

## Salud mental en un colectivo de emigrantes en Palma de Mallorca

I. Flórez, I. Aguirre, O. Ibarra

### Introducción

En el mundo se cuentan alrededor de 20 millones de trabajadores emigrados, en su mayoría procedentes de países con escasos recursos. En los últimos años está llegando a España un elevado número de inmigrantes, procedentes de diferentes culturas. Así, mientras que en el censo del 1981 los extranjeros constituían el 0,62 del total de la población, en el 91 pasaban a 0,95% y en el 2007 en Baleares el 16% de los residentes (166.936)<sup>1</sup>.

La vida en un país extranjero implica grandes riesgos, algunos de los cuales pueden tener un efecto perjudicial sobre la salud mental. Se produce un cambio que afecta a todos los aspectos de la vida: perspectivas profesionales presentes y futuras, cambios sociales, culturales, financieros, separación de la familia y de los amigos, etc.

Los estudios epidemiológicos sobre relaciones entre la migración y la salud mental se iniciaron en USA y en Escandinavia. Ya en 1932 Odegaard<sup>2</sup> comprobó que entre 1889 y 1929 los ingresos psiquiátricos fueron más frecuentes entre los noruegos inmigrados a EEUU que entre los que permanecieron en su país natal. Este tipo de estudios, que analiza la mayor tasa de ingresos en población emigrante respecto a la autóctona, se ha replicado en diversos países con resultados similares.<sup>3,4</sup>

Muchas teorías han intentado relacionar los trastornos mentales que pueden aparecer en emigrantes con el proceso de la emigración. Mientras la **“teoría de la selección social”** (Odegaard, 1945) atribuye el hecho de que se produzcan problemas de salud mental a la predisposición del individuo, la **“teoría de causa social”** (Eitinger, 1959)<sup>5</sup> lo relaciona únicamente con el estrés externo. Ninguna de estas dos teorías puede mantenerse de forma aislada; así en 1974 Goldlust & Richmond desarrollan el **“modelo multivariado”**<sup>6</sup>, desde el que surgen investigaciones que intentan analizar la importancia de los factores

preinmigración, características demográficas del individuo y factores postinmigración en la nueva sociedad<sup>7,8,9,10,11</sup>

Por todo ello, hemos diseñado el presente estudio en el que pretendemos conocer la prevalencia de probables casos psiquiátricos entre emigrantes residentes en un albergue de la isla de Mallorca y determinar si existe asociación con factores demográficos, socioeconómicos y nivel de integración.

### Material y método

El estudio que hemos diseñado es descriptivo, transversal, de prevalencia. Hemos estudiado 82 emigrantes, residentes en un albergue de Palma de Mallorca, durante un periodo de cuatro meses. La técnica de muestreo utilizada es no probabilística, con inclusión consecutiva de casos (se incluyen todos los sujetos que cumplen los criterios de inclusión a medida que llegan al albergue).

Los criterios de inclusión fueron: ser emigrante extranjero no procedente de la Unión Europea o EEUU y residir en España durante un tiempo inferior a 5 años.

La población diana se caracterizaba por un nivel económico bajo, sin recursos de alojamiento, con una relativa corta estancia en España y en muchas ocasiones en situación de ilegalidad. El cuestionario utilizado para el estudio ha sido el General Health Questionnaire (GHQ-28). Este cuestionario fue desarrollado por Goldberg<sup>12</sup> como método de identificación de casos psiquiátricos no psicóticos en la práctica clínica general y en la comunidad. Su primera versión consta de 60 ítems, habiéndose desarrollado con posterioridad versiones más reducidas que incluyen 30, 28 y 12 ítems. Se debe considerar el GHQ como un cuestionario de screening, que no establece un diagnóstico clínico. En este estudio elegimos la versión de 28 ítems por estar adaptada en España y porque con similares características de validez y poder discriminativo que el GHQ-60 ítems, representa una ventaja por su brevedad.

- Dpto. Psiquiatría. Hospital Universitario Son Dureta

Otra ventaja que aporta el GHQ-28 es que tiene 4 subescalas para síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión.

La forma de puntuación del GHQ para identificar casos es el "método GHQ", que puntúa 0-0-1-1 cada ítem y finalmente da una puntuación global. Por una parte nos va a permitir diferenciar probables casos de no casos, habiendo seleccionado el punto de corte de 4/5 (de esta forma considerábamos probables casos a los que tenían una puntuación igual o mayor a 5). En el estudio de validación del GHQ 28 en población general urbana de Madrid (Muñoz y cols.)<sup>13</sup> se obtuvo una sensibilidad de 82% y una especificidad de 70% para dicho punto de corte. Por otra parte, también posibilita trabajar con los valores obtenidos de una manera cuantitativa, lo cual permite comparar las medias de las puntuaciones de GHQ obtenidas.

