

Aloma 2012 | 30(2) | 53-62

Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport

ISSN: 1138-3194

Copyright © 2012

www.revistaaloma.net

Malestar psicològic i somatització en els pacients immigrants africans, a les consultes d'atenció primària

Anna Ibars¹, Guillem Feixas², Jordi Segura¹, Laura Muñoz³, Pere Toran³, Josep Arnau³ i Sergi Corbella¹

¹Universitat Ramon Llull. ²Universitat de Barcelona. ³Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, Mataró. Barcelona

Malestar psicològic i somatització en els pacients immigrants africans, a les consultes d'atenció primària

Resum. *Objectiu.* Estudiar la relació entre els símptomes somàtics que presenten els pacients immigrants a les consultes d'atenció primària i els factors de risc psicossocials que viuen. Els participants són immigrants magrebins (n=57) i subsaharians (n=57) pacients d'atenció primària.

Disseny. Estudi descriptiu, comparatiu i correlacional. **Mètode.** S'han administrat tres qüestionaris: el Demographic Psychosocial Inventory, DPSI (Ritsner, 1995), per estudiar els factors psicossocials del procés migratori, el Brief Symptom Inventory, BSI-versió espanyola (Ruipérez, 2001), i el Somatic Symptom Inventory, SSI (Escobar, 1989), per estudiar el grau de simptomatologia psicopatològica i concretament el grau de somatització. **Resultats.** Puntuacions elevades en l'índex general i l'escala de somatització del BSI. En el DPSI no s'obtenen puntuacions elevades, tampoc en l'SSI. Correlació significativa entre els resultats del DPSI i de les escales BSI i SSI en el cas dels magrebins. **Discussió i conclusions.** S'observa un clar mal estat de salut en els dos grups, tot i que els factors de risc psicossocial que comporta la immigració tenen una repercussió més clara a nivell de malestar psicològic i somàtic en els pacients magrebins. En tota la mostra s'aprecia un empitjorament de l'estat de salut després d'haver immigrat. Els subsaharians perceben més els factors de risc, però tenen millor salut i millor adaptació.

Paraules clau: salut, immigrants, atenció primària.

Distress and Somatisation in African Immigrant Patients in Primary Healthcare Consultations

Summary. *Objective.* The main aim is to study the relationship between somatic symptoms presented by immigrant patients in primary healthcare services with psychosocial risk factors. Participants are Maghreb immigrant (n = 57) and sub-Saharan immigrant (n = 57) primary healthcare patients. **Design.** Descriptive, comparative and correlational study. **Method.** Three questionnaires were administered: Demographic Psychosocial Inventory, DPSI (Ritsner, 1995) to study psychosocial factors in the migration process, Brief Symptom Inventory, BSI-Spanish version (Ruipérez, 2001) and Somatic Symptom Inventory, SSI (Escobar, 1989) to study the degree of psychopathology and the degree of somatisation. **Results.** There are high scores in the general index and in the somatisation scale. DPSI does not present high scores, neither does SSI. There is a significant correlation among the results in DPSI and BSI and SSI scales, in Maghreb participants. **Discussion and conclusions.** There is clearly poor health in both groups, but psychosocial risk factors involved in immigration have more impact at the level of distress and somatisation in Maghreb patients. The entire sample presents a worsening of health status after having immigrated. The sub-Saharan patients perceive more risk factors, but they have better health and better adaptation.

Keywords: health, immigrants, primary healthcare.

Correspondència

Jordi Segura

FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llull

C/ Císter, 34

08022 Barcelona

Email: jordisb@blanquerna.url.edu

Recerca finançada amb la beca-ajuda Gonçal Calvo i Queraltó de la Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears (2010), el 6è Premi de Recerca en Atenció Primària de la Regió Sanitària Barcelona (2010) i un ajut de la FPCEE Blanquerna (2011).

Introducció

El sistema nacional de salut es basa en el principi segons el qual tota persona té dret a la salut, independentment de la seva situació econòmica i laboral. Els canvis socials repercuteixen en el sistema sanitari, que ha d'adaptar-se a les noves exigències. Les més importants es vinculen a factors demogràfics: envelliment i immigració. A l'any 1999 residien a Espanya mig milió d'estrangers que no arribaven a representar l'1.5% del total de la població resident. Segons dades oficials recents, dels 44.395.286 residents a Espanya, el 8.7% són estrangers (Martínez-Ramos, 2009). Només a Catalunya es calcula que a l'any 2008 el nombre de residents estrangers superava la xifra d'1 milió d'habitants (Institut d'Estadística de Catalunya, IDESCAT, 2008). Actualment un 15.7% de la població és estrangera (IDESCAT, 2012); el 25% d'aquesta és de procedència africana, la majoria del Magrib i de l'Àfrica subsahariana, a la vegada que un 30% és sud-americana, sent la població andina la majoritària (IDESCAT, 2008). Sabem, doncs, que la seva procedència és molt diversa i que tenen diferents llengües i cultures, així com una manera diferent d'entendre la seva salut i explicar l'origen de les seves malalties (Achotegui, 2009; Fuertes & Martín, 2006).

L'accés al sistema sanitari per part de la població immigrant és avui una qüestió important (Saura, Suñol, Vallejo, Lahoz, Achotegui & Manouarie, 2008; Stronks, Ravelli & Reijneveld, 2001). A l'accessibilitat s'hi han d'afegir altres dificultats com les barreres culturals i idiomàtiques, el marc legal en el país d'acollida i el desconeixement del sistema sanitari (Berra, Elorza, Bartomeu, Hausmann, Serra-Sutton & Rajmil, 2004). En conseqüència, es produeixen canvis en els patrons d'ús dels serveis sanitaris. Algunes opinions apunten l'augment de les consultes com a problema, però alguns estudis demostren que el nombre de consultes dels pacients immigrants és fins i tot menor que el dels autòctons (Muñoz, Guillén, Fontcuberta, Manrique, Pérez & Barragán, 2010). Creiem que les dinàmiques assistencials a nivell primari no tan sols s'han d'enfocar quantitativament, sinó que s'ha de promoure el salt qualitatiu que ens pot proporcionar una millor comprensió dels problemes de salut generats pel fet migratori. Gran part d'aquests problemes estan directament relacionats amb factors psicosocials.

