C, Mujahid MS, Allen AM. “Clear action requires clear thinking”: A systematic review of gentrification and health research in the United States. *Health Place.* septiembre de 2019;59:102173.
36. Gibbons J, Barton MS. The Association of Minority Self-Rated Health with Black versus White Gentrification. *J Urban Health.* diciembre de 2016;93(6):909-22.
37. Huynh M, Maroko AR. Gentrification and Preterm Birth in New York City, 2008–2010. *J Urban Health.* febrero de 2014;91(1):211-20.
38. Anguelovski, I.; Triguero-Mas, M.; Connolly, J.J.T.; Kotsila, P.; Shokry, G.; Pérez Del Pulgar, C.; Garcia-Lamarca M, et al.. Gentrification and health in two global cities: a call to identify impacts for socially-vulnerable residents. *Cities Heal* 2019;;1–10. Presents the hypothesize pathways by which gentrification affects health.
39. Krieger N. Discrimination and Health Inequities. *Int J Health Serv.* octubre de 2014;44(4):643-710.
40. urbanista LGBA. El impacto de la gentrificación en las mujeres | Barcelona Metròpolis [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en:

<https://www.barcelona.cat/bcnmetropolis/2007-2017/es/dossier/limpacte-de-la-gentrificacio-en-les-dones/>

41. Anguelovski I, Connolly J, Brand AL. From landscapes of utopia to the margins of the green urban life. *City*. 4 de mayo de 2018;22(3):417-36

42. Leal J. SEGREGATION AND SOCIAL CHANGE IN MADRID METROPOLITAN REGION. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*. 1 de enero de 2004;113:81.

43. Sequera J. Gentrification dispositifs in the historic centre of Madrid: a reconsideration of urban governmentality and state-led urban reconfiguration. En 2015

44. Gentrification processes and neighborhood liveability in Madrid and Brisbane: impact on population health and development of urban policy recommendations | GentiHealth Project | Fact Sheet | H2020 | CORDIS | European Commission. Disponible en: <https://cordis.europa.eu/project/id/842957/es>

45. Bilal U, Díez J, Alfayate S, Gullón P, del Cura I, Escobar F, et al. Population cardiovascular health and urban environments: the Heart Healthy Hoods exploratory study in Madrid, Spain. *BMC Med Res Methodol*. 22 de agosto de 2016;16(1):104

46. Heart Healthy Hoods. Disponible en: <https://hhhproject.eu/>

47. Lopez-Gay A, Favà JS i, Solana MS, Peralta A. Midiendo los procesos de gentrificación en Barcelona y Madrid: una propuesta metodológica. *Congr Int Ciudad Territ Virtual CTV* [Internet]. 2019 [citado 18 de junio de 2022]; Disponible en: <https://revistes.upc.edu/index.php/CTV/article/view/8680>

48. Gibbons J. Are gentrifying neighborhoods more stressful? A multilevel analysis of self-rated stress. *SSM - Popul Health*. 1 de abril de 2019;7:100358.

49. Smith RJ, Lehning AJ, Kim K. Aging in Place in Gentrifying Neighborhoods: Implications for Physical and Mental Health. *The Gerontologist*. 18 de enero de 2018;58(1):26-35.

50. Emancipacion de la juventud 2017_cas.pdf [Internet]. [citado 5 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.gazteukera.euskadi.eus/contenidos/informacion/gazteak_bilduma/es_liburuak/adjuntos/Emancipacion%20de%20la%20juventud%202017_cas.pdf

51. Tran LD, Rice TH, Ong PM, Banerjee S, Liou J, Ponce NA. Impact of gentrification on adult mental health. *Health Serv Res.* junio de 2020;55(3):432-44.
52. Lim S, Chan PY, Walters S, Culp G, Huynh M, Gould LH. Impact of residential displacement on healthcare access and mental health among original residents of gentrifying neighborhoods in New York City. Moise IK, editor. *PLOS ONE.* 22 de diciembre de 2017;12(12):e0190139.
53. Llosa JA, Menéndez-Espina S, Agulló-Tomás E, Rodríguez-Suárez J, Llosa JA, Menéndez-Espina S, et al. Incertidumbre laboral y salud mental: una revisión meta-analítica de las consecuencias del trabajo precario en trastornos mentales. *An Psicol.* 2018;34(2):211-23.
54. Jebb AT, Tay L, Diener E, Oishi S. Happiness, income satiation and turning points around the world. *Nat Hum Behav.* enero de 2018;2(1):33-8.
55. Yu S. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. *Transl Psychiatry.* diciembre de 2018;8(1):98.
56. del Río Lozano M, García-Calvente M del M, Calle-Romero J, Machón-Sobrado M, Larrañaga-Padilla I. Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Qual Life Res.* diciembre de 2017;26(12):3227-38
57. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. Dalby AR, editor. *PLOS ONE.* 9 de octubre de 2019;14(10):e0221049.
58. INE. Mujeres y hombres en España. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017 [Internet]. [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/daco/daco42/sociales/hombre_mujer.pdf
59. Ussher JM. Are We Medicalizing Women's Misery? A Critical Review of Women's Higher Rates of Reported Depression. *Fem Psychol.* febrero de 2010;20(1):9-35.
60. Borrell C, Palencia L, Muntaner C, Urquia M, Malmusi D, O'Campo P. Influence of Macrosocial Policies on Women's Health and Gender Inequalities in Health. *Epidemiol Rev.* 1 de enero de 2014;36(1):31-48.

