

Universitat de Lleida

Estudi de prevalença de simptomatologia depressiva en la població immigrada.
Influència de l'estrès aculturatiu, de la xarxa social, dels factors socioeconòmics i demogràfics i dels trastorns d'ansietat en la gènesi de patologia

Lourdes Franco López

Dipòsit Legal: L.413-2014

<http://hdl.handle.net/10803/134741>



Estudi de prevalença de simptomatologia depressiva en la població immigrada. Influència de l'estrès aculturatiu, de la xarxa social, dels factors socioeconòmics i demogràfics i dels trastorns d'ansietat en la gènesi de patologia està subjecte a una llicència de [Reconeixement-NoComercial 3.0 No adaptada de Creative Commons](http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/)

(c) 2013, Lourdes Franco López



Universitat de Lleida
Facultat de Medicina
Departament de Medicina

Estudi de prevalença de simptomatologia depressiva en la
població immigrada.

Influència de l'estrès aculturatiu, de la xarxa social, dels factors
socioeconòmics i demogràfics i dels trastorns d'ansietat en la
gènesi de patologia.

Tesi doctoral per optar al títol de doctor en Medicina

Doctoranda: Lourdes Franco López

Directors: Catalina Serna Arnaiz i Francisco José Eiroá Orosa

Novembre del 2013

A la Bitxo,

ÍNDEX

PRÒLEG	8
FINANÇAMENT I SUPORT	10
AGRAÏMENTS	11
RESUM	13
RESUMEN	14
ABSTRACT	15
1 INTRODUCCIÓ	17
1.1 CONCEPTES	18
1.1.1 IMMIGRACIÓ	18
1.1.2 IMMIGRANT	20
1.1.3 CULTURA	22
1.1.4 SALUT, MALALTIA I CULTURA	24
1.1.5 XARXES SOCIALS	26
1.1.6 ACULTURACIÓ	28
1.1.7 ESTRÈS	32
1.1.8 ESTRÈS ACULTURATIU	34
1.1.9 DEPRESSIÓ	37
1.1.10 SALUT MENTAL EN MIGRACIÓ	42
1.1.10.1 SÍNDROME D'ULISSES	45
1.1.10.2 IMMIGRANT SA	47
1.2 ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA	48
2 JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI	54
3 OBJECTIUS	57

3.1	OBJECTIUS GENERALS	57
3.2	OBJECTIUS ESPECÍFICS	57
4	HIPÒTESIS	59
5	METODOLOGIA	61
5.1	ÀMBIT D'ESTUDI	61
5.2	POBLACIÓ DE REFERÈNCIA I D'ESTUDI	62
5.3	CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ	62
5.4	GRANDÀRIA MOSTRAL I PROCEDIMENT DEL MOSTREIG	62
5.5	DISSENY DE L'ESTUDI	63
5.6	VARIABLES	64
5.6.1	CARACTERÍSTIQUES DEMOGRÀFIQUES I SOCIOECONÒMIQUES	65
5.6.2	XARXA DE SUPORT SOCIAL	67
5.6.3	ESTRÈS	69
5.6.4	VARIABLES SOBRE SALUT	70
5.6.5	VARIABLES SOBRE SALUT MENTAL	70
5.7	RECOLLIDA DE DADES I FONTS D'INFORMACIÓ	71
5.8	ANÀLISI DE DADES	71
6	CONSIDERACIONS ÈTIQUES I CONFIDENCIALITAT DE LES DADES	74
7	RESULTATS	76
7.1	RESULTATS DESCRIPTIUS DE LA MOSTRA. ANÀLISI UNIVARIANT	76
7.2	ANÀLISI DESCRIPTIVA DE FIABILITAT DE LES ESCALES	82
7.2.1	INVENTARI DE DEPRESSIÓ DE BECK (BDI)	82
7.2.2	FIABILITAT DE LA RESTA D'ESCALES ADMINISTRADES.	86
7.3	RESULTATS DE L'ASSOCIACIÓ ENTRE BDI I VARIABLES INDEPENDENTS. ANÀLISI BIVARIANT	89
7.4	ANÀLISI MULTIVARIANT	96
7.4.1	ANÀLISI DISCRIMINANT.	96
8	DISCUSSIÓ	99
8.1	DIFICULTATS I LIMITACIONS	107

9	CONCLUSIONS	110
10	BIBLIOGRAFIA	113
	ANNEXOS	127
	ANNEX 1	129
	ANNEX 2	132
	ANNEX 3	145
	ANNEX 4	147

ÍNDEX DE FIGURES

Figura 1. L'entorn ecològic de l'aculturació	31
Figura 2. Procés metodològic	63
Figura 3. Distribució de la mostra en funció del sexe	76
Figura 4. Distribució de la mostra en funció de la zona d'origen	77
Figura 5. Distribució de la mostra en funció de l'edat	77
Figura 6. Distribució de la mostra en funció de la situació laboral	78
Figura 7. Distribució de la mostra en funció dels ingressos	78
Figura 8. Distribució de la mostra en funció del sentiment de discriminació	79
Figura 9. Distribució de la mostra en funció de la percepció de salut	80
Figura 10. Distribució de la puntuació obtinguda en el BDI	83
Figura 11. Resultats del BDI en funció de la zona d'origen	84
Figura 12. Distribució dels intervals de confiança del BDI en funció de la zona d'origen	85
Figura 13. Distribució categoritzada de la puntuació del BDI	89
Figura 14. Distribució de les variables independents per ordre d'importància, segons l'anàlisi discriminant	97

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1. Quadre d'alternatives d'adaptació de l'emigrant a la cultura majoritària del país amfitrió	29
Taula 2. Quadre de criteris diagnòstics de depressió major segons el CIE-10	40
Taula 3. Quadre de criteris diagnòstics d'episodi depressiu major segons el DSM-IV	41
Taula 4. Factors de risc i factors protectors de salut mental en immigració	43
Taula 5. Classificació de classe social basada en l'ocupació	66
Taula 6. Descriptius de les variables sobre antecedents en salut mental	80
Taula 7. Descriptius dels resultats obtinguts en les diferents escales (estrès general i aculturatiu, xarxa social i ansietat)	81
Taula 8. Estadístics descriptius del BDI	83
Taula 9. Fiabilitat del BDI	84
Taula 10. Fiabilitat de les diferents escales utilitzades com a variables independents	86
Taula 11. ANOVA per a cadascun dels tests administrats en funció de la zona d'origen dels enquestats	87
Taula 12. Resultats de l'anàlisi bivariant de les variables sociodemogràfiques, econòmiques i de salut	90
Taula 13. Resultats de l'anàlisi bivariant dels tests administrats	95
Taula 14. Classificació dels resultats de l'anàlisi discriminant	96

PRÒLEG

Per poder comprendre aquesta tesi en totes les seves dimensions es fa necessària una explicació de la meva trajectòria vital.

Sempre he entès la meva vocació mèdica com una forma de donar suport, amb coneixements professionals, a totes les persones i en tots els moments de la vida. Per aquesta raó, vaig decidir especialitzar-me en medicina familiar i comunitària.

D'altra banda, el meu esperit inquiet, juntament amb les circumstàncies i les oportunitats que tenia al davant, m'han portat a viure en diferents llocs de Catalunya, de la península i inclús a França. Totes aquestes experiències m'han portat a conèixer molta gent diversa i m'han obert el camp de visió. Finalment vaig aterrar a La Segarra, una comarca de l'interior de Catalunya amb certes peculiaritats.

Així vaig començar a treballar al CAP de Guissona. Aquest lloc ha estat especial per mi, el que més m'ha marcat tan professionalment com personal. Aquí vaig entrar en contacte amb individus vinguts d'arreu del món i vaig començar a interessar-me per les seves experiències i els seus contextos, fent palès la diversitat existent i les dificultats que això representaven a la meva consulta diària. Cosa que va marcar la direcció de la meva tesi, que havia de tenir el fet migratori com a eix central. De la interacció amb en Paco Collazos en va sortir la qüestió de l'estrès i de l'aculturació i del meu interès per la teràpia familiar, la part de les xarxes socials.

En el temps que ha durat aquest treball he evolucionat enormement en totes les vessants. A l'estiu del 2008, vaig tenir l'oportunitat d'anar al Senegal amb l'Associació Solidària Kasumay. Aquell viatge em va marcar profundament, transformant la meva visió del món. A partir d'aquí m'he apropiat cada vegada més a les ciències socials. Primer amb una Diplomatura de Postgrau en Interculturalitat, Salut i Immigració i després amb la Llicenciatura d'Antropologia Social i Cultural que estic acabant actualment. Entre mig vaig poder tornar a l'Àfrica. Així, a l'abril del 2010, vaig viatjar a Gàmbia amb un grup de professionals liderats per l'Adriana Kaplan per conèixer in situ les problemàtiques sanitàries i la seva vinculació amb els aspectes culturals i socials. A la tornada em vaig introduir al GIPE/PTP (Grup Interdisciplinari per l'Estudi de les Pràctiques Tradicionals Perjudicials) del qual encara hi formo part, i que treballem per previndre la mutilació genital femenina.

Totes aquestes experiències fan que aquesta tesi tingui una mirada diferent al que s'espera des de la Medicina més tradicional, però és el reflexe de la meva evolució personal

i professional i del meu convenciment que, la sensibilitat als problemes dels altres passen per entendre les seves trajectòries i contextos vitals i per la individualització en cada moment de les formes de suport i d'ajuda que els hi podem oferir.

FINANÇAMENT I SUPORT

Aquesta tesi s'ha realitzat amb el finançament atorgat per l'Institut de Recerca en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, en la seva "10a Beca per a la Capacitació en Investigació i Realització del Doctorat en l'Atenció Primària, 2009".

El GREDELL, Grup de Recerca en Desigualtats en Salut de Lleida, ha donat suport a la realització d'aquesta tesi doctoral en el marc del seu pla per acreditar-se com a grup consolidat.

La Unitat de Suport a la Recerca en Atenció Primària de Lleida, dependent de l'IDIAP Jordi Gol, n'ha facilitat l'assessorament metodològic i estadístic.

La Direcció d'Atenció Primària de l'Àmbit de Lleida de l'Institut Català de la Salut ha donat el vist i plau a l'anàlisi de les bases de dades anonimitzades del Servei d'Informació d'Atenció Primària, amb la informació demogràfica dels pacients assignats a l'ABS de Cervera-la Segarra.

Els equips dels CAP de Cervera i de Guissona van donar suport tècnic, material i personal en la fase de recollida de dades.

El Servei de Psiquiatria Transcultural de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron ha col·laborat en totes les fases d'aquesta tesi, proporcionant suport intel·lectual i en l'ensinistrament per a la recollida de dades.

Aquesta tesi ha rebut un ajut de l'Institut de Llengües de la UdL per a la correcció lingüística (convocatòria de 2013).

AGRAÏMENTS

Al llarg d'aquests darrers cinc anys han estat moltes les persones que m'han donat suport i que m'han ajudat d'una manera o d'una altra. Concentrar els agraïments en unes línies resulta difícil, però, de totes maneres ho intentarem!

Al Paco Collazos, per la seva orientació i implicació des de l'embrió.

Al Josep Ramon, pel seu ajut inestimable en la part fosca, l'estadística!

A la Judith, a la Naima i a l'Armando, per la seva gran tasca en la recollida de dades.

Al Pau Mota, per les fantàstiques converses compartides entre cafès i pastissos.

A l'Adriana i a les meves companyes del GIPE/PTP, per acollir-me i consolidar una vocació oculta i que ara tant estimo, l'antropologia.

A totes les persones que representen les associacions d'immigrants de la Segarra, per creure en el projecte i ajudar-me a millorar-lo.

A la Caty, per la seva paciència, els seus consells i la seva guia en tot el procés.

Al Fran, per la seva orientació, el seu suport i la seva amistat.

Als meus pares, que es resignen a la meva multitasca. Us estimo!

Al Víctor, pel seu suport incondicional i per les converses mantingudes sobre tants i tants temes; sempre et tinc en el meu pensament.

Al Xavier, pel temps que hem passat plegats.

A tots aquells que en algun moment heu llegit alguna part d'aquesta tesi. Els vostres consells m'han ajudat a avançar.

A les meves companyes de l'UMED, per creure en els meus projectes.

A tots els meus amics i amigues, per ser com sou, la qual cosa m'ajuda a ser com sóc.

A tots els immigrants de la Segarra; sense vosaltres aquesta tesi no existiria i jo no seria qui sóc ara.

A tots i totes, i als qui m'he pogut deixar, moltíssimes gràcies!

Els antropòlegs existeixen per testimoniar que la manera en què vivim, els valors en els quals creiem, no són els únics possibles; que uns altres estils de vida, uns altres sistemes de valors, van permetre i permeten encara a algunes comunitats humanes trobar la felicitat.

Claude Lévi-Strauss

RESUM

INTRODUCCIÓ

La immigració al nostre país en les darreres dècades ha modificat els paràmetres socials establerts. La migració pot constituir un esdeveniment vital estressant, derivat de les experiències traumàtiques viscudes durant el procés migratori i amb el contacte cultural. Existeix dificultat per identificar les persones amb més risc de patir trastorns de salut mental, i, també, dificultats en la interpretació dels símptomes i en el seu maneig clínic. Així, aquesta tesi té com a objectius: a) estimar la prevalença de simptomatologia de depressió entre la població immigrant de la comarca de la Segarra; b) descriure les característiques socioeconòmiques i demogràfiques que hi estan relacionades, i c) estudiar la relació de l'estrès aculturatiu, la quantitat i la qualitat de la xarxa de suport social i la presència d'ansietat, amb l'aparició de simptomatologia de depressió.

METODOLOGIA

Es tracta d'un estudi descriptiu transversal de prevalença. La mostra aleatòria es va obtenir del registre de dades a l'àrea bàsica de salut de la Segarra. El darrer trimestre del 2010 es van recollir variables sociodemogràfiques i econòmiques i els qüestionaris: l'escala de reajustament social, el BISS, el MOS, el DUKE-UNC, l'Apgar familiar, l'STAI, i el BDI, com a variable dependent. S'ha mesurat la fiabilitat de les escales utilitzades amb el coeficient d'alfa de Cronbach. S'ha realitzat una anàlisi descriptiva, una anàlisi bivariant i, finalment, es va realitzar una anàlisi discriminant, per identificar les variables que discriminen millor la simptomatologia depressiva.

RESULTATS

S'ha obtingut una prevalença de simptomatologia depressiva en immigrants del 27,1%. Els factors socioeconòmics en relació amb aquest fet són: migrar per motius familiars, estar desocupat, ingressos baixos, percepció de discriminació, antecedents personals de malaltia mental i presa de psicofàrmacs. Tots els tests analitzats (sobre xarxa social, sobre estrès, tant el genèric com l'aculturatiu, i sobre ansietat, l'estat i el tret) tenen una associació estadísticament significativa en la seva relació amb l'aparició de la depressió. Hem realitzat un model d'anàlisi discriminant que ens classifica correctament el 86,9% dels individus, en què s'enumeren, per ordre d'influència en la simptomatologia depressiva, els diferents factors relacionats.

CONCLUSIONS

La simptomatologia depressiva està relacionada amb factors socioeconòmics de desigualtat i pobresa, amb pobres xarxes de suport social i amb elevats nivells d'estrès general i aculturatiu. Però són els factors individuals de personalitat i d'experiència vital els que tenen un pes determinant per desenvolupar simptomatologia depressiva. Per aquestes raons es proposa la introducció d'una visió des de l'antropologia mèdica a les facultats de Medicina, i es posa de manifest la importància del model biopsicosocial i la necessitat de refermar-lo en la pràctica clínica habitual. El BDI pot ser una eina d'utilitat en la detecció de simptomatologia depressiva.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La inmigración en nuestro país en las últimas décadas ha modificado los parámetros sociales establecidos. La migración puede constituir un acontecimiento vital estresante derivado de las experiencias traumáticas vividas durante el proceso migratorio y con el contacto cultural. Existe dificultad para identificar a las personas con más riesgo de sufrir trastornos de salud mental y, también, dificultades en la interpretación de los síntomas y en su manejo clínico. De este modo, esta tesis tiene como objetivos: a) estimar la prevalencia de sintomatología de depresión entre la población inmigrante de la comarca de la Segarra; b) describir las características socioeconómicas y demográficas relacionadas; y c) estudiar la relación existente entre el estrés aculturativo, la cantidad y la calidad de la red de apoyo social y la presencia de ansiedad, con la aparición de sintomatología de depresión.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo transversal de prevalencia. La muestra aleatoria se obtuvo del registro de datos en el área básica de salud de la Segarra. El último trimestre de 2010 se recogieron variables sociodemográficas y económicas y los siguientes cuestionarios: escala de reajuste social, BISS, MOS, DUKE-UNC, Apgar familiar, STAI y, finalmente, el cuestionario BDI como variable dependiente. Se ha medido la fiabilidad de las escalas utilizadas con el coeficiente de alfa de Cronbach. Se ha realizado un análisis descriptivo, un análisis bivalente y, finalmente, se realizó un análisis discriminante, para identificar las variables que mejor discriminan la sintomatología depresiva.

RESULTADOS

Se ha obtenido una prevalencia de sintomatología depresiva en inmigrantes del 27,1%. Los factores socioeconómicos con relación a este hecho son: migrar por motivos familiares, estar desocupado, bajos ingresos, percepción de discriminación, antecedentes personales de enfermedad mental y toma de psicofármacos. Todos los test analizados (sobre red social, sobre estrés, tanto el genérico como el aculturativo y sobre ansiedad, el estado y el rasgo) tienen una asociación estadísticamente significativa en su relación con la aparición de la depresión. Hemos realizado un modelo de análisis discriminante que nos clasifica correctamente el 86,9% de los individuos, donde se enumeran, por orden de influencia en la sintomatología depresiva, los diferentes factores relacionados.

CONCLUSIONES

La sintomatología depresiva está relacionada con factores socioeconómicos de desigualdad y pobreza, con pobres redes de apoyo social y elevados niveles de estrés general y aculturativo. Pero son los factores individuales de personalidad y de experiencia vital los que tienen un peso determinante para desarrollar sintomatología depresiva. Por estas razones se propone la introducción de una visión desde la antropología médica en las facultades de Medicina, y se pone de manifiesto la importancia del modelo biopsicosocial y la necesidad de afianzarlo en la práctica clínica habitual. El BDI puede ser de utilidad en la detección de sintomatología depresiva.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Immigration to our country in recent decades has changed the social parameters. Migration may be a stressful life event resulting from traumatic experiences lived during migration and cultural contact. There is difficulty in identifying people with increased risk of mental health disorders, and also there are difficulties in the interpretation of symptoms and their clinical management. Thus, this thesis aims: to a) estimate the prevalence of symptoms of depression among immigrants from the region of Segarra, b) describe the demographic and socioeconomic characteristics related and c) study the relationship between acculturative stress, quantity and quality of social network and social support and the presence of anxiety, with the appearance of symptoms of depression.

METHODOLOGY

This was a cross sectional study of prevalence. The reference sample was obtained from the record of the Segarra Health Area (Lleida, Catalonia). Sociodemographic and economic questionnaires were collected in the last quarter of 2010: the social readjustment scale, the BISS, the MOS, the DUKE-UNC, the family Apgar, the STAI, and the BDI as a dependent variable. We measured the reliability of the scales used with the Cronbach's alpha coefficient. We conducted a descriptive and bivariate analyses, and finally, a discriminant analysis was performed in order to identify the variables that best discriminate depressive symptomatology.

RESULTS

The prevalence of depressive symptoms was 27.1% among immigrants. The socioeconomic factors in relation to this are: migration because of family reasons, unemployment, low income, perceived discrimination, personal history of mental illness and the consumption of psychotropic drugs. All tests analysed (social network, generic and acculturative stress and anxiety state and trait) were statistically related to the onset of depression. We conducted a discriminant analysis that correctly classified 86.9% of the individuals, where different factors are listed in order of influence on depressive symptoms.

CONCLUSIONS

Depressive symptomatology is related to socio-economic inequality and poverty, poor social support networks and high levels of general and acculturative stress. However, individual personality factors and life experiences play a primary role in the development of depressive symptoms. For the later reasons, it is proposed to introduce a medical anthropology view in the Faculty of Medicine. The importance of the biopsychosocial model and the need to strengthen it in clinical practice is also highlighted. The BDI can be useful in detecting depressive symptoms.

No emigran los continentes ni los colores, sino las personas y las culturas. Quienes se mueven son las personas que construyen cultura a partir de un patrimonio y de rasgos nuevos, tanto para su origen como para su situación de destino.

Adriana Kaplan

1 INTRODUCCIÓ

Les migracions humanes constitueixen un dels fenòmens socials de major rellevància en el món contemporani i són les responsables d'un canvi social profund i ràpid, amb enormes conseqüències econòmiques, polítiques, demogràfiques i culturals. Per això, la immigració s'ha convertit en una de les principals preocupacions de la societat civil i de la classe política, que la fa objecte constant de debat i polèmica i sovint un element de tensió social (1).

Les migracions, presents al llarg de tota la història de la humanitat, són un fet històric, universal i total, a més d'una dinàmica lligada essencialment a la condició humana, la qual es dona sempre en l'espai i el temps. Si bé les causes, les característiques i les conseqüències dels desplaçaments han estat molt variades i lligades als esdeveniments històrics, no podem entendre el fet humà sense migracions. Migrar sempre serà una possibilitat del viure humà. Així doncs, les migracions són un fet del passat, del present i del futur de la humanitat, amb el qual els pobles han conviscut sempre i que hauran de continuar assumint en el futur (1), (2).

Els senyals d'identitat de les migracions contemporànies són: d'una banda, el seu caràcter global, ja que afecta cada vegada un major nombre de països i religions i adquireix creixents nivells de complexitat en les seves causes i conseqüències; d'altra banda, la pobresa que pateixen molts pobles i les creixents desigualtats econòmiques entre les diferents regions del món, a més dels continus avenços tècnics, que han revolucionat els mitjans de transport i que fan que cada cop sigui més fàcil, més ràpid i més barat viatjar. La universalització de les migracions ha de ser entesa no només com l'increment de subjectes mòbils, o de la creixent incorporació de més països a les xarxes migratòries, sinó també com la diversificació dels tipus migratoris (motivacions, característiques dels migrants i temporalitat dels desplaçaments) (2), (1).

Aquesta realitat ha fet que la nostra societat actual sigui la més diversa i plural de la seva història. Aquesta societat cada cop és més multicultural, multilingüe i multireligiosa (1), i hi existeixen una multiplicitat d'identitats que es viuen individualment i es perceben pels altres de manera plural. Resulta, llavors, imprescindible aprendre a gestionar de manera positiva la diversitat (3).

Aquesta diversitat, tant biològica i cultural com social, de l'ésser humà és un factor important en tot procés de salut i malaltia (4). Fins i tot, alguns autors assenyalen que la salut i la malaltia desencadenen respostes socials i culturals complexes i específiques per a cada cultura (5).

Tot i això, podem dir que, en general, els immigrants gaudeixen de bona salut, encara que la immigració és un factor de risc per a la salut mental (6).

1.1 CONCEPTES

Abans d'endinsar-nos més en el desenvolupament de l'estudi d'aquesta tesi, hem cregut convenient situar, i intentar definir i enquadrar, els diversos conceptes que s'hi utilitzen i que són la base d'aquest estudi. Es tracta de paraules complexes, que engloben una multiplicitat d'idees, tant intel·lectuals com preconcebudes.

La intenció no és fer un debat de cadascun dels termes, sinó demostrar al lector la complexitat del tema que ens ocupa i, al mateix temps, intentar delimitar la visió que es donarà de cadascun dels conceptes en aquest treball.

L'ordre dels conceptes és completament aleatori quant a rellevància; no respon a cap intencionalitat i únicament s'ha pretès un major enteniment de la qüestió.

1.1.1 IMMIGRACIÓ

Segons el *Diccionari de la llengua catalana*, *immigració* és, en la seva accepció relativa a la demografia, un moviment migratori vist des de la perspectiva del lloc d'arribada dels migrants. Si ens fixem en l'acció, és a dir, en el terme *immigrar*, ens diu que és arribar en un país, per establir-s'hi, la persona que era establerta en un altre. I si busquem el terme *migració*, es defineix com el canvi espacial significatiu fet per una població (7).

Com podem comprovar, aquestes definicions són força ambigües, la qual cosa es correspon amb la complexitat del fenomen. Per tant, haurem de recórrer a altres fonts per intentar esclarir què volem dir amb *immigració*.

Segons Jackson, la migració humana és el desplaçament de persones que suposa un canvi significatiu de lloc de residència habitual per a un temps considerable. El concepte inclou temps, distància i espai de residència habitual o espai de vida. Els seus trets principals resideixen en el fet que és un canvi estructural i permanent, però, sobre tot, en el concepte “espai de vida”, que és la característica diferencial de les migracions. Es refereix a l’epicentre de la vida quotidiana de la persona o al conjunt de lligams emocionals i afectius amb el lloc on viu. Com ens diu Peter Krause, és l’espai dins del qual adquireixen sentit totes les relacions i els vincles socials i aquells instruments necessaris per a portar-los a terme (8). És l’espai on menja, dorm, treballa, estableix relacions afectives..., i engloba l’entorn social, cultural i personal (9). El procés migratori suposa per a l’individu que el pateix la reestructuració del model cultural de pertinença (10).

La immigració comporta un desarrelament, el qual és sempre un esdeveniment desestabilitzador. Inclou trastorns en la vida familiar i un trencament radical amb la cultura, els valors i la seguretat tradicional. Aquest fet genera una situació d’incertesa que produeix estrès i angoixa, la intensitat i la repercussió dels quals depèn de com se situa l’immigrant davant de l’entorn cultural d’origen i el grup d’acollida (11), (12).

La migració és percebuda com una estratègia familiar, principalment amb dos models: estratègies de supervivència (desplaçaments rurals/urbans) i estratègies de mobilitat (migració transoceànica, inversió familiar que realitza el grup domèstic, les perspectives de les quals són la diversificació de les bases econòmiques i l’elevació de la categoria socioeconòmica dels seus membres).

S’ha de tenir en compte que es tracta d’un fenomen tridimensional, en el qual intervenen:

- a) La força migratòria, que està constituïda per les persones que emigren;
- b) Les persones que resten al país d’origen i que constitueixen particularment la família extensa;
- c) La societat receptora en destí, que inclou els mateixos mecanismes d’atracció, les xarxes de parentesc constituïdes a partir de l’establiment d’aquells que van emigrar fa temps, el paper de l’estat, les polítiques migratòries, els acords internacionals i el conjunt de la societat civil (13).

El 1885 Ravenstein va plantejar el model del *push and pull*, el qual presenta un moviment centrípet o d’atracció (el *pull*) i un altre centrífug o d’expulsió (el

push), d'un lloc a un altre. Els països receptors (*pull*) criden la immigració, perquè necessiten de mà d'obra o força de treball per a algunes de les branques productives de les seves economies. Entre els elements estructurals que alimenten el factor *push* de molts països perifèrics es poden esmentar: la desigualtat en la distribució de la renda, un alt percentatge de la població amb les necessitats bàsiques insatisfetes, etc. Afavoreixen també aquests moviments la proximitat geogràfica i les relacions colonials o vincles històrics previs, els contactes freqüents, el coneixement de l'idioma, etc.

Algunes consideracions demogràfiques suggereixen que als països europeus els resulta imprescindible no només mantenir, sinó augmentar considerablement els fluxos de les migracions estrangeres (el *pull*) per conservar els nivells de prestacions socials bàsiques lligades a l'estat del benestar. En aquest sentit, un informe de la divisió de població de l'Organització de Nacions Unides, l'any 2000, advertia als països de la Unió Europea que necessitaven uns 70 milions de treballadors immigrants en els pròxims cinquanta anys per mantenir el seu creixement demogràfic, i 44 milions fins al 2050 per mantenir el creixement econòmic i protegir les pensions (14).

La dificultat d'establir una definició universal i la mateixa naturalesa mòbil, renovable i reversible del fenomen migratori converteixen la migració en el fenomen demogràfic més complicat d'estudiar (9).

1.1.2 IMMIGRANT

La definició que ens dóna el *Diccionari de la llengua catalana* sobre aquest mot, és encara més ambigu que l'anterior: "Immigrant: que immigra, que ha immigrat" (7).

Si recordem el significat del verb *immigrar*, tenim que és venir a establir-se en un país que no és el propi.

Aquesta indefinició del terme dista molt de ser trivial, ja que obre la porta a estereotips, prejudicis i a una dualització de les persones immigrants segons quin sigui el seu lloc d'origen. A més, exclou tots aquells processos migratoris que tenen lloc dins d'un mateix territori nacional.

Actualment, al nostre país podem considerar que existeixen, fonamentalment, tres tipus d'immigració: la constituïda per immigrants assentats (també anomenats estrangers), procedents del primer món, i que suposen més de la meitat de la immigració que posseeix documentació; els exiliats i asilats i, en darrer terme, la que procedeix de països empobrits, la dels anomenats immigrants econòmics o simplement immigrants, amb la càrrega valorativa associada a cada terme (2), (5).

D'altra banda, ens podem plantejar en quin moment una persona deixa de ser immigrant. Apliquem el terme únicament a aquell qui es desplaça?, O és també immigrant aquell qui ja s'ha desplaçat i ja s'ha establert en una nova residència? Hauria de ser una condició provisional, i estrictament podríem afirmar que una persona deixa de ser immigrant quan deixa de sentir-se immigrant. Però els criteris per determinar quan s'extingeix aquesta condició són múltiples: quan la persona s'arrela al país, quan hi treballa, quan rep la nacionalitat jurídica estatal, quan sent com a pròpia la nova cultura i l'adopta... I, a més, no necessàriament l'immigrant i la societat d'acollida han de coincidir en de quan té lloc aquest fet.

Es pot deixar de ser immigrant, però la persona escull el significat que vulgui donar als seus orígens o com incorpora el seu bagatge personal en el nou espai de vida. Es pot tenir un sentiment de doble pertinença, que, tot i estar assentat físicament en un lloc, i independentment de sentir-se o no persona immigrada, redibuixi l'espai simbòlic de la persona que ha viscut un procés migratori (9).

A la pràctica utilitzem el terme *immigrant* per a tots els supòsits, tant els que tenen a veure amb la temporalitat com per denominar aquelles persones que són d'una cultura molt diferent de l'habitual o majoritària del lloc, encara que tinguin la nacionalitat jurídica de l'estat. Així mateix, es té la tendència a considerar immigrants solament aquells qui tenen un nivell econòmic baix o que es troben mal integrats socialment o que són d'un determinat origen, però no els altres. O, fins i tot, es considera immigrants els fills d'aquests, malgrat que han nascut i viscut sempre al nostre país. En canvi, en aquesta denominació no s'hi inclou mai les persones que acaben d'arribar procedents de zones llunyanes, d'Espanya, de cultura no catalana, pel fet que tenen la nacionalitat espanyola (1).

Podem considerar que els subjectes immigrants són "agents de canvi": de la seva pròpia identitat, de l'entorn immediat (país d'origen) i del context de la societat d'acollida.

Com ens assenyala Kaplan, en nombroses ocasions el trajecte migratori és llarg, complex, solitari i incert. Per tant, els que emigren solen ser aquelles persones que tenen majors probabilitats d'èxit, és a dir, els joves, forts, sans, valents, més hàbils, amb millor preparació i més espavilats. Achotegui coincideix que la fortalesa i la capacitat no són només físiques, sinó sobretot psicològiques, ja que és el que es requereix per resistir i obrir-se pas en condicions extremadament difícils. En resum, no són els més pobres els qui emigren; i només emigren els qui poden (14).

D'altra banda, la nacionalitat seria una manera indirecta d'aproximar-se a l'espai de vida dels immigrants estrangers. A més, té el component dinàmic i renovable que tenen les migracions i, per tant, pot ser una mesura indirecta de trobar persones en procés d'assentament (9).

En el nostre estudi parlarem d'immigrant com la persona que, procedent de l'exterior i amb una nacionalitat diferent de l'espanyola, s'instal·la, amb intenció de residir-hi a mitjà o llarg termini, a Catalunya, tant si posseeix la nacionalitat jurídica com si no. Haurà viscut un procés migratori amb un canvi en el seu espai de vida (1).

1.1.3 CULTURA

Al llarg de la història de l'antropologia s'han donat nombroses definicions de cultura, i fins i tot ara, encara no existeix un consens respecte això. Des de la primera definició, realitzada per Sir Edward Burnett Tylor el 1871 en el seu llibre *Primitive culture* "aquell tot complex que inclou creixement, creences, art, moralitat, dret, costums i qualsevulla altra capacitat i hàbit adquirit per l'home", passant per les definicions de Boas, Malinowski, Harris, Lévi-Strauss i tants altres antropòlegs reputats, aquest ha estat un debat perenne dins d'aquesta disciplina.

Kroeber i Kluckhohn van donar una definició fruit d'una exhaustiva revisió de més de cinc-centes definicions sobre cultura:

La *cultura* consisteix en patrons, implícits i explícits, de comportament que regeixen el comportament; adquirits i transmesos mitjançant símbols, que constitueixen els èxits distintius dels grups humans, incloent la seva plasmació en utensilis; el nucli essencial de la cultura es compon d'idees tradicionals (és a dir, històricament obtingudes i seleccionades) i, sobre tot, dels seus valors associats; els

sistemes culturals poden, d'una banda, ésser considerats com a productes de l'actuació i, d'altra banda, com a elements condicionants de les actuacions successives (15).

Els diccionaris antropològics la defineixen com:

Conjunt de coneixements apresos per l'individu com a membre de la societat, al marge del seu codi genètic, que actua com un mecanisme d'adaptació i que s'expressa en les formes de vida i pensament d'un poble (16).

El 1998, en la Conferència sobre Polítiques Culturals per al Desenvolupament, que va tenir lloc a Estocolm, es va definir cultura com el:

Conjunt d'aspectes distintius espirituals i materials, intel·lectuals i afectius que caracteritzen una societat o grup social i que comprèn les formes de vida de les persones, les maneres de viure junts, els sistemes de valors, les tradicions i les creences (17).

Bates i Plog la defineixen com:

Un sistema de creences, valors, costums i conductes compartides pels membres d'una comunitat que són transmeses de generació en generació a través de l'aprenentatge (enculturació) (15).

Avui en dia el concepte de cultura s'entén més aviat com un conjunt de significats, en un moment històric concret, amb els quals els individus poden construir no una sola identitat, sinó les identitats múltiples que caracteritzen l'ésser humà en la societat actual. El professional s'hi ha d'enfrontar a totes en la seva pràctica habitual (18).