Les investigacions confirmen la presència d'una mala salut mental de les persones immigrants en el nostre país (Salinero, Martín, Carrillo de Santa Pau, Abánades, Irázabal & Medina, 2008). Hi ha evidències que posen de manifest que al voltant d'un terç de la població general que consulta amb símptomes físics no presenta cap patologia orgànica (Junod & Hudelson, 2006). Els metges de família, especialistes en símptomes físics, tenen dificultats en el procés diagnòstic. Els estudis revelen que freqüentment hi ha aquestes dificultats entre el metge i el pacient, i que pot haver-hi un profund desacord sobre les causes, el significat, la serietat i el tractament dels símptomes, que en el cas de la població immigrant s'agreuja per barreres lingüístiques

i culturals (Hartz, Noyes, Bentler, Damiano, Willard & Momany, 2000). Juntament amb aquestes barreres cal considerar la falta de coneixements del professional sobre el marc cultural i sobre la idea que té el pacient de com i per què emmalalteix, la qual cosa complica enormement la comprensió del fenomen consultat i l'orientació terapèutica que es pugui realitzar (Ortí, Sánchez & Sales, 2003; Espina, 2007).

Els estudis relacionen la migració amb l'estrès i suggereixen una major prevalença, en la població immigrant, de simptomatologia clínica d'ansietat, irritabilitat, confusió, cefalees o tristesa (Achotegui, 2009; Berra et al., 2004; Tizón, Achotegui, San José, Sainz, Salamero & Pellegrero, 1986). El procés migratori comporta canvis físics i socioculturals que actuen com a estressors, i que s'han d'afrontar per aconseguir una adaptació òptima (Achotegui, 2009; Shuval, 1993). En la mesura que les demandes, objectivament o subjectivament, excedeixin els recursos de l'individu per afrontar-les, es produeix un estat d'estrès que pot repercutir negativament en la salut, amb simptomatologia somàtica o depressiva (Lazarus & Folkman, 1986; Martínez, 1997). Les somatitzacions tenen un component cultural i es considera que estan influïdes per factors com la religió, les creences i mites sobre l'origen i l'aparició de les malalties, o els valors de cada comunitat (Pertíñez, Viladàs, Clusa, Menacho, Nada & Muns, 2002). Concretament, les creences sobre la salut dels immigrants estan essent estudiades actualment com a factor amb important repercussió en les formes d'emmalaltir de les diferents comunitats d'immigrants a Catalunya (Ibars, Arnau, Segura, Muñoz, Mir & Fernández del Río, 2011).

Les persones immigrants, en general, procedeixen de països en vies de desenvolupament, per a qui el procés d'arribada implica un gran repte d'adaptació. Inicialment tenen en comú estar sotmesos a un elevat nivell d'estrès (Markovizky, 2008) degut a la percepció que les exigències a les quals es veuen sotmesos superen àmpliament els recursos per afrontar-les (Cebrià, 2003). Altres factors de risc determinants en relació a les característiques assistencials de l'àrea de salut dels pacients immigrants són les condicions socio sanitàries que viuen en el país d'acollida, l'impacte de la situació postmigratòria (Gil de Pareja, 2011; Moreno, 2003), la percepció de la pròpia salut i la necessitat d'atenció mèdica percebuda.

El coneixement de les característiques psico-socio-culturals dels pacients immigrants és fonamental per a la millora de la qualitat assistencial. Cal incidir en la capacitat de comprensió dels professionals augmentant la seva motivació, a la vegada que millorant el diagnòstic, i d'aquesta manera, oferir una assistència mèdica general de més qualitat. Per tant, la motivació d'aquest estudi neix de la necessitat d'aportar més recursos als serveis d'atenció primària per a atendre adequadament les demandes dels nous col·lectius.

Aquest estudi s'emmarca en el Projecte PROMISE (*Mental distress, somatizations and beliefs in recent immigrants*), desenvolupat per l'equip de recerca Comuni-

cació i Salut (COMSAL) de la Universitat Ramon Llull (FPCEE Blanquerna) i per investigadors de la Fundació IDIAP Jordi Gol, i està enfocada a temes de salut en cinc comunitats de persones immigrants a Catalunya. Primer el projecte va descriure, mitjançant metodologia qualitativa, les creences sobre la salut i la malaltia (Segura, Ibars, Arnau, Barnet, Fernández & González, 2012). Aquí ens hem centrat en dues de les principals comunitats més presents a Catalunya: les d'origen magrebí i subsaharià (IDESCAT, 2008).

L'objectiu general és aprofundir en el coneixement de les dificultats i problemes de salut de les persones immigrants. Es tracta de conèixer si la seva situació com a immigrants és un factor de risc que els genera alts nivells d'estrès els quals deriven en problemes de salut mental, i concretament en somatitzacions que motiven la seva demanda a les consultes d'atenció primària. Els objectius específics són: avaluar l'auto-percepció de factors de risc relacionats amb la migració; avaluar el grau de malestar psicològic percebut; avaluar el grau de somatitzacions i identificar els principals perfils de risc a patir problemes de salut mental i somatitzacions. Es plantegen dues hipòtesis: (1) totes les comunitats de pacients immigrants estudiades presentaran alts graus de símptomes somàtics i psicopatològics en general i (2) el risc psicosocial i les escales de salut del DPSI covariaran amb el grau de somatitzacions així com amb l'índex global de simptomatologia psicopatològica.

Mètode

Es tracta d'un estudi transversal, multicèntric en població immigrant resident a Catalunya, en l'àmbit de l'atenció primària. Es realitza una anàlisi descriptiva, comparativa i correlacional.

Participants

La mostra la constitueixen un total de 114 immigrants; 57 d'origen magrebí (22 homes i 35 dones) i 57 d'origen subsaharià (42 homes i 15 dones), tots són pacients que s'han visitat amb el metge d'atenció primària per motius diversos. La mitjana d'edat del total de la mostra ha estat de 34 anys, amb una desviació de 8.73; a la taula 1 es mostren les mitjanes d'edat i la desviació d'aquesta diferenciades per gènere i comunitat.

Els criteris d'inclusió han estat aquests: Homes i dones immigrants d'entre 18 i 80 anys, provinents de 2 comunitats: magrebins (Marroc, Algèria, Tunísia) i subsaharians (Senegal, Gàmbia, Mali, Guinea), fer entre 6 mesos i 10 anys que viuen a Europa, haver visitat el

seu CAP alguna vegada (població que faci demanda al metge), acceptar de participar en l'estudi i firmar el consentiment informat.

Els criteris d'exclusió: no acceptar de participar en l'estudi i tenir algun tipus de dificultat de comunicació, tot i la presència d'un mediador cultural, que no permeti obtenir dades fiables.