61. Diéguez Gómez A. Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 1 de enero de 1999;19(72):637-52.
62. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud | Escuela Andaluza de Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.easp.es/project/guia-para-incorporar-la-perspectiva-de-genero-a-la-investigacion-en-salud/>
63. Sakizlioglu B. Rethinking Gender-Gentrification Nexus. En 2018.
64. Yarns BC, Abrams JM, Meeks TW, Sewell DD. The Mental Health of Older LGBT Adults. Curr Psychiatry Rep. junio de 2016;18(6):60.
65. Barrientos Delgado J, Espinoza-Tapia R, Meza Opazo P, Saiz JL, Cárdenas Castro M, Guzmán-González M, et al. Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa. Ter Psicológica. diciembre de 2019;37(3):181-97.
66. Banco de España - Estadísticas - Estadísticas por temas - Encuestas a hogares e individuos - Encuesta Financiera de las Familias [Internet]. [citado 30 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.bde.es/bde/es/areas/estadis/estadisticaspor/encuestashogar/relacionados/Encuesta_Financi/eff_2017.html
67. The Importance of Mental Health Research and Evaluation. Mental Health First Aid. Disponible en: <https://www.mentalhealthfirstaid.org/external/2021/04/the-importance-of-mental-health-research-and-evaluation/>
68. Gentrificación: una amenaza para la identidad de los barrios [Internet]. Fundación Dr. Antoni Esteve. 2019 [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://212.92.58.87/publicaciones/gentrificacion-una-amenaza-para-la-identidad-de-los-barrios/>
69. Fernández-Niño, JA. Comentario editorial: La importancia de publicar estudios con resultados "negativos". Diciembre de 2016. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-08072016000400017&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Tablas y figuras

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión de la cohorte HHH

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Tener entre 40 y 75 años.• Residir en las secciones censales seleccionadas.• Tiempo de residencia en el mismo domicilio: al menos 1 año.• Ser informado, aceptar, y firmar el consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none">• Presentar algún tipo de enfermedad cardiovascular.• Población institucionalizada (residencias).• Personas desplazadas que se encuentren en la ciudad de Madrid.• Personas que residen más de 3 meses/año fuera de la ciudad de Madrid y/o cambios en la asignación de tarjeta en el año.• Planes de mudanza en los próximos 3 años.• Personas inmovilizadas, con enfermedades terminales o graves.• Personas que no atiendan a la llamada telefónica o que presenten algún tipo de incapacidad que no permita responder a los cuestionarios.

Tabla 2: Fármacos y diagnósticos extraídos de la cohorte HHH e incluidos en el análisis

Benzodiacepinas	Antidepresivos	Diagnósticos
diazepam clordiazepoxido clonazepam oxazepam clorazepato potásico lorazepam bromazepam clobazam quetazolam prazopam alprazolam halazepam pinazepam camazepam clotiazepam diazepam+piridoxina clordiazepóxido en asociación clorazepato dipotásico en asociación diazepam+sulpiride, diazepam y otras asociaciones bentazepam flurazepam nitrazepam flunitrazepam triazolam lormetazepam midazolam brotizolam quazepam loprazolam zopiclona zolpidem zaleplon.	imipramina imipranóxido clomipramina trimipramina lofepramina amitriptilina nortriptilina doxepina dosulepina amoxapina amineptino maprotilina fuoxetina citalopram paroxetina sertralina fluvoxamina etoperidona escitalopram tranilcipromina moclobemida oxitriptan mianserina nomifensina trazodona nefazodona viloxazina mirtazapina bupropion venlafaxina reboxetina duloxetina agomelatina pirlindol	sensación de ansiedad/nerviosismo/tensión inadecuada estrés agudo/alteración situacional transitoria tristeza/sensación de depresión sensación de irritabilidad/comportamiento irritable alteraciones del sueño/insomnio miedo a padecer una enfermedad mental alteraciones de la ansiedad/estado de ansiedad alteraciones histéricas/hipocondríacas alteraciones depresivas intentos de suicidio neurastenia/sobrecargapsicológica/surmenage otras alteraciones neuróticas