En aquest estudi considerarem la cultura com un complex i dinàmic conjunt de creences, coneixements, valors i conductes apresos i tramesos entre les persones a través del llenguatge i de la seva vida en societat. La cultura s'entén com una entitat dinàmica que s'adquireix, es transforma i es reproduïx a través d'un procés continu d'aprenentatge i socialització (4).

1.1.4 SALUT, MALALTIA I CULTURA

Etimològicament el terme *salut* prové del llatí SALUS, -UTIS, que vol dir bon estat físic, salvació, conservació, salutació o saludar.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), en la seva constitució, el 1946, defineix la salut com l'estat de complet "benestar físic, mental i social", i no sols l'absència d'afeccions o malalties. La salut implica que totes les necessitats fonamentals de les persones han d'estar cobertes: afectives, sanitàries, nutricionals, socials i culturals. Aquesta definició és molt utòpica, per la qual cosa el desè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat el 1976, es definí la salut com una "manera de viure autònoma, solidària i joiosa" (19).

Podem dir que la salut és un concepte intrínsecament holístic i social, que inclou altres qüestions a banda del benestar individual o personal. La salut és multidimensional; inclou elements físics, biològics, mentals, espirituals, emocionals i socials. La salut és un estat de plenitud de la condició humana, tant en l'àmbit individual com col·lectiu, i està íntimament relacionada amb la resta de dimensions individuals i socials (9).

Com ens diu Romaní, la salut és un concepte propi de les societats occidentals, perquè la majoria dels pobles i de les cultures tenen conceptes per referir-se a allò que nosaltres denominem malaltia; identifiquen els problemes que nosaltres situem en aquest àmbit (encara que no només ho limitin a les seves variables biològiques) i han elaborat sistemes per gestionar-los d'alguna manera.

D'acord amb Menéndez, les societats històricament han portat a terme diversos processos de reproducció en les seves dimensions biològica, cultural, social, econòmica, política... Quan algun d'aquests processos s'interromp o es pertorba, això s'expressa com a patiment o com a problema (14).

El binomi patiment/resposta és un procés estructural de tot sistema i tot conjunt social. Els conjunts socials no només generen representacions i pràctiques, sinó que estructuren sabers específics per afrontar aquests patiments.

Són molts els autors que reconeixen la importància dels factors socioculturals en el moment d'abordar la salut/malaltia com a objecte de camp:

La salud y la enfermedad envuelven una compleja interacción entre los aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales de la condición humana y de

atribución de significados [...] Salud y enfermedad son fenómenos clínicos y sociológicos vividos culturalmente [...], importan tanto por sus efectos en el cuerpo como por sus repercusiones en el imaginario: ambos son reales en sus consecuencias (4).

També Mallart ens apunta que la medicina no pot abordar-se com un camp completament autònom, sinó com una part de sistemes sociosimbòlics més amplis emmarcats en contextos particulars (14).

Llavors el concepte de cultura aplicat al camp de la salut constitueix l'eix neuràlgic en l'anàlisi dels factors socials involucrats en qualsevol procés de salut i malaltia. A través del reconeixement de les diferències i similituds culturals entre usuaris i proveïdors és possible comprendre, per exemple, el nivell i el caràcter de les expectatives que cadascú té del procés, les percepcions de salut i malaltia representades en la interacció metge-pacient, els patrons amb què s'avalua la qualitat i el resultat de l'acció terapèutica, i el desplegament de diverses conductes davant de la malaltia.

Dins del concepte hi convergeixen dues grans dimensions: una corresponent a la ideacional o *cognitiva*, que sintetitza el món simbòlic de les persones, els seus pensaments, coneixements i creences adquirides a través de l'aprenentatge, i una dimensió *material*, que correspon a com el que és simbòlic es manifesta en conductes, pràctiques, artefactes culturals i normes de relació social entre les persones.

En el context de salut, aquestes dues dimensions, la cognitiva i la material, s'articulen en un model mèdic que dóna consistència a com pacients i professionals s'expliquen el fenomen de salut i malaltia, i a les pràctiques o procediments amb què s'afronten els processos de recuperació i manteniment de la salut. Aquestes pràctiques generalment solen diferir entre professionals i pacients, producte de les diverses històries socials i culturals de cadascun d'ells.

D'altra banda, podem considerar que la malaltia, el patiment i la mort, així com la motivació per conservar la salut, són considerats fets biològics i socials universals (4).

Un *sistema mèdic* es concep com un conjunt més o menys organitzat, coherent i estratificat d'agents terapèutics, models explicatius de salut-malaltia, pràctiques i tecnologies al servei de la salut individual i col·lectiva. La manera com

aquests elements s'organitzen internament, donant coherència al sistema, depèn del model sociocultural que desenvolupi la medicina. En conseqüència, les medicines són construccions culturals que responen a necessitats d'un entorn social específic, en les quals és possible distingir una dimensió conceptual i una altra de conductual.

La *dimensió conceptual* dels sistemes mèdics està determinada directament per la cultura dels pacients i professionals. La lògica que opera en la definició de salut i malaltia és la mateixa en qualsevol sistema: busca causes, alternatives i conseqüències; en canvi, difereix en les premisses culturals i proves de validació. Per això, diferents percepcions i observacions del mateix fenomen obtenen diferents explicacions de la malaltia. La credibilitat que els pacients assignen a les fonts de validació és la que permet, en darrer terme, acceptar o no les explicacions sobre les causes de les seves malalties i l'adherència als tractaments. Per tant, l'èxit en el procés terapèutic depèn en gran manera de la conjunció d'explicacions entre metges i pacients.

En la *dimensió conductual* dels sistemes de salut podem distingir-hi, entre d'altres, aquells procediments, accions i agents que utilitza un sistema mèdic per obtenir un cert resultat amb els pacients, la qual cosa s'ha denominat procés terapèutic. Aquest procés implica: qui (*machi*, metge, *meica*, *santiguadora*, etc.), fa què (cirurgia, ritual, purgues, oracions, etc.), a qui (individu o comunitat) i amb respecte a quina dimensió de la malaltia (física, social, mental, espiritual, etc.). Un procés terapèutic reeixit suposa l'eliminació de la condició subjectiva de malaltia i, consegüentment, la finalització del rol de malalt (4).

1.1.5 XARXES SOCIALS

El suport social té la seva font en les xarxes socials. Podem definir la xarxa social com l'entramat de relacions humanes i vincles socials identificables que envolten l'individu, així com les característiques d'aquestes relacions. Les característiques que defineixen una xarxa social són de dos tipus: estructurals i interrelacionals. La primera fa referència als aspectes quantitius, com la grandària, la densitat o la composició, i la segona, més qualitativa, té en compte les dimensions del suport que ofereixen o la relació entre els components de la xarxa (20).

El canvi d'espai de vida és un dels elements clau en la definició de migració. Un canvi en l'espai de vida pot significar un canvi en les xarxes de suport o en el capital social de la persona immigrada. El trencament amb aquestes xarxes, que es dona en alguns processos migratoris, s'assenyala com un dels principals factors de risc per a la salut mental de les persones immigrades (9).

El *capital social* és un concepte que es va començar a utilitzar amb força a partir dels anys noranta. Es refereix a la xarxa de relacions i de suport social de què disposa un individu. És un d'aquests conceptes que es relacionen indirectament amb la classe social o amb aspectes culturals i que han estat àmpliament utilitzats des de les ciències socials i des de la salut pública. Tenir major o menor capital social es relaciona amb determinats comportaments, estils de vida i repercussions sobre la salut (9).

El suport social és una font de recursos de diferent naturalesa: donar afecte (suport social afectiu), la compressió i les oportunitats de participació social (suport social positiu d'interacció), proporcionar informació sobre el país amfitrió en la recerca d'ocupació i habitatge (suport emocional/ informacional), la qual cosa proporciona accés als serveis socials, recursos, l'educació, la salut i l'assistència instrumental en àrees com el llenguatge, documents d'adquisició, processament o transport (suport instrumental) (21).

L'experiència de la migració inclou canvis importants en l'entorn de la persona, amb la pèrdua d'elements molt significatius en la seva vida com són la família extensa i els amics, i la incorporació d'un nou context físic, institucional i sociocultural (canvis climàtics, geogràfics, en les normes i valors), per la qual cosa serà necessari adaptar-se a la nova posició social, amb una important transformació de la seva xarxa de relacions socials (22), (23).

El factor clau per a la compressió social de salut en els immigrants és el suport social. Les xarxes socials tenen un efecte directe sobre la salut, per la interacció amb d'altres i la participació social, que promou conductes més saludables de vida i una major autoestima i competència social (21).

1.1.6 ACULTURACIÓ

A principis del segle XX, en l'àmbit de l'antropologia, hi ha un reconeixement que el canvi era una cosa universal i estava present en totes les cultures. En aquest context M.J. Herskovits es va plantejar la necessitat de precisar el concepte d'aculturació. La definició va aparèixer en un memoràndum redactat el 1935 per un comitè del Consell d'Investigacions de la Ciència Social, en el marc d'Associació Americana d'Antropologia, i es va fer en aquests termes:

L'aculturació comprèn aquells fenòmens que resulten del fet que els grups d'individus que tenen cultures diferents prenen contacte continu de primera mà, amb els consegüents canvis en els patrons de la cultura original d'un dels grups o dels dos (24).

Herskovits va avançar, en la definició d'aquest concepte, i va especificar que amb ell es referia a la transmissió cultural en marxa. Es va centrar en els préstecs culturals i en la manera com els grups prenen o rebutgen determinats aspectes per incorporar-los i adaptar-los a la seva pròpia cultura (25).

Actualment, de la compilació de diverses definicions d'aculturació en podem dir que es tracta de la transformació cultural que es produeix quan entren en contacte individus que s'han construït com a subjectes en societats amb patrons culturals diversos, a causa de la recepció i l'assimilació dels elements d'un grup humà per part d'un altre. Existeix un procés de canvi, de transició d'una cultura o més a una altra, enmig del qual els individus han de refer la seva vida. Aquest procés pot ser complicat i, sovint, estressant. El procés pot ser bidireccional, en la incorporació d'elements aïllats o interrelacionats, entre les diferents cultures que han estat en contacte perllongat (26), (27), (28), (17), (16), (15).

Araujo, el 1996, va observar que les famílies passaven per tres fases diferents d'aculturació:

1. La *lluna de mel*, quan s'arriba al nou país, del qual s'admira la nova cultura;
2. La *ira i ràbia*, quan es perceben les dificultats i, a vegades, la discriminació, per l'idioma, els valors, les normes políticossocials restrictives, i
3. La *negociació i acceptació*, durant la qual intentaven trobar un equilibri entre la identitat ètnica i l'adaptació a la nova cultura.

Castellà, en un extens article recopilatori, ens presenta els diferents models d'aculturació que s'han succeït evolutivament a mesura que han avançat les investigacions en l'àrea i els coneixements en la sociologia, en la psicologia i en l'antropologia (26).

El primer model d'aculturació va ser proposat per Gordon el 1964, en el seu llibre *Assimilation in american life* i es denominà **model unidireccional d'aculturació**.

El **model bidimensional** proposat por Berry el 1980, ha estat un dels més utilitzats per explicar el fenomen de l'aculturació. Aquest model no ha estat exempt de crítiques. Així, es diu que el model és tan complex que no és comprovable i que no té aplicació útil, a més de tenir biaixos ideològics. Rudmin, recull les crítiques en un extens article (29).

El model de Berry inclou l'anàlisi de la mantenció o no de la identitat ètnica de l'immigrant i de la seva actitud integradora en el nou grup ètnic.

Si traslладem aquests dos aspectes o dimensions (identitat ètnica i integració en el nou grup ètnic) en un quadre de doble entrada (Taula 1), obtindrem quatre orientacions aculturatives, segons si les respostes són afirmatives o negatives en cada dimensió. En el cas de mantenir els seus propis valors ètnics i les relacions favorables amb altres grups ètnics, l'immigrant es trobaria en l'orientació *integrativa*; si manté els seus valors ètnics, però no les relacions favorables amb altres grups, es donaria el fenomen de la *separació*; si considera que no manté la seva identitat ètnica, però es relaciona amb l'altre grup ètnic, tindríem el cas de l'*assimilació*, i finalment, si no manté els seus valors ètnics ni relacions amb altres grups ètnics, l'immigrant es trobaria *marginat*.

Taula 1. Quadre d'alternatives d'adaptació de l'emigrant a la cultura majoritària del país amfitrió (23)

Integració	L'individu es desenvolupa de manera adaptada en ambdues cultures dependent de les persones amb les quals interacciona. És l'adaptació més adequada i que menys s'associa a trastorns psiquiàtrics.
Assimilació	Es rebutja la cultura d'origen i s'adopta completament la cultura amfitriona. Produirà seriosos problemes amb la família i l'entorn del país d'origen, així com una sensació d'"estar incomplet". Sovint, és l'expectativa dels habitants del país receptor.
Separació	Es nega la cultura receptora i es manté íntegrament la cultura d'origen, però per això necessita aïllar-se en guetos amb escassa interacció amb la cultura amfitriona.
Marginació	Els individus rebutgen ambdues cultures i es converteixen en marginats. Els trastorns psiquiàtrics són màxims.

El 1990, el mateix Berry va presentar una revisió del model en la qual existeix una expansió de la marginació en dues subcategories: 1) *anomia*, definida com el rebuig a ambdues cultures, per la qual cosa s'experimenta alienació cultural, i 2) *individualisme*, caracteritzat pel rebuig al propi grup i a la relació amb individus d'altres grups, de manera que s'opta per valors més individuals que col·lectius.

La proporció d'individus que adopten cadascuna de les orientacions aculturatives varia amb el temps, el grup ètnic, els canvis demogràfics i les circumstàncies econòmiques i polítiques del país d'acollida.

Posteriorment, el 1998, el mateix autor va proposar el **model multicultural de l'aculturació**. Es parteix de la inclusió o immersió dels grups etnoculturals dins de la societat majoritària, en contacte permanent, la qual cosa produeix canvis culturals en ambdós sentits, l'adquisició de nous coneixements i experiències d'ambdós grups i estrès aculturatiu, fins al punt que esdevé necessària l'adaptació d'ambdues parts, en els nivells: personal, psicològic i sociocultural.

Es coneix que existeixen formes obertes o encobertes de racisme en la societat majoritària, amb la finalitat de preservar el seu *status quo*. Així, la interacció entre cultures serà diferent segons com sigui la semblança o la diferència cultural entre els grups, i la semblança o la diferència en els seus atributs físics.

Bourhis et al. (1997) proposen el **model interactiu d'aculturació**, que té en compte els valors i els aspectes culturals dels grups d'immigrants i els d'aquells qui els acullen. Les conseqüències d'aquests contactes interculturals podran manifestar-se de manera *consensual* (només en cas de coincidir les orientacions a favor de la integració, assimilació i individualisme en els dos grups, el d'immigrants i el d'acollidors). La relació serà *problemàtica* entre immigrants i grup d'acollida quan les orientacions no són coincidents entre integració, assimilació, anomia i individualisme. Les relacions seran *conflictives* davant d'actituds negatives, presents en un dels grups o en els dos, quan alguns dels grups presentin l'actitud de segregació, exclusió i separació.

Les polítiques socials de l'estat tenen un important paper com a facilitadores o obstaculitzadores del procés interactiu d'aculturació. Si s'assumeix una perspectiva multicultural, aquestes polítiques podran exercir un paper mediador i

facilitador del procés d'integració i intercanvi entre immigrants i membres de la comunitat.

Posteriorment, el 1998, Briman s'adona de la complexitat del fenomen, la qual cosa requereix situar-lo fora d'un paradigma lineal per canviar-ho en un paradigma com l'ecològic/sistèmic. Es proposa l'estudi de contextos específics per mesurar diferents unitats d'aculturació: escola, casa, treball, espais públics/privats..., que poden variar en contextos diferents. Aquest és un enfocament multidimensional i interdependent, en constant canvi i desenvolupament. Aquest model s'anomena **ecològic contextual d'aculturació** (figura 1).

Aquí l'individu i el seu context estan contínuament desenvolupant-se o inhibint-se, creant o destruint recursos, i influenciant-se mútuament. En aquest sentit la cultura grupal i la conducta individual podran ser enteses, segons Mishra, Sinha i Berry (1996), com una relació adaptativa al seu context ecològic, que busca satisfer les seves necessitats.

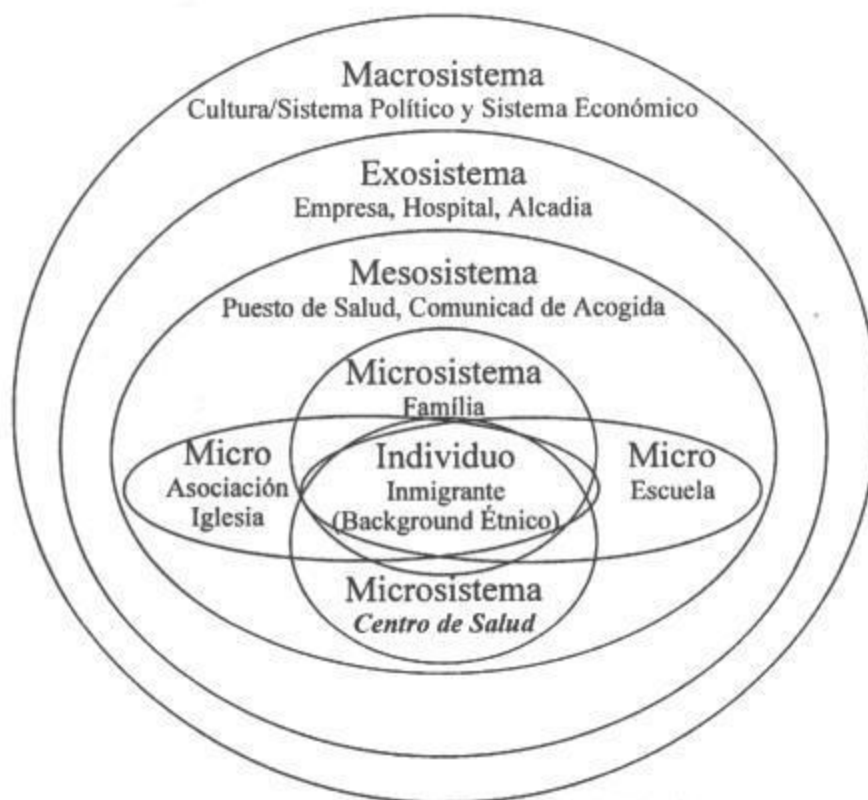


Figura 1. L'entorn ecològic de l'aculturació (26)

És molt important fugir de les temptatives d'homogeneitzar la diversitat, alhora que es preserva els valors i les cultures minoritàries i es construeix de manera igualitària i interdependent noves i enriquidores formes pluriculturals de convivència.

1.1.7 ESTRÈS

Són diverses les teories explicatives d'aquest terme, cosa que posa de manifest la difusa amplitud de què s'entén per estrès. D'entre totes elles, en destacarem dues: l'enfocament transaccional proposat per Lazarus el 1999, segons el qual l'estrès es defineix com una situació en què les demandes superen els recursos adaptatius de l'individu (30), i l'enfocament sobre estrès psicosocial, defensat per Holmes i Rahe el 1967, segons el qual l'estrès és causat per factors diferents, esdeveniments de la vida mesurables, els quals, a més, poden ser classificats segons el grau mitjà de la tensió que produeixen. S'ha decidit així per la rellevància d'aquestes dues teories i per la implicació en aquest treball.

Richard Lazarus i Susan Folkman van suggerir, el 1984, que l'estrès pot considerar-se el resultat d'un desequilibri entre les demandes i els recursos o allò que passa quan la pressió excedeix la mateixa capacitat percebuda per fer-hi front. Per tant, l'estrès no seria una resposta directa a un factor estressant, sinó que hi intervindrien els propis recursos i la capacitat per fer-hi front, que, al mateix temps, serien susceptibles de canvi, la qual cosa permet així que l'estrès pugui ser controlable (31).

Es tracta d'un procés de transacció entre una situació (interna o externa) que posseeix determinades característiques i una persona que valora la situació en funció de les seves pròpies metes, valors, experiències, etc. En el marc d'aquesta perspectiva transaccional per què es presenti el fenomen de l'estrès, és important que la persona percebi una descompensació entre les demandes externes i internes i els recursos que es troben a la seva disposició. Les situacions considerades com a estressants no generen estrès en totes les persones, i aquestes, al seu torn, no reaccionen de la mateixa manera davant de situacions estressants. Hi ha reaccions,

que poden considerar-se normals o indicadors d'activació fisiològica, cognitiva o conductual, que sols poden considerar-se senyals d'estrès per la seva persistència a través del temps (32).

Des de l'enfocament de l'estrès psicosocial, es creu que la vida implica inevitables circumstàncies que la majoria dels éssers humans aprenen a gestionar en adoptar les seves respostes biopsicosocials per superar-les. Malgrat això, diverses condicions socials poden actuar com a agents estressants i modificar l'estatus de la salut dels individus. Un dels innovadors més significatius en l'estudi dels factors socials de l'estrès va ser Thomas H. Holmes, que es va interessar no només per qui emmalalteix, sinó també per quan (context social) hom emmalalteix. Una de les principals aportacions d'aquest autor va ser l'elaboració d'un qüestionari per avaluar l'estrès (Holmes i Rahe, 1967). Holmes pretenia reflectir la càrrega social a què estan sotmesos els individus (en particular, els qui pateixen alguna malaltia), la qual, en darrer terme, afecta negativament la salut.

Els successos vitals, com que es defineixen com a esdeveniments socials que requereixen algun tipus de canvi respecte a l'ajust habitual de l'individu, impliquen que poden evocar primàriament reaccions psicofisiològiques. D'aquesta manera, els successos vitals es podrien definir igualment com a canvis vitals. I, com més canvi (per exemple, per la suma de diversos successos vitals), major probabilitat d'emmalaltir. Els successos vitals, doncs, s'entenen com a experiències objectives que causen un reajustament substancial (és a dir, un cert nivell de canvi) en la conducta de l'individu. El potencial estressant d'un succés vital es troba en funció de la quantitat de canvi que comporta. Aquest successos vitals poden ser extraordinaris i extremadament traumàtics, però generalment són esdeveniments habituals i més o menys normatius, com ara el matrimoni, la separació, el divorci, la pèrdua de treball, la pèrdua d'un amic o les petites violacions de la llei. La manera segons la qual interpretem i pensem sobre el que ens passa afecta la nostra perspectiva i experiència d'estrès. Així, amb freqüència, és la nostra interpretació el que genera (o potencia) una reacció negativa d'estrès, més que l'esdeveniment o la situació a què ens enfrontem. La història de successos traumàtics infantils pot incrementar, així mateix, la vulnerabilitat individual vers els successos vitals recents.

Aquesta orientació va suposar assumir de manera explícita que la malaltia era el resultat de múltiples factors, tant biològics com socials i psicològics. L'aportació

de l'enfocament dels successos vitals com a revolució en les ciències de la salut s'ha justificat perquè aquest enfocament: 1) permet estudiar epidemiològicament grups socials i nivells de risc des d'una nova perspectiva, 2) possibilita l'establiment d'estratègies d'afrontament i prevenció selectives i 3) suposa una orientació social de la salut (33).

La migració actua com a factor de traumatització. És un fenomen generador d'estrès que depèn, en gran manera, de com se situï l'individu davant del seu grup cultural d'origen i cap al grup d'acollida, i com aquest reaccioni envers l'immigrant (34). L'alt grau de disciplina social i les fortes lleialtats de la primera generació de migrants cap a la comunitat d'origen produeixen un nivell d'estrès basat en l'èxit que s'espera de la seva aventura migratòria, el qual ve marcat per l'ajut que s'envia i per la legitimació d'aquest èxit/fracàs per part de la comunitat (13).

La perspectiva d'estrès psicosocial, amb l'acumulació d'esdeveniments com a origen de l'estrès, és la més desenvolupada per la medicina familiar, branca de l'especialitat de medicina familiar i comunitària. Així, l'escala de Holmes i Rahe és la més emprada per aquesta disciplina per als seus estudis. Per aquesta mateixa raó, hem utilitzat en aquesta investigació l'escala mencionada i, per tant, aquesta perspectiva per a l'estudi de l'estrès en la població immigrada estudiada.

1.1.8 ESTRÈS ACULTURATIU

L'estrès aculturatiu es defineix com: "l'esforç que s'ha de realitzar per adaptar-se a unes noves condicions culturals" (17). Es tracta de reaccions psicològiques en resposta a la transició entre les cultures.

Podem dir que és la tensió que produeix la confrontació amb una nova cultura, que es pot manifestar en forma de problemes de salut psicològics, somàtics i de relació social. Té a veure amb tres fenòmens, com a mínim:

- La sobrecàrrega cognitiva d'haver d'actuar permanentment de manera conscient i voluntària.
- L'esforç d'entendre els rols de la nova cultura.
- Un sentiment d'impotència a causa de la incapacitat d'actuar competentment en la nova cultura (35).

Berry et al., el 1987, van definir estrès aculturatiu com un concepte que es refereix a una tensió particular, l'origen de la qual es troba en el procés d'aculturació. A més, ens trobem amb un conjunt de comportaments específics relacionats amb l'estrès derivat del procés d'aculturació, com un precari estat mental (confusió, especialment, entre ansietat i depressió), la sensació d'estar alienats, els nivells marginals, la gran varietat de símptomes psicossomàtics i trastorns de la identitat (36).

Quan es parla d'estrès aculturatiu per la transició a la nova cultura, alguns autors manifesten que existeixen unes etapes, que s'expressen gràficament de forma curvilínia: la primera etapa s'inicia amb entusiasme pel nou país; segueix una etapa de desil·lusió per la confrontació entre esperances i realitat, i finalment, eventualment, es dona una reaproximació entre esperances i realització, la qual cosa permet diferenciar els aspectes atractius dels temibles. En canvi, per altres autors, com Trickett, la hipòtesi curvilínia depèn de múltiples formes, i la satisfacció o el benestar poden ser mesurats en funció dels factors analitzats: la manera com els immigrants són acceptats i se'ls dona suport per part de la cultura receptora al llarg del temps, les condicions de sortida del país d'origen, la solidaritat i els recursos de la comunitat d'immigrants local o tenir possibilitats o no de tornar al seu país (26).

Berry i Kim, el 1988, van identificar cinc factors culturals i psicològics que serveixen d'intermediaris en la relació entre l'aculturació i la salut mental:

- La política de la societat d'acollida i el model d'aculturació que es defensi majoritàriament.
- El tipus de grup que s'acultura, si la migració és voluntària o forçada, o les situacions que porten a migrar.
- Les variables demogràfiques: edat, sexe, estat civil, nivell socioeconòmic abans i després de la migració, educació i ocupació.
- Les fases de l'aculturació, que varien en funció de la durada de l'estada.
- Els estils d'aculturació, que reflecteixen la importància que l'individu atribueix al manteniment de la identitat i la cultura d'origen, fins i tot per establir contacte amb la societat d'acollida (36).

Els factors protectors, que fan que l'estrès sigui menor, són els: pensaments positius, les xarxes familiars, el suport social percebut, i el grau d'integració (22)

L'estrès aculturatiu pot causar una disminució en el funcionament social, l'augment dels trastorns psicològics i, en casos greus, dels trastorns psiquiàtrics entre els immigrants. La seva intensitat és variable en el temps, tot i que disminueix després del tercer any de la migració. També la discriminació percebuda es correlaciona positivament amb l'estrès d'aculturació i la nostàlgia (37).

S'ha plantejat que l'estrès per aculturació té diferents components, com la *nostàlgia*, el *dol* que implica deixar endarrere una determinada manera de vida i el procés subsegüent d'aculturació; el que podríem anomenar *xoc cultural*, l'experiència del racisme, la xenofòbia i els prejudicis ètnics, és a dir, la *discriminació percebuda*, i un *estrès general*, perquè un immigrant és més susceptible a causa de la limitada disponibilitat de recursos (17), (38).

- Nostàlgia: Aquesta font d'estrès de la immigració està relacionada amb les pèrdues associades amb la sortida del país d'origen i inclou l'experiència de trobar a faltar aspectes elementals de la vida que, en un principi, només existeixen al país que es deixa endarrere. La pèrdua dels amics i la família, la de l'estatus social, el treball, l'idioma, els costums i fins i tot el territori poden convertir-se en factors importants d'estrès, especialment si s'acompanyen de dificultats legals, laborals i socials al país de recepció.
- Xoc cultural: Els factors estressants de l'aculturació són tots els relacionats amb el fet de viure en una cultura nova, allò que inclou, especialment, l'accés als serveis i productes culturalment rellevants, les activitats religioses i culturals, l'educació dels fills i les relacions interpersonals. Els canvis que representa el procés aculturatiu requereixen, moltes vegades, que els individus adoptin rols nous, sovint completament incoherents. Qualsevol canvi profund de les pautes culturals, com per exemple, els rols, pot ocasionar un estrès considerable.
- Discriminació percebuda: Aquest és un factor relacionat no només amb l'estrès, sinó amb el desenvolupament possible d'una psicopatologia i amb altres problemes de salut. L'experiència de ser discriminat per raons racials, de religió o de pertinença ètnica engloba una part important d'algunes escales d'estrès per aculturació, i s'ha identificat com un factor de risc que predisposa a patir problemes de salut física i mental. Com que es tracta de l'experiència de l'individu, aquest factor està més condicionat per les percepcions personals

que per una existència necessària i objectiva de discriminació. De fet, aquesta existència no és sempre ostensible, ja que gran part del racisme contemporani, per exemple, és implícit i roman ocult, fins i tot per a qui discrimina.

- Factors moderadors i mediadors: Encara que l'estrès per aculturació no és específic de cap classe social ni d'una experiència d'immigració en particular, les necessitats de salut lligades amb la immigració estan clarament regulades pel context en què té lloc. Alhora, el model d'estrès–procés suggereix que els factors individuals i contextuals específics actuen com a mediadors i moderadors de l'estrès de l'emigrant (17).

Actualment existeix una gran varietat d'instruments d'estrès per aculturació, però la majoria són d'ús limitat en el context europeu; ja que s'han desenvolupat als Estats Units, no han estat rigorosament validats, i són específics de certs grups ètnics o dels estudiants estrangers. Per exemple, El SAFE (Fuentes i Westbrook, 1996), és el més utilitzat als EUA, i posa el focus d'atenció sobre els dominis de la vida en comptes dels tipus d'estrès (socials, d'actitud, família, medi ambient). El MASI (Rodríguez, Myers, Mira Flors, Gràcia i Hernández, 2002) és específic per als mexicans–americans i posa l'èmfasi en l'atracció dels factors cultura d'origen i grup majoritari.

El grup de Psiquiatria Transcultural de l'Hospital Vall d'Hebron de Barcelona (Tomás–Sábado, Qureshi, Antonín, & Collazos, 2007) ha desenvolupat una escala per mesurar l'estrès aculturatiu adaptada a la població immigrada de la nostra zona. El BISS (Barcelona Immigration Stress Scale) mesura totes les dimensions de l'estrès aculturatiu— que és un dels majors trastorns psicològics que pateixen els immigrants i les seves famílies (22) —: la discriminació, la nostàlgia, la por, la culpa, l'odi percebut i l'estrès a causa del canvi (xoc cultural) (38). Aquesta escala és la que utilitzem en aquest estudi.

1.1.9 DEPRESSIÓ

La depressió és la quarta causa de disminució de qualitat de vida i s'espera que sigui la segona en vint anys més (i la primera en les dones). La pateix almenys una vegada a la vida la quarta part de les dones i una vuitena part dels homes. La

meitat dels individus deprimits no fa cap consulta i, de la resta, la meitat no es diagnostica i una quarta part més no rep un tractament adequat (39).

La depressió major és un important problema de salut pública, que presenta una elevada freqüència i un gran impacte social. L'OMS la considera una "epidèmia" i estima que l'any 2020 serà la segona causa de discapacitat en tot el món, darrere de la patologia cardiovascular, i que el 2030 passarà a ser la primera (40).

El diagnòstic i abordatge terapèutic adequat de la depressió, realitzat habitualment des de l'atenció primària (AP), és un aspecte fonamental per a la millora no només de la salut i la qualitat de vida del pacient i el seu entorn més proper, sinó també per reduir el gran impacte econòmic i social que comporta, ja que els pacients amb depressió fan un major ús de recursos sanitaris i presenten una pèrdua de productivitat laboral, amb uns costos fins i tot més elevats que els atribuïts a la despesa sanitària (41), (40).

La depressió és un problema de salut prioritari a Catalunya, on es calcula que afecta unes 400.000 persones cada any. Es tracta, a més, del segon trastorn que més limita la qualitat de vida, només per darrere de les patologies associades al dolor. Aquesta elevada prevalença té, òbviament, una traducció econòmica que, segons un estudi encarregat pel Departament de Salut de la Generalitat i basat en dades del 2006, se situa al voltant dels 736 milions d'euros anuals, que seria l'equivalent al 0,4% del PIB català. El Banc Mundial va fer un estudi en què preveia que la depressió seria la segona causa d'incapacitat l'any 2020 (42).

La depressió major (DM) és un estat mental patològic, una síndrome o agrupació de símptomes en què predominen els de l'àrea afectiva (tristesia patològica, decaïment, irritabilitat, sensació subjectiva de malestar i impotència davant de les exigències de la vida) encara que, en major o menor grau, també hi són presents símptomes de tipus cognitiu, volitiu o fins i tot somàtic, per la qual cosa podria parlar-se d'una afectació global de la vida psíquica, amb un especial èmfasi a l'esfera afectiva. A més, va acompanyada d'ansietat més o menys marcada. La base per distingir aquests canvis patològics dels ordinaris ve donada per la persistència de la clínica, de la seva gravetat, de la presència d'altres símptomes i del grau de deteriorament funcional i social que l'acompanya (43), (44).

Es considera que la depressió té un origen multicausal: factors biològics, regulació neuroendocrina i factors psicosocials. A més, les tensions de l'entorn poden precipitar la depressió (45).

Els principals factors de risc per patir una DM són: haver tingut una depressió prèvia, tenir ansietat o estrès, estrès financer o un esdeveniment negatiu puntual. Per contra, els de protecció es refereixen a poder disposar d'una xarxa social que ens doni suport, una convivència familiar o de parella positiva i salut mental en general (46).