Instruments

- Full de dades generals: per obtenir les variables sociodemogràfiques com ara el país d'origen, l'edat, el sexe, el nivell d'instrucció, la religió, l'estat civil, etc.
- "Demographic Psychosocial Inventory" (DPSI): avalua les dimensions psicosocials que actuen com a factors de risc i fomenten malestar psicològic en persones immigrants: dificultats de la vida quotidiana, problemes d'habitatge, problemes familiars, de llengüatge, del clima, etc. Consta de 85 ítems amb 10 escales i tres índexs generals. Té puntuacions de consistència interna acceptables, tenint en compte que el coeficient de fiabilitat Alpha de Cronbach de la majoria d'escales és almenys de .60 (Ritsner, 2001). Pel que fa a la validesa convergent, s'han trobat correlacions significatives superiors a 0.30 entre l'índex Global i altres escales del BSI i l'Índex Global del DPSI i la majoria de les seves escales, sobretot les referides a la salut (Ritsner, 1995). S'administra la traducció al castellà.

Les mesures d'aquest qüestionari que s'han utilitzat per a l'estudi són les següents:

- Problemes de salut premigració. Avalua la percepció de la salut del subjecte en el seu país d'origen.
- Problemes de salut postmigració. Avalua la percepció de la salut del subjecte a Espanya, després d'haver immigrat.
- Índex Global DPSI. Indica l'autopercepció del nivell de risc psicosocial a patir estrès i malestar psicològic.
- Índex General de Problemes de salut. Avalua l'autopercepció de salut general, incloent-hi la salut premigració i postmigració, així com les intencions de cerca de salut i conductes de salut.

Les mitjanes totals de les escales i dels índexs es calculen mitjançant la suma de les puntuacions dels ítems dividida pel nombre d'ítems complets d'aquella escala o índex. Els valors de les escales van del 0 a l'1; com més gran sigui la mitjana de l'índex global, més intensa serà la càrrega de factors d'estrès psicosocial. En el cas de les escales de salut, com més baix sigui, més salut i, al contrari, com més a prop de l'1, significa més problemes de salut.

- "Brief Symptom Inventory" (BSI): versió abreviada del SCL-90. Detecta nivells de simptomatologia psicològica i somàtica. Consta de 46 ítems que es punten amb una escala tipus Likert de 5 punts, i que s'agrupen en 6 dimensions: depressió, ansietat-fòbia, ideació paranoide, obsessió-compulsió, somatització i hostilitat-agressivitat. També hi ha l'índex global de severitat de la simptomatologia (GSI), una

Taula 1. Mitjanes i desviacions estàndard de l'edat per comunitat i gènere

Edat	Homes		Dones		Total	
	Mitjana	de	Mitjana	de	Mitjana	de
Magrebins	37.6	8.3	34.6	8.2	35.8	8.3
Subsaharians	32.2	8.2	33.3	11.0	32.5	8.9

mesura generalitzada i indiscriminada de la intensitat del patiment psíquic i psicossomàtic global. Aquest índex global és el quocient entre el total dels valors assignats als elements (entre 0 = res en absolut i 4 = molt o extremadament) i el nombre total d'ítems. Els valors d'aquest qüestionari oscil·len entre 0 i 4, significat el 4 més gravetat, i per tant, com més baix sigui, més salut mental. Aquesta prova està traduïda i validada al castellà per Ruipérez et al. (2001), i té bones puntuacions tant de fiabilitat com de validesa.

Per al present estudi s'han utilitzat les mesures següents: l'Índex General de Severitat (GSI) com a mesura del nivell de malestar general i l'Escala de Somatització: símptomes fisiològics com mals de cap, d'estómac o problemes respiratoris, sensacions de tensió, etc. Aquestes dues escales són les que van obtenir índexs més elevats de correlació amb el DPSI (Ritsner, 1995).

- "Somatic Symptom Inventory" (SSI): Breu llista de símptomes somàtics de 26 ítems que es puntuen en una escala tipus Likert de 5 punts segons la intensitat del símptoma (0 = gens i 4 = molt). L'instrument s'utilitza a la clínica per detectar índexs de simptomatologia somàtica en els pacients. Està basat en els criteris dels trastorns per somatització del DSM-III (Escobar, 1989). La mesura que utilitzarem d'aquest qüestionari serà l'índex global de simptomatologia somàtica. Hem classificat les puntuacions totals de l'SSI seguint els criteris de Tamayo, Roman, Fumero i Rivas (2005); el grau de malestar somàtic mínim és ≤ 52 , i moderat o alt ≥ 52 .

Procediment

La recollida de dades es va dur a terme entre el novembre de 2011 i el maig de 2012 en tres Centres d'Atenció Primària de les comarques del Maresme i del Barcelonès. Es van incorporar mediadors interculturals amb experiència en l'àmbit de la salut: dos d'origen magrebí i dos d'origen subsaharià. Llur tasca fou l'explicació prèvia i posterior aplicació del protocol de qüestionaris als participants de la comunitat d'immigrants corresponent, fent una mediació en el seu idioma natiu (wòlof, mandinga, àrab, etc.). La col·laboració ha ajudat a crear un clima de confiança, a aclarir els dubtes que tingués el subjecte, i a afavorir la participació sincera, utilitzant arguments al seu favor, com ara la millora de l'atenció mèdica que reben o el major coneixement de la seva comunitat per a una major integració i entesa entre tots. La selecció s'ha fet amb la col·laboració de professionals dels CAP (metges, infermeres i altres mediadors), coordinats amb els mediadors interculturals, en base a una llista que se'ls administrava, amb una estratificació realitzada per edat, sexe i origen. Tots els participants van donar el seu consentiment informat de participar a l'estudi sota les condicions de confidencialitat i estricta ús dels resultats obtinguts per a la divulgació científica pertinent.

Anàlisi de dades

S'ha fet una anàlisi descriptiva univariant per a cada una de les variables: freqüència i percentatge per a les variables categòriques, amb el grau de significació obtingut mitjançant la prova χ^2 ; i mitjana i desviació estàndard per a les variables quantitatives, amb el grau de significació obtingut mitjançant t-Student.