El GHQ ha sido empleado en 38 idiomas y se han publicado más de 50 estudios de validez, lo que lo convierte en un instrumento adecuado para estudiar poblaciones de diferentes culturas.

Hemos elaborado un cuestionario sociodemográfico, que recoge las variables más relacionadas en estudios previos con el desarrollo de patología mental durante el proceso de la emigración. Dichas variables son 1.-sexo, 2.-edad, 3.-país de procedencia (se han agrupado en 4 categorías: magrebíes, subsaharianos, latinoamericanos, y países del este); 4.-tiempo de emigración; 5.-estado civil; 6.-número de hijos; 7.-número de familiares en España; 8.-religión y posibilidad de practicarla; 9.-nivel de estudios; 10.-situación laboral; 11.-categoría profesional; 12.-permiso de residencia; 13.-sentimiento de discriminación; 14.-tiempos de ocio compartido con personas de su mismo país, o con españoles.

Todas las encuestas van precedidas de una carta de presentación en la que se justifica el estudio, y se les informa del anonimato del cuestionario. Los datos se obtienen a través de entrevista personal, realizada por un psiquiatra o un residente de psiquiatría, disponiendo de cuestionarios en castellano, francés e inglés.

Para determinar el tamaño de la muestra nos apoyamos en los datos que obtuvimos en un estudio piloto previo en el que analizamos los resultados cuantitativos del GHQ, que fueron media: 6.26, desviación típica: 4.49 y error Estándar de la media: 0.71. Para un nivel de confianza deseado de 95%, vamos a necesitar una muestra de 82 emigrantes.

En el análisis pretendimos conocer:

**\*\* la prevalencia y sus intervalos de confianza** de probable caso psiquiátrico en la población estudiada a través de los datos cualitativos (caso/ no caso) del GHQ

**\*\* la prevalencia en distintos subgrupos poblacionales** definidos en función de las variables.

**\*\* si la puntuación del GHQ sigue una distribución normal o no**, mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov.

**\*\* con los datos cuantitativos del GHQ su media, varianza, desviación estándar y coeficiente de variación.**

**\*\* si hay asociación estadística o no entre las variables independientes y el ser probable caso psiquiátrico**, utilizando para variables cualitativas el **chi cuadrado** y en el caso de las cuantitativas si hay distribución normal **análisis de varianza** y si no hay distribución normal pruebas no paramétricas: el test de **Mann-Whitney** para dos variables y el **Kruskal-Wallis** para más de dos variables.

El análisis estadístico se hizo con el programa estadístico SPSS.

## Resultados

La población de nuestro estudio se caracteriza por un nivel socioeconómico bajo, sin recursos de alojamiento, y con una relativa corta estancia en España (media de 17.3 meses, con sm de 1,63).

De los 82 sujetos estudiados, el 19.5% eran mujeres y el 80,5% hombres, con edad media de 30,21 años, estando solteros un 56%, casados un 39% y separados un 4%. La media del número de hijos era de 0,82.

En cuanto al nivel de estudios sólo un 3,65% no sabía leer o escribir, y un 35,3% tenían estudios primarios; el resto tenía bachillerato o estudios superiores. Un 67% trabajaban (46,3% asegurado y 20.7 sin asegurar). Sólo el 54,8% disponía del permiso de residencia.

Respecto al país de origen predominaban el grupo de magrebíes y subsaharianos.

	DISCRIMINADO	NO DISCRIMIN.	TOTAL
MAGREBES	10 (41.66%)	14	24
SUBSAHARIANOS	15 (62.5%)	9	24
LATINOAMERIC.	10 (50%)	10	20
PAISES ESTE	2 (14.2%)	12	14

Tabla 1

Observamos diferencias estadísticamente significativas en relación al sentimiento de discriminación en los diversos grupos. En la población de los subsaharianos aparece con mayor frecuencia la sensación de rechazo. (Chi cuadrado 9,397, P<0.05) (Tabla 1)

Pasando ya a la descripción de los resultados del análisis cualitativo del GHQ, encontramos una prevalencia de probable caso psiquiátrico del 50% (38,84-61,15, P<0.05).

Aunque la prevalencia del GHQ + era mayor en mujeres que en hombres, con una Razón de prevalencia de 1.49, la diferencia y por consiguiente el desajuste entre las distribuciones experimentales y teórica no es estadísticamente significativo. Entre los diversos subgrupos analizados en función de las variables estudiadas (edad, estado civil, situación laboral, país de origen, nivel de estudios, discriminación), tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 2 y Figuras 1,2 y 3).