Nombrosos autors han buscat la prevalença de la DM. A continuació s'exposen els resultats d'alguns d'ells:

- La revisió bibliogràfica realitzada per López i col·laboradors ens mostra una prevalença de DM en consultes d'AP elevada, que se situa entre el 14% i el 20,2% (41).
- La prevalença detectada per Aragon de DM, en la seva tesi doctoral, va ser del 14,3% (IC 95%: 1,2-17,4). La sensibilitat del diagnòstic de trastorn depressiu per part del metge d'AP davant el diagnòstic de referència (SCID, DSM-IV) fou del 68,3 % (IC 95%: 56,5-80,0) i l'especificitat del 73,5 % (IC 95%: 66,1-81,0) (40).
- En l'estudi DASMAPP (*Diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study*) realitzat entre octubre del 2005 i març del 2006, en què van entrevistar 3.815 pacients de 77 centres d'AP, es va detectar que el 45,1% havia patit un desordre mental al llarg de la seva vida, i el 30,2%, en el darrer any. El desordre més freqüent va ser la DM, amb el 9,6% i el trastorn d'ansietat generalitzada (TAG), en el 3,8% (47).
- Segons l'estudi SAMCAT (branca catalana de *l'Estudi epidemiològic europeu sobre els trastorns mentals*), amb 1.647 persones entrevistades, la prevalença de DM, en la població general, és del 15,17% (13,29-17,05) al llarg de la vida i del 6,51% (5,14-7,87) en els darrers dotze mesos. La de patir qualsevol trastorn d'ansietat és de l'11,34% (9,45-13,22) i 6,41% (5,02-7,79), respectivament. I el TAG té una prevalença de 3,71 (2,75-4,67) i 1,78 (1,13-2,43). Entre les persones que al llarg dels darrers dotze mesos han presentat DM, el 55,4% han acudit a un professional sanitari per aquest motiu, i entre els que han presentat un trastorn d'ansietat, hi han anat el 43,7% (48), (49).

Aquestes dades ens remarquen la importància d'aquests trastorns i el seu infradiagnòstic.

Es tracta, doncs, d'una patologia molt freqüent, a la qual el metge d'AP s'enfronta diàriament, per la qual cosa és indispensable un diagnòstic correcte per poder tractar-la (41).

Una aproximació a aquest fet és que durant el 2006 els centres d'atenció primària (CAP) van atendre dos milions de consultes de pacients amb depressió. A Catalunya, una de cada deu persones que van al metge de capçalera va sortir de la consulta amb un diagnòstic de depressió. No obstant això, es calcula que el 40% de les persones que pateixen depressió no recorren al sistema sanitari (42).

Tot i que la depressió és un fenomen universal, l'expressió clínica, el significat social i personal poden estar influïts pel medi sociocultural (40).

Taula 2. Quadre de criteris diagnòstics de depressió major segons el CIE-10 (43), (50)

A. L'episodi depressiu ha de durar al menys dues setmanes.
B. L'episodi no és atribuïble a l'abús de substàncies psicoactives o a trastorn mental orgànic.
C. Síndrome somàtica: Comunament es considera que els símptomes "somàtics" tenen un significat clínic especial, i en altres classificacions se'ls denomina melancòlics o endogenomorfs. <ul style="list-style-type: none">▪ Pèrdua important de l'interès o la capacitat de gaudir d'activitats que normalment eren plaents.▪ Absència de reaccions emocionals davant esdeveniments que habitualment provoquen una resposta.▪ Despertar-se al matí dues o més hores abans de l'hora habitual.▪ Empitjorament matinal de l'humor depressiu.▪ Presència d'alentiment motor o agitació.▪ Pèrdua marcada de la gana.▪ Pèrdua d'almenys el 5% de pes en el darrer mes. ▪ Notable disminució de l'interès sexual.

Taula 3. Quadre de criteris diagnòstics d'episodi depressiu major segons el DSM-IV (51), (52)

<p>A) Cinc (o més) dels següents símptomes han estat presents durant el mateix període de dues setmanes i representen un canvi respecte a l'anterior; almenys un dels símptomes ha de ser (1) ànim deprimat o (2) pèrdua d'interès o plaer.</p> <p>Nota: S'ha de tenir en compte els símptomes que són clarament deguts a una malaltia mèdica, o estat d'ànim incongruent, idees delirants o al·lucinacions.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estat d'ànim depressiu la major part del dia, gairebé cada dia, segons que ho indica el mateix subjecte (per exemple, se sent trist o buit) o l'observació realitzada per d'altres (per exemple, plor). Nota: En nens i adolescents, l'estat d'ànim pot ser irritable.2. Reducció acusada de l'interès o plaer en totes o gairebé totes les activitats la major part del dia, gairebé cada dia (segons que ho refereix el mateix subjecte o observen els altres).3. Pèrdua important de pes sense fer règim o augment de pes (per exemple, un canvi de més del 5% del pes corporal en un mes), o disminució o augment de la gana gairebé cada dia. Nota: En nens s'ha de valorar el fracàs de fer augments de pes esperables.4. Insomni o hipersòmia gairebé cada dia.5. Agitació o alentiment psicomotor gairebé cada dia (observable pels altres, no meres sensacions d'inquietud o d'estar alentit)6. Fatiga o pèrdua d'energia gairebé cada dia.7. Sentiments d'inutilitat o de culpa excessius o inapropiats (que poden ser delirants) gairebé cada dia (no els simples autoretrets o culpabilitat per estar malalt).8. Disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se, o indecisió, gairebé cada dia (ja sigui una atribució subjectiva o una observació aliena).9. Pensaments recurrents de mort (no només por a la mort), ideació suïcida recurrent sense un pla específic o amb pla específic per suïcidar-se o una temptativa de suïcidi.
<p>B. Els símptomes no compleixen els criteris per a un episodi mixt.</p>
<p>C. Els símptomes provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament en les àrees socials, importants per a l'activitat, o per un altre tipus de funcionament.</p>
<p>D. Els símptomes no són deguts als efectes fisiològics directes d'una substància (per exemple, una droga d'abús, un medicament) o a una malaltia mèdica (per exemple, hipotiroïdisme).</p>
<p>E. Els símptomes no s'expliquen millor per la presència d'un dol, és a dir, després de la pèrdua d'un ésser estimat, els símptomes persisteixen més de dos mesos o es caracteritzen per una acusada incapacitat funcional, preocupacions morbides d'inutilitat, ideació suïcida, símptomes psicòtics o retard psicomotor.</p>

1.1.10 SALUT MENTAL EN MIGRACIÓ

Els problemes de salut mental (SM) representen un aspecte important a tenir en compte quan s'analitza la salut dels immigrants, no només per la seva freqüència de presentació i els problemes per identificar les persones amb més risc de patir aquests trastorns de salut, sinó també per les dificultats en la interpretació dels símptomes i en el seu maneig clínic (53). S'accepta que la migració per si mateixa no produeix un increment del risc de patir malalties mentals, sinó que depèn, al menys en part, de les experiències traumàtiques patides durant el procés migratori (6).

Existeixen factors de risc i factors protectors que poden afectar la salut mental de les persones migrants. Aquests factors influiran en diferents àmbits: en la vessant individual, en relació amb les capacitats, habilitats socials, afectes i sentiments; en la vessant familiar, relacionada amb el sistema familiar, els rols, la comunicació, els vincles..., i, finalment, en la vessant social, que fa referència a situacions estructurals de la societat de destí (lleis, costums, idioma...). Tot i això, els factors de risc són molt més nombrosos que els factors protectors (taula 4), cosa que posa de manifest la nostra realitat, en la qual encara no existeix una resposta adequada a les necessitats i demandes d'aquest col·lectiu (54).

Aprofundint en tots aquests factors, tenim que és probable que un cert grau de diversitat biològica o vulnerabilitat psicològica personal o familiar, combinada amb la vulnerabilitat social després de la migració, pugui donar lloc al desenvolupament de la depressió. D'altra banda, factors com els canvis en la identitat cultural poden donar lloc a un xoc cultural i a una distància cultural que poden contribuir a fer que apareguin sentiments d'alienació i aïllament, cosa que també conduiria a la depressió. Altres factors importants per a la SM en l'immigrant podrien ser el context de la sortida, la nacionalitat d'origen, l'estatus legal, l'adaptació a la nova cultura, el temps de residència, la discriminació, els ingressos econòmics, el nombre de fills i la situació social de l'immigrant (12), (55). En canvi, el suport social i la densitat ètnica són factors de protecció important en la gènesi de la depressió, ja que contribueixen a una sensació d'acceptació i a la millora de l'autoestima (56), (6), (23).

Els trastorns per ansietat i depressió poden relacionar-se amb els processos d'adaptació i les dificultats ambientals lligades a la migració, associats amb freqüència a símptomes de somatització (6).

Taula 4. Factors de risc i factors protectors de salut mental en immigració (54)

Factors protectors	Factors de risc
<i>Individual</i>	<i>Individual</i>
Tenir expectatives adequades i realistes en el procés migratori.	Carència de vincles afectius al país de destí.
Tenir bon tracte i ser valorat/ada en la feina.	Canvi d'estatus, noves responsabilitats, nous reptes en la societat d'acollida.
Recórrer al suport professional quan no es pugui fer front a alguna situació.	La comunicació no és sincera amb la família al país d'origen.
Cura de la salut (alimentació, son, oci...).	
<i>Familiar</i>	<i>Familiar</i>
Planificació de qui seran els cuidadors dels fills/es, de la seva educació i la seva cura.	Sentiments de culpabilitat per la separació dels fills.
L'experimentació d'un procés migratori previ.	La problemàtica específica de les diferents parelles mixtes.
Comunicació permanent amb la xarxa familiar i social en origen.	Violència domèstica (tant si viuen junts com si la parella està al país d'origen).
	Mares solteres amb càrrega familiar: fills a l'origen o al destí.
	Dificultats en el procés de reagrupament.
<i>Social</i>	<i>Social</i>
Acceptar el que és bo d'aquest lloc sense sentir que exclouen el d'origen.	La situació irregular administrativa fa que no tinguin el reconeixement dels seus drets humans.
Mantenir els costums i rituals significatius del país d'origen.	Aïllament social.
Participar en grups i organitzacions socials tant de persones immigrants com autòctones.	Desconeixement de l'idioma o del medi social en destí.
	Dificultat d'adaptació i rendiment escolar.
	Dificultat o impossibilitat d'inserció laboral en el seu ofici/professió, o en qualsevulla altra, sobretot les persones en situació irregular.
	Resposta insuficient a situacions d'urgència social que viuen les persones migrants: habitatge, treball, mitjans econòmics...

Entre les possibles causes de depressió en immigrants, Furnham i Bochner n'identifiquen vuit que inclouen factors com ara la pèrdua, el fatalisme, la migració selectiva, les expectatives, els esdeveniments vitals negatius, el suport social, el dèficit d'habilitats socials i el xoc de valors (56). En aquest sentit, podem dir que té una etiologia multiaxial, i s'han de tenir en compte els factors psicobiosocials, els antropològics i els aspectes religiosos–espirituals.

Quant a la seva presentació clínica tenim que un estudi realitzat als Andes equatorians va observar taxes elevades de símptomes de depressió moderats i greus i un predomini de les manifestacions somàtiques. Aquestes observacions obliguen a tenir en compte les manifestacions de la depressió específiques de les cultures i els factors socials que hi influeixen (57).

Pintanel va detectar una prevalença del 23,7% de depressió i el 26,6% d'ansietat entre immigrants que acudien a l'ABS Casc Antic de Barcelona (58).

Segons dades del Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicosocial a Immigrants i Refugiats (SAPPIR), el 28% dels immigrants denoten pitjor salut mental que la població autòctona. La prevalença de trastorns adaptatius oscil·la al voltant del 58% de les consultes per trastorns crònics a l'AP. El diagnòstic de depressió oscil·la entre el 10,2% i el 14%(48). Altres treballs no han trobat diferències en els percentatges de trastorns mentals entre immigrants i autòctons. La disparitat de resultats pot ser deguda al recent fenomen de la migració i a la dificultat d'expressió de problemes mentals en les consultes (59).

Alguns autors han apuntat la falta de comunicació, sobretot pel desconeixement de la llengua, com una barrera important per a l'atenció a la SM, tant en l'AP com en l'especialitzada, barrera agreujada per l'ús d'instruments de mesura i classificació que no han tingut en compte les diferents expressions culturals de malaltia mental en el context de països i cultures diferents de l'occidental. La relació metge–malalt i les creences religioses i socials respecte a la SM podrien tenir una influència potencial en el diagnòstic, el tractament i l'evolució dels problemes de SM en immigrants (53).

Un exemple d'aquesta situació el podem trobar en el context de les cultures de l'Àfrica occidental, que, per afeccions psíquiques, proteccions psicològiques i epilèpsies, sempre recorren al marabut. Entenen que la medicina europea dels blancs pot ser eficaç, però és massa complicada, i el seu tractament, difícil de

seguir. Hi ha un important desconeixement de la dosificació que s'ha d'administrar, i en la majoria dels casos, si no hi ha hospitalització, els tractaments fracassen (13).

La migració comporta una pèrdua afectiva i augmenta la vulnerabilitat i el risc de patir patologies mentals com l'estrès, l'ansietat o la depressió. La *psiquiatria transcultural* estudia les diferents representacions del cos, de la malaltia i l'univers simbòlic que envolta la salut i la malaltia en el moment del diagnòstic i del tractament en psiquiatria, la qual cosa converteix la cultura en una dimensió clau en el procés de curació (9).

1.1.10.1 SÍNDROME D'ULISSES

En el darrer temps i en el nostre context ha tingut una rellevància especial una entitat nosològica desenvolupada pel doctor Joseba Achotegui, anomenada la síndrome d'Ulisses. Tot i que aquesta entitat no és l'objecte del nostre estudi, l'hem inclòs en aquesta introducció per remarcar que es tracta d'una qüestió diferencial respecte als conceptes psicopatològics que es desenvolupen al llarg d'aquest estudi.

Segons Achotegui, la síndrome d'Ulisses es troba immersa en l'àrea de la prevenció sanitària i psicosocial, més que en l'àrea del tractament (60).

Existeixen set *dols* (estrès perllongat i intens) en la migració: la família i els éssers estimats, la llengua, la cultura, la terra, l'estatus social, el contacte amb el grup de pertinença i, els riscos per a la integritat física. Aquests dols es donen, en major o menor grau, en tots els processos migratoris, però varien les condicions segons les quals són viscuts. Si existeix un dol extrem, es pot desenvolupar la síndrome d'Ulisses.

La combinació de soledat, fracàs en l'èxit dels objectius, vivència de carències extremes i terror són la base psicològica i psicosocial de *la síndrome de l'immigrant amb estrès crònic i múltiple (síndrome d'Ulisses)*.

En són factors potenciadors la multiplicitat –els estressors es potencien–, la cronicitat –l'estrès és acumulatiu–, la intensitat i la rellevància dels estressors, l'absència de sensació de control o l'absència d'una xarxa de suport social, a més dels estressors clàssics de la migració: el canvi de llengua, de cultura, de paisatge... Aquesta síndrome seria una resposta del subjecte davant una situació d'estrès

inhumà, d'un estrès de tal naturalesa que és superior a les capacitats d'adaptació de l'ésser humà (61).

Els estressors més importants són: la separació forçada dels éssers estimats, que suposa un trencament de l'instint de l'afecçió; el sentiment de desesperança pel fracàs del projecte migratori i l'absència d'oportunitats; la lluita per la supervivència (on alimentar-se, on trobar un sostre per dormir), i la por, el terror que viuen en els viatges migratoris (pasteres, anar amagats en camions...), la por de les amenaces de les màfies o de la detenció i expulsió, la indefensió per no tenir drets, etc.

Però, a més, aquests estressors de tanta rellevància es troben incrementats per tota una sèrie de factors que els potencien, com són la multiplicitat (com més estressors, major risc; els estressors es potencien entre ells); la cronicitat, perquè aquestes situacions límit poden afectar l'immigrant durant mesos o fins i tot anys; el sentiment d'impotència, ja que faci el que faci l'individu no pot modificar la seva situació (allò que Seligman anomenava indefensió apresada, i Bandura, absència d'autoeficàcia); els forts dèficits en les seves xarxes de suport social.. A més, per si no n'hi hagués prou, amb aquests problemes, amb freqüència el sistema sanitari i assistencial no atén adequadament aquesta síndrome, bé sigui perquè hi ha professionals que banalitzen aquesta problemàtica (per desconeixement, per insensibilitat..., o fins i tot per racisme), o bé perquè no es diagnostica adequadament aquest quadre com a reactiu a l'estrès i es tracta aquests immigrants com a malalts depressius, psicòtics, malalts somàtics... En definitiva, el sistema sanitari actua com un nou estressor per als immigrants.

Com és obvi, la vivència tan perllongada de situacions d'estrès tan intenses afecta profundament la personalitat del subjecte i la seva homeòstasi, l'eix hipotàlem-hipòfisi-medul·la suprarenal, el sistema hormonal, muscular, etc., i dóna lloc a una àmplia simptomatologia: símptomes de l'àrea depressiva, fonamentalment tristesa i plor; símptomes de l'àrea de l'ansietat, com tensió, insomni, pensaments recurrents i intrusius, irritabilitat...; símptomes de l'àrea de la somatització, com fatiga, molèsties osteoarticulares, cefalea, migranya...; símptomes de l'àrea confusional, que es poden relacionar amb l'increment del cortisol i que poden ser erròniament diagnosticats com a trastorns psicòtics... A aquesta simptomatologia s'hi afegeix sovint una interpretació del quadre basat en la pròpia cultura del subjecte. Així, és freqüent sentir:

“No puede ser que tenga tan mala suerte. A mí me han tenido que echar el mal de ojo, me han hecho brujería...”

En resum la síndrome d'Ulisses és un quadre reactiu d'estrès davant situacions de dol migratori extrem que no es poden dur a terme (60).

1.1.10.2 IMMIGRANT SA

En contraposició, o bé com a complement a tot el que s'ha desenvolupat en aquest punt, tenim el *fenomen de l'immigrant sa (healthy migrant effect)*.

Aquest concepte es va desenvolupar inicialment al Canadà i a Alemanya, i posteriorment s'ha estudiat en altres països, a partir dels resultats de les enquestes nacionals de salut, en què s'apreciava que la presència d'immigrants estrangers a les mostres de població d'aquestes enquestes en distorsionava els resultats, ja que, els indicadors de salut eren millors que els esperats per a determinats grups d'edat i sexe quan augmentava el nombre d'immigració estrangera recent en la mostra de l'estudi (62), (63), (64), (65), (66).

Aquest model de conceptualització de la relació entre immigració i salut entén el procés migratori com un procés selectiu en què les persones que el poden dur a terme han de tenir certa fortalesa física i mental, de manera que sols acaben emigrant els més sans. La hipòtesi es basa en el fet que el procés migratori no és aleatori, i que hi ha una selecció de les persones que poden emigrar. Els mateixos estudis afirmen que, tot i que la salut dels immigrants a la seva arribada és millor que la de la població autòctona, les condicions de vida i el nivell socioeconòmic que pateixen aquests immigrants durant els següents anys explica els pitjors indicadors de salut de la població immigrant quan han transcorreguts cinc anys (67), (68).

Malgrat la vulnerabilitat produïda per les desigualtats socials, per les barreres d'accés als serveis sanitaris o per les possibles diferències culturals, les taxes de mortalitat i els índexs de freqüentació dels serveis sanitaris són menors en la població immigrant. El *healthy migrant effect* també ha estat acceptat com la

hipòtesi més plausible de les menors taxes de mortalitat i la menor freqüentació dels serveis sanitaris que presenten les primeres generacions d'immigrants en els països receptors (69), (68), (70).

Un altre efecte relacionat amb el fenomen de l'immigrant sa, és el "biaix del salmó". Aquesta hipòtesi manté que la mortalitat és més reduïda entre la població immigrada perquè els individus greument malalts retornaren als seus països d'origen (71), (72).

Tot i això, no existeix una àmplia literatura respecte d'aquest fenomen, i moltes de les publicacions són contradictòries pel que fa als resultats i a la seva confirmació (73), (74), (75), (76).

1.2 ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA

La migració, la comunicació transnacional i la consciència de les diferències culturals estan canviant el caràcter de les comunitats de tot el món. Aquests canvis, juntament amb els factors econòmics i polítics, porten a una estreta juxtaposició física i simbòlica de les diferents nacions i grups ètnics. Els enfrontaments a les visions del món, les actituds, l'orientació espiritual i les perspectives generals filosòfiques i morals són cada vegada més les realitats dels centres urbans d'arreu del món. En els contextos tradicionals i entre les persones que físicament no migren, el poder dels mitjans de comunicació aconsegueix psicològicament una emigració que porta a desafiar les seves tradicions locals i característiques culturals autòctones sobre la salut, la qual cosa aporta perspectives científiques sobre la salut i la malaltia en general i la salut mental en particular (77).

La immigració és un fenomen relativament recent a Espanya, que ha viscut en els darrers vint anys el progressiu canvi d'estatus de "país de migració" a "país de trànsit", i després, a "país d'assentament". A partir del 1975, Espanya inverteix la direcció migratòria, i passa a ser un país receptor d'immigrants, principalment del Magrib, de països llatinoamericans, subsaharians i europeus dels antics països de l'Est; aquest fet n'ha modificat la situació demogràfica i social (6). Entre els factors que expliquen la transformació d'Espanya en un país d'immigració, a més de la importància que actualment adquireix la seva ubicació geopolítica, hi ha el

procés d'internacionalització de l'economia i de creixement econòmic experimentat a partir de la seva incorporació a la Unió Europea, el 1986 (14).

Les migracions constitueixen actualment un dels fenòmens socioculturals i polítics més importants d'aquest segle. Les creixents xifres d'immigrants en les últimes dècades no han tingut precedents ni a Catalunya ni a l'Estat espanyol, i han plantejat un repte per als serveis sanitaris (53). Segons els padrons municipals, al conjunt de l'Estat espanyol hi havia, l'1 de gener del 2008, un total de 5.268.762 immigrants, la qual cosa suposa el 11,41% de la població total. Si dirigim la mirada a Catalunya, tenim, en la mateixa data, un total de 1.103.780 persones immigrades, que representen el 14,99% de la població total i el 20,95% del total d'immigrants de l'Estat (78), (79). Aquestes xifres incrementen constantment, tot i que en el darrer temps han estat més moderades, a causa de l'entrada progressiva de persones de diferents nacionalitats al país. Per tant, actualment (en data d'1 de gener del 2012) tenim que, al conjunt de l'Estat, hi ha 5.736.258 individus estrangers, és a dir, el 12,14% de la població total, i a Catalunya tenim 1.186.779 immigrants, que representen el 15,67% del total de la població, i el 20,69% dels estrangers de l'Estat (79), (78).

Els immigrants no constitueixen un grup homogeni, sinó que són grups molt heterogenis, influenciats pel seu país d'origen, per la raó per la qual van emigrar, per les condicions d'acollida al país amfitrió, pels recursos socioeconòmics de què disposen i pel seu bagatge psicològic específic (6), (80), (81).

Els problemes de salut mental representen un aspecte important a tenir en compte quan es parla de la salut dels immigrants, no només per la seva freqüència de presentació i pels problemes a l'hora d'identificar les persones amb més risc de patir aquests trastorns de salut, sinó també per les dificultats en la interpretació dels símptomes i en el seu maneig clínic (53).

La migració constitueix un esdeveniment vital estressant (EVE), i en ocasions, molt intens, a causa dels reptes i de les dificultats del medi en el qual es desenvolupa l'immigrant i de la seva falta de capacitat i preparació per donar respostes adequades, la qual cosa pot complicar-se amb baixa autoestima, depressió i ansietat (34). Emigrar s'ha convertit per a milions de persones en un procés que implica uns nivells d'estrès tan intensos que arriben a superar la capacitat d'adaptació dels éssers humans, ja que els estressors psicosocials tenen una dimensió quantitativa i qualitativa molt rellevant (61).

S'accepta que l'emigració per si mateixa no produeix un increment del risc de patir malalties mentals, sinó que depèn, al menys en part, de les experiències traumàtiques patides durant el procés migratori (81). Cal reconèixer, però, com a entitat patològica clarament diferenciada, l'estrès que pateixen els emigrants. Tot procés migratori implica un component de pèrdua i un altre de guany, inherents als canvis que comporta deixar el lloc habitual de residència per traslladar-se a un altre, més o menys llunyà i diferent. D'aquesta distància, tant en el sentit geogràfic com, sobretot, en el cultural, en deriva un esforç consegüent d'adaptació a les noves condicions de vida. Aquest esforç d'adaptació pot definir-se com l'*estrès de l'emigrant* o *estrès aculturatiu*. La pèrdua d'estatus, la marginalitat, l'alienació i la discriminació percebudes, i la fragilitat de la identitat cultural pròpia es poden arribar a convertir en preocupacions que posen a prova la fortalesa de la salut mental de la persona (17).

La immigració representa estrès en la mesura que l'individu és incapaç d'afrontar tant uns esdeveniments concrets com els factors crònics d'estrès de la vida quotidiana. Els estudiosos de l'estrès per aculturació insisteixen que el més important no és el contacte cultural, sinó l'experiència estressant derivada d'aquest contacte. La necessitat d'aprendre un idioma nou, els costums i codis culturals diferents, canviar el rol familiar i laboral i la manca de permís de treball o d'un habitatge digne poden conduir a un estrès quotidià important (30), (17).

És possible que la manera de reconèixer una patologia mental sigui variable segons les diferents ètnies. El diagnòstic està influenciat per la forma d'expressió de la simptomatologia psíquica, que a la vegada està relacionada amb la forma d'expressió dels pacients. En aquest sentit, hi influeixen en gran manera les diferències idiomàtiques i culturals (82).

Els trastorns depressius es manifesten com la segona causa de consulta, i la patologia més prevalent són les somatitzacions, les depressions i els hàbits tòxics (83). Els trastorns per ansietat i depressió poden relacionar-se amb els processos d'adaptació i amb les dificultats ambientals lligades a l'emigració, associades amb freqüència a símptomes de somatització (81).

En els immigrants, els trastorns depressius tenen, en moltes ocasions, un curs desfavorable pel context en el qual tenen lloc: el gran nombre i la intensitat dels estressors i el gran dèficit en la xarxa de suport social (34).

Esteva et al. van observar que els professionals sanitaris estaven en desacord sobre el fet que els immigrants acudeixen a les consultes per problemes de salut mental amb major freqüència que la resta dels pacients (66%); en canvi, estaven d'acord que els problemes de llengua suposen dificultats (82,2%), que les diferències culturals suposen dificultats en atenció primària (64,3%) i que la manera com el pacient immigrant expressa els seus símptomes o perceben la seva malaltia implica una dificultat (71,3%) (59).

Diferents autors coincideixen a observar la relació entre el baix suport social, l'elevat estrès aculturatiu i una alta taxa de depressió. Han i Shin ho fan en població immigrada coreana (84), (85); Hovey va estudiar immigrants mexicans i població llatina (86), (87), (88), (89), (90); Miller, en dones immigrades de l'antiga Unió Soviètica (91); i Mehta ho fa en immigrants indis (92). Jamil va trobar correlació positiva entre estrès aculturatiu, estrès posttraumàtic, ansietat i depressió entre immigrants de l'Iraq (28). I Livingston va observar una relació positiva entre els problemes personals d'un grup d'immigrants jamaicans residents als Estats Units i l'aparició de depressió (93).

El suport social té la seva font en les xarxes socials. Mercès a elles, l'individu manté la seva identitat social; rep suport afectiu, ajut material, emocional i informació, i adquireix nous contactes. Aquest és un concepte molt important des de la perspectiva de la intervenció familiar i comunitària. Es consideren els problemes de salut des d'un punt de vista psicosocial per intervenir-hi (20).

La valoració psicosocial està orientada a la detecció de necessitats (relacions íntimes, grau d'integració social, participació en la comunitat, grandària de la xarxa social i la disponibilitat de bons amics) a fi de resoldre-les tenint en compte, no només valors i costums del país d'acollida, sinó també els provinents del país d'origen. La falta de suport social comporta un pronòstic pitjor en els individus depressius.

Al voltant de la família de l'immigrant s'organitza la xarxa social i de relacions. És freqüent la convivència entre diverses famílies monoparentals, amb figures de referència absents a causa del procés migratori. Així, es forma l'anomenat grup domèstic familiar, la xarxa social integrada per familiars i originaris d'una mateixa zona geogràfica que incentiva la relació entre els seus membres i potencia la identitat per pertinença, a la vegada que presta el model d'estratègies en el retrobament amb la societat d'acollida. Si les seves famílies

s'estableixen després d'un temps de separació patiran un ajust doble, intern i extern, amb una gran capacitat de disfuncionalitat familiar (34).

Per interpretar la complexa relació entre psicopatologia i immigració és necessari prendre en consideració factors que poden exercir de mediadors o moderadors, com l'estrès aculturatiu, la xarxa de suport social i altres factors socioeconòmics i demogràfics als quals estan sotmesos els immigrants (30).

Je suis emmurée, encagée. Seule! Personne ne sait rien de moi; je n'ai plus de passé, plus d'appartenance; l'avenir ne m'appartient plus. J'ai perdu mon identité, je ne suis personne, je suis une émigrée (36).

Kandalaft, 1974

2 JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI

La Segarra és una comarca amb una elevada taxa d'immigració, la qual representava, a l'inici de la investigació (2008), el 23,14% de la població total. Aquest percentatge ha anat augmentant progressivament amb el temps fins a arribar al 26,82% actual (2012) (78). En el cas de Guissona, concretament, aquesta taxa s'eleva fins al 43,46% el 2008 i fins al 48,08% actualment (78). Aquests immigrants són principalment de l'Europa de l'Est, de l'Àfrica subsahariana, del Magrib i de Llatinoamèrica.

En aquesta situació, els professionals sanitaris han d'atendre població amb un bagatge cultural i amb problemes psicosocials diversos, als quals no sempre se sap com fer front, perquè la formació i l'experiència professional i personal, en moltes ocasions, queda molt limitada per tractar les necessitats reals d'aquest col·lectiu. Això, unit a la sobresaturació de les consultes i a la manca de temps per realitzar les visites, fa que en aquesta població passi desapercibuda, sovint, la patologia mental.

Ja el 2002, García-Campayo exposava aquesta idea:

S'associarà a malestar psicològic específic, pel mateix fet migratori i d'adaptació, així com les dificultats en la detecció i el tractament d'aquest malestar pel desconeixement dels professionals de la salut. Per tot això, la progressiva sensibilització dels metges en temes culturals i d'immigració resulta imprescindible, així com el desenvolupament, des de les institucions, de programes i recursos específics per a l'abordatge d'aquest problema (23).

Aquest estudi pretén estudiar la relació existent entre els principals factors i la simptomatologia de depressió en una població immigrada concreta, així com caracteritzar la cohort i estudiar la prevalença d'aquesta afectació.

L'anàlisi de la prevalença de simptomatologia depressiva a la comarca de la Segarra ens ajuda a estimar la situació d'aquestes malalties a la resta de comarques que tenen unes mateixes circumstàncies pel que fa al fenomen migratori. En aquest sentit, la població immigrada a la zona de Lleida té unes característiques molt similars, a causa de la mobilitat dins del territori que presenta aquesta població i

l'arribada al país dels immigrants en períodes similars, ja que és fonamentalment a partir de l'any 2000 quan es produeix l'arribada.

Hay dos cosas que debemos dar a nuestros hijos: primero raíces; después, alas.

Dita africana.

3 OBJECTIUS

3.1 Objectius generals

L'objectiu general d'aquest treball és estudiar la relació existent entre els factors sociodemogràfics i econòmics, l'estrès aculturatiu, la quantitat i la qualitat de la xarxa de suport social i la simptomatologia de depressió major entre la població immigrant assignada a l'àrea bàsica de salut de Cervera – la Segarra.

3.2 Objectius específics

1. Estimar la prevalença de simptomatologia de depressió major entre la població immigrada en el nostre entorn.
2. Descriure les característiques socioeconòmiques i demogràfiques d'aquest col·lectiu.
3. Determinar l'existència i el grau de relació entre la simptomatologia de depressió major i els factors possiblement associats (característiques socioeconòmiques, demogràfiques, estrès i de xarxa social).

El subjecte és simultàniament moral, polític i mèdic; i, d'aquesta manera, el que creiem s'apropa a la manera com l'experiència social s'organitza i viu.

A. Kleinman

4 HIPÒTESIS

A partir dels objectius marcats en aquesta tesi, desenvoluparem les següents hipòtesis de treball:

1. La simptomatologia depressiva està relacionada amb factors socioeconòmics de desigualtat i pobresa.
2. Elevats nivells d'estrès general i, particularment, d'estrès aculturatiu augmenten l'aparició de simptomatologia depressiva.
3. Les xarxes de suport social tenen una relació inversa respecte de la simptomatologia depressiva.
4. Els factors individuals de personalitat i d'experiència vital tenen un pes determinant per desenvolupar simptomatologia depressiva.
5. L'Inventari de Depressió de Beck es pot emprar com a despistatge de simptomatologia depressiva en població immigrant.

El saber mèdic és sempre un saber antropològic. Un coneixement científic de
l'home.

Demetrio Barcia. *Psiquiatria antropològica*, 1987

5 METODOLOGIA

5.1 Àmbit d'estudi

La població total de la comarca de la Segarra, l'1 de gener del 2009, era de 22.825 habitants, dels quals el 27,01% eren immigrants (78).

El registre central d'assegurats (RCA) del Servei Català de la Salut permet la identificació individualitzada de tots els assegurats a partir del codi d'identificació personal (CIP), la gestió i la consulta de les seves dades. També permet gestionar l'entrega de targetes sanitàries (TIS) i l'assignació dels assegurats a les àrees bàsiques de salut (ABS). El RCA conté dues adreces: la residència habitual per assignar el CAP i la d'empadronament. Per donar-se d'alta per primer cop al RCA i sol·licitar una targeta sanitària per accedir a la sanitat pública cal tenir el certificat d'empadronament i presentar un certificat a l'oficina del padró de l'ajuntament al qual correspongui el CAP. L'adreça de la residència habitual i la d'empadronament que figuren en el RCA no han de coincidir necessàriament, encara que sovint ho fa; i després de la depuració que anualment es fa del RCA, aquest i la població empadronada coincideixen en el 95% de les entrades. Les altes en el RCA per a persones sense recursos enregistren la nacionalitat de la persona des del 2002, la qual cosa permet realitzar estudis sobre immigració i utilització de serveis sanitaris o l'anàlisi de cobertura sanitària per nacionalitats (9).

Segons aquest fet organitzatiu i legal, tenim que, a la nostra zona, la majoria dels immigrants ha contactat amb el sistema sanitari, perquè la població assignada a l'ABS l'agost del 2009 era de 21.204 individus –hem de tenir en compte que el territori atès a l'ABS és més petit que el territori de la comarca, ja que no inclou els municipis de Torà, Biosca i voltants—, i en la mateixa data hi havia un 24,2% d'immigrants inclosos en la base de dades del nostre registre de pacients.