Per a cada una de les escales dels 3 qüestionaris (DPSI, BSI i SSI) s'ha obtingut la puntuació mitjana i la desviació estàndard per a les dues comunitats. Mitjançant la prova t-Student s'han obtingut els nivells de significació en comparar grups i sexes. S'ha inclòs la variable *edat* mitjançant un model de regressió lineal per comprovar la influència d'aquesta en les diferències entre grup i sexe. S'ha aplicat la correcció de Bonferroni, ja que estem realitzant comparacions múltiples, i el nivell de significació ha quedat establert per un valor p de .0125. S'ha fet una correlació de Pearson entre les escales del DPSI, BSI i SSI. També s'ha aplicat una t-Student per dades aparellades per veure el grau de significació de la diferència entre els resultats de l'escala de salut pre i postmigració. Totes les anàlisis estadístiques s'han realitzat amb el programari Stata versió 11.

Resultats

Es presenta primer l'anàlisi descriptiva a partir de les dades sociodemogràfiques, després els resultats obtinguts en els qüestionaris DPSI, BSI i SSI, diferenciats per comunitat i gènere, i les correlacions entre els índexs globals i les diferents escales.

S'ha aplicat la prova χ^2 per comprovar si hi havia diferències significatives entre la N dels diferents grups estudiats; el resultat es mostra en la taula 2, indicant que hi ha diferències significatives ($p < 0.001$). Per tant, hem tingut en compte aquesta variable a l'hora d'analitzar els resultats dels qüestionaris de salut, ajustant-los per gènere.

Pel que fa la variable *edat*, s'ha aplicat la t-Student i també s'han trobat diferències significatives: Els homes subsaharians són més joves que els homes magrebins ($p = 0.014$). Aquesta significació fa que la diferència entre les mitjanes d'edat totals de les dues comunitats sigui significativa ($p < 0.042$), essent els subsaharians més joves que els magrebins. Per tant, la variable *edat* es té en compte per analitzar els resultats de salut, ajustant-los també per edat.

La taula 3 ens mostra l'anàlisi descriptiva d'altres variables sociodemogràfiques diferenciades per comunitat, així com el grau de significació obtingut mitjançant la prova t-Student i χ^2 .

Taula 2. Nombre de N i percentatge de la mostra per comunitat i gènere, i grau de significació

	Magrebins (n = 57)		Subsaharians (n = 57)		Total (n = 114)		p
	N	%	N	%	N	%	
Homes	22	38.6	42	73.7	64	56.1	<.001
Dones	35	61.4	15	26.3	50	43.9	

Taula 3. Nombre de N i percentatge de les variables sociodemogràfiques diferenciades per comunitat i grau de significació

	Magrebins (n = 57)		Subsaharians (n = 57)		Total (n = 114)		p
	N	%	N	%	N	%	
País							
Marroc	57	100	–	–	57	50.0	
Gàmbia	–	–	15	26.3	15	13.2	
Guinea	–	–	1	1.7	1	0.9	–
Mali	–	–	5	8.8	5	4.4	
Senegal	–	–	36	63.2	36	31.6	
Religió							
Musulmana	57	100	54	94.7	111	97.3	
Catòlica	–	–	2	3.5	2	1.7	–
Cristiana	–	–	1	1.7	1	0.9	
Nivell d'instrucció							
Analfabets	26	45.61	24	42.11	50	43.86	
Primaris	8	14.04	8	14.04	16	14.04	
Secundaris	10	17.54	10	17.54	20	17.54	
Batxillerat	7	12.28	3	5.26	10	8.77	–
Formació professional	1	1.75	3	5.26	4	3.51	
Universitaris	5	8.77	9	15.79	14	12.28	
Estat civil							
Solter	6	10.53	21	36.84	27	23.68	
Convivent / Parella	0	0.0	1	1.75	1	0.88	
Casat	41	71.93	32	56.14	73	64.04	< .001
Separat	1	1.75	2	3.51	3	2.63	
Divorciat	8	14.04	0	0.0	8	7.02	
Vidu	1	1.75	1	1.75	2	1.75	
Situació laboral							
Ocupat	6	10.53	36	63.16	42	36.84	
Aturat	8	14.04	8	14.04	16	14.04	
Pensionista	0	0.0	1	1.75	1	0.88	
Mestressa de casa	11	19.30	2	3.51	13	11.40	< .001
Estudiant	9	15.79	7	12.28	16	14.04	
Altres	0	0.0	1	1.75	1	0.88	
Desocupat	23	40.35	2	3.51	25	21.93	
Domini del castellà							
El parla i l'escriu correctament	5	8.93	28	50.0	33	29.46	< .001
El parla i l'escriu amb dificultats	33	58.93	6	10.71	39	34.82	
El parla però no l'escriu	12	21.43	20	35.71	32	28.57	
No el parla ni l'escriu	6	10.71	2	3.57	8	7.14	

Aquests resultats ens donen informació rellevant per fer una anàlisi descriptiva àmplia de la mostra estudiada. Veiem que tots els magrebins enquestats són provinents del Marroc i que la majoria de la mostra subsahariana és d'origen senegalès (63.2%) i gambià (26.3%). La religió que predomina és la musulmana (100% i 94.7%). La mitjana d'anys d'immigració a Europa és similar en els dos grups (magrebins: 6.02 anys i subsaharians: 5.7 anys). El nivell d'estudis és semblant: predomina l'analfabetisme (45.61% de magrebins i 42.11% de subsaharians), seguit dels que tenen estudis secundaris (17.54%). Hi ha diferències significatives en

l'estat civil ($p < 0.001$); la majoria estan casats: un 71.93% de magrebins i un 56.14% de subsaharians. Per tant, hi ha més solters subsaharians (36.84%) que magrebins (10.53%), així com més divorciats magrebins (14.04%) que subsaharians (0.0%).

La informació sobre la situació laboral és complexa. En el grup "ocupats" s'inclouen els que tenen una feina amb contracte, però també els que poden estar a l'atur i fer altres treballs sense cotitzar. Pel que fa als "aturats", són aquells immigrants que cobren l'atur o altres ajudes com la PIRMI i no fan altres feines; les "mestresses de casa" són pràcticament dones que no cobren l'atur i aquesta és la feina que ocupa la majoria del seu temps; els "estudiants" a l'escola o la universitat (que també poden ser treballadors o no), i finalment els "desocupats", són aquells que no cobren de l'atur i tampoc no duen a terme cap feina. Veiem, doncs, diferències significatives ($p < 0.001$) entre el nombre d'ocupats magrebins (10.53%) i el de subsaharians (63.16%), i per lògica, un alt nombre de magrebins sense cap situació laboral (40.35%) contra un baix nombre de subsaharians en aquesta situació (3.51%). D'altra banda, hi ha un alt percentatge de mestresses de casa en el cas dels magrebins (19.30%), al contrari del que passa amb els subsaharians (3.51%). En la mostra, la majoria són aturats (14.04%, tenint presents els dos grups) o estudiants (15.79% magrebins i 12.28% subsaharians). Hi ha diferències significatives en el domini de la llengua espanyola o catalana ($p < 0.001$). Un 50% dels subsaharians parlen i escriuen la llengua correctament, mentre que només un 8.93% dels magrebins la parlen bé (58.93%) i l'escriuen amb dificultats. La taula 4 mostra la mitjana i desviació de la variable *anys d'immigració* per cada comunitat.