Analizando los resultados del GHQ desde un punto de vista cuantitativo obtenemos que la media de GHQ es 6.012 (4,80-7,22) y los resultados en las subescalas son: síntomas somáticos 1.7, ansiedad 2.45, disfunción social 1.09 y depresión 0.73 .

Analizando los resultados según las variables únicamente hay diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del GHQ según sexo, lugar de procedencia y nivel de estudios.

### Discusión

Si establecemos comparaciones con los estudios que han utilizado el GHQ en población general, constatamos que las cifras del presente estudio son superiores, reconociendo a este colectivo como de alto riesgo para desarrollar patología mental. Destacamos los resultados obtenidos por Goldberg, que estimó la

### PAÍS DE ORIGEN

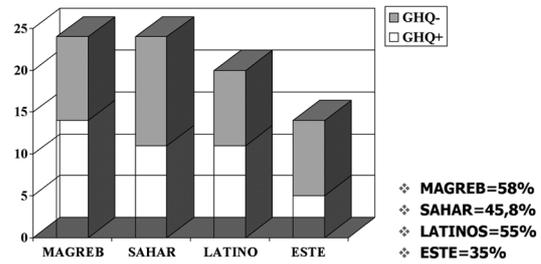


Gráfico 1

### NIVEL ESTUDIOS

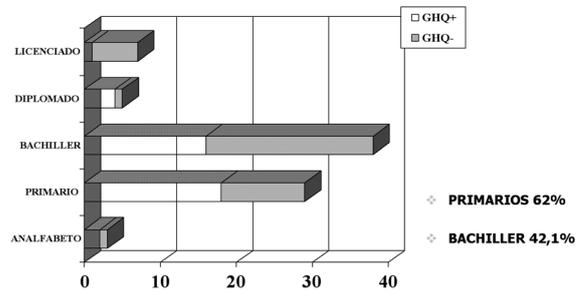


Gráfico 2

### DISCRIMINACIÓN

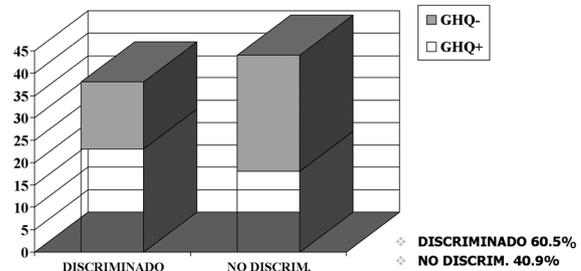


Gráfico 3

prevalencia entre 0.09 y 0.20,<sup>14</sup> Vázquez-Barquero en población general de Cantabria<sup>15,16</sup> 0.18. y Roca en Formentera 0.19<sup>17</sup>.

La existencia de mayor puntuación en el GHQ se refleja no únicamente cuando analizamos los datos de una manera cualitativa (caso/no caso), sino también cuando lo hacemos de manera cuantitativa.

La media de GHQ de 6,012 (4,8-7,22) es superior a otros estudios: Así Cox (18) en una muestra de 6498 individuos mayores de 18 años de las Islas Británicas, al pasarles el GHQ 30 encuentra una media de 4,02.

	<u>GHO+</u>	<u>GHO-</u>	<u>PREVALENCIA</u>	<u>SIGNIFICACIÓN</u>
<b>SEXO</b>				
<b>MUJERES</b>	11	5	68%	<b><u>P:0.095</u></b>
<b>HOMBRES</b>	30	36	45,4%	
<b>EDAD</b>				
<b>18-24a.</b>	12	10	54%	
<b>25-29a.</b>	12	11	52,1%	
<b>30-34a.</b>	5	8	38,4%	<b><u>P:0.922</u></b>
<b>35-39a.</b>	6	6	50%	
<b>&gt;40a</b>	6	6	50%	
<b>E. CIVIL</b>				
<b>SOLTEROS</b>	26	20	56,5%	
<b>CASADOS</b>	14	18	43,7%	<b><u>P:0.479</u></b>
<b>SEPARADOS</b>	1	13	25%	
<b>S. LABORAL</b>				
<b>NO TRABAJA</b>	13	14	48,1%	
<b>ASEGURADO</b>	20	18	52,6%	<b><u>P.0.725</u></b>
<b>SIN SEGURO</b>	8	9	47%	

Tabla 2

De ello podemos deducir que no solamente supone que nuestra población tenga mayor riesgo de ser caso psiquiátrico, sino que tiene un mayor número de síntomas psíquicos.