Aquest fet justifica la utilització de les bases de dades sanitàries en lloc del padró municipal per a l'extracció de la mostra, ja que la majoria dels immigrants també estan registrats sanitàriament en l'ABS.

5.2 Població de referència i d'estudi

La població de referència i d'estudi són els immigrants assignats als diferents centres d'atenció primària pertanyents a l'ABS de Cervera – la Segarra.

5.3 Criteris d'inclusió i exclusió

INCLUSIÓ:

- Persones amb nacionalitat diferent de l'espanyola empadronats en algun dels municipis de la comarca de la Segarra.
- Persones majors de 18 anys.
- Persones d'ambdós sexes.

EXCLUSIÓ:

- Impossibilitat de comunicació entre l'entrevistador i el subjecte.

5.4 Grandària mostral i procediment del mostreig

Amb l'objectiu d'estimar la prevalença de depressió mitjançant un interval de confiança, amb una precisió de $\pm 3\%$ i amb una confiança del 95% ($\alpha = 0,05$), s'assumeix la prevalença teòrica del 14%, publicada en el Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut de la Generalitat de Catalunya. Encara que la grandària mínima necessària de pacients a reclutar és de 514, vam assumir que un 50% dels quals no acceptaria participar (per problemes de comunicació amb l'enquestador, per por d'entrar en estudis si no estan regularitzats o per altres característiques pròpies d'aquests col·lectius), per la qual cosa la grandària necessària de contactes telefònics va ser de 1.028, amb l'objectiu de reclutar el nombre necessari d'immigrants. Tot i l'estimació de la grandària mostral inicial es va considerar el tancament del reclutament per a l'estudi en aconseguir uns resultats positius per al compliment dels objectius principals de la investigació. La mostra es va obtenir, de manera aleatòria, del RCA del Servei Català de la Salut.

5.5 Disseny de l'estudi

Es tracta d'un estudi descriptiu transversal de prevalença que analitza els factors associats a la simptomatologia d'episodi depressiu major en les persones immigrades de la comarca de la Segarra.

Es va contactar telefònicament amb els subjectes de la mostra (prèvia selecció aleatòria dels candidats), se'ls va explicar l'estudi i se n'obtingué l'acceptació a participar-hi. En aquest moment se'ls va citar per realitzar una única entrevista personal en la qual es va signar el consentiment informat (annex 1), i es van recollir les variables d'estudi per part d'entrevistadors formats (annex 2). Les entrevistes es van dur a terme en català o en castellà i es disposà de traduccions validades dels qüestionaris a l'anglès i al francès i traduccions de suport a l'entrevista en àrab, rus, búlgar i romanès.

Figura 2. Procés metodològic



Prèviament a l'inici de les trucades telefòniques, es van realitzar contactes amb tots els representants dels diferents col·lectius d'immigrants de la comarca que ens van transmetre el coneixement general de la llengua (castellà i català) de cada grup i van fer difusió del projecte entre el col·lectiu corresponent. D'aquestes trobades se'n van extreure les actuacions abans esmentades com a suport en el transcurs de l'entrevista.

Als individus que van obtenir un resultat positiu – en disfunció en la xarxa social, elevat estrès o amb simptomatologia positiva en DM o TAG, segons el BDI o l'STAI – se'ls va aconsellar, en el moment de finalitzar l'entrevista, que acudissin al seu metge d'atenció primària o treballadora social; a més, es va comunicar al professional corresponent la situació de risc. Es va prendre aquesta decisió com a punt de compromís entre el fet que la metodologia no és la d'un estudi d'intervenció i les consideracions ètiques de la pràctica científica.

Aquest estudi es va portar a terme en l'àmbit de l'ABS de Cervera, que inclou dos centres d'atenció primària i múltiples consultoris locals. Els subjectes es van agrupar per localitat de residència i van ser els col·laboradors els encarregats de desplaçar-se per realitzar les entrevistes.

5.6 Variables

La nostra variable principal (dependent) és la detecció de simptomatologia d'episodi depressiu major determinat pel resultat en l'Inventari de Depressió de Beck (BDI) (94), (95), (96), (97).

El BDI és el qüestionari autoaplicat més citat en la bibliografia i posseeix una adequada validesa per al cribratge o la detecció de casos en la població general. La seva validesa predictiva com a instrument diagnòstic de cribratge va ser estudiada per Lasa en una àmplia mostra de població general entre 18 i 64 anys amb un bon rendiment: sensibilitat del 100%, especificitat del 99%, valor predictiu positiu de 0,72 i valor predictiu negatiu d'1 (98). En l'estudi de Pardo Moreno s'observa una sensibilitat i una especificitat similars en població immigrant (12). Es tracta d'una escala d'autoavaluació, composta per 21 ítems, que avalua les actituds i els símptomes depressius, tant de l'esfera afectiva com de la somàtica, que

reflecteixen l'estat actual de l'individu: tristesa, pessimisme, sensació de fracàs, falta o pèrdua de satisfacció, sentiment de culpa, sensació de càstic, autodepreciació, autoacusació, idees suïcides, crisis de plor, irritabilitat, aïllament o retracció social, indecisió, distorsió de la imatge corporal, inhibició per al treball, disturbis del son, fatiga, pèrdua de la gana, pèrdua de pes, preocupació somàtica i disminució de la libido. Cada ítem engloba quatre respostes, que van del 0 al 3 (99).

La resta de dades socioeconòmiques, demogràfiques, d'estrès, de salut general i de salut mental, són variables independents.¹ En fem una llista a continuació.

5.6.1 CARACTERÍSTIQUES DEMOGRÀFIQUES I SOCIOECONÒMIQUES

1. Data de naixement: dia, mes i any.
2. Sexe: home o dona.
3. País d'origen: camp obert; posteriorment es van agrupar en zones geogràfiques.
4. Ètnia a la qual pertany l'individu, si escau.
5. Any de la migració: any amb quatre dígit.
6. Motiu de la migració, amb les categories de: raó econòmica, problemes familiars, reagrupació familiar, conflicte armat i d'altres.
7. Temps de residència a Espanya: en nombre d'anys o mesos.
8. Mobilitat dins del país: arribada directa des del país d'origen o trajecte migratori a través d'altres ciutats espanyoles/europees.
9. Nivell d'estudis: es consideren quatre categories: sense estudis, primaris, secundaris i superiors. Diferenciem entre els estudis cursats al país d'origen i els que s'han cursats després de la migració, si escau.

¹ Malgrat que reconeixem el contínuum ansietat–depressió i l'estreta vinculació de les dues entitats (135), (136), (137), les hem separat, i hem considerat l'ansietat una variable independent, a efecte pràctic de l'estudi. La utilització d'un model multivariant amb diversos nivells al final de l'estudi ens permet veure la importància relativa que l'ansietat té dins dels diversos determinants de simptomatologia depressiva.

10. Ocupació al país d'origen: utilitzem les categories de la Clasificación Nacional de Ocupaciones del 2010 de l'Instituto Nacional de Estadística, agrupades en funció de la classificació de classe social (79).

11. Classe social al país d'origen: apliquem les categories de la Clasificación de Clase Social proposada per la Sociedad Española de Epidemiología (100). Es resumeixen en la taula 5.

Taula 5. Classificació de classe social basada en l'ocupació (100)

I. Directius de l'Administració pública i d'empreses de deu assalariats o més. Professions associades a titulacions de segon i tercer cicle universitari.
II. Directius d'empreses amb menys de deu assalariats. Professions associades a una titulació de primer cicle universitari. Tècnics i professionals de suport. Artistes i esportistes.
IIIa. Treballadors de tipus administratiu i professionals de suport a la gestió administrativa i financera. Treballadors dels serveis personals i de seguretat.
IIIb. Treballadors per compte propi.
IIIc. Supervisors de treballadors manuals.
IVa. Treballadors manuals qualificats.
IVb. Treballadors manuals semiqualicats.
V. Treballadors no qualificats.
VI. Forces armades.

12. Classe social sentida al país d'origen: diferenciem cinc categories: alta, mitjana-alta, mitjana, mitjana-baixa i baixa.

13. Situació laboral a Catalunya: mesurat com a actiu, en atur o estudiant.

14. Ocupació a Catalunya: es recullen de la mateixa manera que en la variable 10.

15. Horari laboral: diferenciem entre torns de matí, tarda, nit, torns rotatius o d'altres.

16. Classe social a Catalunya: s'aplica la mateixa classificació que en la variable 11.

17. Classe social sentida a Catalunya: es recullen igual que en la variable 12.

18. Situació jurídica: si tenen la nacionalitat adquirida, permís de residència o no, permís de treball o no o estan absents de permisos.
19. Nivell de renda –partint del salari mínim interprofessional (SMI)– : menys del SMI, entre una i dues vegades el SMI i més de dues vegades el SMI.
20. Estat civil: solter/a, amb parella estable, casat/ada, separat/da o divorciat/ada i vidu/vídua.
21. Religió: preveiem la religió musulmana, la catòlica, l'ortodoxa, la budista, l'animista o d'altres.
22. Grau de seguiment de la doctrina: definit com a total seguiment, seguiment moderat, poc seguiment o cap seguiment.
23. Tipus d'habitatge: llogat, institucional, compartit, propi, en una pensió o sense sostre.
24. Presència de familiars amb el subjecte: la família nuclear o d'altres, present o no.
25. Freqüència de contacte amb el país d'origen: més d'un cop a la setmana, setmanalment, més d'un cop al mes, mensual o menys d'un cop al mes.
26. Comprensió de la llengua (castellà/català): es va preguntar si tenen o no, bona comprensió escrita, comprensió oral, expressió escrita i expressió oral.
27. Expectatives complides del procés migratori: recollit en cinc ítems: molt, bastant, regular, poc o gens.
28. Percepció de ser discriminat per motius ètnics: molt, bastant, regular, poc o gens.

5.6.2 XARXA DE SUPORT SOCIAL

Aquesta dada es va recollir a través de tres tests:

1. **Qüestionari MOS de suport social**. Es tracta d'un qüestionari de suport social, breu, multidimensional, autoadministrat, que s'utilitza per investigar les diferents dimensions de recursos dels pacients. Aquest instrument permet investigar quatre dimensions de suport: emocional/informacional, instrumental, afectiva i d'interacció social positiva. A més, ofereix un índex global de suport social. Consta de 20 ítems; excepte el primer, els restants es mesuren amb una escala de Likert, i es puntuen de l'u al cinc. La primera pregunta informa sobre la grandària

de la xarxa social. El suport emocional, entès com a expressió d'afecte i compressió empàtica, i l'informativa, referit a guia i oferta de consell, els mesuren els ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 i 19. El suport instrumental, és a dir, la provisió d'ajut material que pot rebre l'entrevistat, es recull en les preguntes 2, 5, 12 i 15. La interacció social positiva, que indica la disponibilitat de les persones de sortir, divertir-se o distreure's, la mesuren els ítems 7, 11, 14 i 18. El suport afectiu, que inclou les expressions d'amor i afecte, correspon a les preguntes 6, 10 i 20. Per acabar, l'índex global de suport social s'obté sumant els punts dels 19 ítems del qüestionari. Es considera que el suport global és escàs quan l'índex és inferior a 57 punts. Es podrà catalogar com a falta de suport emocional/informativa, estructural, d'interacció social i afectiu quan les puntuacions estiguin per sota de 24, 12, 9 i 9 respectivament (20), (101), (102).

2. **Qüestionari de suport social funcional de DUKE-UNC.** Aquest qüestionari mesura diferents dimensions de suport social funcional. Consta d'11 ítems, que recullen valors referits al suport confidencial i a l'afectiu. Les respostes es mesuren mitjançant una escala de Likert, i es puntue d'u a cinc. Les preguntes que mesuren el suport afectiu són la 2, 3, 5, 9 i 11; els ítems que identifiquen el suport confidencial són l'1, 4, 6, 7, 8 i 10. L'escala dona tres valors: el suport total percebut per l'enquestat, l'afectiu i el confidencial. Sumant els punts de totes les preguntes del qüestionari de suport social es poden obtenir un màxim de 55 punts, 11 de mínim i 33 de mitjana. Es considera que el subjecte estudiat té un suport social baix quan el resultat es troba per sota del valor mitjà. Els valors de suport afectiu es troben entre 25 de màxim i 5 de mínim, amb una mitjana de 15; xifres inferiors a aquesta indiquen baixos recursos afectius. Per acabar, el suport confidencial té com màxim i mínim 30 i 6 punts, i 18 de mitjana. Tots els valors per sota de 18 expressen baix suport confidencial (20), (103), (104), (105).

3. **Apgar familiar.** Es tracta d'un qüestionari autoadministrat de cinc preguntes tancades que avaluen cinc àrees de la funció familiar: adaptabilitat, o capacitat de mobilització de recursos intrafamiliars i extrafamiliars per resoldre esdeveniments vitals estressants o en períodes de crisi, cooperació o participació, que és la implicació dels membres de la família en les responsabilitats del manteniment familiar i en la presa de decisions; desenvolupament o capacitat de donar suport i

assessorar la maduració física i emocional i l'autorealització dels seus membres; afectivitat o expressió d'estima o amor entre els membres de la família, i capacitat de resolució, entesa com el compromís de dedicar temps a atendre les necessitats físiques i emocionals de la resta de membres, generalment associable al compromís de compartir uns ingressos i un espai. Cada pregunta puntua amb un valor de zero a dos sobre una escala de Likert, i s'obté en total un índex entre 0 i 10. S'accepta que puntuacions iguals o superiors a 7 corresponen a famílies normofuncionants; entre 4 i 6 indiquen disfuncions familiars lleus, i 3 o menys, disfuncions familiars greus (20), (106), (107), (108).

5.6.3 ESTRÈS

1. **L'escala de reajustament social** s'utilitza per investigar l'estrès social. És un qüestionari autoadministrat, que conté una llista de 51 EVE en el qual l'enquestat ha de senyalar els successos que ha experimentat durant l'últim any. Els esdeveniments vitals expressats en l'escala es mesuren en unitats de canvi vital (UCV), i va des de 100 fins a 11. Es realitza la suma d'UCV dels esdeveniments senyalats pel subjecte. Quan la suma és major o igual a 150 UCV, es considera que els EVE poden afectar la família o l'estat de salut d'alguns dels seus membres. Si la suma es troba per sobre de 250 UCV es pot tenir la certesa que l'acumulació d'estressors vitals pot produir problemes psicosocials o malalties orgàniques o psíquiques, empitjorar patologies cròniques i alterar la funció familiar –modificat de (109).
2. **L'escala d'estrès migratori.** L'escala Barcelona Immigration Stress Scale (BISS) (Tomás-Sábado, Qureshi, Antonín, & Collazos, 2007) (110) s'ha desenvolupat per respondre a la necessitat d'un instrument que valori l'estrès de l'immigrant en el context espanyol. Un estudi de validació inicial va mostrar propietats psicomètriques adequades i accepta un model de quatre factors: discriminació percebuda (18 ítems), xoc cultural (11 ítems), nostàlgia (5 ítems) i estrès psicosocial general (8 ítems) (111). El BISS és un instrument autoadministrat, que està format per 42 ítems amb quatre alternatives de resposta mitjançant una escala de Likert: 0 equival a

totalment d'acord; 1, moderadament d'acord; 2, moderadament en desacord, i 3, totalment en desacord. Puntuacions altes signifiquen alts nivells d'estrès (110).

5.6.4 VARIABLES SOBRE SALUT

1. Percepció de salut: utilitzem les categories de l'enquesta de salut de Barcelona 2000: molt bona, bona, regular, dolenta, molt dolenta.
2. Problemes de salut en els últims sis mesos: no n'hi ha hagut o sí; es recullen també quins han estat i posteriorment s'agruparan per aparells.
3. Consum de tòxics o drogues: es recull si fumen o no, si prenen alcohol o no i si prenen algun altre tipus de droga o no.
4. Nombre de visites realitzades al centre d'atenció primària: nombre de visites en el darrer any. Aquesta dada s'extreu informàticament a partir del CIP.

5.6.5 VARIABLES SOBRE SALUT MENTAL

1. Antecedents familiars o personals de patologia psiquiàtrica: si han aparegut i de quin tipus són.
2. Tractaments amb psicofàrmacs realitzats: benzodiazepines, antidepressius, antipsicòtics.
3. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (112), (113), (114). L'STAI és un inventari dissenyat per avaluar dos conceptes independents de l'ansietat: l'ansietat com a estat (condició emocional transitòria) i l'ansietat com a tret (propensió ansiosa relativament estable). Es tracta d'una escala autoaplicada, que consta d'un total de 40 ítems (20 per a cadascun dels conceptes), amb un marc de referència temporal com "ara mateix, en aquest moment" en el cas de l'estat, i, en el cas del tret, com "en general, en la majoria de les ocasions". Es tracta d'una escala útil per a poblacions normals (112). Està considerada una prova diagnòstica adequada per avaluar l'ansietat en la comunitat clínica internacional (115).

5.7 Recollida de dades i fonts d'informació

Es va confeccionar un llistat de preguntes estructurades per recollir les diferents variables (annex 2) i es van dur a terme els qüestionaris MOS, DUKE-UNC i Apgar familiar, l'escala de reajustament social, l'escala d'estrès migratori (BISS) i l'STAI. El diagnòstic de DM es va realitzar a través del BDI, durant l'entrevista personal feta per personal entrenat.

5.8 Anàlisi de dades

Per mesurar la confiança del tipus de consistència interna de les escales utilitzades, es va calcular per a cadascuna d'elles el coeficient d'alfa de Cronbach, a fi d'avaluar la magnitud en la qual els ítems d'aquests instruments estan correlacionats. Els valors adequats d'aquest coeficient es troben entre 0,70 i 0,90 (116).

En l'anàlisi descriptiva es va calcular la freqüència i els percentatges per a variables discretes, i la mitjana, la desviació típica i el rang de valors per a variables quantitatives. Es calcularen els resultats dels qüestionaris estructurats, segons els algorismes publicats, descrivint els coeficients sumaris, segons que siguin variables discretes o variables numèriques.

Es va estimar el percentatge de simptomatologia depressiva, segons que s'explica anteriorment, calculant el seu interval de confiança en el 95%. Es va fer una anàlisi bivariant per avaluar la possible associació o les diferències del percentatge de depressió entre nivells de variables independents, mitjançant el test de xi-quadrat. Per avaluar diferències o associacions de variables contínues es va utilitzar la prova de t-student o la U de Mann-Whitney, segons si respectava o no la hipòtesi de normalitat. Per a tots els contrastos es va preveure un nivell de significació del 95% ($\alpha = 0,05$). Per determinar l'associació entre variables contínues es va calcular el coeficient de correlació de Pearson. Com que hi va haver categories amb molt poca mostra, per augmentar la potència estadística, es van utilitzar variables *dummy* que són variables qualitatives, també anomenades

indicatives, binàries, categòriques o dicotòmiques. Habitualment, aquestes variables indiquen la presència o absència d'una qualitat o atribut, o d'algun efecte categòric que es pot esperar que en canviï el resultat. Prenen el valor d'1 en una submostra i de 0 en la resta de la mostra. Si el nombre de submostres és superior a dos, es defineix una variable fictícia per a cada una, i es pren com a valor 1 en aquesta submostra i el valor de 0 en la resta de les observacions mostrals. Les variables fictícies poden ser nominals i ordinals (117), (118).

Finalment, es va realitzar una anàlisi discriminant, una tècnica estadística multivariant, que té com a objectius: la identificació de les variables que millor discriminen entre els grups i l'avaluació del poder discriminant de cadascuna, i l'assignació, amb un cert grau de risc, d'un individu, que no forma part de les dades inicials, i del qual es coneix el valor de les variables discriminants, a un dels grups. Els coeficients de la funció discriminant indiquen el pes de cada variable en la funció discriminant, i, una vegada obtinguts aquests coeficients, es podran assignar a cada individu uns valors que permetran assignar-lo a un grup o un altre (119).

“Interpretar” supone que no exista una sola “verdad”

A. Goldberg

6 CONSIDERACIONS ÈTIQUES I CONFIDENCIALITAT DE LES DADES

Es va informar els participants sobre els objectius de l'estudi i sobre les activitats vinculades a la seva participació. Se'ls va entregar informació escrita, segons els models que s'adjunten en els annexos, i se'ls va sol·licitar el consentiment informat.

Aquells pacients als quals es va detectar una patologia no diagnosticada prèviament, se'ls va oferir els mitjans diagnòstics i terapèutics disponibles habitualment, sempre a través del seu metge de referència, que és l'encarregat d'integrar la informació i d'oferir la millora terapèutica i diagnòstica al pacient.

Les dades van ser incorporades, per manejar-les estadísticament, en una base de dades, en la qual no consta cap referència a la identitat dels subjectes.

S'assegurà la confidencialitat i l'anonimat de les dades, segons la Llei 15/1999, de confidencialitat de les dades, tant en la fase d'execució del projecte com en les presentacions o publicacions que se'n deriven. El projecte ha tingut la tutela del CEIC de l'Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, i hi incorpora les seves recomanacions i els seus suggeriments.

Es va sol·licitar, també, l'autorització dels directors de tots els centres d'atenció primària i serveis participants, per poder accedir a les històries clíniques. S'ha respectat la circular de l'Institut Català de la Salut en relació amb l'accés a la informació clínica per a temes d'investigació.

Aquest projecte d'investigació va obtenir l'acceptació del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol i Gorina el 27 de juliol del 2011 (annex 3).

Cultura, natura y sociedad van trenzando el destino de los pueblos.

Adriana Kaplan

7 RESULTATS

7.1 RESULTATS DESCRIPTIUS DE LA MOSTRA. ANÀLISI UNIVARIANT

Hem obtingut una mostra de 112 individus (en les figures se'ns descriuen algunes de les variables). El 53,6% són dones. La mitjana d'edat és de 36,11 anys (DT 8,9). Provenen d'Europa, l'Amèrica llatina i Àfrica. L'estada mitjana al nostre país és de 6,51 anys (DT 3,97). La majoria va fer la migració per motius econòmics, es cataloguen de classe social mitjana, i més de la meitat tenen estudis secundaris o superiors. En el moment de l'estudi, el 58,9% tenia una feina, tot i que el 77,7% té permís de treball. El seu nivell de renda és baix; molt pocs superen el doble del SMI. Gairebé tots tenen parella i el 77,7% té algun familiar present a la localitat; tot i això, presenten contactes freqüents amb la família d'origen (vegeu els resultats de totes les variables en l'annex 4).

Figura 3. Distribució de la mostra en funció del sexe

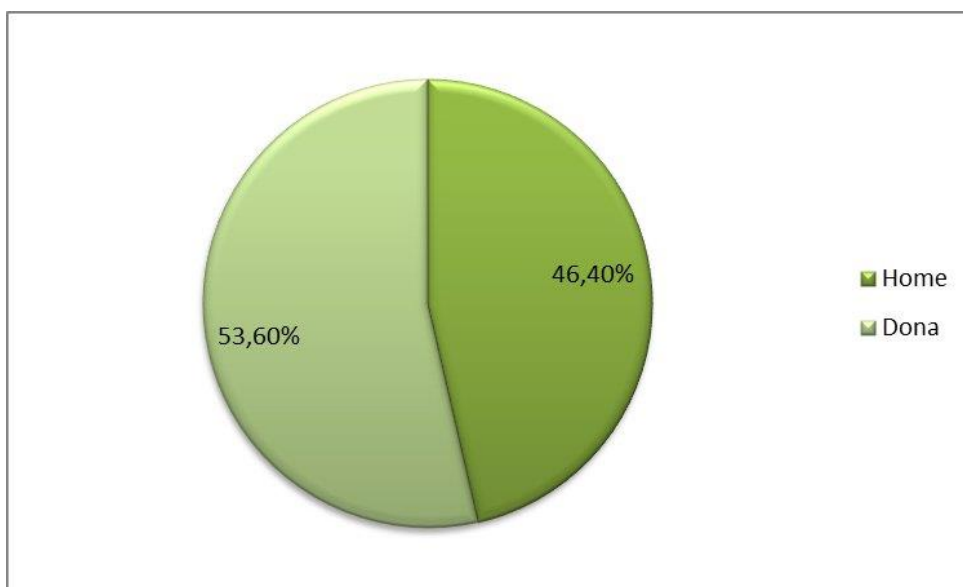


Figura 4. Distribució de la mostra en funció de la zona d'origen

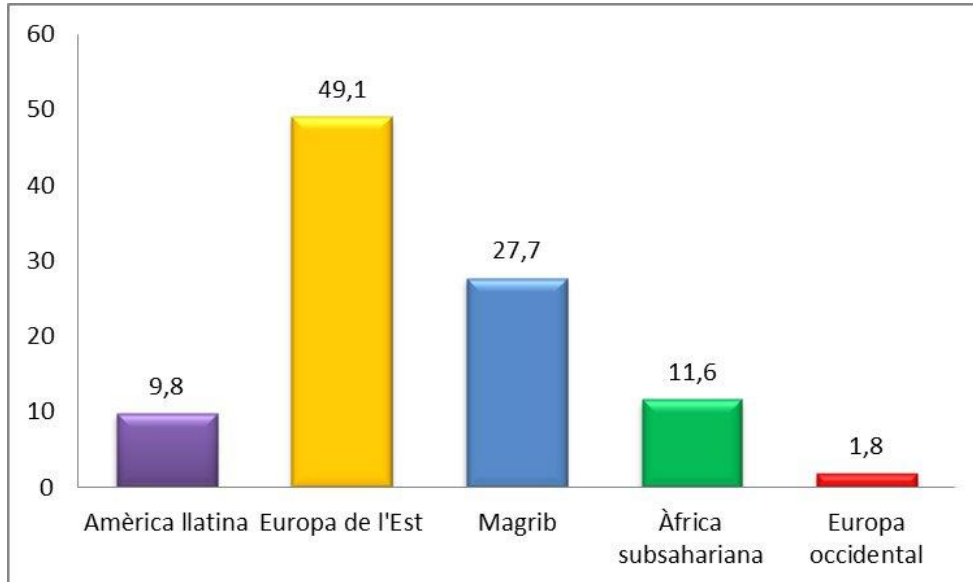


Figura 5. Distribució de la mostra en funció de l'edat

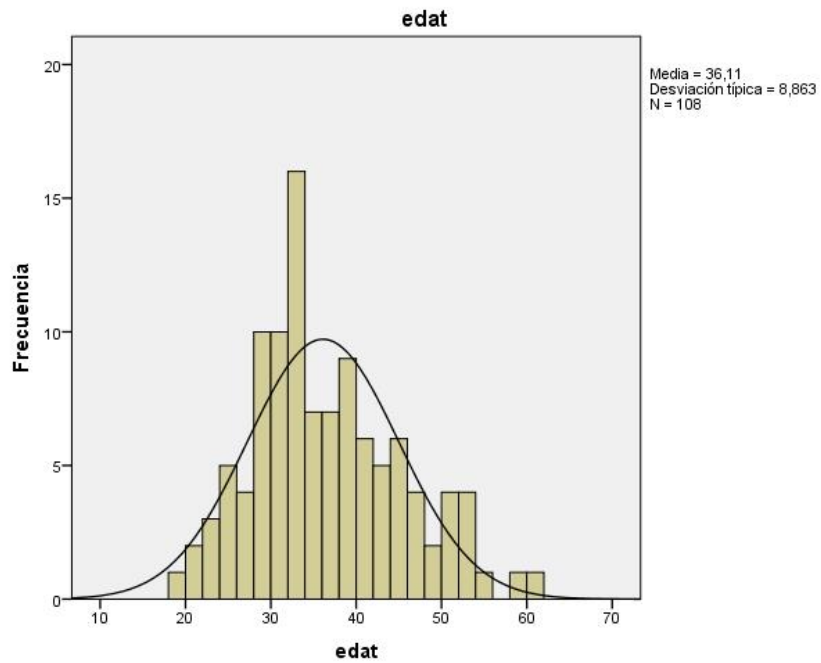


Figura 6. Distribució de la mostra en funció de la situació laboral

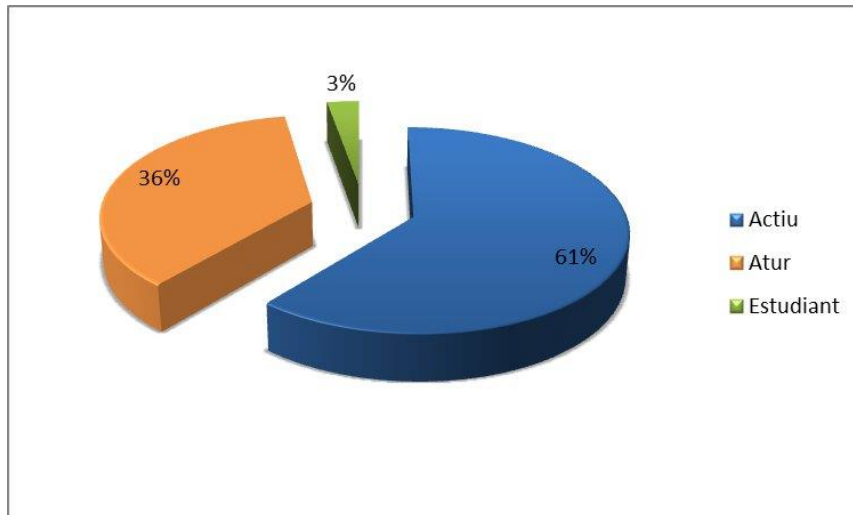
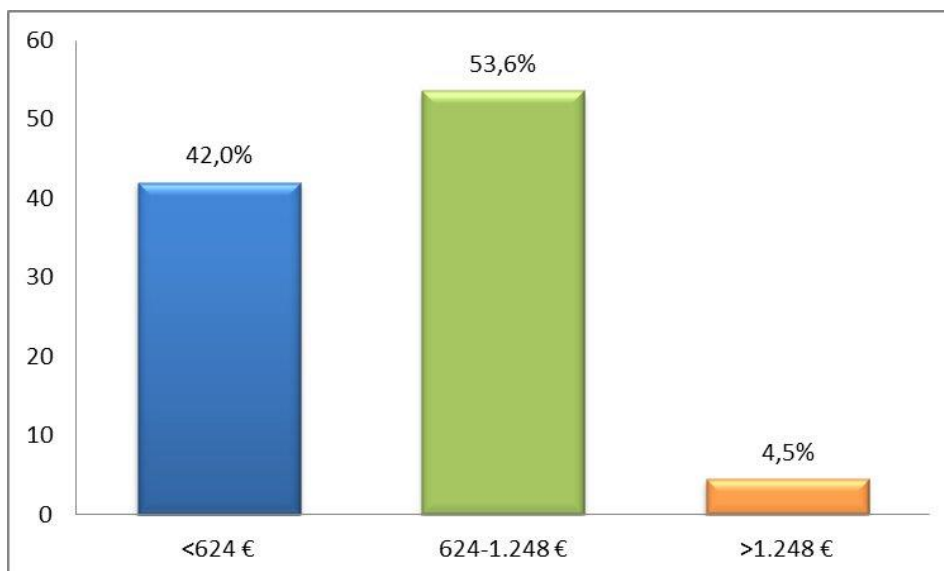


Figura 7. Distribució de la mostra en funció dels ingressos

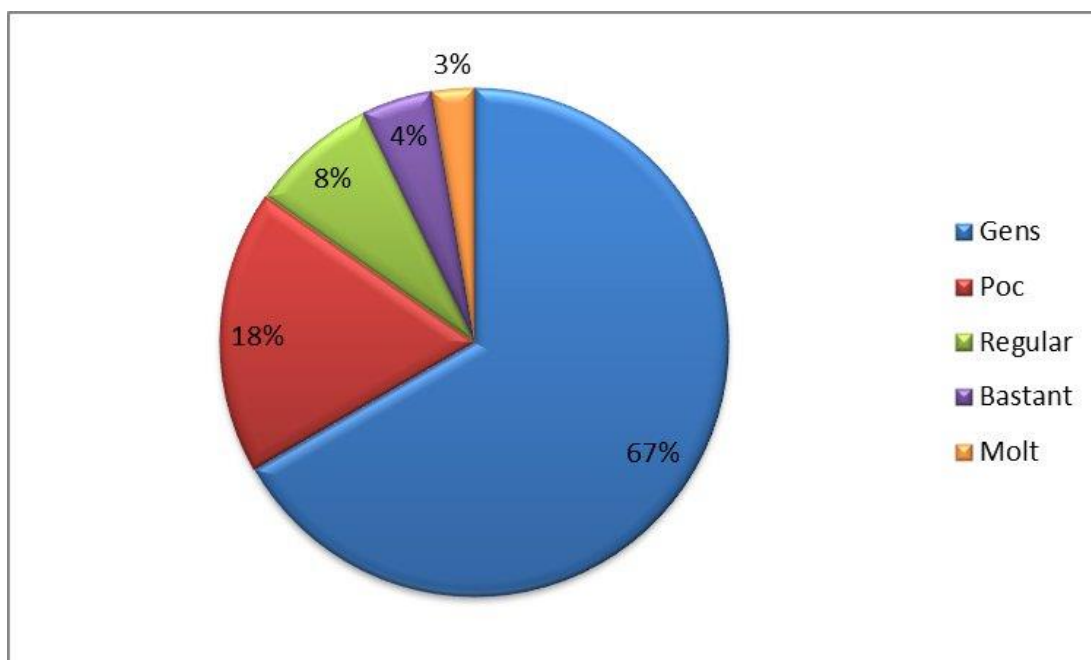


Quant a la comprensió de la llengua del país d'acollida, tenim que el castellà és la llengua més coneguda i parlada per aquest col·lectiu, per sobre del català (vegeu l'annex 4).

En el nostre grup hi va haver un predomini d'individus procedents de l'Àfrica occidental i d'Ucraïna, motiu pel qual les religions predominants eren estar l'islam i l'ortodoxa, amb un seguiment força elevat de les doctrines (vegeu l'annex 4).