Seguidament, en la taula 5 es mostren els resultats dels qüestionaris de salut. Primer, diferenciats per comunitat i gènere, indicant els graus de significació en comparar els dos gèneres d'una mateixa comunitat (ex.: homes i dones subsaharians) i les dues comunitats d'un

Taula 4. Mitjana i desviació estàndard dels anys d'immigració per comunitat

	Magrebins		Subsaharians		Total	
	Mitjana	de	Mitjana	de	Mitjana	de
Anys d'immigració	6.02	2.21	5.7	1.96	5.86	2.09

Taula 5. Resultats dels qüestionaris DPSI, BSI i SSI, diferenciats per comunitat i sexe, amb el grau de significació i les mitjanes totals de cada escala

	Magrebins				Subsaharians			
	Homes (n = 22)		Dones (n = 35)		Homes (n = 42)		Dones (n = 15)	
	Mitjana	de	Mitjana	de	Mitjana	de	Mitjana	de
Salut General DPSI	0.07	0.03	0.08	0.02	0.05	0.03	0.05**	0.02
Salut Premigració	0.07	0.17	0.13	0.22	0.15	0.23	0.17	0.24
Salut Postmigració	0.39	0.41	0.38	0.34	0.47	0.30	0.27	0.32
Índex Global DPSI	0.36	0.07	0.35	0.09	0.41	0.08	0.35	0.08
Índex Global BSI	1.25	0.51	1.54	0.61	0.76**	0.31	0.94*	0.51
E. Somatització BSI	0.86	0.75	1.38	0.80	0.59	0.42	0.94	0.66
Índex Global SSI	20	0.56	30	0.61	16	0.32	18	0.62

* $p < .0125$; ** $p < .001$ en comparar entre les dones o els homes de diferent comunitat (magrebins i subsaharians)

mateix gènere (ex.: dones magrebines i dones subsaharianes).

Tot seguit, en la taula 6 es presenten els totals de les subescales de salut pre i post migració, on s'indica la Correlació de Pearson entre els totals de les dues escales, així com la t-Student per dades aparellades entre els resultats d'aquestes dues subescales dels quatre grups. La figura 1 reflecteix aquests resultats, indicant augment significatiu de percepció de problemes de salut entre l'escala premigració i postmigració.

S'observa una correlació positiva significativa entre els que diuen haver tingut problemes de salut abans d'immigrar, ja que tenen més tendència a percebre aquestes dificultats després d'immigrar. Tot i això, hi ha diferències significatives ($p < 0.001$) entre les puntuacions de l'escala pre i la post en tots els grups (excepte en el de les dones subsaharianes), indicant una clara percepció d'empitjorament de la pròpia salut.

Pel que fa a l'estat de salut general, avaluat amb el DPSI, la salut dels magrebins és pitjor que la dels subsaharians. La diferència és molt significativa entre les dones d'ambdues comunitats ($p < 0.001$). Pel que fa al nivell de factors de risc psicosocial percebut en relació a la immigració (índex DPSI General), tots els grups puntuen menys de la meitat del total de l'índex (entre 0.35 i 0.41 sobre 1), essent els homes subsaharians els que puntuen més alt. Pel que fa a l'índex general del BSI, els homes subsaharians puntuen més baix, és a dir, gaudeixen de més salut mental. Hi ha diferències significatives ($p < 0.001$) amb els homes magrebins, que tenen puntuacions més altes. Les dones subsaharianes també puntuen significativament més baix que les magrebines ($p < 0.05$). Pel que fa a l'SSI, hi ha un 5% de la mostra total que sobrepassa els 52 punts; la resta està per sota. És a dir, segons l'SSI, no presenten

nivells importants de malestar somàtic. Les dones magrebines són les que obtenen puntuacions més elevades, però no hi ha diferències significatives entre cap dels quatre grups. S'observa incongruència entre els alts nivells de somatització amb l'escala del BSI i els baixos nivells de somatització indicats per l'SSI, tenint en compte que mesuren pràcticament el mateix. Tal vegada és perquè el BSI té pocs ítems i, per tant, és més sensible a puntuar alt, enfront de l'SSI, amb molts més ítems, i li és més difícil d'obtenir puntuacions més altes. És una escala que té més en compte la pluri-somatització que la intensitat dels símptomes. Valorem, per tant, millor els resultats de l'escala de somatització BSI; és un instrument validat i sabem que correlaciona positivament amb el DPSI.

Respecte a l'estat de salut mental (Índex Global BSI, i escala de somatització BSI), hem comparat els resultats del nostre estudi amb puntuacions de la població normal i de la població psiquiàtrica dels Estats Units estudiada anteriorment (Derogatis & Melisaratos, 1983), per tal de tenir una idea més ajustada del nivell de gravetat de la nostra mostra. Les puntuacions de tots els grups d'immigrants estudiats superen les puntuacions de la població normal nord-americana, és a dir, presenten una salut mental pitjor. Cal esmentar que les puntuacions de les dones magrebines superen les dels pacients psiquiàtrics més greus, tant de somatitzacions com de simptomatologia psicopatològica en general. Els homes magrebins també obtenen puntuacions força altes, les quals s'aproximen a les obtingudes pels pacients psiquiàtrics no internats i les superen en somatitzacions. Les dones subsaharianes obtenen puntuacions en l'escala de somatització molt pròximes a les dels pacients psiquiàtrics més greus; els homes subsaharians són els més sans en aquests aspectes, però, tot i això, també obtenen puntuacions més altes que la població normal. La població estudiada té, per tant, nivells alts de malestar psicològic, més els magrebins que els subsaharians.