Tabla 3: Descripción de la muestra

Características	n=1308	No gentrificado 825 (63,07%)	Levemente gentrificado 205 (15,67%)	Gentrificado 278 (21,25%)
Salud mental				
Toma de benzodiazepinas	166 (12,69%)	104 (12,60%)	27 (13,17%)	35 (12,58%)
Toma de fármacos antidepresivos	145 (11,08)	97 (11,75%)	25 (12,19%)	23 (8,27%)
Diagnóstico de trastornos ansioso-depresivos	238 (18,19%)	149 (18,06%)	38 (18,53%)	51 (18,34%)
Sexo				
Mujer	726 (55,50%)	461 (55,87%)	111 (54,14%)	154 (55,39%)
Hombre	582 (44,49%)	364 (44,12%)	94 (45,85%)	124 (44,60%)
Edad				
40-54	657 (50,23%)	420 (50,90%)	106 (51,70%)	131 (47,12%)
55-64	372 (28,44%)	235 (28,48%)	53 (25,85%)	84 (30,21%)
>65	279 (21,33%)	170 (20,60%)	46 (22,43%)	63 (22,66%)
País de Nacimiento				
España	1066 (81,49%)	666 (80,72%)	159 (77,56%)	241 (86,69%)
Fuera de España	242 (18,50%)	159 (19,27%)	46 (22,43%)	37 (13,31%)

Renta hogar

menos 850 euros	120 (9,17%)	74 (8,97%)	23 (11,21%)	23 (8,27%)
más de 850 euros y menos de 1700 euros	483 (36,92%)	330 (40%)	80 (39,02%)	75 (26,97%)
más de 1700 euros y menos de 2900 euros	464 (35,47%)	303 (36,72%)	73 (35,61%)	88 (31,65%)
más de 2900 euros	241 (18,42%)	118 (14,30%)	29 (14,14%)	94 (33,81%)

Personas por hogar

1	175 (13,37%)	92 (11,15%)	22 (10,73%)	61 (21,94%)
2	432 (33,02%)	283 (34,30%)	66 (32,19%)	83 (29,85%)
3	328 (25,07%)	212 (25,69%)	56 (27,31%)	60 (21,58%)
4	273 (20,87%)	179 (21,69%)	48 (23,41%)	46 (16,54%)
5	74 (5,65%)	44 (5,33%)	9 (4,39%)	21 (7,55%)
6	23 (1,75%)	13 (1,57%)	4 (1,95%)	6 (2,15%)
7	2 (0,15%)	1 (0,12%)	0 (0,00%)	1 (0,36%)
10	1 (0,07%)	1 (0,12%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Tabla 4: Modelos crudos y ajustados para el consumo de benzodiacepinas

Benzodiacepinas	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	OR	IC 95%						
Gentrificación								
1 (valor de referencia)								
2	0,99	0,66-1,50	1,07	0,67-1,71	0,86	0,46-1,62	1,52	0,71-3,26
3	0,94	0,65-1,38	1,00	0,65-1,55	0,92	0,53-1,58	1,01	0,47-2,17

Modelo 1: crudo (sin ajustar); **Modelo 2:** ajustado por sexo, renta del hogar, personas por hogar, edad y país de nacimiento; **Modelo 3:** ajustado por renta del hogar, personas por hogar, edad y país de nacimiento y aplicado únicamente en mujeres; **Modelo 4:** ajustado por renta del hogar, personas por hogar, edad y país de nacimiento y aplicado únicamente en hombres.

Tabla 5: Modelos crudos y ajustados para el consumo de antidepresivos

Antidepresivos	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	OR	IC 95%						
Gentrificación								
1 (valor de referencia)								
2	1,07	0,71-1,62	1,09	0,67-1,76	1,04	0,57-1,92	1,18	0,48-2,89
3	0,59	0,37-0,92	0,68	0,43-1,12	0,72	0,40-1,30	0,51	0,18-1,47

Modelo 1: crudo (sin ajustar); **Modelo 2:** ajustado por sexo, renta del hogar, personas por hogar, edad y país de nacimiento; **Modelo 3:** ajustado por renta del hogar, personas por hogar, edad y país de nacimiento y aplicado únicamente en mujeres; **Modelo 4:** ajustado por renta del hogar, personas por hogar, edad y país de nacimiento y aplicado únicamente en hombres.