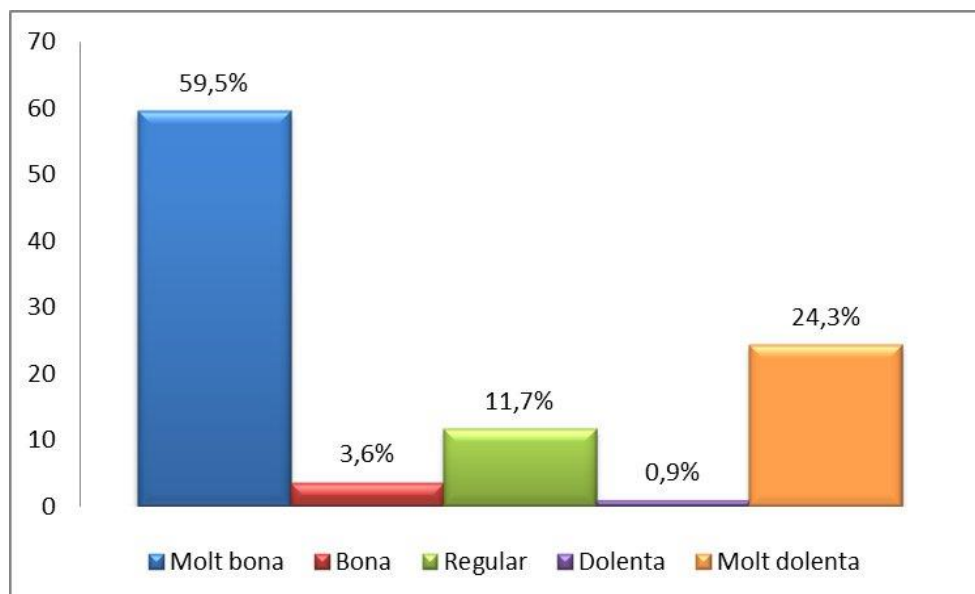
D'altra banda, la major part no s'ha sentit discriminada per motius ètnics, però no compleix les seves expectatives de la migració (figura 8 i annex 4).

Figura 8. Distribució de la mostra en funció del sentiment de discriminació



Pel que fa a les variables recollides sobre salut, tenim que la percepció de salut és, en general, bona (figura 9). Només el 38,7% ha tingut problemes de salut en els sis mesos anteriors a l'entrevista, tot i que no han necessitat de gaires visites al CAP. Pel que fa als hàbits tòxics, observem que no varien respecte al país d'origen, i que es mantenen. (annex 4).

Figura 9. Distribució de la mostra en funció de la percepció de salut



El 3,6% dels entrevistats té antecedents familiars de patologia psiquiàtrica i el 14,4% presenta antecedents personals d'aquestes patologies; d'aquests, aproximadament la meitat, és a dir, el 7,2% del total, ha estat tractada amb psicofàrmacs (taula 6).

Taula 6. Descriptius de les variables sobre antecedents en salut mental

		N	%
Antecedents familiars de patologia psiquiàtrica	No	107	96,4
	Sí	4	3,6
Antecedents personals de patologia psiquiàtrica	Sí	16	14,4
	No	95	85,6
Antecedents de tractament amb psicofàrmacs	No	103	92,8
	Benzodiazepines	2	1,8
	Antidepressius	5	4,5
	Antipsicòtics	1	0,9

Cinc individus de la mostra no van completar correctament alguna de les escales, raó per la qual la *n* en cada una d'elles varia. Les puntuacions en les escales de reajustament social, MOS, DUKE-UNC, Apgar familiar i STAI es presenten a continuació, mitjançant taules.

Taula 7. Descriptius dels resultats obtinguts en les diferents escales (estrès general i aculturatiu, xarxa social i ansietat)

	N	Mitjana	DT
ERS	105	143,76	113,52
BISS	109		
Discriminació percebuda		1,81	0,71
Xoc cultural		1,77	0,70
Estrès psicosocial		2,15	0,82
Nostàlgia		2,28	0,89
STAI	108		
Tret		19,63	9,079
Estat		16,34	9,462
MOS	108		
Amics en global	101	14,01	17,3
Amics que viuen a prop	102	5,6	5,7
		n	%
<i>Global</i>	108		
Màxim		0	0,0
Mitjà		79	73,1
Mínim		29	26,9
<i>Suport emocional</i>	108		
Màxim		22	20,4
Mitjà		59	54,6
Mínim		27	25,0
<i>Ajuda material</i>	108		
Màxim		28	25,9
Mitjà		53	49,1
Mínim		27	25,0
<i>Relacions socials</i>	108		
Màxim		32	29,6
Mitjà		53	49,1
Mínim		23	21,3
<i>Suport afectiu</i>	108		
Màxim		44	40,7
Mitjà		47	43,5
Mínim		17	15,7
ERS	107		
>250 UCV		15	14
150-249 UCV		26	24,3
<150 UCV		66	61,7
DUKE	108		
Suport social baix		28	25,9
Suport normal		80	74,1
Apgar	107		
Disfunció familiar greu		2	1,9
Disfunció familiar lleu		26	24,3
Família normofuncionant		79	73,8

N: nombre d'individus que van completar el test; DT: desviació típica; n: nombre d'individus classificats en cada subescala; %: percentatge que representa n sobre el total, **ERS**: escala de reajustament social; **BISS**: Barcelona Immigration Stress Scale; **STAI**: State-Trait Anxiety Inventory; **MOS**: qüestionari MOS de suport social; **DUKE**: qüestionari de suport social funcional DUKE-UNC; **Apgar**: qüestionari Apgar familiar.

7.2 ANÀLISI DESCRIPTIVA DE FIABILITAT DE LES ESCALES

Abans de continuar amb els resultats de les anàlisis bivariants i multivariants, realitzarem una anàlisi de fiabilitat de les escales emprades per assegurar-nos de la consistència dels resultats obtinguts en elles. Com hem comentat anteriorment, aquest càlcul el farem a través de l'alfa de Cronbach, que és un coeficient que permet quantificar el nivell de fiabilitat d'una escala de mesura per a la magnitud inobservable a partir d'una mitjana ponderada de les correlacions entre els ítems que formen part de l'escala; com més s'aproximi al seu valor màxim, és a dir, a 1, major és la fiabilitat de l'escala (120). També realitzem una anàlisi descriptiva de la nostra variable dependent i una anàlisi de les escales en funció de l'origen geogràfic dels individus de la mostra.

7.2.1 INVENTARI DE DEPRESSIÓ DE BECK (BDI)

Aquest estudi té com a variable dependent i com a objectiu principal estimar la prevalença de la depressió en el col·lectiu de nouvinguts, la qual cosa s'ha mesurat mitjançant el test de Beck o BDI, que mesura el risc de depressió. En descriurem els resultats obtinguts, analitzem la fiabilitat del test i els detallarem per l'origen dels immigrants.

Hem obtingut una mostra de 107 individus, 29 dels quals han presentat puntuacions positives pel BDI. En la següent taula es presenten els estadístics descriptius del test. La puntuació mitjana obtinguda amb el BDI ha estat de 9,11 [IC 95% $\pm 1,59$].

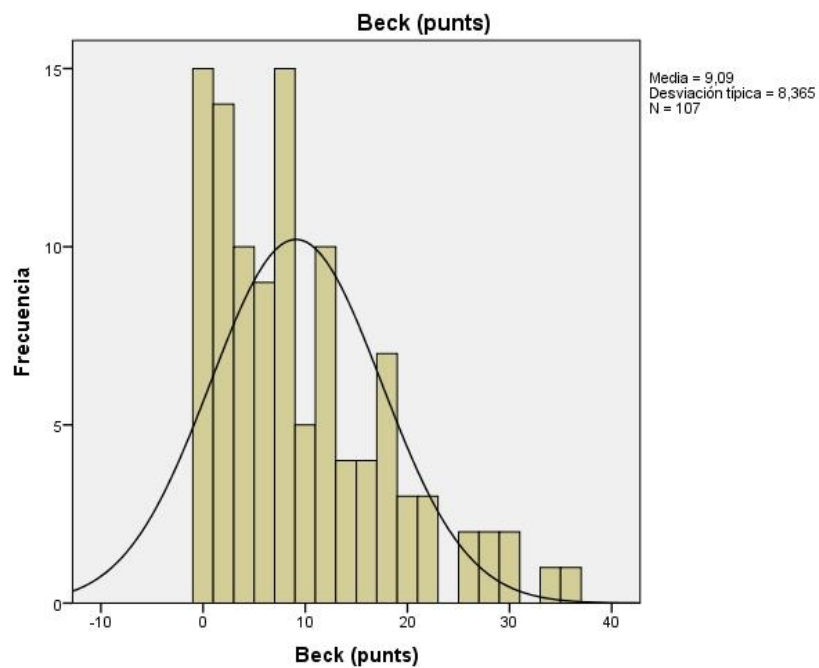
Taula 8. Estadístics descriptius del BDI

Descriptiv os

		Estadístico	Error típ.
suma	Media	9,11	,801
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	7,52 10,70
	Media recortada al 5%	8,42	
	Mediana	7,00	
	Varianza	69,352	
	Desv. típ.	8,328	
	Mínimo	0	
	Máximo	35	
	Rango	35	
	Amplitud intercuartil	12	
	Asimetría	1,053	,233
	Curtosis	,698	,461

A continuació presentem l'histograma que reflecteix el comportament de la variable en el nostre estudi. Com podem comprovar, existeix una desviació cap a puntuacions baixes, la qual cosa mostra que una majoria dels enquestats no presenta símptomes depressius analitzats amb el BDI.

Figura 10. Distribució de la puntuació obtinguda en el BDI



La fiabilitat del BDI es descriu en el quadre següent:

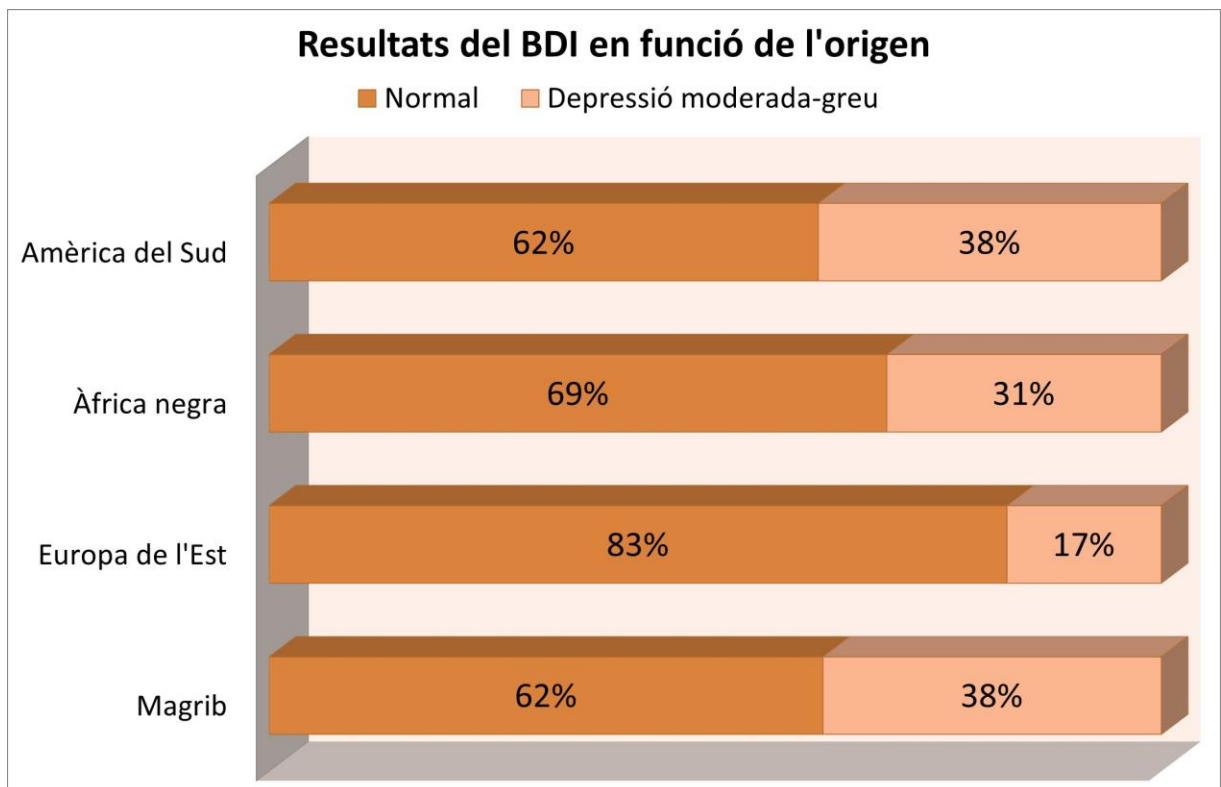
Taula 9. Fiabilitat del BDI

BECK	Alfa de Cronbach
Puntuació global (21 ítems)	0,868
Ítems afectius (13 ítems)	0,835
Ítems somàtics (8 ítems)	0,651

Volem estudiar si els resultats obtinguts són equiparables entre els diferents orígens. Per això realitzem la prova de xi-quadrat que ens mostra que les diferències no són estadísticament significatives ($\chi^2 = 5,184$; $p = 0,159$).

D'una banda, si analitzem les dades del BDI en funció de l'origen dels immigrants obtenim els resultats que apareixen en la figura següent:

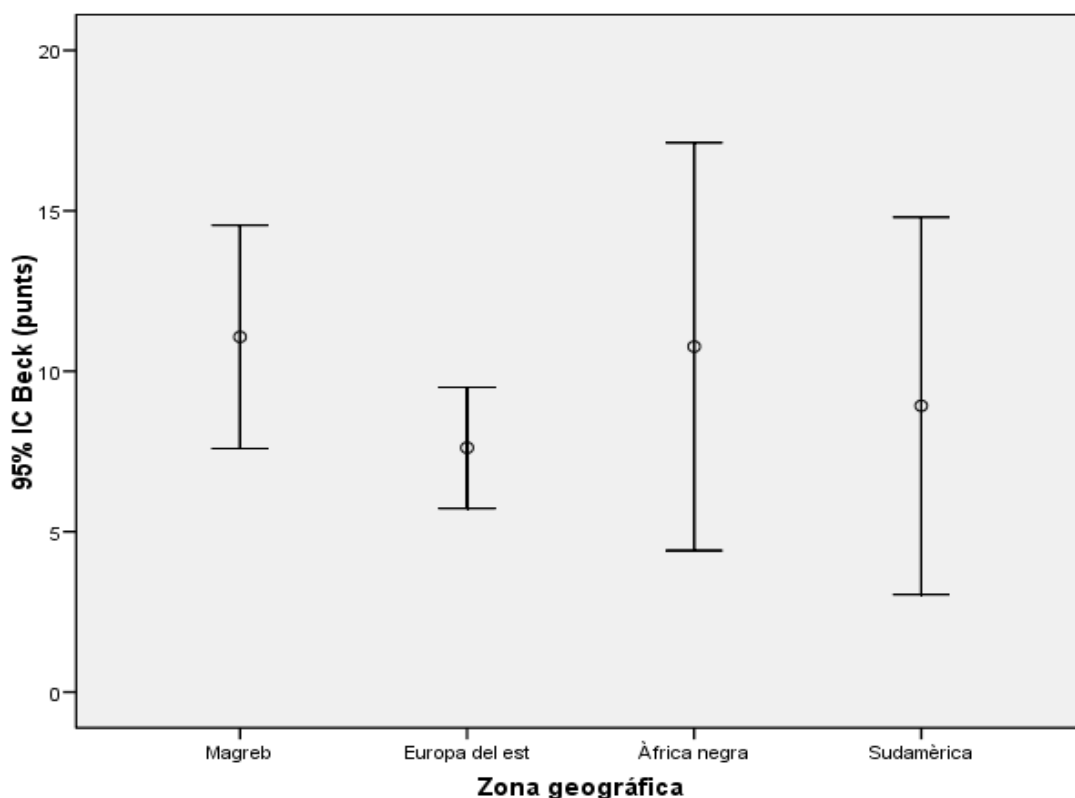
Figura 11. Resultats del BDI en funció de la zona d'origen



Tot i que no hi ha diferències significatives entre els grups, quan utilitzem la variable BDI amb punts de talls (depressió lleu, moderada i greu), sí que podem observar que la zona d'origen que més positius aporta al test és la població sud-americana, amb el 38,46%; la població amb menys va ser la de l'Europa de l'Est, amb el 17,31%. A més, en fer les comparacions *post hoc* dos a dos vam veure que hi havia diferències estadísticament significatives quan comparàvem l'Europa de l'Est amb el Magrib (4,258, $p < 0,039$). Les diferències amb l'Àfrica negra i Amèrica del Sud no van ser significatives, probablement per la falta de mostra.

D'altra banda, si estudiem la variable BDI com una escala numèrica contínua, tampoc no existien diferències significatives, ni en total ($F = 1,265$, $p = 0,290$), ni quan realitzem les comparacions *post hoc* dos a dos (annex 4).

Figura 12. Distribució dels intervals de confiança del BDI en funció de la zona d'origen



7.2.2 FIABILITAT DE LA RESTA D'ESCALES ADMINISTRADES.

L'alfa de Cronbach per a tots els tests i les escales utilitzats en l'estudi ha estat alta, per la qual cosa podem dir que la confiança dels resultats és bona.

Taula 10. Fiabilitat de les diferents escales utilitzades com a variables independents

Escala	Alfa de Cronbach
<i>BISS</i>	
<u>Global</u>	0,953
Xoc cultural	0,851
Estrès psicosocial	0,825
Nostàlgia	0,777
Discriminació percebuda	0,919
<i>MOS</i>	
<u>Global</u>	0,962
Emocional	0,937
Instrumental	0,866
Social	0,876
Afectiu	0,788
<i>DUKE</i>	
<u>Global</u>	0,916
Afectiu	0,803
Confidencial	0,877
<i>Apgar familiar</i>	0,622
<i>STAI</i>	
Estat	0,870
Tret	0,853

Hem calculat les ANOVA per a cadascun dels tests en funció dels quatre grups d'origen.

Taula 11. ANOVA per a cadascun dels tests administrats en funció de la zona d'origen dels enquestats

	Magrib		Europa de l'Est		Àfrica negra		Amèrica del Sud		Total		F	p-valor
	Mitjana	DT	Mitjana	DT	Mitjana	DT	Mitjana	DT	Mitjana	DT		
ERS	N = 28		N = 52		N = 12		N = 13		N = 105			
	143,29	109,34	134,50	123,70	173,08	107,52	154,77	88,26	143,76	113,52	0,416	0,742
BISS	N = 29		N = 53		N = 13		N = 13		N = 108			
<u>Global</u>	8,29	7,20	9,56	8,87	9,15	9,92	6,75	5,29	8,83	8,18	0,432	0,731
Xoc cultural	2,07	0,78	1,51	0,48	2,17	0,77	1,71	0,82	1,77	0,70	6,478	<0,0001
Estrès psicosocial	2,37	0,80	1,95	0,84	2,57	0,57	1,98	0,85	2,14	0,83	3,182	0,027
Nostàlgia	2,45	0,88	2,03	0,76	2,80	0,92	2,23	1,05	2,26	0,88	3,506	0,018
Discriminació	2,17	0,75	1,50	0,49	2,25	0,67	1,70	0,84	1,79	0,71	9,363	<0,0001
MOS	N = 29		N = 53		N = 13		N = 13		N = 108			
<u>Global</u>	59,03	20,77	71,30	16,59	72,46	22,12	74,69	17,32	68,56	19,23	3,592	0,016
Emocional	26,17	10,28	30,75	8,41	32,77	10,25	33,23	7,21	30,06	9,27	2,809	0,043
Instrumental	13,34	5,11	11,42	4,54	16,38	5,03	16,23	4,32	15,07	4,80	1,974	0,122
Social	13,21	5,29	15,96	3,73	16,54	4,99	16,38	4,39	15,34	4,56	3,157	0,028
Afectiu	9,79	4,14	12,83	2,48	11,69	4,29	12,92	3,04	11,89	3,51	5,781	0,001
DUKE	N = 29		N = 53		N = 13		N = 13		N = 108			
<u>Global</u>	34,93	11,63	41,06	11,01	37,92	14,89	41,08	10,98	39,04	11,83	1,892	0,135
Afectiu	17,78	5,53	16,96	5,62	19,92	6,42	17,08	3,71	17,57	5,51	1,043	0,377
Confidencial	22,50	7,20	20,32	7,13	23,61	6,92	21,54	5,62	21,48	6,96	1,058	0,371
Apgar	N = 29		N = 52		N = 13		N = 13		N = 107			
	2,55	0,51	2,81	0,44	2,77	0,60	2,69	0,48	2,72	0,49	1,844	0,144
STAI	N = 29		N = 53		N = 13		N = 13		N = 108			
Tret	18,90	6,21	20,68	9,61	17,69	7,25	18,92	13,47	19,63	9,08	0,516	0,672
Estat	16,55	9,17	16,87	9,70	17,15	6,67	12,92	11,62	16,34	9,46	0,651	0,584

*Els estadístics significatius s'expliquen per la diferència de Magrib amb l'Europa de l'Est (Tukey, $p < 0,05$)

N: nombre d'individus que van completar el test; DT: desviació típica; F: estadístic corresponent a la prova estadística; p-valor: significança estadística; ERS: escala de reajustament social; BISS: Barcelona Immigration Stress Scale; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; MOS: qüestionari MOS de suport social; DUKE: qüestionari de suport social funcional DUKE-UNC; Apgar: qüestionari Apgar familiar.

Observem que els immigrants d'origen magrebí tenen una valoració inferior en la puntuació global de l'escala MOS. Si ho analitzem per les subescales, veiem que les diferències vénen donades pel dèficit de suport emocional/informacional i afectiu. Pel que fa a l'escala BISS, tenim que la puntuació global no resulta significativa, però que, quan analitzem les subescales, els estadístics són menors de 0,05.

Fent les comparacions intergrupals amb la prova estadística de *post hoc* obtenim que les diferències grupals vénen donades entre els magrebins i els de l'Europa de l'Est; amb la resta de grups no hi ha significació, probablement perquè les mostres són petites (annex 4).

Pel que fa a la resta dels tests, no apareixen diferències significatives estadísticament.

Com que no s'obtenen diferències rellevants segons la nacionalitat, podem considerar tots els individus de manera conjunta per a la seva anàlisi.

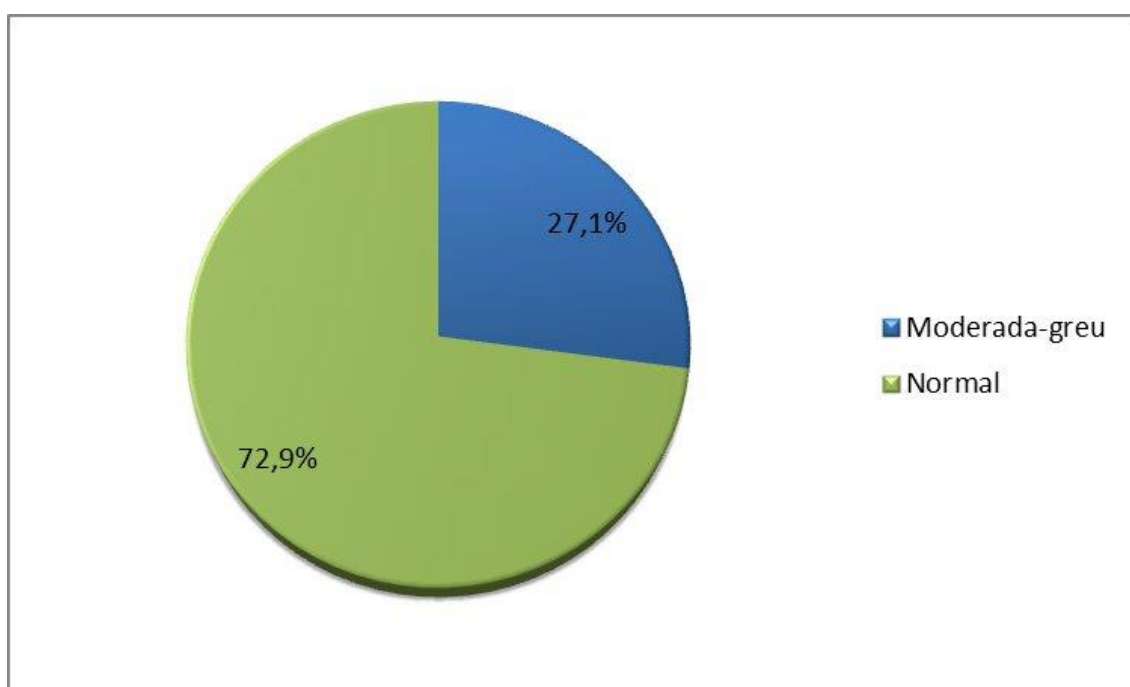
També hem observat que els resultats obtinguts utilitzant les dades del BDI de manera numèrica i els obtinguts quan ho fem de manera dicotòmica són pràcticament equivalents, per la qual cosa hem pres la decisió d'utilitzar aquesta darrera opció per fer les anàlisis bivariants i multivariants, a fi que resulti més aclaridor per al lector.

El punt de tall utilitzat ha estat de 25,4 punts, segons els punts de tall publicats en l'adaptació espanyola del BDI feta per Conde, partint dels publicats per Beck el 1961. Per tant, dicotomitzen els individus de la mostra entre puntuacions menors, que corresponen a la normalitat, i puntuacions majors, que corresponen a depressió moderada o greu (96).

7.3 RESULTATS DE L'ASSOCIACIÓ ENTRE BDI I VARIABLES INDEPENDENTS. ANÀLISI BIVARIANT

En la nostra mostra, 29 individus puntuen com a depressió moderada o greu, la qual cosa representa el 27,1%. Les característiques sociodemogràfiques i econòmiques es descriuen en les taules. Tot i que es poden observar certes tendències d'alguns d'aquests ítems explorats, només s'han trobat diferències estadístiques per a la situació laboral, el nivell de renda i la percepció de discriminació, amb valors de $p < 0,05$ (taula 12).

Figura 13. Distribució categoritzada de la puntuació del BDI



Pel que fa a les variables de salut, s'observa que, tot i obtenir puntuacions que sobrepassen el punt de tall en el Beck, una àmplia majoria autoperceben positivament la seva salut. Tanmateix, una mica més de la meitat afirma que ha tingut algun problema de salut en els sis mesos anteriors a l'entrevista, i que ha necessitat visitar el CAP. El 10% presentava antecedents familiars de malaltia mental i el 4,4% ha pres amb

anterioritat algun tipus de psicofàrmac. L'única dada estadísticament significativa, amb una p de 0,004, ha estat la de tenir antecedents personals de malaltia psiquiàtrica, cosa que presentava el 35% (annexos i taula 12).

Davant el fet que, en el moment de fer l'anàlisi bivariant, hi havia alguns grups amb molt poca mostra, es va decidir realitzar agrupacions de les variables (variables *dummy*), a fi de millorar-ne els resultats estadístics. Els resultats es presenten en la taula que segueix.

S'ha pogut observar que el motiu familiar per realitzar una migració és estadísticament positiu i, per tant, que està relacionat amb un BDI positiu.

Taula 12. Resultats de l'anàlisi bivariant de les variables sociodemogràfiques, econòmiques i de salut

	BDI normal (n = 78)		BDI moderat- greu (n = 29)		Total (n = 107)		Estadístic	p-valor
	M	DT	M	DT	M	DT		
<i>Edat</i>	36,49	8,035	35,28	10,980	36,11	8,863	5,372	0,590
<i>Any de la migració</i>	2002	4,402	2003	3,528	2002	4,347	0,259	0,612
<i>Temps de residència a Espanya</i>	6,81	4,161	5,75	3,406	6,51	3,970	0,194	0,232
<i>Visites al CAP els últims 6 mesos</i>	1,98	1,59	2,15	1,42	2,03	1,54	1,184	0,280
	N	%	N	%	N	%		
<i>Sexe</i>								
Home	39	50	11	37,9	50	46,7		0,285
Dona	39	50	18	62,1	57	53,3		
<i>Zona d'origen*</i>								
<i>Motiu de la migració</i>								
Familiars	8	10,3	8	27,6	16	15	4,992	0,025
Reagrupament	16	20,5	6	20,7	22	20,6		0,232
Familiar	8	10,3	8	27,6	16	15,0		
Econòmics	48	61,5	14	48,3	62	57,9		
Conflictes armats	1	1,3	0	0,0	1	0,9		
D'altres	5	6,4	1	3,4	6	5,6		
<i>Mobilitat dins del país</i>								
Arribada directa	47	60,3	17	58,6	64	59,8		0,878
Estada en altres ciutats	31	39,7	12	41,4	43	40,2		
<i>Nivell d'estudis</i>								
Secundaris o >	54	62,2	19	65,5	73	68,2	0,134	0,714
Sense estudis	3	3,8	0	0,0	3	2,8		0,468
Primaris	21	26,9	10	34,5	31	29,0		

Secundaris	43	55,1	13	44,8	56	52,3		
Superiors	11	14,1	6	20,7	17	15,9		
<i>Classe social per l'ocupació en origen</i>								
Baixa (< IB)	40	65,6	14	63,6	54	65,1	0,027	0,870
No s'especifica	10	12,82	8	27,58	18	16,82		0,365
I	5	6,41	2	6,89	7	8,97		
II	0	0,0	1	3,45	1	0,93		
III	4	5,13	1	3,45	5	4,67		
IV	38	48,72	11	37,93	49	45,79		
IVA	10	12,82	4	13,79	14	13,08		
IVB	28	35,90	7	24,14	35	32,71		
V	21	26,92	6	20,69	27	25,23		
<i>Classe social sentida en origen</i>								
Altes (> mitjana)	62	79,5	29	82,8	86	80,4	0,143	0,705
Baixa	6	7,7	1	3,4	7	6,5		0,404
Mitjana-baixa	10	12,8	4	13,8	14	13,1		
Mitjana	53	67,9	20	69,0	73	68,2		
Mitjana-alta	9	11,5	3	10,3	12	11,2		
Alta	0	0,0	1	3,4	1	0,9		
<i>Situació laboral</i>								
Sense activitat	22	28,9	15	55,6	37	35,9	6,128	0,013
Atur	22	28,9	15	55,6	37	35,9		0,032
Actiu	52	68,4	11	40,7	63	61,2		
Estudis	2	2,6	1	3,7	3	2,9		
<i>Horari laboral</i>								
Torns disfuncionals	35	44,9	15	60,0	50	48,5	1,735	0,188
Matí	35	44,9	9	36,0	44	42,7		0,416
Tarda	8	10,3	1	4,0	9	8,7		
Nit	13	16,7	3	12,0	16	15,5		
Rotatiu	5	6,4	2	8,0	7	6,8		
D'altres	17	21,8	10	40,0	27	26,2		
<i>Classe social per l'ocupació en destí</i>								
Baixes (< IB)	59	86,8	17	81,0	76	85,4	0,435	0,510
No s'especifica	17	21,79	7	24,14	24	22,43		0,596
I	3	3,85	3	10,34	6	5,61		
II	4	5,13	1	3,45	5	4,67		
III	14	17,95	4	13,79	18	16,82		
IIIA	9	11,54	3	10,34	12	11,21		
IIIB	2	2,56	1	3,45	3	2,80		
IIIC	3	3,85	0	0,0	3	2,80		
IB	31	39,74	11	37,93	42	40,19		
IVA	13	16,67	8	27,59	21	19,63		
IVB	18	23,08	3	3,45	21	19,63		
V	8	10,26	3	3,45	11	10,28		

VI	1	1,28	0	0,0	1	0,93		
<i>Classe social sentida en destí</i>								
Altes (> mitjana)	61	78,2	19	65,5	80	74,8	1,804	0,179
Baixa	14	17,9	6	20,7	20	18,7		0,426
Mitjana-baixa	3	3,8	4	13,8	7	6,5		
Mitjana	56	71,8	17	58,6	73	68,2		
Mitjana-alta	5	6,4	2	6,9	7	6,5		
<i>Situació jurídica</i>								
Il·legalitat	7	9,0	4	13,8	11	10,3	0,532	0,466
Permís de residència	54	69,2	15	51,7	69	64,5	2,829	0,093
Permís de treball	63	80,8	20	69,0	83	77,6	1,693	0,193
Nacionalitat	5	6,4	3	10,3	8	7,5	0,473	0,492
<i>Nivell de renda</i>								
< SMI	26	33,3	18	62,1	44	41,1	7,210	0,007
< 624 €	26	33,3	18	62,1	44	41,1		0,010
624 € - 1.248 €	47	60,3	11	37,9	58	54,2		
> 1.248 €	5	6,4	0	0,0	5	4,7		
<i>Estat civil</i>								
Amb parella	66	86,8	21	77,8	87	84,5	1,248	0,264
Amb parella estable	8	10,5	2	7,4	10	9,7		0,452
Casat/ada	58	76,3	19	70,4	77	74,8		
Separat/ada o divorciat/ada	3	3,9	2	7,4	5	4,9		
Solter/a	7	9,2	3	11,1	10	9,7		
Vidu/vídua	0	0,0	1	3,7	1	1,0		
<i>Religió</i>								
Islam	26	33,8	13	44,8	39	36,8	1,108	0,292
Ortodoxa	30	39,0	6	20,7	36	34,0		0,260
Catòlica	14	18,2	5	17,2	19	17,9		
Musulmana	26	33,8	13	44,8	39	36,8		
D'altres	7	9,1	5	17,2	12	11,3		
<i>Grau de seguiment de la doctrina</i>								
Bon seguiment	50	64,1	18	62,1	68	63,6	0,038	0,846
Cap seguiment	13	16,7	5	17,2	18	16,8		0,602
Poc seguiment	15	19,2	6	20,7	21	19,6		
Seguiment moderat	34	43,6	9	31,0	43	40,2		
Seguiment total	16	20,5	9	31,0	25	23,4		
<i>Tipus d'habitatge</i>								
Propietat	21	28,4	4	15,4	25	25,0	1,733	0,188
Compartit	3	3,85	3	10,34	6	5,61		0,294
Institucional	1	1,28	0	0,0	1	0,93		
Lloguer	53	67,95	22	75,86	75	70,09		
Propi	21	26,92	4	13,79	25	23,36		

<i>Presència de familiars</i>	62	79,5	20	69,0	82	76,6		0,306
<i>Freqüència de contacte</i>								
Esporàdic (≤mes)	7	9,0	5	17,2	12	11,2	1,451	0,228
+ d'un cop a la setmana	26	33,3	11	37,9	37	34,6	6,223	0,183
Setmanalment	30	38,5	9	31,0	39	36,4		
+ d'un cop al mes	15	19,2	4	13,8	19	17,8		
Mensualment	7	9,0	3	10,3	10	9,3		
- d'un cop mes	0	0,0	2	6,9	2	1,9		
<i>Compressió castellà ∞</i>	64	84,2	22	75,9	86	81,9	0,987	0,320
<i>Compressió català ∞</i>	34	45,3	12	41,4	46	44,2	0,133	0,716
<i>Expectatives complides</i>								
Algun compliment	40	51,3	17	60,7	57	53,8	0,737	0,390
Gens	26	33,3	10	35,7	36	34,0		0,189
Poc	12	15,4	1	3,6	13	12,3		
Regular	20	25,6	12	42,9	32	30,2		
Bastant	10	12,8	4	14,3	14	13,2		
Molt	10	12,8	1	3,6	11	10,4		
<i>Percepció de discriminació</i>								
Alguna percepció	7	9,0	9	31,0	16	15,0	8,090	0,004
Gens	59	75,6	13	44,8	72	67,3		0,008
Poca	12	15,4	7	24,1	19	17,8		
Regular	5	6,4	3	10,3	8	7,5		
Bastant	1	1,3	4	13,8	5	4,7		
Molta	1	1,3	2	6,9	3	2,8		
<i>Salut</i>								
>Bona	48	71,6	15	75,0	63	72,4	0,087	0,768
Molt bona	8	11,9	3	15	11	12,6	1,354	0,852
Bona	40	59,7	12	60,0	52	59,8		
Regular	15	22,4	5	25,0	20	23,0		
Dolenta	3	4,5	0	0,0	3	3,4		
Molt dolenta	1	1,5	0	0,0	1	1,1		
<i>Problemes de salut</i>	25	37,3	11	55,0	36	41,4	1,986	0,159
<i>Consum de tabac</i>								
Abans de la migració	27	40,3	5	25,0	32	36,8	1,550	0,213
Després de la migració	20	29,9	6	30,0	26	29,9	0,000	0,990
<i>Consum d'alcohol</i>								
Abans de la migració	12	17,9	2	10,0	14	16,1	0,714	0,398
Després de la	12	17,9	2	10,0	14	16,1	0,714	0,398

migració								
<i>Antecedents personals de patologia psiquiàtrica</i>	5	7,5	7	35,0	12	13,8	9,823	0,002
<i>Antecedents familiars de patologia psiquiàtrica</i>	1	1,5	2	10,0	3	3,4	3,348	0,067
<i>Tractaments amb psicofàrmacs</i>	2	3,0	3	15,0	5	5,7	4,105	0,043

* Aquesta variable ha estat descrita amb detall anteriorment.