Finalment, s'ha volgut estudiar la relació entre els problemes de salut mental i somatitzacions amb els factors de risc psicosocial percebuts, avaluats pel DPSI (taula 7 i taula 8). S'observa que l'índex global del DPSI no correlaciona significativament amb l'índex general del BSI en cap dels dos casos. Per tant, no hi ha relació significativa entre els factors de risc psicosocial que puguin patir els immigrants enquestats i els alts nivells de simptomatologia psicopatològica que presenten. Tot i això, s'observen correlacions significatives entre les escales del DPSI, i de somatització del BSI i SSI en el cas dels magrebins.

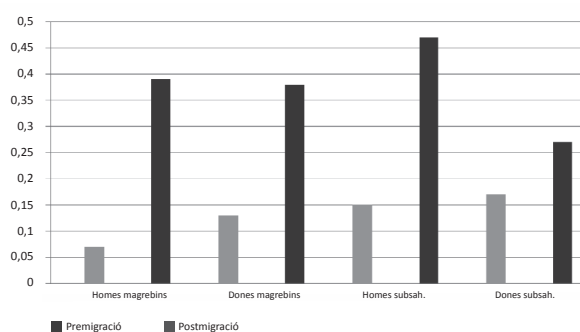
L'escala general de Salut del DPSI correlaciona significativament amb les altres tres escales de salut estudiades (BSI global, BSI somatització i SSI), i aquesta última també correlaciona significativament amb les dues del BSI. Aquestes dades ens confirmen que les quatre escales mesuren aspectes semblants de la salut, tot i que, en el cas dels subsaharians, l'única escala que correlaciona significativament és la SSI amb les altres tres (Salut general DPSI, BSI global i BSI somatització).

Taula 6. Correlació de Pearson entre el Total de les escales Salut Premigració i Postmigració i t-Student, per dades aparellades entre els resultats de les dues escales, referents a cada grup

	Magrebins		Subsaharians		Total
	Homes	Dones	Homes	Dones	
Salut Premigració DPSI	0.07	0.13	0.15	0.17	0.13
Salut Postmigració DPSI	0.39	0.38	0.47	0.27	0.40
Correlació Pearson (r)	-	-	-	-	0.20*
t-Student	0.32**	0.26**	0.35**	0.10	0.28**

* $p < .05$ i ** $p < .001$

Figura 1. Resultats de les escales de salut Premigració i Postmigració per a cada un dels grups, homes (H) i dones (D).



Taula 7. Correlació de Pearson i grau de significació d'aquesta entre les escales del DPSI, BSI i SSI, referent a la comunitat magrebins (* $p < .05$ i ** $p < .001$)

	Salut Premig	Salut Postmig	Índex Global DPSI	Salut General DPSI	Índex Global BSI	BSI Som	SSI
Salut Premigració	–						
Salut Postmigració	.221	–					
Índex Global DPSI	.183	.496**	–				
Salut General DPSI	.413*	.768**	.485**	–			
Índex Global BSI	–.033	.049	.107	.346*	–		
BSI Som	.136	.214	.306*	.378*	.721**	–	
SSI	.171	.160	.283*	.400*	.726**	.866**	–

Taula 8. Correlació de Pearson i grau de significació d'aquesta entre les escales del DPSI, BSI i SSI, pel grup subsaharians (* $p < .05$ i ** $p < .001$)

	Salut Premig	Salut Postmig	Índex Global DPSI	Salut General DPSI	Índex Global BSI	BSI Som	SSI
Salut Premigració	–						
Salut Postmigració	.151	–					
Índex Global DPSI	.063	.451**	–				
Salut General DPSI	.325*	.654**	.505**	–			
Índex Global BSI	.047	.035	.064	.165	–		
BSI Som	.050	–.036	.092	.172	.736**	–	
SSI	.110	.103	.259	.285*	.621**	.726**	–

Discussió

En general, la mostra presenta moltes semblances en els aspectes més culturals o lligats al país d'origen, com ara la religió, l'estat civil i el nivell d'instrucció. Les diferències es noten un cop han immigrat: els subsaharians tenen més ocupació i millor domini de la llengua, factors que prediuen un millor nivell d'adaptació al país d'acolliment. Això ens aporta informació rellevant per, posteriorment, entendre millor les diferències en l'estat de salut de les dues comunitats d'immigrants, ja que els aspectes relacionats amb el grau d'adaptació al nou país possiblement hi tenen un paper important, tenint en compte les afirmacions en aquest sentit d'estudis anteriors (Achotegui, 2009).

Respecte a l'estat de salut dels immigrants estudiants, els resultats confirmen la nostra primera hipòtesi i van en la mateixa línia d'estudis anteriors (Achotegui, 2009; Salinero et al, 2008), refermant que aquests tenen un mal estat de salut, i concretament pateixen problemes de salut mental greus. L'augment dels problemes de salut que s'estima en tots els grups després d'haver immigrat, comparant les escales de *salut premigració* i *salut postmigració*, també dóna suport a la nostra hipòtesi i ens diu que la immigració podria ser un dels principals factors d'estrès que els han generat, coincidint també amb les afirmacions d'Achotegui (2009).

Sobre la relació entre els factors de risc percebut i els símptomes somàtics, i responent a la segona hipòtesi, es confirma en el cas dels magrebins, ja que aquests tenen tendència a patir més somatitzacions en la mesura en què tenen més percepció d'estressors vitals. En aquest cas, doncs, els resultats coincideixen amb les afirmacions d'Achotegui (2009), Berra et al. (2004) entre altres, els quals relacionen migració, estrès i simptomatologia somàtica i psicopatològica.

També s'observa que els magrebins tenen alguns factors de risc, com ara una situació laboral pitjor o un domini poc fluid de la llengua, que els dificulten més l'adaptació al nou país i els provoquen malestar psicològic i somatitzacions. Els resultats podrien explicar-se per les creences sobre la salut d'aquest col·lectiu. L'estudi qualitatiu va en aquesta línia: per a ells, el fet de tenir problemes laborals, entre altres, pot generar clarament problemes de salut (Segura et al., 2012). Tot i això, podem interpretar-ho tenint en compte que els factors de risc produeixen un estat d'estrès perjudicial per a la salut quan excedeixen els recursos de l'individu per a afrontar-los (Cebrià, 2003; Lazarus & Folkman, 1986; Martínez, 1997).