Los resultados de las medias de las subescalas también reflejan el alto malestar psíquico encontrado. La comparación de nuestros datos con los que se encontraron en el estudio epidemiológico de Formentera (Tabla 3) permite observar las diferencias, destacando que aunque en todas las subescalas nuestras cifras duplican las del citado estudio, la subescala de ansiedad es la que tiene un mayor predominio.

Al igual que en otros estudios de emigrantes, encontramos una mayor prevalencia de malestar psíquico en las mujeres que en los hombres (razón de prevalencia 1,49). Aunque no se puede determinar diferencias estadísticamente significativas en el análisis cualitativo, si que se encuentran en el cuantitati-

	<i>Estudio Formentera</i>	<i>Estudio Emigrantes</i>
<b>A: Síntomas somáticos</b>	0,8	1,7
<b>B: Ansiedad</b>	1	2,45
<b>C: Disfunción social</b>	0,5	1.09
<b>D: Depresión</b>	0,3	0,73

Tabla 3

vo, determinándose que en las mujeres hay mayor número de síntomas psíquicos que en los hombres.

Se aprecian las cifras más altas en menores de 30, para declinar entre 30 y 35, y volver a subir posteriormente. Esta distribución coincide con el estudio de Formentera.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del GHQ según la procedencia, siendo más alta en magrebíes.

Teniendo en cuenta que los subsaharianos son los que se sienten más discriminados (p-valor de 0,024) y por el contrario tienen puntuaciones bajas del GHQ, podemos hipotetizar que hay otras variables implicadas en las diversas subpoblaciones: expectativas de la migración, nivel de estudios, discrepancias entre cualificación y actividad laboral...

Sí aparecen diferencias significativas en la puntuación del GHQ según el nivel de estudios. A mayor nivel de estudios menores puntuaciones en el GHQ. La situación laboral no parece afectar las puntuaciones, en contra de lo que se podría prever.

Queremos resaltar que en futuras investigaciones con emigrantes creemos importante estudiar poblaciones con mayor representación de diversos niveles sociales, utilizar instrumentos que puedan discriminar síntomas psicóticos y trastornos de personalidad y que puedan estar al alcance de la comprensión de personas con bajo nivel cultural.

### Bibliografía

- 1.-Boletín estadístico de extranjería e inmigración. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. 15, 2008
- 2.-Odegaard, O. The distribution of mental diseases in Norway. Acta Psychiatr Neurol Scand 1945; 20:247-252
- 3.-Tizón JL, Salamero M, Pellegrero N. Migraciones y salud mental. Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya, Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias S.A., 1993.
- 4.-Malzberg B. Mental disease among the native and foreign born whites in New York State. Am J Psychiatry 1936; 93:127-137.

5.-Eitinger L. The incidence of mental disease among refugees in Norway. *J. Mental Science* 1959; 105:326-338.

6.-Goldlust J, Richmond A.H. A multivariate model of immigrant adaptation. *International Migration Review* 1974; 8:193-225.

7.-Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109: 243-258

8.-Bhugra D. Migration and depression. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108: 67-72.

9.-Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and Migration: a Meta-Analysis and Review. *Am J. Psychiatry* 2005; 162 (1).12-24.

10.Saraiva T, Sundquist J. Incidence of Schizophrenia or Other Psychoses in First and Second Generation Immigrants. A National Cohort Study. *J Nerv Ment Dis* 2006; 1 :27-33

11.-O'Mhony JM, Donnelly TT. The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers. *Issues Mental Health Nursing* 2007; 28:453-471.

12.- Goldberg D, William P. Cuestionario de Salud General. GHQ. Guía para el usuario de las distintas ver-

siones, Barcelona, Masson, 1996.

13.-Muñoz PE. Estudio de validación predictiva del GHQ en población general urbana, Beca FIS 93/0905.

14.-Godberg D, Kay C, Thompson L. Psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychol Med* 1976; 6: 565-569.

15.-Vázquez Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17: 227-241.

16.-Vázquez Barquero JL. Los diseños para la investigación en la población general y en el primer nivel de atención. En: Aparicio V., Eguiagaray M. Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Oviedo: Servicios de Publicaciones del Principado de Asturias; 1990.p. 313-327.

17-Roca M, Gili M, Ferrer V. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999 ;34 :410-415.

18.-Cox A, Jule B, Rutter M. Bias resulting from missing information : some epidemiological findings. *BJ Preventive Social Medicine* ,1977; 31:131-136.