∞ S'ha agrupat la variable en un grau de compressió acceptable de cadascuna de les dues llengües; no s'ha considerat descriure-la per a tots els ítems (compressió escrita i oral i expressió escrita i oral), ja que cap valor no és estadísticament significatiu.

M: mitjana; **DT:** desviació típica; **N:** nombre d'individus en cada categoria; **%:** percentatge corresponent a N.

La relació entre tenir un resultat de BDI que indica depressió i tenir qualsevol altre test positiu (ERS, MOS, DUKE, Apgar o STAI) ha resultat estadísticament positiva en tots els casos (vegeu taula 13).

Quan analitzen individualment cadascun dels ítems de l'escala de reajustament social, obtenim que l'acomiadament del treball i qualsevol canvi de vida experimentat (en les condicions de vida, en els hàbits personals, d'activitats socials, en l'hàbit de dormir i en el nombre de reunions familiars) són els que han obtingut significança estadística.

Pel que fa al test de MOS, cadascun dels seus ítems individualment, totes les seves dimensions i globalment obtenen valors de p significatius.

El test de DUKE-UNC es comporta d'una manera similar; tot i que dos dels ítems individuals no arriben a ser significatius, la resta de les qüestions i les puntuacions totals obtenen diferències significatives.

Pel que fa al test d'Apgar familiar, obtenim que les puntuacions totals presenten un valor de $p < 0,05$ i que també són significatives cadascuna de les qüestions individuals plantejades en el test.

En el cas del test de STAI, diferenciem entre estat i tret. La major part dels ítems tenen diferències estadístiques, així com les puntuacions globals.

Taula 13. Resultats de l'anàlisi bivariant dels tests administrats

	Normal (N = 78)		Moderada-greu (N = 29)		Estadístic Z	p-valor
	N	%	N	%		
MOS						
<i>Emocional</i>					-3,744	<0,0001
Màxim	21	26,6	1	3,4		
Mitjà	45	57,0	14	48,3		
Mínim	13	16,5	14	48,3		
<i>Material</i>					-4,167	<0,0001
Màxim	25	31,6	3	10,3		
Mitjà	42	53,2	11	37,9		
Mínim	12	15,2	15	51,7		
<i>Social</i>					-3,743	<0,0001
Màxim	30	38,0	2	6,9		
Mitjà	38	48,1	15	51,7		
Mínim	11	13,9	12	41,4		
<i>Afectiu</i>					-3,880	<0,0001
Màxim	39	49,4	5	17,2		
Mitjà	32	40,5	15	51,7		
Mínim	8	10,1	9	31,0		
GLOBAL					-4,013	<0,0001
Mitjà	66	83,5	13	44,8		
Mínim	13	16,5	16	55,2		
DUKE					-3,058	0,002
Suport social baix	14	17,7	14	48,3		
Suport social normal	64	82,3	15	51,7		
Apgar					-4,148	<0,0001
Disfunció familiar greu	0	0,0	2	6,9		
Disfunció familiar lleu	13	16,7	13	44,8		
Família normofuncional	65	83,3	14	48,3		
	Mitjana	DT	Mitjana	DT	F	p-valor
ERS	125,77	83,66	187,86	162,20	8,369	0,005
MOS						
Amics globals	14,39	18,7	12,96	12,6	0,484	0,662
Amics que viuen a prop	5,77	5,7	5,18	5,4	0,014	0,627
BISS						
<i>Global</i>	7,254	2,42	9,94	2,60	0,010	<0,0001
Xoc cultural	1,59	0,58	2,26	0,77	5,837	<0,0001
Estrès psicosocial	1,92	0,78	2,75	0,65	2,189	<0,0001
Nostàlgia	2,10	0,84	2,69	0,86	0,043	0,003
Discriminació	1,65	0,63	2,21	0,75	0,389	0,001
STAI						
Estat	13,63	8,88	23,07	6,93	3,057	<0,0001
Tret	16,65	7,74	27,28	7,82	0,039	<0,0001

N: nombre d'individus que van completar el test; %: percentatge corresponent a N; DT: desviació típica; Z i F: estadístic corresponent a la prova estadística; p-valor: significança estadística; ERS: escala de reajustament social; BISS: Barcelona Immigration Stress Scale; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; MOS: qüestionari MOS de suport social; DUKE: qüestionari de suport social funcional DUKE-UNC; Apgar: qüestionari Apgar familiar.

7.4 ANÀLISI MULTIVARIANT

Arribats en aquest punt, hauríem de fer una regressió logística, però com que tenim una gran quantitat de variables, existeix molta col·linealitat, és a dir, una correlació entre les diferents covariables que predeien depressió. Per aquesta raó hem utilitzat una anàlisi discriminant, ja que aquesta tècnica permet una factorització de les covariables del model a través de coeficients canònics estandarditzats de la funció discriminant.

7.4.1 ANÀLISI DISCRIMINANT.

Els coeficients canònics de discriminació tenen valors entre 0 i 1. 1 és el màxim pes possible i 0, el mínim pes.

Taula 14. Classificació dels resultats de l'anàlisi discriminant

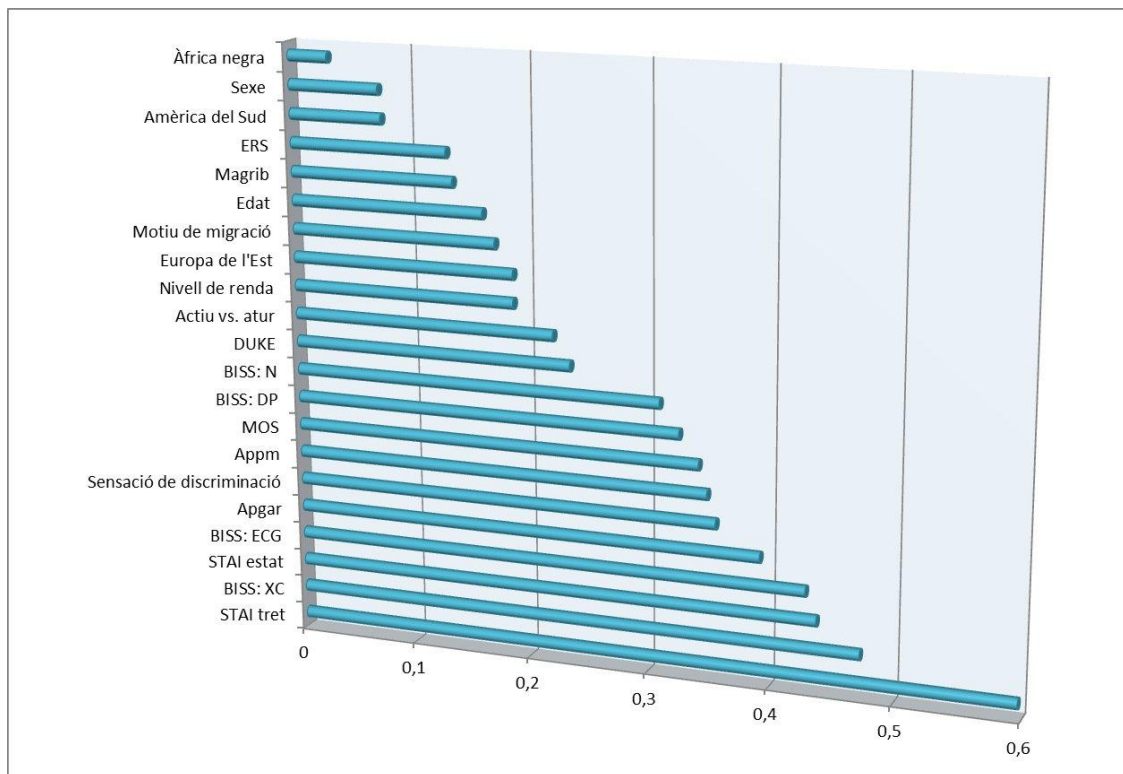
Original	Pronosticat			
	Normal		Moderada-greu	
	N	%	N	%
Normal	69	88,5	9	11,5
Moderada-greu	5	17,2	24	82,8

* Classificats correctament el 86,9% dels casos agrupats originalment.

Existeixen algunes variables que tenen un efecte invers i, per tant, protector de tenir un BDI positiu. En el nostre model són la puntuació de l'Apgar, el MOS i el DUKE, ja que a major puntuació en aquest test, menor probabilitat de puntuar positivament en el BDI. Entre els factors socioeconòmics, s'obtenen pitjors resultats, i en aquest ordre, en el BDI, en funció del nivell de renda (a majors ingressos més protecció), els motius familiars per a la migració (sembla ser un agreujant), l'edat, i pertànyer a un país de l'Àfrica negra, de l'Amèrica del Sud o del Magrib.

A continuació es mostra el model, en una figura, i en l'annex 4 es pot trobar una taula amb els valors.

Figura 14. Distribució de les variables independents per ordre d'importància, segons l'anàlisi discriminant



ERS: estrès de reajustament social; **DUKE:** qüestionari de suport social funcional DUKE-UNC; **BISS:N** = nostàlgia; **BISS:DP** = discriminació percebuda; **MOS:** qüestionari MOS de suport social; **Apm:** antecedents personals de patologia mental; **Apgar:** qüestionari Apgar familiar; **BISS:ECG** = estrès cultural general; **STAI:** State-Trait Anxiety Inventory; **BISS:XC** = xoc cultural.

Les circumstàncies socials en què una persona naix, creix, viu i envellaix determinen el seu estat de salut. La pertinença a un o un altre grup ètnic, la posició social que s'ocupa o l'entorn que es viu són elements que determinen l'estat de salut de les persones i la seva esperança de vida.

N. Rodríguez

8 DISCUSSIÓ

S'ha obtingut una prevalença de simptomatologia depressiva en immigrants del 27,1%. La distribució per sexes ha estat del 37,9% en homes i el 62,1% en dones. Respecte al país d'origen, trobem una major simptomatologia depressiva entre els immigrants procedents de l'Amèrica del Sud, juntament amb els magrebins, amb el 38% en tots dos col·lectius, i menor en els originaris de l'Europa de l'Est, amb el 17%. Els factors socioeconòmics que tenen relació amb l'aparició dels símptomes depressius són: migrar per motius familiars, estar desocupat, tenir ingressos baixos, tenir percepció de discriminació, tenir antecedents personals de malaltia mental i haver pres psicofàrmacs. Tant els tests sobre estrès, genèric i aculturatiu, com els tests sobre xarxa social han estat estadísticament significatius en la seva relació amb l'aparició de la depressió, així com, l'estat i el tret d'ansietat, valorat a través de l'STAI. Hem realitzat un model d'anàlisi discriminant que ens classifica correctament el 86,9% dels individus.

Amb els resultats obtinguts en l'estudi es confirmen les hipòtesis que ens plantejàvem inicialment.

La simptomatologia depressiva està vinculada amb factors relacionats amb la desigualtat social, la pobresa i la marginació. D'altra banda, elevats nivells d'estrès, tant en la manera genèrica com en la manera aculturativa, es relacionen amb l'aparició de simptomatologia depressiva. Observem, també, que les xarxes de suport social adquireixen un paper important en el desenvolupament d'aquesta patologia, i que la seva baixa qualitat és un factor de risc clau en l'aparició de simptomatologia depressiva. Tot i això, hem pogut observar que la personalitat de base és la que determina en major mesura el desenvolupament de la malaltia, així com les experiències vitals viscudes.

Així doncs, la vulnerabilitat d'un individu amb trets d'ansietat és elevada si posteriorment hi afegim diferents estressors generals i aculturals, i no tenim una bona xarxa social que actua com a factor protector. En paraules de Rodríguez et al.:

L'efecte que té el baix suport social en la salut no és un fenomen desconegut, i s'associa a un major risc de depressió i ansietat, estrès crònic i malalties físiques relacionades amb l'estrès. El suport social condiona, a més, l'associació entre el nivell econòmic i l'aparició de problemes emocionals, especialment en les poblacions immigrants (121).

Diferents autors de l'Estat i de l'àmbit internacional han fet troballes similars.

Rodríguez et al., en marroquins del País Basc, van veure que la percepció d'un baix suport social i la insatisfacció amb la vida social es relacionava amb un major risc de símptomes d'ansietat i depressió. Concloïen que el suport social és una dimensió clau per a la comprensió de les desigualtats socials en salut entre els immigrants marroquins (121).

Un altre estudi, realitzat a l'àrea nord-oriental de Madrid amb 1.515 individus, demostra que la població immigrant atesa, en comparació amb els autòctons, en general percep un suport social més baix, la qual cosa es reflecteix en les quatre dimensions de suport social (emocional, instrumental, interacció social i afectiu). El nivell socioeconòmic, l'estat civil, l'estrès i l'estat de salut autopercebut són factors de risc associats significativament amb la manca de suport social. Un nivell d'ingressos baix, per sota del salari mínim, és una situació estressant que afavoreix la pèrdua d'habilitats socials; a més, juntament amb l'estrès, es va associar amb un menor suport social global (21).

Hovey i King, en un estudi amb 70 adolescents de segona generació residents a Califòrnia, van trobar que una quarta part presentava nivells crítics de depressió, que es va correlacionar positivament amb l'estrès d'aculturació. La disfunció familiar percebuda i les expectatives de futur negatives van ser predictors significatius per a l'estrès d'aculturació i la depressió (122). Hovey també va observar que un estrès per aculturació elevat s'associa significativament amb una major depressió. El suport familiar i social, l'esperança vers el futur i el nivell socioeconòmic poden servir per protegir contra la depressió durant l'aculturació (90).

Wrobel, Farrag i Hymes van estudiar 200 àrabs d'entre 60 i 92 anys dels Estats Units d'Amèrica (EUA), i van trobar com a predictiu de depressió l'estrès percebut d'aculturació (123).

Uns altres autors, amb una població de 418 individus, majoritàriament jamaicans, residents als districtes de Colúmbia, Virgínia i Maryland, van trobar relació positiva entre l'estrès aculturatiu i la depressió: aquells que tenien més afiliacions personals presentaven menys símptomes de depressió (93).

Estudiant una mostra de 205 immigrants de Corea, de fins a 60 anys, d'una gran ciutat metropolitana a la costa est dels EUA, es va observar que l'augment d'estrès per aculturació i el menor suport social s'associaven amb puntuacions de depressió major, i

el suport social va estar identificat com un recurs eficaç per alleujar l'estrès d'aculturació (84). El mateix grup d'investigadors, en una altra mostra de 147 immigrants coreans, va concloure que un major suport social és predictiu d'una major felicitat i menys depressió. Menors nivells d'estrès d'aculturació i estrès de la vida recent, una major sensació de domini i un major suport social es van associar a un nivell més elevat de felicitat (85).

L'anàlisi d'una mostra d'immigrants mexicans, treballadors agrícoles a l'oest mitjà, va concloure que un elevat estres d'aculturació, els baixos nivells d'educació i d'ingressos, la disfunció familiar, una baixa autoestima i un suport social ineficaç estan relacionat significativament amb nivells elevats d'ansietat i risc d'experimentar nivells crítics de depressió i ideació suïcida (86), (87), (88).

Els símptomes depressius es van relacionar positivament amb l'estrès d'aculturació i negativament amb l'autoestima. L'estat socioeconòmic explica una proporció significativa de la variabilitat en la depressió (124).

Pel que fa a l'objectiu principal de la tesis, la prevalença que hem obtingut és del 27,1% que es distribueix de la següent manera. Pel que fa al sexe, el 62,1% són dones i el 37,9% homes. Quant a l'origen, el 38% prové de l'Amèrica del Sud i el Magrib; el 31% és el col·lectiu subsaharià, i el 17% procedeix d'Europa de l'Est. Hem de tenir en compte que el mètode que hem utilitzat per obtenir aquesta dada ha estat l'aplicació d'un punt de tall sobre la puntuació total de BDI. Aquest test, tot i presentar una validesa adequada per al cribratge de casos en la població general, no es pot utilitzar com a diagnòstic definitiu de síndrome depressiva, perquè, segons el DSM-IV, això només es pot fer a través de l'entrevista personal estructurada, realitzada per un professional entrenat. Malgrat aquestes consideracions, en nombrosos estudis s'utilitza el BDI com a test de *screening*, i serà amb aquests estudis amb els quals contrastarem els nostres resultats.

Moreno et al. van trobar que el 5,4% de la població subsahariana (IC del 95%, 3,8-7,6) presentava depressió a la en la Comunitat de Madrid entre l'agost del 2003 i el febrer del 2004. La mostra, de 1.042 individus, va ser extreta de programes d'atenció a immigrants, amb el 32,25% d'homes i una mitjana d'edat de 27,1 anys. Aquesta dada la van obtenir amb les enquestes estructurades, segons el DSM-IV, però anteriorment havien utilitzat el BDI com a cribratge, amb una sensibilitat del 63%, una especificitat del 97%, un VPP del 59% i un VPN del 97%. Van sortir positiu per BDI el 5,79% dels

casos. També van observar que aquest diagnòstic està relacionat amb el temps de residència, la presència de fills, una percepció de la salut negativa i, com en el nostre cas, també en aquells que tenen percepció de discriminació (12).

A Barcelona, Barro va estudiar 27 immigrants, des de la consulta d'atenció primària, que estaven en situació irregular i sense targeta sanitària el 2003. Les característiques de la mostra van ser: un 63% d'homes amb una mitjana d'edat de 32,8 anys i procedents de l'Amèrica del Sud, Àfrica i Europa, per ordre d'importància. Va enregistrar un 51,9% ansietat i un 40,7% de depressió, més freqüent entre les dones, entre els qui en desconeixien l'idioma, amb més temps d'estada al país i amb absència de treball (125). Anteriorment, el 2001, Pertíñez va realitzar un estudi a l'àrea bàsica de salut Raval Sud de Barcelona, en una mostra de 118 pacients immigrants de la consulta d'atenció primària espontània, majoritàriament musulmans (procedents del Magrib i indostànics). El 52,7% eren homes amb una mitjana d'edat de 39 anys. Van trobar una prevalença de depressió del 15,2% (IC del 95%, 8,5-21,8), de trastorns de somatització del 10,7% (IC del 95%, 4,9-16,4) i d'ansietat del 17,9% (IC del 95%, 10,7-24,9%) (126).

Fora de l'Estat, Cwikel va observar una prevalença de depressió del 20,6% i d'ansietat del 11,2% entre immigrants de diferents països a Israel. La mostra estava composta per 976 usuaris d'atenció primària de vuit centres del país, seleccionats en la visita espontània. Hi havia un 34,8% d'homes amb unes edats compreses entre els 25 i els 75 anys (127).

En un estudi realitzat al Quebec entre població libanesa, integrants de la comunitat d'una església, es va detectar el 14,2% de depressió i el 12,6% d'ansietat (36).

Entre immigrants mexicans seleccionats de la població general mitjançant el padró municipal, Alderete et al. van estudiar un total de 1.001 individus; el 49,95% eren homes i les edats oscil·laven entre els 18 i els 59 anys. Van trobar una prevalença per distínia de 7,2% en els homes i de 6,7% en les dones, i, per ansietat, un 15,1% en homes i un 12,9% en dones (128).

Segons un recull d'estudis sobre un ampli espectre de problemes de salut que afecten els migrants i els països receptors, realitzat per Carballo a Alemanya, el 13% dels immigrants pateix un trastorn depressiu, que sembla que es desenvolupa durant els primers dotze mesos de la migració (129).

Les dades que acabem d'exposar demostren la gran variabilitat que existeix entre les diferents poblacions. Probablement aquest fet està relacionat amb l'heterogeneïtat de les mateixes poblacions immigrants i del seu context socioeconòmic.

El BDI resulta un bon mètode de despistatge de simptomatologia depressiva en la població immigrada, encara que s'hauria de confirmar el diagnòstic amb l'entrevista clínica.

En general, doncs, existeixen pocs estudis que analitzin una àmplia gamma de factors socioeconòmics i culturals com a tests discriminatius per a la simptomatologia depressiva. Per tant, el nostre estudi ens permet valorar els factors que en major mesura poden determinar la presència de malaltia, malgrat les consideracions a tenir en compte, ja que es tracta d'un estudi de prevalença.

D'altra banda, podem dir que emigrar s'ha convertit avui, per a milions de persones, en un procés que té uns nivells d'estrès tan intensos que arriben a superar la capacitat d'adaptació dels éssers humans. Considerem que hi ha una gran deshumanització en abordar les migracions d'avui, ja que es presta molt poca atenció als sentiments, a les vivències dels protagonistes de la migració, els immigrants. En paraules de Qureshi, Collazos, Ramos i Casas direm:

La competència cultural representa una resposta integral a les necessitats d'atenció de salut mental dels pacients immigrants i minories ètniques. Formació de competències culturals implica el desenvolupament de coneixements, habilitats i actituds que poden millorar l'eficàcia del tractament psiquiàtric (130).

Però podríem anar una mica més enllà i dir que la capacitació en competència intercultural s'hauria de fer extensa a tots els professionals sanitaris i, especialment, a tots els metges, independentment de la seva especialitat, ja que, com hem vist, la percepció de discriminació és un factor important que genera estrès aculturatiu i, per tant, pot acabar desenvolupant malaltia, tant física com mental, dins del model biopsicosocial. A aquest efecte proposem la introducció d'elements d'antropologia mèdica dins dels estudis de pregrau; d'aquesta manera, s'obtindrien professionals amb majors competències en aquest àmbit i menys prejudicis racials i culturals, ja que, com ens apunta Pallarés en un estudi realitzat a la ciutat de Lleida, és el tracte de receptivitat

dels professionals sanitaris el que resulta primordial en el procés de progressiu coneixement i ús del sistema sanitari per part de les persones migrants (131), a més de tenir una responsabilitat ètica envers la salut d'aquest col·lectiu.

Les polítiques sanitàries aplicades en termes de migració no han donat els resultats esperats. Com ens apunta Terraza, l'absència d'avaluacions, juntament amb la persistència de problemes en l'atenció i iniquitats en l'accés, podria indicar una implantació insuficient (132). L'atenció adequada als problemes de salut mental és una qüestió encara sense resoldre. En les darreres dècades s'ha produït una demanda creixent d'atenció en salut mental, que ha portat a una sobrecàrrega assistencial i a la saturació dels serveis (80), i les previsions realitzades respecte a això no milloren la situació.

A més, sabem que la immigració és un factor de risc per a la salut mental; per això, perquè un tractament sigui eficaç és necessari un coneixement de la cultura d'origen de l'immigrant, dels seus valors i de la seva concepció de la salut (6).

Martín, en un article publicat el 2001, feia diverses propostes per millorar-ne la situació. Malgrat el temps que ha passat, atesa la situació actual de la sanitat pública i la legislació en matèria de salut que afecta els immigrants, continuen sent igualment vàlides:

1. És necessari un augment del nombre de professionals d'AP als centres de salut. Ens trobem en una situació de saturació de les consultes que, si hi sumem l'assistència sanitària als immigrants, origina un augment de les quotes dels professionals i de la seva diversitat, pels diferents orígens. Això, unit a la dificultat i els requeriments d'enteniment i comprensió que suposa l'atenció a aquesta població, fa que resulti veritablement difícil donar una qualitat en el servei.
2. Un altre aspecte que suggereix és la importància de la formació dels professionals d'AP en temes relacionats específicament amb la immigració, com aspectes culturals, idiomes, malalties prevalents. Aquest aspecte ja l'hem exposat anteriorment, motiu pel qual no ens hi estendrem més.
3. Ajustar les quotes en funció del percentatge de població immigrant adjudicat a cada metge de família. De la mateixa manera que es comptabilitza l'edat o la complexitat patològica, també s'hauria de tenir en compte aquest factor, ja que requereix habilitats i recursos especials per part del professional, però, també,

augmenta el temps dedicat a la consulta per fomentar un bon apropament metge-pacient.

4. Realitzar un registre adequat dels immigrants i una actualització constant de les TIS, per adequar el nombre de metges de família per a l'atenció de la població. En aquest estudi, tot i que partíem d'un registre força adequat, hem pogut observar que existeixen nombroses dades errònies a causa de la variabilitat del col·lectiu.
5. Els estudis d'investigació i seguiment per conèixer l'estat de salut de la població immigrant són útils per extreure'n conclusions objectives i no crear alarmes injustificades i el rebuig de la població immigrant (133). En la darrera dècada han estat nombrosos els estudis dedicats a aquest col·lectiu, per la qual cosa creiem que aquest aspecte el puguem considerar assolit.

La medicina, en general, i la psiquiatria, en particular, d'aquest segle ha de tenir en compte el món globalitzat en el qual vivim, on el pluralisme ètnic, les diferències culturals, i les perspectives de xoc entre la tradició i la modernitat són presents arreu del planeta. Al costat de la incorporació dels avenços científics, els professionals hauran de fomentar l'empatia, la sensibilitat i el respecte, i ampliar els seus coneixements sobre les diferències culturals. Com a resposta, obtindrem professionals que hauran integrat totes les facetes del coneixement de les ciències del comportament, de la biologia, la farmacologia, la genètica, però a través de la sociologia i l'antropologia cultural (77).

Encara que resulta evident que ningú no pot aspirar a conèixer completament els aspectes innombrables de les cultures dels pacients, sí que és aconsellable fer un esforç per ampliar-ne el coneixement, igual que ho és adoptar una actitud flexible i oberta, per tal d'acceptar la diferència cultural com una cosa enriquidora, que ens porta a ser culturalment competents en l'exercici de la nostra professió (17). Tal vegada rarament un professional tindrà individus de tots els orígens assignats a la seva quota. Els trajectes migratoris i els grups d'immigrants difereixen a cada zona geogràfica i, per tant, tenir un bon coneixement de l'origen de la població a la qual atenem i una actitud d'acollida i de respecte envers la resta, pot ser suficient per gestionar la consulta del dia a dia. En aquest sentit, resulta imprescindible la capacitat del professional per valorar la simptomatologia des d'un punt de vista cultural, perquè s'ha d'interpretar el seu patiment o malestar com a part d'un fenomen sociocultural humà.

Tanmateix, aquesta visió del professional sanitari no se soluciona fent que els metges incorporin variables socioculturals contextuais, sinó que ha d'existir un qüestionament del saber i la pràctica biomèdica hegemònica, tant des dels mateixos professionals com des de les administracions sanitàries. Per aquesta raó insistim, novament, en la importància de la incorporació, ja des dels estudis de pregrau, d'un coneixement antropològic crític que permeti sobreposar-se als prejudicis i incorporar l'actitud d'obrir-se, per acceptar la diferència, per aproximar-se i escoltar els pacients culturalment diferents, fins i tot quan les dificultats de comprensió siguin altes, i així poder donar respostes adequades i coherents a les seves demandes, dins dels coneixements mèdics adquirits.

Un altre dels aspectes que s'han posat de manifest en aquesta tesi ha estat la importància del model biopsicosocial, relegat, en la majoria dels casos, a la seva part més clínica, com a conseqüència de la massificació de les consultes i dels curts temps de visita. Però no hem d'oblidar que, com a metges i metgesses de família, tenim una visió privilegiada del pacient, ja que podem abastar tots els aspectes de la seva vida familiar i social, que ens permetran intuir, sospitar i orientar diagnòstics més acurats. Les eines de la teràpia familiar i les dades sociodemogràfiques ens poden ser de gran utilitat en aquesta empresa. A més, el BISS també ha demostrat que és un bon detector d'estrès aculturatiu, la qual cosa pot ser una eina útil en AP per determinar la població de risc de patir malaltia mental entre el col·lectiu immigrant i ajudar, així, a prevenir aquesta patologia.

La introducció d'un abordatge qualitatiu en la investigació sobre immigració ens aportaria dades complementàries molt interessants per entendre la dinàmica dels processos de salut i malaltia en les poblacions immigrades. En aquest sentit, una línia de recerca interessant seria la intervenció sobre els factors detectats com a determinants de simptomatologia depressiva, avaluant-ne l'evolució en les prevalences de depressió.

Hem de ser conscients que en un món globalitzat les poblacions seran cada vegada més multiculturals, i que aquest procés no té marxa enrere. Així doncs, les nostres consultes seran cada vegada més diverses ètnicament, i cal estar preparat per poder atendre-les amb una bona qualitat i sense crear desigualtats en salut, que només s'afegeixen a les desigualtats socials i d'exclusió que pateixen aquests col·lectius.

Com ens diu Pau Mota en la seva tesi:

El país que gaudeix de millor salut no és el país més ric sinó el més igualitari i els factors crucials de la salut de la població no es basen en la medicina sinó en els efectes de l'entorn social, estructurat per una jerarquia social (9).

Caldrà veure en futures investigacions com afectarà a aquests fets l'actual situació econòmica i els canvis legislatius recentment introduïts.

8.1 Dificultats i limitacions

Entre les limitacions de l'estudi hem de comentar que es tracta d'un col·lectiu principalment de població jove, a la recerca de treball; per tant, té una elevada taxa de mobilitat geogràfica, raó per la qual vam trobar nombrosos canvis de domicili, des del moment del càlcul de la mostra fins al moment de la recollida de les dades (pèrdua de seguiment).

Per maximitzar la participació de la mostra seleccionada es van realitzar contactes amb els representants dels col·lectius i les associacions d'immigrants de la comarca i les entitats relacionades, a través de les quals es va dur a terme una difusió de l'estudi prèviament al contacte telefònic amb la mostra per minimitzar, en la mesura del que fos possible, el biaix de selecció. Aquest biaix també pot aparèixer pel fet que haguessin accedit a participar-hi més els individus malalts respecte als sans, que no presenten clínica depressiva.

Atès que el mostreig es va fer a partir de la població assignada a l'ABS i que, per fer l'assignació, calia que l'usuari estigués empadronat, es podria haver originat un infraregistre dels immigrants, ja que part d'aquesta població no sempre està ben empadronada, tot i ser un dret previst en la Llei d'estrangeria (títol I, capítol I, article 6, punts 2 i 3) —alguns, per por de ser deportats; d'altres, per desconeixement dels seus drets; d'altres, per no haver tingut contacte amb el sistema i no haver-ho necessitat o simplement per descuit. De totes maneres, com hem justificat anteriorment, creiem que aquesta dificultat és mínima, perquè existeix poc percentatge d'individus que no estiguin empadronats i registrats sanitàriament al nostre territori.

La llengua pot haver estat un inconvenient a l'hora de realitzar la recollida de dades, atès que el subjecte pot fer interpretacions errònies quant al llenguatge o

interpretacions culturals que difereixin de l'objectiu de les preguntes, ja que les entrevistes es van dur a terme en català o castellà. Per minimitzar els errors vam disposar de versions validades dels qüestionaris en altres idiomes i de traduccions de suport en aquells casos en què no n'existeix validació.

Hem obviat els biaixos de mesura, perquè considerem que utilitzem variables ben definides, així com escales validades per organitzacions independents.

Un altre dels aspectes a tenir en compte és el fet d'utilitzar instruments que no han estat adaptats culturalment. Malgrat que es va disposar de traduccions validades del BDI i dels altres tests utilitzats, les traduccions no garanteixen una compressió real dels ítems, ja que, entre els parlants d'una mateixa llengua, existeixen nombroses diferències d'àmbit cultural que fan que la comprensió sigui variable. Actualment no disposem de test adaptats culturalment, i la utilització d'aquests instruments de mesura, que han estat pensats, creats i validats per poblacions occidentals, podria donar resultats esbiaixats en altres tipus de poblacions culturalment divergents. Hambleton i Patsula, el 1999, van proposar una sèrie de passos per aconseguir l'adaptació cultural dels tests. Aquests passos impliquen, fonamentalment, la selecció de traductors professionals qualificats, l'elecció d'un disseny de traducció adequat, la realització de les correccions necessàries en la primera adaptació lingüística de l'instrument, la realització d'un estudi pilot amb el test adaptat, l'aplicació empírica del test a una mostra àmplia i representativa de la població objectiva i, si es pretén portar a terme comparacions interculturals, la comprovació de l'equivalència dels ítems en les versions originals i l'objectiu de l'instrument (134). Podem notar la dificultat que comporta. En aquest estudi hem pogut observar, en els tests de valoració de les xarxes socials (MOS i DUKE), que no hi ha una variabilitat en les respostes, perquè hem obtingut una alfa de Cronbach $>0,90$ en els dos casos. Podem considerar que els subjectes no aprecien els matisos dels diferents ítems i que en fan una interpretació més homogènia. De la mateixa manera, quan hem preguntat pel nombre d'amics o familiars (primera pregunta del test MOS), hem obtingut una gran variabilitat en funció de la cultura d'origen de l'immigrant. I, malgrat que l'anàlisi estadística de les mitjanes no ha estat significativa, probablement per la grandària de la mostra, podria existir una qüestió cultural en aquest fet, en què tipus de parenteles i de dimensió de xarxes ve condicionat culturalment.

El sujeto es simultáneamente moral, político y médico; y, de ese modo, lo que creemos se acerca al modo en que la experiencia social se organiza y vive.

Kleinman

9 CONCLUSIONS

En aquest estudi s'ha detectat una elevada prevalença de simptomatologia depressiva, ja que més de la quarta part dels immigrants enquestats van presentar simptomatologia depressiva, amb un predomini en dones i en individus d'origen magrebí i de l'Amèrica del Sud.