En el cas dels subsaharians, no s'observa aquesta correlació significativa entre els factors de risc percebuts i els problemes de salut; les puntuacions en la percepció d'aquests factors són les més altes i, en canvi, obtenen les puntuacions més baixes en problemes de salut mental i somatitzacions. Per tant, podria ser que els subsaharians tinguessin més recursos personals que els magrebins i per aquesta raó l'estrès propi de la migració no se'ls traduís tant en simptomatologia. D'altra banda, les creences sobre les causes de malaltia d'aquest col·lectiu també poden estar incidint en aquests resultats, ja que són persones que no tendeixen a relacionar els seus mals físics amb problemes sociolaborals ni estats emocionals negatius (Segura, Ibars, Arnau, Barnett, Fernández & González, 2012). Per tant, els subsaharians en general, i els homes d'aquesta comunitat en particular, serien el grup menys vulnerable als factors de risc detectats pel DPSI que pot comportar la immigració. Al contrari dels magrebins, les dones concretament serien les que tindrien el perfil més vulnerable, amb menys recursos o habilitats per a adaptar-se a la nova cultura (xoc cultural molt fort; no aprendre la llengua, no treballar, quedar-se a casa la majoria del

temps) i, en conseqüència, presentarien un alt risc de patir problemes de salut mental i somatitzacions. És a dir, que, com també afirma Achotegui (2009), no és la migració com a tal la que es relaciona amb el desenvolupament de la psicopatologia, sinó les condicions adverses que ha d'afrontar la dona en molts casos, les quals actuen com a estressors en aquelles que gaudeixen de pocs recursos i males condicions personals.

A l'hora d'entendre els resultats d'aquest estudi, cal tenir clar que la població participant no són aquells immigrants que tenen problemes de salut, sinó els que, a més de tenir-los, decideixen anar a veure el metge de capçalera. Els resultats, per tant, no són representatius de la població immigrant amb mal estat de salut, ja que hi haurà immigrants que estaran igual o pitjor i no aniran a visitar-se amb el metge. També, caldria reflexionar sobre els motius per a acudir o no a la consulta del metge de família, així com sobre la freqüentació a la consulta i la percepció del servei rebut, sempre a partir de les creences culturals de cada un dels grups i del gènere de les persones.

En la realització d'aquest estudi ens hem trobat amb diverses limitacions importants. Caldria aconseguir una versió de l'escala DPSI més ben adaptada. No hem trobat que hi hagi correlacions significatives amb el BSI, en el cas del subsaharians. Calen estratègies per salvar les dificultats lingüístiques derivades de l'ús de nombroses llengües maternes de cada comunitat. Cal reflexionar també sobre les diferències socioculturals entre tots els grups de persones immigrants, fet que pot introduir barreres comprensives importants. També s'ha de tenir en compte que l'estudi de col·lectius d'immigrants comporta una dificultat afegida, ja que el fet d'indagar sobre dades personals i íntimes és una qüestió delicada per a ells; sempre es pot donar el cas que la persona, voluntàriament o no, decideixi ocultar, falsejar o modificar la informació per diversos motius (cultura, desconfiança, intent d'agradar a l'investigador, etc.). Les observacions preses en el treball palesen que el paper dels mediadors, entesos tan sols com a traductors, no és suficient per a assegurar aquesta fiabilitat.

Per tant, hi ha una limitació important en l'obtenció de dades fiables i riques, per la qual cosa cal prendre's els resultats amb prudència, sabent que no es poden generalitzar i que no serveixen per a conèixer exactament les possibles dificultats d'aquestes poblacions en matèria de salut.

En futures investigacions es recomana de treballar amb mostres més grans per poder fer anàlisis multivariants més exhaustives, amb la finalitat d'aprofundir en aquelles variables –tant socioculturals com sociolaborals– que influeixen més significativament en la pèrdua de salut d'aquestes persones, a més de l'origen i el gènere. També caldria contemplar la possibilitat d'incorporar un grup control de població no immigrant o immigrant però que no fos cap grup de pacients, per tal de reflectir millor la realitat de l'estat de salut d'aquests col·lectius, comparant-los entre ells, detectant més adequadament aquells perfils de risc a patir problemes de salut mental i somatitzacions.

En conclusió, la immigració és possiblement un factor de risc per a la salut d'aquestes persones, tal com afirmen les anteriors investigacions sobre el tema, però sembla que ells mateixos no perceben alts nivells de risc psicosocial. Tot i això, pateixen problemes de salut mental importants, amb simptomatologia somàtica. En general, els pacients magrebins són els més afectats, especialment les dones, i sembla que són els que tenen més tendència a presentar somatitzacions relacionades amb els factors de risc vitals que els generen estrès. Els pacients subsaharians també presenten simptomatologia psicopatològica i somàtica, però no tan greu, i no sembla relacionar-se directament amb els factors de risc psicosocial percebuts. Aquestes diferències poden ésser degudes a la diversitat cultural i, a la vegada, a les diferents condicions de vida del país d'acolliment (millor situació laboral, millor domini de l'idioma). A l'hora d'atendre els pacients, els professionals sanitaris han de tenir en compte les diferències ètniques i culturals, a part de les individuals. Han de fer-se càrrec del seu possible malestar psicològic degut, possiblement, a la condició d'immigrants, la qual comporta dificultats en l'adaptació, com ara la vivència del xoc cultural, les dificultats de comunicació, una dolenta situació laboral, pocs recursos personals per a superar les adversitats de la vida en el país d'acolliment (ex.: analfabetisme). Suggestir, finalment, l'interès per treballar amb la finalitat de desenvolupar les competències transculturals dels professionals, augmentant-ne l'eficàcia tant en la prevenció com en la comunicació, el maneig terapèutic i la gestió dels recursos assistencials.

Referències

- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 46, 163-171.
- Berra, S, Elorza, J., Bartomeu, N., Hausmann, S., Serra-Sutton, V. & Rajmil, L. (2004). *Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Cebrià, J. (2003). Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. Comentario editorial. *Atención Primaria*, 31(9), 572-574.
- Escobar, J., Rubio-Stipec, M., Canino, G. & Karno, M. (1989). Somatic Symptom Inventory (SSI): A New and Abridged Somatization Construct. *Journal Nervous and Mental Disease*, 177(3), 140-146.
- Espina, J. (2007). El fenomen de la immigració en l'atenció primària. *Ausa-XXIII*, 159, 171-181.
- Derogatis, L. (1975). Brief Symptom Inventory. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Fuertes, C. & Martín, M. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 Suppl., 1, 9-25.