Tabla 6: Modelos crudos y ajustados para los trastornos ansioso-depresivos

Diagnósticos	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	OR	IC 95%						
Gentrificación								
1 (valor de referencia)								
2	0,87	0,61-1,25	1,04	0,67-1,59	1,20	0,72-2,00	0,89	0,43-1,81
3	0,88	0,64-1,22	1,03	0,70-1,51	1,18	0,74-1,87	0,76	0,39-1,49

Modelo 1: crudo (sin ajustar); **Modelo 2:** ajustado por sexo, renta del hogar, personas por hogar, edad y país de nacimiento; **Modelo 3:** ajustado por renta del hogar, personas por hogar, edad y país de nacimiento y aplicado únicamente en mujeres; **Modelo 4:** ajustado por renta del hogar, personas por hogar, edad y país de nacimiento y aplicado únicamente en hombres.

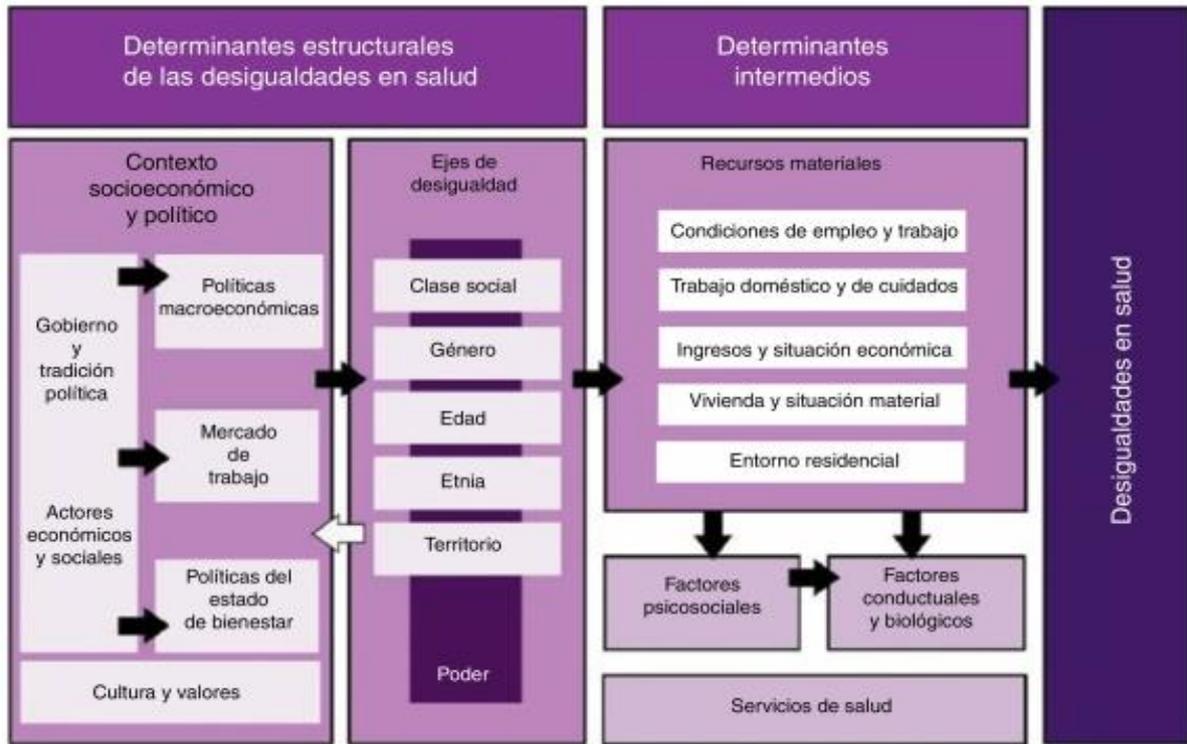
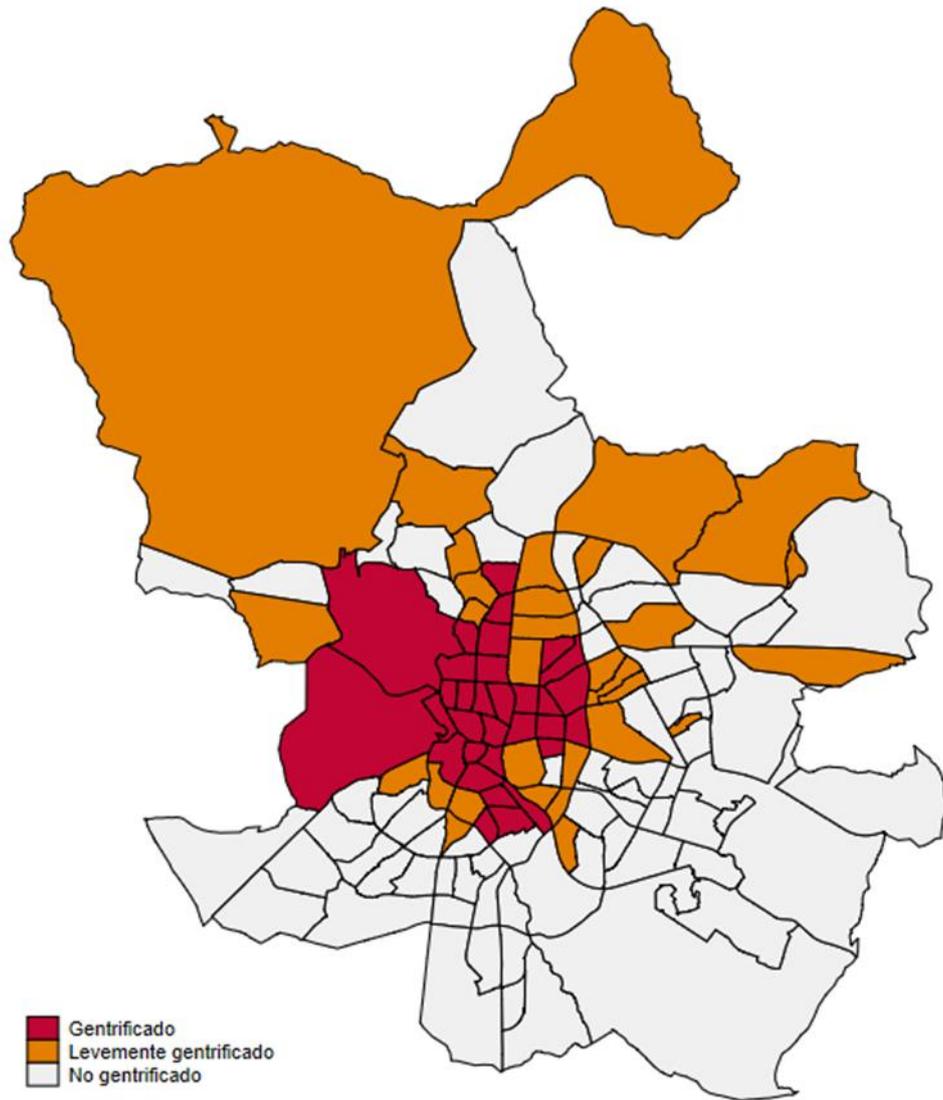


Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. *

*Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010 (9)



*Figura 2. Mapa de los niveles gentrificación en Madrid.***

**Adaptado del artículo “Midiendo los procesos de gentrificación en Barcelona y Madrid: una propuesta metodológica” (47)

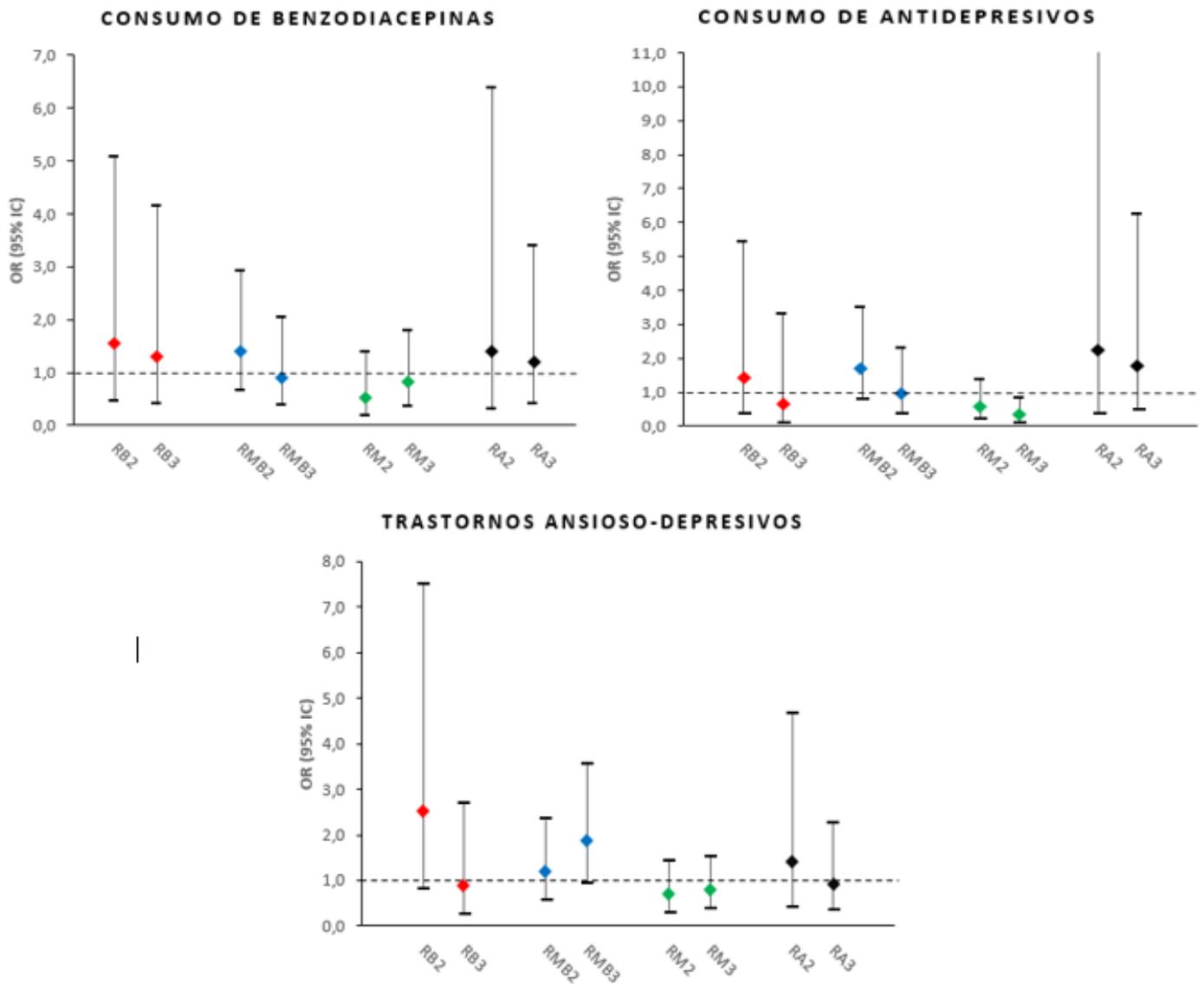


Figura 3. Modelos ajustados por cada nivel de renta.

RB2: análisis ajustado por sexo, número de personas por hogar, país de nacimiento y edad agrupada en barrios levemente gentrificados solo en grupo de renta hogar baja; **RB3:** análisis ajustado por sexo, número de personas por hogar, país de nacimiento y edad agrupada en barrios gentrificados solo en grupo de renta hogar baja; **RMB2:** análisis ajustado por sexo, número de personas por hogar, país de nacimiento y edad agrupada en barrios levemente gentrificados solo en grupo de renta hogar media-baja; **RMB3:** análisis ajustado por sexo, número de personas por hogar, país de nacimiento y edad agrupada en barrios gentrificados solo en grupo de renta hogar media-baja; **RM2:** análisis ajustado por sexo, número de personas por hogar, país de nacimiento y edad agrupada en barrios levemente gentrificados solo en grupo de renta hogar media; **RM3:** análisis ajustado por sexo, número de personas por hogar, país de nacimiento y edad agrupada en barrios gentrificados solo en grupo de renta hogar media; **RA2:** análisis ajustado por sexo, número de personas por hogar, país de nacimiento y edad agrupada en barrios levemente gentrificados solo en grupo de renta hogar alta; **RA3:** análisis ajustado por sexo, número de personas por hogar, país de nacimiento y edad agrupada en barrios gentrificados solo en grupo de renta hogar alta



Figura 4. Sesgos de género y malas prácticas en la investigación en salud.

Actividad desarrollada y grado de implicación de la estudiante:

- **Generación de hipótesis y diseño del estudio:** las hipótesis, los objetivos del estudio y su diseño se establecieron en conjunto con los tutores, teniendo en consideración datos y conocimientos previos.
- **Recogida y procesamiento de datos:** la alumna no participó en la recogida de datos, ocupándose únicamente de agruparlos y describirlos de cara al posterior análisis.
- **Análisis estadístico:** previa instrucción por parte de los tutores de los fundamentos del análisis y del manejo de la herramienta Stata, la alumna llevó a cabo el análisis estadístico.
- **Tabulación de datos y escritura del manuscrito:** la alumna se ha encargado del desarrollo de esta parte del trabajo de manera individual. Los tutores han resuelto dudas y revisado las diferentes versiones.