Els factors relacionats amb simptomatologia depressiva tenen a veure, en primer lloc, amb una personalitat de base ansiosa, amb situacions desfavorables socialment i econòmica, amb la presència d'experiències vitals estressants i d'estrès aculturatiu, i, també, amb una baixa qualitat de les xarxes de suport social.

Les variables que discriminen millor la simptomatologia depressiva són les que mesuren els trets de personalitat ansiògens, així com l'existència d'estrès aculturatiu.

Els test de teràpia familiar que valora les xarxes socials resulta útil per preveure la simptomatologia depressiva en població immigrada.

El BISS s'ha demostrat que és útil per a la detecció d'estrès aculturatiu, el qual és un determinant d'aparició de simptomatologia depressiva.

M'agradaria finalitzar aquesta tesi amb una citació que el doctor Balanzó recull de les paraules de Ricardo Colasanti, en la presentació del II Congrés de Medicina i Emigració, celebrat a Roma el juliol del 1990, que crec que resumeix l'esperit que hem intentat transmetre amb aquest projecte:

La medicina de los inmigrantes no es medicina de parásitos ni virus raros. Es medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto medico, el dolor o la muerte. De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores (5).

Deberíamos dejar de pensar en una humanidad compuesta por un conjunto de civilizaciones culturalmente opuestas y pensar como una sola humanidad multicultural

Anònim

10 BIBLIOGRAFIA

1. Ibáñez E. Migracions: llibertat individual, desafiament col·lectiu. Justícia i Pau, editor. Barcelona; 2006. p. 48.
2. Pereda Sagrero E, Pereira Tercero R. Resiliència e immigración. Interpsiquis [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 27];1–35. Available from: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4861>
3. Fresno J. Conferència inaugural. 1a trobada Interdiscip. Prof. Assist. i Grup. d'investigació entorn a la Salut. les Desigual. Soc. i la Divers. Cult. Barcelona;
4. Alarcón AM, Vidal A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Med. Chil. [Internet]. 2003 Sep [cited 2013 Jan 27];131(9):1061–5. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext
5. Solas Gaspar O, Silés D. Inmigración y salud en España. Magdeburg; 1999 p. 1–48.
6. Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suárez M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. Rev. Clin. Esp. [Internet]. 2005 Mar [cited 2013 Feb 3];205(3):116–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13072968>
7. Carreras Martí J (dir). Diccionari de la llengua catalana. Sisena ed. Barcelona: Enciclopèdia Catalana.;
8. Krause P. Conceptos fundamentales de filosofía. Barcelona: Ed. Herder; 1977.
9. Mota Moya P. Migracions i Salut: Interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2007 [cited 2013 Jan 21]. p. 342. Available from: http://ddd.uab.cat/pub/uabdivulga/uabdivulga_a2007m12/uabdivulga_a2007m12a8.pdf
10. Duran P. Representacions sobre la alteridad. Inmigración, contacto intercultural y alimentación. Estud. del Hombre. 2009;24:367–78.
11. Pinantel Medina M. Prevalença de depressió major i trastorn d'ansietat generalitzada en població immigrant.
12. Moreno GP, Engel JL, Polo SA. Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. Aten. Primaria [Internet]. 2007 Nov [cited 2013 Jan 27];39(11):609–14. Available from: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion->

primaria-27/diagnostico-depresion-inmigrantes-subsaharianos-13112198-originales-2007?bd=1

13. Kaplan Marcusan A. De Senegambia a Cataluña: Procesos de aculturación e integración social [Internet]. “la Caixa” F, editor. Barcelona; 1998 [cited 2013 Jan 21]. p. 225. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=114502>
14. Goldberg A. Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes senegaleses [Internet]. Universitat Rovira i Virgili; 2004 [cited 2013 Jan 21]. p. 265. Available from: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/8418>
15. Aguirre A, editor. Los 60 conceptos clave de la Antropología cultural. Barcelona: Daimon; 1982.
16. Termcat (centre de terminologia). Diccionari d’antropologia. Col·lecció. Barcelona: Fundació Barcelona.; 1993.
17. Boladeras M, Busquets J, Almuedo A, Bilbeny N, Collazos F, María F, et al. Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut [Internet]. Catalunya CC de B de, Salut. G de CD de, editors. Barcelona: Prous Science; 2007 [cited 2013 Jan 21]. p. 54. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Orientacions+obre+la+diversitat+cultural+i+la+salut#0>
18. Comelles JM, Bernal M. El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. *Humanit. Humanidades Médicas*. 2007;13:1–17.
19. Viquipèdia. Salut [Internet]. [cited 2011 Apr 5]. Available from: <http://ca.wikipedia.org/wiki/Salut>
20. De la Revilla L. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de Atención Familiar. Familia F para el E de la A a la, editor. Granada: Adhara; 2005.
21. Salinero-Fort MÁ, del Otero-Sanz L, Martín-Madrado C, de Burgos-Lunar C, Chico-Moraleja RM, Rodés-Soldevila B, et al. The relationship between social support and self-reported health status in immigrants: an adjusted analysis in the Madrid Cross Sectional Study. *BMC Fam. Pract.* [Internet]. 2011 Jan [cited 2013 Jan 29];12:46. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3129304&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
22. Yaphet A. Migración y las Relaciones Familiares. [Internet]. [cited 2008 Oct 29]. Available from: <http://www.jazztelia.com/alexisaymc/post/2006/05/02/primer-draft>
23. Campayo JG, Sanz C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin* [Internet]. 2002 [cited 2013 Jan 29];118(5):187–91. Available from:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v118n05a13025849pdf001.pdf>

24. Herslovits MJ. El hombre y sus obras: ciencia de la antropología cultural. reimpresa. Fondo de Cultura Económica, editor. Bogotá; 1952. p. 782.
25. Díez Mintegui C. Procesos culturales . Una aproximación desde la antropología social y cultural. Norba. Rev. Hist. 2005;18:93–116.
26. Castellá Sarriera J. Estudios actuales sobre aculturación en latinos: revisión y nuevas perspectivas. Rev. Interam. Psicol. ... [Internet]. 2003 [cited 2013 Jan 27];37(2):341–64. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3054856>
27. Comas M, Molina E, Tolsanas M. Identitats, educació, immigració i construcció identitària. Fundació Jaume Bofill, editor. Vic: Eumo Ed;
28. Jamil H, Nassar-McMillan SC, Lambert RG. Immigration and attendant psychological sequelae: a comparison of three waves of Iraqi immigrants. Am. J. Orthopsychiatry [Internet]. 2007 Apr [cited 2013 Jan 29];77(2):199–205. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17535117>
29. Rudmin F. Debate in science: The case of acculturation. AnthroGlobe J. [Internet]. 2006 [cited 2013 Jan 21];(December):101. Available from: http://www.anthroglabe.ca/docs/rudminf_acculturation_061204.pdf
30. Collazos F, Qureshi A, Antonín M, Tomás-Sábado J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2008 [cited 2013 Jan 21];29(3):307–15. Available from: <http://en.scientificcommons.org/52742887>
31. Wikipedia. Stress management [Internet]. [cited 2009 Jan 4]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Stress_management
32. Gómez Ortiz V. Richard Stanley Lazarus (1922-2002). Rev. Latinoam. Psicol. [Internet]. 2005;37(1):207–9. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/805/80537112.pdf>
33. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. Rev. Int. Psicol. Clínica y la Salud/ Int. J. Clin. Heal. Psychol. 2003;3(1):141–57.
34. Martincano Gómez J, García Campayo J. Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante [Internet]. Novartis, Generalista SE de MR y, editors. Madrid: International Marketing & Communications, S.A.; 2004 [cited 2013 Jan 27]. p. 96. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=252198>
35. Muiño L. Salud mental e inmigración. In: Alonso Babarro A, editor. Guía atención al Inmigr. 2a ed. Madrid: Ergon; 2006.

36. Sayegh L, Lasry JC. [Acculturation, stress and mental health in Lebanese immigrants in Montreal]. *Sante Ment. Que.* [Internet]. 1993 Jan [cited 2013 Jan 29];18(1):23–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8218661>
37. Tartakovsky E. A longitudinal study of acculturative stress and homesickness: high-school adolescents immigrating from Russia and Ukraine to Israel without parents. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* [Internet]. 2007 Jun [cited 2013 Jan 29];42(6):485–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17502976>
38. Qureshi A, Collazos F, Revollo H-W, Valero S, Ramos M del M. poster factor structure.
39. Bernstein J. Diagnóstico de Depresión en Atención Primaria. *Psiquiatr.* [Internet] [Internet]. 2000;4(2). Available from: <http://www.psiquiatria.com>
40. Aragonès Benaiges E. Estudi dels trastorns depressius a l'atenció primària de la salut [Internet]. *Universitat Rovira i Virgili*; 2004 [cited 2013 Jan 21]. Available from: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/8836>
41. López-Vicente M, Gabarrón-Hortal E, Ruiz-Baqués A. Depresión en Atención Primaria: una aproximación a los trabajos realizados en España. *Psiquiatria.com* [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 27];15:1–2. Available from: <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/53310/>
42. Ortega M. La depressió té un cost de més de 700 milions l'any. *D. AVUI*. Barcelona; 2010 May;32.
43. Louro González A, Álvarez Ariza M, Ferrer Gómez del Valle E, de las Heras Liñero E, Purriños Hermida M, Torrado Oubiña V. Depresión en el adulto. Guía clínica. [Internet]. *Fisterra.com Atención Primaria en la Red*. 2008 [cited 2008 Sep 5]. p. 8 (16). Available from: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/depresion-adulto/#759>
44. Hamon J. Psychometrie: L'inventaire d'anxiété – état/trait – (STAI-Y) [Internet]. *Forum Etud. île la Réunion*. 2002 [cited 2010 Sep 3]. Available from: [http://forum.reunion.free.fr/psychologie_et_education_\(Hamon\)_td1.htm](http://forum.reunion.free.fr/psychologie_et_education_(Hamon)_td1.htm)
45. Trejo Mares B, Trejo Mares J. Revisión de la etiología de la depresión. *Interpsiquis* [Internet]. 2. Available from: <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/40057/>>
46. Europa Press. Investigadores de Medicina de Atención Primaria desarrollan una herramienta para predecir la depresión. *Zaragoza*; 2010 Apr 5; Available from: <http://www.europapress.es/noticiaprint.aspx?ch=00074&cod=20100405095353>
47. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano J V, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* [Internet]. 2010 Feb [cited 2013 Feb

- 5];45(2):201–10. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19452110>
48. Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut. Barcelona; 2006 p. 77.
 49. Haro J, Palacín C, Vilagut G, Martínez M. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med. Clin. (Barc)*. [Internet]. 2006 [cited 2013 Jan 29];126(12):445–51. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775306719698>
 50. Gobierno de Chile. Tratamiento de personas con depresión [Internet]. Santiago de Chile; p. 42. Available from: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf>
 51. Associació Catalana pel tractament de l'Ansietat i Depressió. Depressió Major [Internet]. [cited 2011 Jul 10]. Available from: http://www.actad.org/actad_cat/depresion_mayor_cat.php
 52. DSM-IV. Major Depressive Episode [Internet]. [cited 2011 Jul 10]. Available from: <http://www.mental-health-today.com/dep/dsm.htm>
 53. Berra S, Elorza J, Bartomeu N. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya [Internet]. ... General. Catalunya. Barcelona; 2004 p. 57. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Necessitats+en+salut+i+utilització+dels+serveis+sanitaris+en+la+població+immigrant+a+Catalunya#0>
 54. Juape Chamaya N. ABORDAJE SISTÉMICO INDIVIDUAL CON PERSONAS EN SITUACIÓN MIGRATORIA. *Interpsiquis*. 2009;1–8.
 55. Hernández RL, Aranda BE, Teresa M, Ramírez G. Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. *Span. J. Psychol.* [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 27];12(1):171–83. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=3097916&orden=229180>
 56. Bhugra D. Migration and depression. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* [Internet]. 2003 Jan [cited 2013 Jan 29];108(418):67–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12956818>
 57. Yusim A, Anbarasan D, Hall B, Goetz R, Neugebauer R, Ruiz P. Somatic and cognitive domains of depression in an underserved region of Ecuador: some cultural considerations. *World Psychiatry* [Internet]. 2009 Oct [cited 2013 Jan 21];8(3):178–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755283/>
 58. Pintanel Medina M. Prevalença de depressió major i trastorn d'ansietat generalitzada en població immigrant. p. 18.

59. Esteva M, Cabrera S, Remartinez D, Díaz A, March S. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2006;37(3):154–9.
60. Achotegui J. Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte Salud Ment*. [Internet]. 2004 [cited 2013 Jan 27];21:39–52. Available from: http://ome-aen.org/NORTE/21/NORTE_21_060_39-52.pdf
61. Achotegui J. Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Av. en Salud Ment. Relac*. 2008;7(1):1–22.
62. Blair AH, Schneeberg A. Changes in the “Healthy Migrant Effect” in Canada: Are Recent Immigrants Healthier than They were a Decade Ago? *J. Immigr. Minor. Health* [Internet]. 2013 Mar 13 [cited 2013 Sep 27]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23483362>
63. Razum O, Zeeb H, Rohrmann S. The “healthy migrant effect”--not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *Int. J. Epidemiol*. [Internet]. 2000 Feb [cited 2013 Sep 27];29(1):191–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10750623>
64. Tarnutzer S, Bopp M. Healthy migrants but unhealthy offspring? A retrospective cohort study among Italians in Switzerland. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Sep 27];12:1104. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3552682&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
65. Kolić I, Polasek O. Healthy migrant effect within Croatia. *Coll. Antropol*. [Internet]. 2009 Apr [cited 2013 Sep 27];33 Suppl 1:141–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19563160>
66. Regidor E, Astasio P, Ortega P, Martínez D, Calle ME, de la Fuente L. Healthy and unhealthy migrant effect on the mortality of immigrants from wealthy countries residing in Spain. *Eur. J. Epidemiol*. [Internet]. 2011 Apr [cited 2013 Sep 27];26(4):265–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20878542>
67. Fennelly K. The “healthy migrant” effect. *Minn. Med*. [Internet]. 2007 Mar [cited 2013 Sep 27];90(3):51–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17432759>
68. Newbold KB, Danforth J. Health status and Canada’s immigrant population. *Soc. Sci. Med*. [Internet]. 2003 Nov [cited 2013 Sep 27];57(10):1981–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14499520>
69. DesMeules M, Gold J, Kazanjian A, Manuel D, Payne J, Vissandée B, et al. New approaches to immigrant health assessment. *Can. J. Public Health* [Internet]. [cited 2013 Sep 27];95(3):I22–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15191128>

70. Razum O, Twardella D. Time travel with Oliver Twist--towards an explanation foa a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Trop. Med. Int. Health* [Internet]. 2002 Jan [cited 2013 Sep 27];7(1):4–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11851949>
71. Turra CM, Elo IT. The Impact of Salmon Bias on the Hispanic Mortality Advantage: New Evidence from Social Security Data. *Popul. Res. Policy Rev.* [Internet]. 2008 Jan [cited 2013 Sep 27];27(5):515–30. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2546603&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
72. Markides KS, Eschbach K. Aging, migration, and mortality: current status of research on the Hispanic paradox. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.* [Internet]. 2005 Oct [cited 2013 Sep 27];60 Spec No:68–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16251594>
73. Razum O, Rohrmann S. [The healthy migrant effect: role of selection and late entry bias]. *Gesundheitswesen* [Internet]. 2002 Feb [cited 2013 Sep 27];64(2):82–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11904847>
74. Rubalcava LN, Teruel GM, Thomas D, Goldman N. The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey. *Am. J. Public Health* [Internet]. 2008 Jan [cited 2013 Sep 27];98(1):78–84. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2156065&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
75. Abraído-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the “salmon bias” and healthy migrant hypotheses. *Am. J. Public Health* [Internet]. 1999 Oct [cited 2013 Sep 27];89(10):1543–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1508801&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
76. Bostean G. Does selective migration explain the Hispanic paradox? A comparative analysis of Mexicans in the U.S. and Mexico. *J. Immigr. Minor. Health* [Internet]. 2013 Jun [cited 2013 Sep 27];15(3):624–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22618355>
77. Fàbrega H. Cultural psychiatry: international perspectives. *Epilogue. Psychiatr. Clin. North Am.* [Internet]. 2001 Sep [cited 2013 Jan 29];24(3):595–608. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11593866>
78. Catalunya I d’Estadística de. *Idescat.cat* [Internet]. Barcelona. [cited 2011 Nov 19]. Available from: <http://www.idescat.cat>
79. *Estadística IN de. Ine.es* [Internet]. Madrid. [cited 2011 Jul 24]. Available from: <http://www.ine.es>
80. Landa González N, Goñi Sarriés A, de Jalón Aramayo EG, Lizasoain Urrea E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Atención*

- Primaria [Internet]. 2008 Jun [cited 2013 Feb 3];40(6):285–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13123680>
81. Navarro Barrios J, Morales Andueza R. Depresión y ansiedad en inmigrantes del tercer mundo: un estudio exploratorio en Granada. *Interpsiquis* [Internet]. 2001;2:1. Available from: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psiqsocial/1172/>
 82. Gutiérrez Sigler M. Trastornos mentales en minorías étnicas: ¿un tema para investigar en atención primaria? *Aten Primaria*. 29(1):6–13.
 83. Pla director de salut mental i addiccions. *Salut mental i qualitat de vida*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006.
 84. Han H-R, Kim M, Lee HB, Pistulka G, Kim KB. Correlates of depression in the Korean American elderly: focusing on personal resources of social support. *J. Cross. Cult. Gerontol.* [Internet]. 2007 Mar [cited 2013 Jan 29];22(1):115–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17136454>
 85. Shin HS, Han H-R, Kim MT. Predictors of psychological well-being amongst Korean immigrants to the United States: a structured interview survey. *Int. J. Nurs. Stud.* [Internet]. 2007 Mar [cited 2013 Jan 29];44(3):415–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16806219>
 86. Hovey JD, Magaña CG. Psychosocial predictors of anxiety among immigrant Mexican migrant farmworkers: implications for prevention and treatment. *Cultur. Divers. Ethnic Minor. Psychol.* [Internet]. 2002 Aug [cited 2013 Jan 29];8(3):274–89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12143104>
 87. Hovey JD. Acculturative stress, depression, and suicidal ideation in Mexican immigrants. *Cultur. Divers. Ethnic Minor. Psychol.* [Internet]. 2000 May [cited 2013 Jan 29];6(2):134–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10910528>
 88. Hovey JD. Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among Central American immigrants. *Suicide Life. Threat. Behav.* [Internet]. 2000 Jan [cited 2013 Jan 29];30(2):125–39. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10888053>
 89. Hovey JD. Psychosocial predictors of acculturative stress in Mexican immigrants. *J. Psychol.* [Internet]. 2000 Sep [cited 2013 Jan 29];134(5):490–502. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11034130>
 90. Hovey JD. Psychosocial predictors of depression among Central American immigrants. *Psychol. Rep.* [Internet]. 2000 Jun [cited 2013 Jan 29];86(3 Pt 2):1237–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10932588>
 91. Miller AM, Chandler PJ. Acculturation, resilience, and depression in midlife women from the former Soviet Union. *Nurs. Res.* [Internet]. [cited 2013 Jan

- 29];51(1):26–32. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11822566>
92. Mehta S. Relationship between acculturation and mental health for Asian Indian immigrants in the United States. *Genet. Soc. Gen. Psychol. Monogr.* [Internet]. 1998 Mar [cited 2013 Jan 29];124(1):61–78. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9495029>
 93. Livingston IL, Neita M, Riviere L, Livingston SL. Gender, acculturative stress and Caribbean immigrants' health in the United States of America: an exploratory study. *West Indian Med. J.* [Internet]. 2007 Jun [cited 2013 Jan 29];56(3):213–22. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18072399>
 94. Beck A, Ward C, Mendelson M. Beck Depression Inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561–71.
 95. Bech P. Rating scales for mood disorders: applicability, consistency and construct validity. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* [Internet]. 1988 Jan [cited 2013 Feb 4];345:45–55. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3067540>
 96. Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am.* 1975;12:217–36.
 97. Conde López V, Franch Valverde JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos [Internet]. 1984 [cited 2013 Feb 4]. Available from:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=165932>
 98. Lasa L, Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique FJ, Dowrick CF. The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *J. Affect. Disord.* [Internet]. [cited 2013 Feb 4];57(1-3):261–5. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10708841>
 99. Reschetti Marcon S, Aparecida Rubira E, Martinez Espinosa M, Aparecida Barbosa D. Calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas. *Rev. Latino-Am. Enferm.* [Internet]. 20(1):08 pantallas. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_22.pdf
 100. Regidor E. La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2001 [cited 2013 Jan 21];13–22. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272001000100003&script=sci_arttext&tlng=e

101. De la Revilla L, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionarios MOS de apoyo social en. Atención Primaria. Med. Fam. Andalucía. 2000;6:10–8.
102. Sherbourne C, Stewart A. The MOS Social Support Survey. Soc Sci Med. 1991;32(6):705–14.
103. Bellón J, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria. 18(4):153–63.
104. Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy F V, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. Med. Care [Internet]. 1988 Jul [cited 2013 Feb 4];26(7):709–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3393031>
105. De la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Prados M, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. Atención Primaria. 8(9):688–92.
106. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten. Primaria [Internet]. 1996 Oct 15 [cited 2013 Feb 4];18(6):289–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8983381>
107. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. J. Fam. Pract. [Internet]. 1982 Aug [cited 2013 Feb 4];15(2):303–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7097168>
108. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J. Fam. Pract. [Internet]. 1978 Jun [cited 2013 Feb 4];6(6):1231–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>
109. Holmes T, Rahe R. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res. 11(2):213–8.
110. Tomás-Sábado J, Qureshi A, Antonin M, Collazos F. Construction and preliminary validation of the Barcelona Immigration Stress Scale. Psychol. Rep. [Internet]. 2007 Jun [cited 2013 Jan 29];100(3 Pt 1):1013–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17688120>
111. Qureshi A, Collazos F, Revollo H-W, Valero S, Ramos M del M. Validez Interna del Barcelona Immigration Stress Scale (BISS).
112. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. Manual for the State-Trait Inventory. Palo Alto: CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
113. Seisdedos N. STAI: Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA Ediciones; 1982.

114. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. 2º ed. Madrid: Ediciones, TEA; 1986.
115. Castrillón Moreno, Diego Alonso, Borrero Copete, Pablo Emilio. Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta Colomb. Psicol.* [Internet]. [cited 2013 Feb 4];8(1):79–90. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
116. Oviedo H, Campo Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* [Internet]. 2005 [cited 2013 Feb 4];34(004):572–80. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80634409>
117. Wikipedia. Dummy variable (statistics) [Internet]. 2013 [cited 2013 Feb 25]. Available from: [http://en.wikipedia.org/wiki/Dummy_variable_\(statistics\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Dummy_variable_(statistics))
118. Escalante Cortina RD. Regresión con Variables Dummy [Internet]. eumed.net. [cited 2013 Feb 25]. Available from: [http://www.eumed.net/libros-gratis/2010c/720/Regresion con Variables Dummy.htm](http://www.eumed.net/libros-gratis/2010c/720/Regresion%20con%20Variables%20Dummy.htm)
119. ANÁLISIS DISCRIMINANTE [Internet]. [cited 2013 Feb 25]. Available from: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eue/eio3/docs/Tema_3_Analisis Discriminante/introduccion tema3.htm](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eue/eio3/docs/Tema_3_Analisis_Discriminante/introduccion_tema3.htm)
120. Libre WL enciclopedia. Alfa de Cronbach [Internet]. [cited 2012 Aug 22]. Available from: http://es.wikipedia.org/wiki/Alfa_de_Cronbach
121. Rodríguez Álvarez E, Lanborena Elordui N. Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco. *Gac. Sanit.* [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 21]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911109003136>
122. Hovey JD, King CA. Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second-generation Latino adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* [Internet]. 1996 Sep [cited 2013 Jan 29];35(9):1183–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8824062>
123. Wrobel NH, Farrag MF, Hymes RW. Acculturative stress and depression in an elderly Arabic sample. *J. Cross. Cult. Gerontol.* [Internet]. 2009 Sep [cited 2013 Jan 29];24(3):273–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19263207>
124. Shin KR. Psychosocial predictors of depressive symptoms in Korean-American women in New York City. *Women Health* [Internet]. 1994 Jan [cited 2013 Jan 29];21(1):73–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8030361>
125. Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A, Fons Marti M. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria* [Internet]. 2004 [cited 2013 Jan

- 27];34(9):106–9. Available from: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/depresion-ansiedad-inmigrantes-no-regularizados-13069042-cartas-investigacion-2004>
126. Pertñez Mena J, Viladàs Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Solé M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria* [Internet]. 2002 [cited 2013 Feb 3];29(1):6–13. Available from: http://www.elsevierinstituciones.com/ei/ctl_servlet?_f=1012&from_elsevier=1&i_d_articulo=13025579
 127. Cwikel J, Zilber N, Feinson M, Lerner Y. Prevalence and risk factors of threshold and sub-threshold psychiatric disorders in primary care. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* [Internet]. 2008 Mar [cited 2013 Jan 27];43(3):184–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18026679>
 128. Alderete E, Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S. Lifetime prevalence of and risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California. *Am. J. Public Health* [Internet]. 2000 Apr [cited 2013 Jan 27];90(4):608–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446194/>
 129. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop. Med. Int. Health* [Internet]. 1998 Dec [cited 2013 Jan 27];3(12):936–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9892278>
 130. Qureshi A, Collazos F, Ramos M, Casas M. Cultural competency training in psychiatry. *Eur. Psychiatry* [Internet]. 2008 Jan [cited 2013 Jan 29];23 Suppl 1:49–58. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18371580>
 131. Mata A, Pallarés J. Accés i ús dels recursos sanitaris per part de la població immigrant. Lleida; 2009 p. 102.
 132. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Rodríguez Arjona D, Lizana Alcazo T, Vázquez Navarrete ML. Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España - Editorial Elsevier. *Gac Sanit.* 2010;24(2):1–7.
 133. Martín Laso M. El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? *Aten. Primaria* [Internet]. 2001 Jun 30 [cited 2013 Jan 21];28(2):89–90. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2891367>
 134. Balluerka N, Gorostiaga A. La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: una perspectiva práctica. *Psicothema* [Internet]. 2007 [cited 2013 Jan 21];19(2002):124–33. Available from: <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8607>
 135. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav. Res. Ther.* [Internet]. 1995 Mar

[cited 2013 Sep 27];33(3):335–43. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726811>

136. Cole DA, Peeke LG, Martin JM, Truglio R, Seroczynski AD. A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *J. Consult. Clin. Psychol.* [Internet]. 1998 Jun [cited 2013 Sep 27];66(3):451–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9642883>
137. Naragon-Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychol. Bull.* [Internet]. 2010 Jan [cited 2013 Sep 27];136(1):128–50. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20063929>

En ciertos aspectos, cada hombre es como los demás hombres; como algunos; como
ninguno.

Clyde Kluokhohn, 1948

ANNEXOS

Un voyageur peut toujours revenir sur ses pas. Mais sur l'axe du temps, il n'y a pas de retour en arrière.

Vladimir Jankélévich.

ANNEX 1

ESTUDI DE PREVALENÇA DE SIMPTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EN LA POBLACIÓ IMMIGRADA.

INFLUÈNCIA DE L'ESTRÈS ACULTURATIU, DE LA XARXA SOCIAL, DELS FACTORS SOCIOECONÒMICS I DEMOGRÀFICS I DELS TRASTORNS D'ANSIETAT EN LA GÈNESI DE PATOLOGIA.

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Apreciado/a Sr/a,

Le ofrecemos la posibilidad de participar en la tesis doctoral ESTUDI DE PREVALENÇA DE SIMPTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EN LA POBLACIÓ IMMIGRADA. INFLUÈNCIA DE L'ESTRÈS ACULTURATIU, DE LA XARXA SOCIAL, DELS FACTORS SOCIOECONÒMICS I DEMOGRÀFICS I DELS TRASTORNS D'ANSIETAT EN LA GÈNESI DE PATOLOGIA. El principal objetivo de este estudio es observar la relación existente entre el estrés, la red social y el desarrollo de depresión entre las personas que han vivido un proceso migratorio.

Se acepta que la migración por sí misma no produce un incremento del riesgo de sufrir enfermedades mentales, sino que depende, al menos en parte, de las experiencias traumáticas sufridas durante el proceso migratorio. El apoyo social tiene su fuente en las redes sociales. Gracias a ellas el individuo mantiene su identidad social: recibe apoyo afectivo, ayuda material, emocional, información; adquiere nuevos contactos. El elevado nivel de estrés y la falta de apoyo social comporta un peor pronóstico en los individuos depresivos.

Se ha diseñado un estudio descriptivo transversal en el que se incluyen personas mayores de edad (>18 años) de ambos sexos y con nacionalidad diferente a la española. El estudio consistirá en la realización de una única entrevista personal en la que se recogen, por medio de diferentes cuestionarios, las variables del estudio.

Posteriormente a la corrección de los cuestionarios, y en caso de ser patológico uno o varios de ellos, se contactará con usted para indicarle los recursos adecuados, bien sea a través de su médico de atención primaria, el psiquiatra de referencia y/o la trabajadora social del centro.

La no aceptación a participar en el ensayo clínico NO influirá en el trato médico-enfermo, ni se producirá ningún perjuicio en la corrección de los cuestionarios. Por lo tanto pueden negarse o abandonar el estudio en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones.

Los datos registrados durante el estudio serán almacenados electrónicamente y en ningún caso se revelará su identidad. La explotación de los datos se realizará conjuntamente por los investigadores principales y por los técnicos de la Unitat de Suport a la Recerca del IDIAP, i se codificará las identidades de las personas participantes durante todo el proceso.

Para cualquier duda que le pudiera surgir o comentario que quisiera aportar, puede dirigirse a la Dra. Lourdes Franco, médico de familia en el centro UMED, en Cervera (973 534432), o bien a los técnicos de la Unitat de Suport a la Recerca del IDIAP (973 728293).

Dra. Lourdes Franco

ESTUDI DE PREVALENCIA DE SIMPTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EN LA POBLACIÓ IMMIGRADA.

INFLUÈNCIA DE L'ESTRÈS ACULTURATIU, DE LA XARXA SOCIAL, DELS FACTORS SOCIOECONÒMICS I DEMOGRÀFICS I DELS TRASTORNS D'ANSIETAT EN LA GÈNESI DE PATOLOGIA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

manifiesto que he sido informado/a sobre las directrices del estudio y sobre sus posibles beneficios y que la recolección de los datos es necesaria para cumplir los objetivos del proyecto de investigación con el fin de mejorar el abordaje clínico en atención primaria

.

También que he leído y entendido la hoja de información que se ha entregado.

He podido hacer las preguntas necesarias sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con el/la

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos posteriores

Presto libremente mi conformidad para participar en el ensayo.

Fecha:/...../.....

Firma:

Firma investigadora:

Els qui pateixen no són els cossos, sinó les persones.

Enric Cassell

VARIABLES SOBRE SALUT

Percepció de salut:

Com diria vostè que és la seva salut en general?

1. Molt bona
2. Bona
3. Regular
4. Dolenta
5. Molt dolenta

Problemes de salut en els últims sis mesos:

no sí Especificar-ne la patologia.....

Tabac: No Sí Abans de la migració? Sí No

Alcohol: No Sí Abans de la migració? Sí No

Altres drogues: No Sí Abans de la migració? Sí No

Nombre de visites realitzades al CAP en l'últim any

VARIABLES SOBRE DEPRESSIÓ

Antecedents familiars de patologia psiquiàtrica? No Sí – especificar-los

Antecedents personals de patologia psiquiàtrica? No Sí – especificar-los

Tractaments amb psicofàrmacs realitzats: No

Benzodiazepines Antidepressius Antipsicòtics

ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL

Señale con una cruz aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el **último año**.