- Gil de Pareja, M. J. (2011). Diferencias en el perfil sociodemográfico, morbilidad y utilización de servicios de enfermería de la población autóctona/inmigrante en Atención primaria. *Reduca, Serie Trabajos Fin de Master*, 3(2), 111-128.
- Hartz, J., Noyes, R., Bentler, S., Damiano, P., Willard, J. & Momany, E. (2000). Unexplained symptoms in primary care: Perspectives of doctors and patients. *General Hospital Psychiatry*, 22(3), 144-152.
- Ibars, A., Arnau, J., Segura, J., Muñoz, L., Mir, V. & Fernández del Río, N. (2011). Grau de distrès, somatitzacions i creences sobre salut i malaltia en pacients immigrants a les consultes d'atenció primària (II). *XXIII Congrés d'atenció primària de la CAMFiC*. Mataró, 6-7 oct.
- IDESCAT (2012). Cifras de Catalunya. *Generalitat de Catalunya, Idescat, INE, ministerios y Eurostat*. Ed: Gràfiques Vilanova.
- IDESCAT (2008). La immigració, ara i aquí. *Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT)*. Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- Junod, N. & Hudelson, P. (2006). Somatization: illness perspectives of asylum seeker and refugee patients from the former country of Yugoslavia. *BMC Family Practice*, 7, 10.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Markovizky G. (2008) The process of Immigrant Adjustment. *Journal Cross-Cultural Psychology*, 39(6), 782-98.
- Martínez-Ramos, C. (2009). Nuevos retos del Sistema Sanitario. *Reduca (Recursos Educativos) Serie Medicina*, 1(1), 19-39.
- Martínez, M. (1997). Estrés y apoyo social en el proceso migratorio. *Estrés y salud*, 297-318.
- Moreno, M. (2003). Inmigración y cuidados: el reto de los cuidados transculturales. *Índice de Enfermería*, 42, 29-33.
- Muñoz, A., Guillén, J., Fontcuberta, J., Manrique, R., Pérez, F. & Barragán, A. (2010). Hiperfrecuentación e inmigración en los servicios de Atención Primaria en Cartagena. *Atención Familiar*, 17(1), 4-9.
- Ortí, R., Sánchez, E. & Sales, D. (2003). Interacción comunicativa en la atención sanitaria a inmigrantes: diagnóstico de necesidades (in)formativas para la mediación intercultural. En B. Gallardo, C. Hernández & M. Verónica (eds), *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud* (pp. 114-139). Valencia: Universitat.
- Pertiñez, J., Viladàs, L., Clusa, T., Menacho, I., Nada, S. & Muns, M. (2002). Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria* 29(1), 6-13.
- Ritsner, M., Rabinowitz, J. & Slyusberg, M. (1995). The Demographic Psychosocial Inventory (DPSI): a new instrument to measure risk factors for adjustment problems among immigrants. *Refuge*, 14, 8-15.
- Ruipérez, M., Ibáñez, M., Lorente E., Moro, M. & Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the Spanish version of the BSI. Contributions to the relationship between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 241-250.
- Salinero, M., Martín, C., Carrillo, E., Abánades, J, Irázabal, E. & Medina, M. (2008). Diferencias en la prevalencia de psicopatología de la población inmigrante autóctona de una comunidad autónoma, XXVIII Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria, Actas-resúmenes, *Atención Primaria*, 40 (Supl 1), 117-153.
- Saura, R.M., Suñol, R., Vallejo, P., Lahoz, S., Achotegui, J. & Manouarie, M. (2008). El marco sanitario y el entorno psicosocial de la población inmigrante magrebí en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 547-554.
- Segura, J., Ibars, A., Toran, P., Arnau, J., Corbella, S., Fernández, E., Segarra, G., Pérez-Testor, C., Palma, C. & Cebrià, J.† (2012). Health beliefs of Maghreb immigrants in primary healthcare. *WONCA Europe Conference*. Viena, 4-7 jul.
- Segura, J., Ibars, A., Arnau, J., Barnet, S., Fernández, E. & González, E. (2012). Creences sobre salut i malaltia de 5 comunitats d'immigrants a Catalunya. *VII Congrés de Salut Mental i Atenció Primària (CAMFiC)*. Lleida, 19-20 abr.
- Shuval, J. (1993) Migration and stress. En L. Goldberger & S. Breznitz (eds.). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects* (pp. 641-657). New York: The Free Press.
- Stronks, K., Ravelli, A. & Reijneveld, S. (2001) Immigrants in the Netherlands. Equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 701-707.
- Tamayo, J., Roman, K., Fumero, J.J. & Rivas, M. (2005) The level of recognition of physical symptoms in patients with a major depression episode in the outpatient psychiatric practice in Puerto Rico: An observational study. *BMC Psychiatry*, 5(28), 1-13.
- Tizón, J., Achotegui, J., San José, J., Sainz, F., Salamero, M. & Pellegrero, N. (1986). La migración como factor de riesgo psicosocial y médico. *Revista de Treball Social*, 101, 103-250.

Resumen

Distrès y somatització en los pacientes inmigrantes africanos, en las consultas de atención primaria

Objetivo. Estudiar la relación entre los síntomas somáticos que presentan los pacientes inmigrantes en las consultas de atención primaria con los factores de riesgo psicosociales que viven. Los participantes son inmigrantes magrebíes (n=57) y subsaharianos (n=57) pacientes de atención primaria. **Diseño.** Estudio descriptivo, comparativo y correlacional. **Método.** Se administraron tres cuestionarios; el Demographic Psychosocial Inventory, DPSI (Ritsner, 1995) para estudiar los factores psicosociales del proceso migratorio, el Brief Symptom Inventory, BSI-versión española (Rui-

pérez, 2001) y el Somatic Symptom Inventory, SSI (Escobar, 1989) para estudiar el grado de sintomatología psicopatológica y el grado de somatización. **Resultados.** Puntuaciones elevadas en el índice general y la escala de somatización del BSI. En el DPSI no se obtienen puntuaciones elevadas, tampoco en el SSI. Correlación significativa entre los resultados del DPSI y de las escalas BSI y SSI en el caso de los magrebís. **Discusión y conclusiones.** Se observa un claro mal estado

de salud en los dos grupos, aunque los factores de riesgo psicosocial que conlleva la inmigración tienen más repercusión a nivel de distrés y somatización en los pacientes magrebís. En toda la muestra se aprecia un empeoramiento del estado de salud después de haber inmigrado. Los subsaharianos perciben más los factores de riesgo, pero tienen mejor salud y mejor adaptación.

Palabras clave: salud, inmigrantes, atención primaria.