ANEXO I. Tabla descriptiva de la muestra inicial HHH

Características	%	No gentrificado	Levemente gentrificado	Gentrificado
		1058 (62,23%)	281 (16,52%)	361 (21,23%)
TOTAL (n=1700)				
Salud mental (n=1664)				
Toma de benzodiazepinas	201 (12,07%)	127 (12,00%)	33 (11,74%)	41 (11,35%)
Toma de fármacos antidepresivos	177 (10,63%)	119 (11,24%)	33 (11,74%)	25 (6,92%)
Diagnóstico de trastornos ansioso-depresivos	291 (17,48%)	189 (17,86%)	44 (15,65%)	58 (16,06%)
Sexo (n=1700)				
Mujer	960 (56,47%)	595 (56,23%)	156 (55,51%)	209 (57,89%)
Hombre	740 (43,52%)	463 (43,76%)	125 (44,48%)	152 (42,10%)
Edad (n=1700)				
40-54	862 (50,70%)	542 (51,22%)	151 (53,73%)	169 (46,81%)
55-64	481 (28,29%)	299 (28,26%)	73 (25,97%)	109 (30,19%)
>65	357 (21%)	217 (20,51%)	57 (20,28%)	83 (22,99%)
País de Nacimiento (n=1676)				
España	1349 (80,48%)	836 (79,01%)	208 (74,02%)	305 (84,48%)
Fuera de España	327 (19,51%)	211 (19,94%)	67 (23,84%)	49 (13,57%)
Renta hogar (n=1308)				
menos 850 euros	120 (9,17%)	74 (6,99%)	23 (8,18%)	23 (6,37%)
más de 850 euros y menos de 1700 euros	483 (36,92%)	330 (31,19%)	80 (28,46%)	75 (20,77%)
más de 1700 euros y menos de 2900 euros	464 (35,47%)	303 (28,63%)	73 (25,97%)	88 (24,37%)
más de 2900 euros	241 (18,42%)	118 (11,15%)	29 (10,32%)	94 (26,03%)
Personas por hogar (n=1391)				

1		185 (13,29%)	97 (9,16%)	22 (7,82%)	66 (18,28%)
2		454 (32,63%)	299 (28,26%)	68 (24,20%)	87 (24,10%)
	3	351 (25,23%)	226 (21,36%)	59 (20,10%)	66 (18,28%)
4		290 (20,84%)	188 (17,76%)	52 (18,50%)	50 (13,85%)
5		81 (5,82%)	49 (4,63%)	10 (3,55%)	22 (6,10%)
6		25 (1,79%)	15 (1,41%)	4 (1,42%)	6 (1,66%)
7		3 (0,21%)	2 (1,89%)	0 (0,00%)	1 (0,27%)
	10	1 (0,07%)	1 (0,09%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	20	1 (0,07%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,27%)

ANEXO II. Dictamen del Comité de Ética de la Investigación y de Experimentación Animal de la Universidad de Alcalá



(A rellenar por la Secretaría)
Cód. CEI: CEIP/2021/4/103

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN Y DE EXPERIMENTACIÓN ANIMAL DE LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ

INFORME

UNIVERSIDAD DE ALCALÁ. PATRIMONIO DE LA HUMANIDAD

El Comité de Ética de la Investigación y de Experimentación Animal de la Universidad de Alcalá ha evaluado el proyecto de investigación titulado ***"Impacto de los procesos de gentrificación en la salud de las personas adultas residentes en la ciudad de Madrid: un estudio de métodos mixtos (GentriHealth)"***, dirigido por el Dr. D. Pedro Gullón Tosio, adscrito al Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales de esta Universidad.

Analizados los extremos acreditados en el expediente, el Comité considera que el proyecto de investigación y el procedimiento evaluado son correctos desde el punto de vista ético y metodológico, y por lo tanto da su informe FAVORABLE.

Y para que conste, se firma este informe en Alcalá de Henares, a 20 de diciembre de 2021.

F. Javier de la Mata de la Mata
Presidente del CEI y EA

Código Seguro De Verificación	ivRS80BQlvuiwqeX/zhKqQ==	Estado	Fecha y hora	
Firmado Por	Francisco Javier De La Mata De La Mata - PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA	Firmado	22/12/2021 13:46:27	
Observaciones		Página	1/1	
Url De Verificación	https://vfirma.uah.es/vfirma/code/ivRS80BQlvuiwqeX/zhKqQ==			



DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D. Jesús Iñigo Martínez, Secretario del **COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA REGIONAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID (CEIC-R)**

CERTIFICA

Que ha evaluado la propuesta del promotor referida a la enmienda que supone la modificación **del protocolo y de la hoja de información al participante y consentimiento informado** de dicho ensayo:

CÓDIGO: ERC-2013-StG-336893

VERSIÓN: Versión 1.3 Fecha: 01-12-2016

TÍTULO: Entorno urbano y riesgo cardiovascular en Madrid. Estudio Heart Healthy Hoods “Barrios cardiosaludables”.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO: Versión 1.3. de 01-12-2016

PROMOTOR: Dr. Manuel Franco, Financiado por Consejo Europeo de Investigación (ERC), “Starting Grant” ERC-2013-StG-336893

y considera que :

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Este CEIC, acepta que dicha enmienda sea realizada en los centros siguientes por los investigadores principales que se relacionan a continuación:

1. Manuel Franco Tejero / Universidad de Alcalá. (UAH).
2. Isabel del Cura González / Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
3. Esperanza Escortell Mayor / Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
4. Luis Sánchez Perruca / Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
5. Mariano Casado López / Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
6. Antonio Díaz Holgado / Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
7. Ricardo Rodríguez Barrientos / Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
8. Usama Bilal Álvarez / Universidad de Alcalá. (UAH).
9. María Urtasun Lanza / Universidad de Alcalá. (UAH).
10. Angélica Bonilla Escobar / Universidad de Alcalá. (UAH).
11. Julia Díez Escudero / Universidad de Alcalá. (UAH).
12. Xisca Sureda LLull / Universidad de Alcalá. (UAH).
13. Alba Cebrecos Eguren / Universidad de Alcalá. (UAH).
14. Francisco Escobar Martínez / Universidad de Alcalá. (UAH).
15. María del Val Sandín Vázquez / Universidad de Alcalá. (UAH).
16. Jesús Rivera Navarro / Universidad de Salamanca (USAL).
17. Marta Gutiérrez Sastre / Universidad de Salamanca (USAL).

Madrid, a 22 de diciembre de 2016

Firmado digitalmente por JESUS IÑIGO MARTINEZ
Organización: COMUNIDAD DE MADRID
Fecha: 2016.12.22 09:49:05 CET
Huella dig.: 08acdb4ba0b54c17a8da87504a6805c751db295c

EL SECRETARIO DEL CEIC- REGIONAL

Esta enmienda se adjuntará a la emitida con fecha 12 de mayo 2015

N.E. C.P. ERC-2013-StG-336893 E.C. 07/15



CÓDIGO: ERC-2013-StG-336893

VERSIÓN: Versión 1.3 Fecha: 01-12-2016

TÍTULO: Entorno urbano y riesgo cardiovascular en Madrid. Estudio Heart Healthy Hoods “Barrios cardiosaludables”.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO: Versión 1.3, de 01-12-2016

PROMOTOR: Dr. Manuel Franco, Financiado por Consejo Europeo de Investigación (ERC), “Starting Grant” ERC-2013-StG-336893

D. JESÚS IÑIGO MARTINEZ, SECRETARIO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA REGIONAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID (CEIC-R),

HACE CONSTAR QUE:

1º En la reunión celebrada el día **19 de diciembre de 2016**, acta **12/2016** se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

2º En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente y Decreto 39/94 de la Comunidad de Madrid- para que la decisión del citado CEIC sea válida.

3º El CEIC-R, tanto en su composición, como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ ICH/ 135/95)

4º La composición actual del CEIC-R es la siguiente:

- D. Eduardo Fernández-Cruz Pérez (Presidente) (Inmunología Clínica - CEIC H. Gregorio Marañón)
- D. Javier Álvarez-Coca González (Pediatria - H. I. del Niño Jesús)
- D. Juan de Dios García Díaz (Medicina Interna - CEIC H. Príncipe de Asturias) (Vicepresidente)
- D^a. Sonia Soto Díaz (Medicina Familiar y Comunitaria - CEIC H. Ramón y Cajal)
- D^a. Almudena Castro Conde (Cardiología - CEIC H. La Paz)
- D. José Domingo García Labajo (Medicina Intensiva – CEIC H. Rúber Internacional)
- D^a Cristina Avendaño Solá (Farmacología Clínica - CEIC H. Puerta de Hierro)
- D. Alberto Marcos Dolado (Neurología - CEIC H. Clínico San Carlos)
- D^a M^a Concepción Cepeda González (Medicina Interna - CEIC H. de Móstoles)
- D. Juan Carlos Cámara Vicario (Oncología Médica - CEIC Fund. Hospital Alcorcón)
- D. Miguel Cervero Jiménez (Medicina Interna - CEIC H. Severo Ochoa de Leganés)
- D^a M^a Ángeles Cruz Martos (Farmacéutica de Atención Primaria - CEIC H. de Fuenlabrada)
- D. Francisco Javier Bécares Martínez (Farmacia Hospitalaria – Fund. Jiménez Díaz)
- D^a María del Carmen Sarabia Clemente (DUE – CEIC H. Central de la Defensa)
- D^a Amparo Gil López-Oliva (Farmacología Clínica)
- D^a Carmen Aguado Menéndez (Farmacéutica)
- D. Miguel Ángel Ramiro Avilés (Licenciado en Derecho - CEIC H. U. de Getafe)
- D. Igor Pinedo García (Licenciado en Derecho)
- D. Jesús Iñigo Martínez (Medicina Preventiva y Salud Pública) (Secretario)

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor,

N.E. C.P. ERC-2013-StG-336893 E.C.07/15