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| *Muerte del cónyuge | <input type="checkbox"/> | préstamo hipotecario | <input type="checkbox"/> |
| *Divorcio | <input type="checkbox"/> | *Dormir menos de ocho horas | <input type="checkbox"/> |
| *Separación matrimonial | <input type="checkbox"/> | *Problemas con la familia política o hijos | <input type="checkbox"/> |
| *Encarcelación | <input type="checkbox"/> | *Problemas con el jefe | <input type="checkbox"/> |
| *Muerte de un familiar cercano | <input type="checkbox"/> | *Cambio en el horario o en las condiciones de trabajo | <input type="checkbox"/> |
| *Menopausia | <input type="checkbox"/> | *Cambio de residencia | <input type="checkbox"/> |
| *Lesión o enfermedad personal | <input type="checkbox"/> | *Alergia crónica | <input type="checkbox"/> |
| *Matrimonio | <input type="checkbox"/> | *Cambio de colegio | <input type="checkbox"/> |
| *Despido del trabajo | <input type="checkbox"/> | *Cambio de actividades de ocio | <input type="checkbox"/> |
| *Paro | <input type="checkbox"/> | *Cambio de actividad religiosa | <input type="checkbox"/> |
| *Reconciliación con la pareja | <input type="checkbox"/> | *Cambio de actividades sociales | <input type="checkbox"/> |
| *Jubilación | <input type="checkbox"/> | *Cambio de hábito de dormir | <input type="checkbox"/> |
| *Cambio de salud de un miembro de la familia | <input type="checkbox"/> | *Cambio en el número de reuniones familiares | <input type="checkbox"/> |
| *Drogadicción y/o alcoholismo | <input type="checkbox"/> | *Cambio de hábitos alimentarios | <input type="checkbox"/> |
| *Embarazo | <input type="checkbox"/> | *Síndrome pre-menstrual | <input type="checkbox"/> |
| *Dificultades o problemas sexuales | <input type="checkbox"/> | *Préstamo menor | <input type="checkbox"/> |
| *Incorporación de un nuevo miembro a la familia | <input type="checkbox"/> | *Vacaciones | <input type="checkbox"/> |
| *Reajuste de negocio | <input type="checkbox"/> | *Navidades / Fiesta del Cordero | <input type="checkbox"/> |
| *Cambio de situación económica | <input type="checkbox"/> | *Leves transgresiones de la ley | <input type="checkbox"/> |
| *Muerte de un amigo íntimo | <input type="checkbox"/> | | |
| *Cambio en el tipo de trabajo | <input type="checkbox"/> | | |
| *Mala relación con el cónyuge | <input type="checkbox"/> | | |
| *Trabajar más de 40 horas/semana | <input type="checkbox"/> | | |
| *Cambio de responsabilidad en el trabajo | <input type="checkbox"/> | | |
| *Hijo/a que deja el hogar | <input type="checkbox"/> | | |
| *Problemas legales | <input type="checkbox"/> | | |
| *Logro personal notable | | | |
| *La pareja comienza o deja de trabajar | <input type="checkbox"/> | | |
| *Comienzo o fin de la escolaridad | <input type="checkbox"/> | | |
| *Cambios en las condiciones de vida | <input type="checkbox"/> | | |
| *Cambios de hábitos personales | <input type="checkbox"/> | | |
| *Hipoteca o préstamo hipotecario | <input type="checkbox"/> | | |
| *Problemas con hipoteca o | | | |

ESCALA DE ESTRÉS DEL INMIGRANTE

Señale con una X su grado de acuerdo o desacuerdo en relación con las siguientes cuestiones:

	Total acuerdo	Moderado acuerdo	Moderado desacuerdo	Total desacuerdo
1. No me siento a gusto en este país.				
2. Desde que vivo aquí mi vida ha empeorado.				
3. Frecuentemente me siento tratado como un delincuente.				
4. La gente de aquí cree que los inmigrantes no tenemos derecho a las mismas ventajas sociales.				
5. Me arrepiento de haber dejado mi país.				
6. La gente de aquí nunca aceptaría a un inmigrante en su familia.				
7. No soporto el ritmo de vida que se lleva en este país.				
8. No estoy seguro de querer quedarme aquí.				
9. Me siento culpable por haber dejado a mi familia.				
10. La sociedad constantemente te recuerda que eres inmigrante.				
11. En este país, el inmigrante no tiene oportunidad de acceder a cargos de categoría.				
12. Para tener éxito aquí hay que renunciar a tu cultura.				
13. Siento que la gente, a menudo, no me incluye en sus actividades por pertenecer a otra cultura.				
14. Me siento molesto porque la gente de aquí no entiende mis valores culturales.				
15. No me siento aceptado por la gente de aquí.				
16. La gente desconfía de mí por ser inmigrante.				
17. Me tratan peor por mi apariencia.				
18. Me siento discriminado a la hora de acceder a una vivienda.				
19. Me siento presionado por la gente de este país a adoptar su modo de vida.				
20. Me siento observado cuando entro en una tienda porque sospechan que voy a robar algo.				
21. Me siento solo.				
22. No podré aguantar mucho tiempo en la				

situación en la que me encuentro.				
	Total acuerdo	Moderado acuerdo	Moderado desacuerdo	Total desacuerdo
23. Me preocupa no poder mantener a mi familia.				
24. Con frecuencia me siento tenso.				
25. Tengo dificultades económicas.				
26. Me preocupa mucho mi salud.				
27. Me siento muy mal cuando pienso en todo lo que dejé en mi país.				
28. Siento que la gente me observa cuando voy por la calle.				
29. Me siento fracasado.				
30. Encuentro muchas dificultades para solucionar mis problemas.				
31. Me preocupa haber implicado a otras personas en mi decisión de emigrar.				
32. Tengo demasiadas responsabilidades.				
33. No tengo una vivienda adecuada.				
34. Siento que he abandonado a mi familia.				
35. Desconfío de la gente de este país.				
36. Echo de menos a mi familia.				
37. Me preocupa no poder educar a mis hijos según mi cultura.				
38. Echo de menos el ambiente de mi pueblo.				
39. Tengo dificultades para practicar mi religión.				
40. Temo fracasar en este país.				
41. He sentido que mi cultura era despreciada.				
42. Siento que no pertenezco a esta sociedad.				

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo de que usted dispone.

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n° de amigos íntimos ¿Cuántos de ellos viven
y familiares cercanos en la misma ciudad que usted?

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando los necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que lo ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que lo lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que lo muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que lo informe y lo ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que lo abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que lo ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que lo aconseje de cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerlo sentirse querido	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO DUKE-UNC

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares.					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.					
5.- Recibo amor y afecto.					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.					
PUNTUACIÓN TOTAL					

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2. ¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
5. ¿Siente que su familia lo quiere?			

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

A continuación encontrará 21 apartados referentes a su estado de ánimo o situación actual. Redondee con un círculo la letra de cada apartado que indique mejor su situación actual.

- Marque solo una letra de cada apartado.
- No deje ningún apartado en blanco.

- A) No me siento triste.
B) Me siento triste.
C) Siempre me siento triste o afligido y no puedo evitarlo.
D) Me siento tan triste o afligido que no puedo soportarlo.
- A) No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
B) Me siento desanimado ante el futuro.
C) No hay nada que me haga ilusión.
D) Creo que las cosas no pueden mejorar y no tengo ninguna esperanza de futuro.
- A) No me siento fracasado.
B) Me siento más fracasado que la mayoría de la gente.
C) Cuando recuerdo mi pasado no veo más que fracasos.
D) Creo que soy un fracaso total como persona.
- A) Me siento tan satisfecho como antes.
B) Ya no me gustan tanto las cosas como antes.
C) Ya no me satisface nunca nada.
D) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- A) No me siento especialmente culpable.
B) A veces me siento culpable.
C) La mayor parte del tiempo me siento bastante culpable.
D) Continuamente me siento culpable.
- A) No me siento maltratado.
B) Tengo la sensación de que me pueden maltratar.
C) Creo que me maltratan.
D) Tengo la sensación de que me están maltratando.
- A) No me siento decepcionado conmigo mismo.
B) Estoy decepcionado conmigo mismo.
C) Estoy asqueado de mí mismo.
D) Me odio.
- A) No creo que sea peor que los demás.
B) Soy crítico conmigo mismo por mis debilidades o errores.
C) Me culpo continuamente por mis equivocaciones.
D) Me culpo continuamente de todo lo que va mal.
- A) No tengo pensamientos de matarme.
B) Tengo pensamientos de matarme.
C) Me gustaría matarme.
D) Me mataría si tuviera la posibilidad.

10. A) No lloro más de lo normal.
B) Lloro más que antes.
C) Ahora lloro siempre.
D) Antes acostumbraba a llorar, pero ahora ya no puedo aunque quiera.
11. A) No estoy más irritado que antes.
B) Me preocupo o me irrito más fácilmente que antes.
C) Me siento irritado continuamente.
D) Ya no me irritan en absoluto cosas que antes me irritaban.
12. A) No he perdido el interés por la gente.
B) Estoy menos interesado por la gente que antes.
C) He perdido gran parte del interés por la gente.
D) He perdido todo el interés por otras personas.
13. A) Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
B) Retraso las decisiones más que antes.
C) Me cuesta tomar las decisiones más que antes.
D) Ya no puedo tomar ninguna decisión nunca más.
14. A) No creo tenga un aspecto peor que antes.
B) Me preocupa tener un aspecto envejecido o poco atractivo.
C) Creo que hay cambios permanentes en mi apariencia que me dan un aspecto poco atractivo.
D) Creo que parezco feo.
15. A) Puedo trabajar tan bien como antes.
B) Me supone un esfuerzo extra empezar a hacer alguna cosa.
C) Tengo que esforzarme muchísimo para hacer cualquier cosa.
D) No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
16. A) Puedo dormir tan bien como antes.
B) No duermo tan bien como antes.
C) Me despierto una o dos horas más temprano que antes y no puedo volver a dormir.
D) Me despierto varias horas más temprano que antes y no puedo volver a dormir.
17. A) No me canso más que antes.
B) Me canso con más facilidad que antes.
C) Me canso al hacer casi cualquier cosa.
D) Estoy demasiado cansado para hacer algo.
18. A) No tengo menos hambre que antes.
B) No tengo tanta hambre como antes.
C) Actualmente tengo mucha menos hambre.
D) Ya no tengo hambre nunca.
19. A) No he perdido peso o casi nada últimamente.
B) He perdido más de 2,5 kg.
C) He perdido más de 5 kg.
D) He perdido más de 7 kg.
20. A) Mi salud no me preocupa más que antes.
B) Estoy preocupado por molestias físicas como dolores, o bien molestias gástricas, o bien estreñimiento.
C) Estoy muy preocupado por molestias físicas y me resulta difícil pensar en otras cosas.
D) Estoy tan preocupado por molestias físicas que no puedo pensar en nada más.
21. A) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
B) Estoy menos interesado por el sexo que antes.
C) Estoy bastante menos interesado por el sexo últimamente.
D) He perdido totalmente mi interés por el sexo.

STAI – E/R

Estado

Lea atentamente cada afirmación y señale la puntuación de 0 a 3 que indique cómo se **SIENTE AHORA MISMO**.

	<i>Nada</i>	<i>Algo</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>
1. Me siento calmado.	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Estoy tenso.	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoya gusto).	0	1	2	3
6. Me siento alterado.	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8. Me siento descansado.	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.	0	1	2	3
10. Me siento confortable.	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).	0	1	2	3
15. Estoy relajado.	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19. Me siento alegre.	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.	0	1	2	3

Rasgo

Lea atentamente cada afirmación y señale la puntuación de 0 a 3 que indique cómo se **SIENTE EN GENERAL**.

		<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Casi siempre</i>
21.	Me siento bien.	0	1	2	3
22.	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23.	Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24.	Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25.	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26.	Me siento descansado.	0	1	2	3
27.	Soy una persona tranquila, serena, y sosegada.	0	1	2	3
28.	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30.	Soy feliz.	0	1	2	3
31.	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32.	Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33.	Me siento seguro.	0	1	2	3
34.	No suelo afrontar las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35.	Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36.	Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38.	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39.	Soy una persona estable.	0	1	2	3
40.	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

La cultura es viu, s'experimenta i s'expressa.

ANNEX 3



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIO CLÍNICA

Gemma Rodríguez Palomar, secretària del Comitè Ètic d'Investigació Clínica del l'IDIAP Jordi Gol i Gurina.

Certifico:

Que aquest comitè, en la reunió del dia 27 de juliol del 2011, després d'avaluar per petició de la investigadora principal, Lourdes Franco, el projecte d'investigació (P10/82), titulat: Estrès Aculturatiu, Xarxa Social i Depressió en la Població Immigrada de la Comarca de la Segarra, considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, 4 d'agost del 2011.



Todos se hacen mayores y los años pasan. Algunos volverán, muchos se quedarán y otros nuevos
vendrán. *In shaa-lah!*

Adriana Kaplan

ANNEX 4

Prevalença dels factors socioeconòmics, demogràfics i de salut (descriptiva univariant)

		N	%
Sexe	<i>Dona</i>	60	53,6
	<i>Home</i>	52	46,4
Origen	<i>Amèrica llatina</i>	11	9,8
	<i>Europa de l'Est</i>	55	49,1
	<i>Àfrica del nord</i>	31	27,7
	<i>Àfrica subsahariana</i>	13	11,6
	<i>Europa occidental</i>	2	1,8
Motiu de migració	<i>D'altres</i>	7	6,25
	<i>Conflicte armat</i>	1	0,9
	<i>Econòmic</i>	64	57,14
	<i>Familiar</i>	17	15,17
	<i>Reagrupament</i>	23	20,54
Mobilitat dins del país	<i>Arribada directa</i>	67	59,82
	<i>Estada en altres ciutats</i>	45	40,18
Nivell d'estudis	<i>Sense estudis</i>	3	2,7
	<i>Primaris</i>	34	30,4
	<i>Secundaris</i>	57	50,9
	<i>Superiors</i>	18	16,1
Classe social segons l'ocupació en origen	<i>No s'especifica</i>	24	22,43
	<i>I</i>	6	5,60
	<i>II</i>	5	4,67
	<i>III</i>	18	16,82
	<i>IIIA</i>	12	11,21
	<i>IIIB</i>	3	2,80
	<i>IIIC</i>	3	2,80
	<i>IV</i>	42	39,25
	<i>IVA</i>	21	19,62
	<i>IVB</i>	21	19,62
	<i>V</i>	11	10,28
<i>VI</i>	1	0,93	
Classe social percebuda en origen	<i>Alta</i>	1	0,9
	<i>baixa</i>	7	6,3
	<i>Mitjana</i>	78	69,6
	<i>Mitjana-alta</i>	12	10,7
	<i>Mitjana-baixa</i>	14	12,5
Classe social en funció de l'ocupació en destí	<i>No s'especifica</i>	18	16,82
	<i>I</i>	7	6,54
	<i>II</i>	1	0,93
	<i>III</i>	5	4,67
	<i>IV</i>	49	45,79
	<i>IVA</i>	14	13,08
	<i>IVB</i>	35	32,71
	<i>V</i>	27	25,23
Situació laboral actual	<i>Actiu</i>	66	58,9
	<i>Atur</i>	39	34,8

	<i>Estudiant</i>	3	2,7
Classe social percebuda en destí	<i>Baixa</i>	21	18,8
	<i>Mitjana</i>	76	67,9
	<i>Mitjana-alta</i>	7	6,3
	<i>Mitjana-baixa</i>	8	7,1
Horari laboral	<i>D'altres</i>	28	25,93
	<i>Matí</i>	45	41,67
	<i>Nit</i>	18	16,67
	<i>Rotatiu</i>	8	7,41
	<i>Tarda</i>	9	8,33
Situació jurídica	<i>Permís de residència</i>	73	65,2
	<i>Permís laboral</i>	87	77,7
	<i>Nacionalitat</i>	9	8,0
Nivell de renda	<i><624 €</i>	47	42,0
	<i>624-1.248 €</i>	60	53,6
	<i>>1.248 €</i>	5	4,5
Estat civil	<i>Amb parella estable</i>	10	9,26
	<i>Casat/ada</i>	82	75,93
	<i>Separat/ada- divorciat/ada</i>	5	4,63
	<i>Solter/a</i>	10	9,26
	<i>Vidu/vídua</i>	1	0,93
Religió	<i>D'altres</i>	12	10,91
	<i>Catòlica</i>	20	18,18
	<i>Musulmana</i>	40	36,36
	<i>Ortodoxa</i>	38	35,55
Grau de seguiment de la doctrina	<i>Cap seguiment</i>	18	16,22
	<i>Poc seguiment</i>	21	18,92
	<i>Seguiment moderat</i>	45	40,54
	<i>Seguiment total</i>	27	24,32
Tipus d'habitatge	<i>Compartit</i>	6	5,4
	<i>Institucionalitzat</i>	1	0,9
	<i>Llogat</i>	78	70,3
	<i>Propi</i>	26	23,4
Presència de familiars	<i>Sí</i>	87	77,7
Freqüència de contacte	<i>> 1/setmana</i>	39	34,8
	<i>> 1/ mes</i>	22	19,6
	<i>< 1/mes</i>	2	1,8
	<i>Mensualment</i>	11	9,8
	<i>Setmanalment</i>	38	33,9
Compressió del castellà			
CE	<i>Nul·la</i>	1	0,9
	<i>Poca</i>	19	17,11
	<i>Mitja</i>	25	22,52
	<i>Molta</i>	66	59,46
CO	<i>Poca</i>	21	18,92
	<i>Mitja</i>	26	23,42
	<i>Molta</i>	64	57,66
EE	<i>Nul·la</i>	1	0,9
	<i>Poca</i>	23	20,72
	<i>Mitja</i>	28	25,2
	<i>Molta</i>	59	53,15
EO	<i>Nul·la</i>	1	0,9
	<i>Poca</i>	20	18,02

	<i>Mitja</i>	31	27,93
	<i>Molta</i>	59	53,15
Compressió del català			
CE	<i>Nul·la</i>	29	26,1
	<i>Poca</i>	34	30,63
	<i>Mitja</i>	17	15,32
	<i>Molta</i>	31	27,93
CO	<i>Nul·la</i>	27	24,55
	<i>Poca</i>	35	31,82
	<i>Mitja</i>	18	16,36
	<i>Molta</i>	30	27,27
EE	<i>Nul·la</i>	37	33,33
	<i>Poca</i>	41	36,94
	<i>Mitja</i>	16	14,41
	<i>Molta</i>	17	15,32
EO	<i>Nul·la</i>	36	32,43
	<i>Poca</i>	42	37,83
	<i>Mitja</i>	16	14,41
	<i>Molta</i>	17	15,32
Expectatives complides	<i>Gens</i>	38	34,55
	<i>Poc</i>	14	12,73
	<i>Regular</i>	33	30
	<i>Bastant</i>	14	12,73
	<i>Molt</i>	11	10
Percepció discriminació	<i>Gens</i>	74	66,67
	<i>Poc</i>	20	18,02
	<i>Regular</i>	9	8,11
	<i>Bastant</i>	5	4,5
	<i>Molt</i>	3	2,7
Percepció de salut	<i>Molt bona</i>	66	59,5
	<i>Bona</i>	4	3,6
	<i>Regular</i>	13	11,7
	<i>Dolenta</i>	1	0,9
	<i>Molt dolenta</i>	27	24,3
Problemes de salut		43	38,7
Tòxics	<i>Tabac en destí</i>	35	31,5
	<i>Tabac en origen</i>	39	35,1
	<i>Alcohol en destí</i>	18	16,2
	<i>Alcohol en origen</i>	17	15,3
	<i>Altres drogues en origen</i>	0	0,0
	<i>Altres drogues en destí</i>	0	0,0
Antecedents familiars de patologia psiquiàtrica	<i>No</i>	107	96,4
	<i>Sí</i>	4	3,6
Antecedents personals de patologia psiquiàtrica	<i>Sí</i>	95	85,6
	<i>No</i>	16	14,4
Antecedents de tractament psicofàrmacs	<i>No</i>	103	92,8
	<i>Benzodiazepines</i>	2	1,8
	<i>Antidepressius</i>	5	4,5
	<i>Antipsicòtics</i>	1	0,9
	M		DT
Edat (anys)		36,11	8,86

Temps de residència a Espanya (anys)		6,51	3,97
Nombre de visites al CAP els últims sis mesos		2,03	1,54

N: nombre d'individus de cada categoria; **%:** percentatge corresponent a N; **CE:** compressió escrita; **CO:** compressió oral; **EE:** expressió escrita; **EO:** expressió oral; **M:** mitjana; **DT:** desviació típica.

Descripció de les respostes obtingudes en el qüestionari Beck

	N	%
1.		
No em sento trist.	78	72,2%
Em sento trist.	23	21,3%
Sempre em sento trist o afligit i no puc evitar-ho.	6	5,6%
Em sento tan trist o afligit que no puc suportar-ho.	1	0,9%
2.		
No em sento especialment desanimat davant el futur.	65	60,2%
Em sento desanimat davant el futur.	26	24,1%
No hi ha res que em faci il·lusió.	7	6,5%
Crec que les coses no poden millorar i no tinc cap esperança de futur.	10	9,3%
3.		
No em sento fracassat.	86	79,6%
Em sento més fracassat que la majoria de la gent.	8	7,4%
Quan recordo el meu passat no veig res més que fracassos.	12	11,1%
Crec que sóc un fracàs total com a persona.	2	1,9%
4.		
Em sento tan satisfet com abans.	61	56,5%
Ja no m'agraden tant les coses com abans.	34	31,5%
Ja mai no em satisfà res.	4	3,7%
Estic insatisfet o avorrit de tot.	9	8,3%
5.		
No em sento especialment culpable.	65	60,2%
A vegades em sento culpable.	35	32,4%
La major part del temps em sento bastant culpable.	5	4,6%
Contínuament em sento culpable.	3	2,8%
6.		
No em sento maltractat.	94	87,0%
Tinc la sensació que em poden maltractar.	7	6,5%
Crec que em maltracten.	2	1,9%
Tinc la sensació que m'estan maltractant.	5	4,6%
7.		
No em sento decebut amb mi mateix.	87	80,6%

	N	%
Estic decebut amb mi mateix.	19	17,6%
Estic fastiguejat de mi mateix.	2	1,9%
M'odio.	0	0,0%
8.		
No crec que sigui pitjor que els altres.	79	73,2%
Sóc crític amb mi mateix per les meves debilitats o els meus errors.	19	17,6%
Em culpo contínuament per les meves equivocacions.	6	5,6%
Em culpo contínuament de tot el que va malament.	4	3,7%
9.		
No tinc pensaments de matar-me.	103	95,4%
Tinc pensaments de matar-me.	1	0,9%
M'agradaria matar-me.	2	1,9%
Em mataria si tingués la possibilitat.	2	1,9%
10.		
No ploro més del que és normal.	82	75,9%
Ploro més que abans.	13	12,0%
Ara ploro sempre.	2	1,9%
Abans acostumava a plorar, però ara ja no puc encara que ho vulgui.	11	10,2%
11.		
No estic més irritat que abans.	66	61,1%
Em preocupo o m'irrito més fàcilment que abans.	29	26,9%
Em sento irritat contínuament.	3	2,8%
Ja no m'irriten en absolut coses que abans m'irritaven.	10	9,3%
12.		
No he perdut l'interès per la gent.	77	71,3%
Estic menys interessat per la gent que abans.	22	20,4%
He perdut gran part de l'interès per la gent.	5	4,7%
He perdut tot l'interès per altres persones.	4	3,7%
13.		
Prenc decisions tan bé com sempre.	67	62,0%
Retardo les decisions més que abans.	21	19,4%
Em costa més que abans prendre decisions.	16	14,8%
Ja no puc prendre cap decisió mai més.	4	3,7%
14.		
No crec que tingui un aspecte pitjor que abans.	86	79,6%
Em preocupa tenir un aspecte envellit o poc atractiu.	14	13,0%
Creo que hi ha canvis aparents en la meua imatge que em donen un aspecte poc atractiu.	7	6,5%
Creo que semblo lleig.	1	0,9%

	N	%
15.		
Puc treballar tan bé com abans.	81	75,0%
Em suposa un esforç extra començar a fer alguna cosa.	20	18,5%
He d'esforçar-me moltíssim per fer qualsevol cosa.	6	5,6%
No puc fer cap tipus de treball.	1	0,9%
16.		
Puc dormir tan bé com abans.	54	50,0%
No dormo tan bé com abans.	44	40,7%
Em desperto una o dues hores més aviat que abans i no puc tornar a dormir.	6	5,6%
Em desperto diverses hores més aviat que abans i no puc tornar a dormir.	4	3,7%
17.		
No em canso més que abans.	55	50,9%
Em canso amb més facilitat que abans.	44	40,7%
Em canso en fer gairebé qualsevol cosa.	6	5,6%
Estic massa cansat per fer alguna cosa.	3	2,8%
18.		
No tinc menys gana que abans.	78	72,2%
No tinc tanta gana com abans.	16	14,8%
Actualment tinc molta menys gana.	9	8,3%
Ja no tinc mai gana.	5	4,6%
19.		
No he perdut pes o gairebé gens últimament.	79	73,2%
He perdut més de 2,5 kg.	18	16,7%
He perdut més de 5 kg.	6	5,6%
He perdut més de 7 kg.	5	4,6%
20.		
La meua salut no em preocupa més que abans.	64	59,3%
Estic preocupat per molèsties físiques com dolors, o bé molèsties gàstriques, o bé estrenyiment.	37	34,3%
Estic molt preocupat per molèsties físiques i em resulta difícil pensar en altres coses.	5	4,6%
Estic tant preocupat per molèsties físiques que no puc pensar en res més.	2	1,9%
21.		
No he notat cap canvi recent en el meu interès pel sexe.	77	71,3%
Estic menys interessat pel sexe que abans.	23	21,3%
Estic bastant menys interessat pel sexe últimament.	5	4,6%
He perdut totalment l'interès pel sexe.	3	2,8%

Anàlisi comparativa post hoc dos a dos entre les diferents zones d'origen i el resultat del BDI

Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Zona geográfica * Depressió BECK	107	94,7%	6	5,3%	113	100,0%

Tabla de contingencia Zona geográfica * Depressió BECK

			Depressió BECK		Total
			Normal	Moderada - Greu	
Zona geográfica	Magreb	Recuento	18	11	29
		% dentro de Zona geográfica	62,1%	37,9%	100,0%
		% dentro de Depressió BECK	23,1%	37,9%	27,1%
	Europa del est	Recuento	43	9	52
		% dentro de Zona geográfica	82,7%	17,3%	100,0%
		% dentro de Depressió BECK	55,1%	31,0%	48,6%
	Àfrica negra	Recuento	9	4	13
		% dentro de Zona geográfica	69,2%	30,8%	100,0%
		% dentro de Depressió BECK	11,5%	13,8%	12,1%
	Sudamèrica	Recuento	8	5	13
		% dentro de Zona geográfica	61,5%	38,5%	100,0%
		% dentro de Depressió BECK	10,3%	17,2%	12,1%
Total	Recuento	78	29	107	
	% dentro de Zona geográfica	72,9%	27,1%	100,0%	
	% dentro de Depressió BECK	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,184 ^a	3	,159
Razón de verosimilitudes	5,252	3	,154
Asociación lineal por lineal	,005	1	,946
N de casos válidos	107		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,52.

Estimación de riesgo

	Valor
Razón de las ventajas para Zona geográfica (Magreb / Europa del est)	^a

a. No se puede calcular el estadístico de Estimación del riesgo. Sólo se calcula para tablas 2*2 sin casillas vacías.

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Zona geográfica * Depressió BECK	81	98,8%	1	1,2%	82	100,0%

Tabla de contingencia Zona geográfica * Depressió BECK

			Depressió BECK		Total
			Normal	Moderada - Greu	
Zona geográfica	Magreb	Recuento	18	11	29
		% dentro de Zona geográfica	62,1%	37,9%	100,0%
		% dentro de Depressió BECK	29,5%	55,0%	35,8%
	Europa del est	Recuento	43	9	52
		% dentro de Zona geográfica	82,7%	17,3%	100,0%
		% dentro de Depressió BECK	70,5%	45,0%	64,2%
Total	Recuento	61	20	81	
	% dentro de Zona geográfica	75,3%	24,7%	100,0%	
	% dentro de Depressió BECK	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,258 ^a	1	,039		
Corrección por continuidad ^b	3,222	1	,073		
Razón de verosimilitudes	4,133	1	,042		
Estadístico exacto de Fisher				,059	,038
Asociación lineal por lineal	4,206	1	,040		
N de casos válidos	81				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,16.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Zona geográfica (Magreb / Europa del est)	,342	,121	,968
Para la cohorte Depressió BECK = Normal	,751	,550	1,024
Para la cohorte Depressió BECK = Moderada - Greu	2,192	1,030	4,662
N de casos válidos	81		

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Zona geográfica * Depressió BECK	65	98,5%	1	1,5%	66	100,0%

Tabla de contingencia Zona geográfica * Depressió BECK

			Depressió BECK		Total
			Normal	Moderada - Greu	
Zona geográfica	Europa del est	Recuento	43	9	52
		% dentro de Zona geográfica	82,7%	17,3%	100,0%
		% dentro de Depressió BECK	82,7%	69,2%	80,0%
	África negra	Recuento	9	4	13
		% dentro de Zona geográfica	69,2%	30,8%	100,0%
		% dentro de Depressió BECK	17,3%	30,8%	20,0%
Total		Recuento	52	13	65
		% dentro de Zona geográfica	80,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de Depressió BECK	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,178 ^a	1	,278		
Corrección por continuidad ^b	,487	1	,485		
Razón de verosimilitudes	1,088	1	,297		
Estadístico exacto de Fisher				,274	,235
Asociación lineal por lineal	1,160	1	,282		
N de casos válidos	65				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,60.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Zona geográfica (Europa del est / África negra)	2,123	,534	8,437
Para la cohorte Depressió BECK = Normal	1,194	,814	1,752
Para la cohorte Depressió BECK = Moderada – Greu	,563	,205	1,543
N de casos válidos	65		

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Zona geográfica * Depressió BECK	65	98,5%	1	1,5%	66	100,0%

Tabla de contingencia Zona geográfica * Depressió BECK

			Depressió BECK		Total
			Normal	Moderada - Greu	
Zona geográfica	Europa del est	Recuento	43	9	52
		% dentro de Zona geográfica	82,7%	17,3%	100,0%
		% dentro de Depressió BECK	84,3%	64,3%	80,0%
	Sudamérica	Recuento	8	5	13
		% dentro de Zona geográfica	61,5%	38,5%	100,0%
		% dentro de Depressió BECK	15,7%	35,7%	20,0%
Total	Recuento	51	14	65	
	% dentro de Zona geográfica	78,5%	21,5%	100,0%	
	% dentro de Depressió BECK	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,754 ^a	1	,097		
Corrección por continuidad ^b	1,644	1	,200		
Razón de verosimilitudes	2,491	1	,114		
Estadístico exacto de Fisher				,132	,103
Asociación lineal por lineal	2,711	1	,100		
N de casos válidos	65				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,80.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Zona geográfica (Europa del este / Sudamérica)	2,986	,791	11,273
Para la cohorte Depressió BECK = Normal	1,344	,859	2,102
Para la cohorte Depressió BECK = Moderada - Greu	,450	,181	1,117
N de casos válidos	65		

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Zona geográfica * Depressió BECK	26	100,0%	0	0,0%	26	100,0%

Tabla de contingencia Zona geográfica * Depressió BECK

			Depressió BECK		Total
			Normal	Moderada - Greu	
Zona geográfica	Àfrica negra	Recuento	9	4	13
		% dentro de Zona geográfica	69,2%	30,8%	100,0%
		% dentro de Depressió BECK	52,9%	44,4%	50,0%
	Sudamérica	Recuento	8	5	13
		% dentro de Zona geográfica	61,5%	38,5%	100,0%
		% dentro de Depressió BECK	47,1%	55,6%	50,0%
Total	Recuento	17	9	26	
	% dentro de Zona geográfica	65,4%	34,6%	100,0%	
	% dentro de Depressió BECK	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,170 ^a	1	,680		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,170	1	,680		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,500

Asociación lineal por lineal	,163	1	,686	
N de casos válidos	26			

- a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,50.
- b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Zona geográfica (África negra / Sudamérica)	1,406	,277	7,131
Para la cohorte Depressió BECK = Normal	1,125	,641	1,974
Para la cohorte Depressió BECK = Moderada - Greu	,800	,275	2,324
N de casos válidos	26		

ANOVA DE UN FACTOR

Descriptivos

Beck (punts)

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al		Mínimo	Máximo
					95%			
					Límite inferior	Límite superior		
Magreb	29	11,07	9,153	1,700	7,59	14,55	0	34
Europa del est	52	7,62	6,777	,940	5,73	9,50	0	30
África negra	13	10,77	10,521	2,918	4,41	17,13	0	35
Sudamérica	13	8,92	9,734	2,700	3,04	14,81	0	26
Total	107	9,09	8,365	,809	7,49	10,70	0	35

ANOVA de un factor

Beck (punts)

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	263,665	3	87,888	1,265	,290
Intra-grupos	7153,401	103	69,450		
Total	7417,065	106			

Pruebas *post hoc*

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Beck (punts)

	(I) Zona geográfica	(J) Zona geográfica	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HSD de Tukey	Magreb	Europa del est	3,454	1,931	,285	-1,59	8,50
		Àfrica negra	,300	2,782	1,000	-6,96	7,56
	Europa del est	Sudamèrica	2,146	2,782	,867	-5,12	9,41
		Magreb	-3,454	1,931	,285	-8,50	1,59
		Àfrica negra	-3,154	2,584	,615	-9,90	3,59

Scheffé		Sudamèrica	-1,308	2,584	,957	-8,06	5,44
		Magreb	-,300	2,782	1,000	-7,56	6,96
	Àfrica negra	Europa del est	3,154	2,584	,615	-3,59	9,90
		Sudamèrica	1,846	3,269	,942	-6,69	10,38
		Magreb	-2,146	2,782	,867	-9,41	5,12
	Sudamèrica	Europa del est	1,308	2,584	,957	-5,44	8,06
		Àfrica negra	-1,846	3,269	,942	-10,38	6,69
		Europa del est	3,454	1,931	,367	-2,04	8,94
	Magreb	Àfrica negra	,300	2,782	1,000	-7,61	8,21
		Sudamèrica	2,146	2,782	,897	-5,76	10,05
		Magreb	-3,454	1,931	,367	-8,94	2,04
	Europa del est	Àfrica negra	-3,154	2,584	,686	-10,50	4,19
		Sudamèrica	-1,308	2,584	,968	-8,65	6,04
		Magreb	-,300	2,782	1,000	-8,21	7,61
	Àfrica negra	Europa del est	3,154	2,584	,686	-4,19	10,50
		Sudamèrica	1,846	3,269	,956	-7,44	11,14
		Magreb	-2,146	2,782	,897	-10,05	5,76
	Sudamèrica	Europa del est	1,308	2,584	,968	-6,04	8,65
	Àfrica negra	-1,846	3,269	,956	-11,14	7,44	

Subconjuntos homogéneos

Beck (punts)			
	Zona geogràfica	N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey ^{a,b}	Europa del est	52	7,62
	Sudamèrica	13	8,92
	Àfrica negra	13	10,77
	Magreb	29	11,07
	Sig.		,574
Scheffé ^{a,b}	Europa del est	52	7,62
	Sudamèrica	13	8,92
	Àfrica negra	13	10,77
	Magreb	29	11,07
	Sig.		,648

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 19,272.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Resultados de la clasificación ^{a,c}					
		Depressió BECK	Grupo de pertenencia pronosticado		Total
			Normal	Moderada - Greu	
Original	Recuento	Normal	69	9	78
		Moderada - Greu	5	24	29
	%	Normal	88,5	11,5	100,0
		Moderada - Greu	17,2	82,8	100,0
Validación cruzada ^b	Recuento	Normal	66	12	78
		Moderada - Greu	14	15	29
	%	Normal	84,6	15,4	100,0
		Moderada - Greu	48,3	51,7	100,0

a. Clasificados correctamente el 86,9% de los casos agrupados originales.

b. La validación cruzada sólo se aplica a los casos del análisis. En la validación cruzada, cada caso se clasifica mediante las funciones derivadas a partir del resto de los casos.

c. Clasificados correctamente el 75,7% de los casos agrupados validados mediante validación cruzada.

Resultats SPSS de l'anàlisi discriminant

Matriz de estructura

	Función
	1
suma_rasgo	,597
Estrés aculturativo: Choque cultural	,473
suma_estado	,438
Estrés aculturativo: Estrés cultural general	,429
suma_apgar	-,392
DISCRIMINAC	,356
APERSONALS	,349
suma_mos	-,342
Estrés aculturativo: Discriminación percibida	,326
Estrés aculturativo: Nostalgia	,310
suma_duke	-,236
laboral_dico	,222
Renta	-,189
europa_este	,189
Motiu_dico_2	-,174
edat	-,164
magreb	-,139
suma_reajust	,134
sudamerica ^a	-,079
sexe	,077
africa	-,034

Correlaciones intra-grupo combinadas entre las variables discriminantes y las funciones discriminantes canónicas tipificadas

Variables ordenadas por el tamaño de la correlación con la función.

a. Esta variable no se emplea en el análisis.