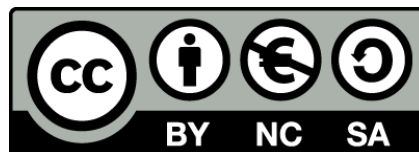




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Qualitat de Vida, Aferrament i Creences de Malaltia del pacient immigrant de la Catalunya Central

Marta Figueras



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**



Qualitat de Vida, Aferrament i Creences de Malaltia del pacient immigrant de la Catalunya Central

TESI DOCTORAL

MARTA FIGUERAS

2016

DIRECTORS DE TESI:

Dra. Gemma Prat

Dr. Guillem Feixas



Facultat de Psicologia
Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia

Programa de Doctorat
PSICOLOGIA CLÍNICA I DE LA SALUT

**Qualitat de Vida,
Aferrament i Creences
de Malaltia
del pacient immigrant
de la Catalunya Central**

TESI DOCTORAL

MARTA FIGUERAS
2016

DIRECTORS DE TESI:
Dra. Gemma Prat
Dr. Guillem Feixas

Al Joan i la Silvia

AGRAÏMENTS

En el procés d'elaborar una tesi doctoral moltes persones d'àmbits diferents intervenen i acompanyen el llarg treball i, en aquest apartat, aprofito per anomenar-les i agrair tot el suport moral i les orientacions tècniques i professionals rebudes.

En primer lloc, vull agrair la Fundació Althaia per la seva confiança en el projecte i també als pacients immigrants del CSMA de Manresa per la seva col·laboració, sense ells no hagués estat possible aquest estudi. També a les administratives Rosa Pujol, Olga i Carol per la seva ajuda en la gestió de les entrevistes.

Vull agrair molt especialment la directora de la tesi, la Dra Gemma Prat Vigué pels seus ànims, orientacions metodològiques, teòriques i estadístiques i per l'acompanyament en tot el procés del treball. També vull agrair al director de la tesi, el Dr Guillem Feixas Viaplana, pel seu rigor en els seus comentaris i les seves orientacions.

Després de diferents vicissituds en el terreny estadístic la trobada amb la Marissa Trullàs va generar un camí fructífer en el que m'ha ajudat aportant criteri estadístic al treball així com també ha estat molt didàctica en les reunions que hem mantingut. Li agraeixo moltíssim la seva ajuda.

El dia a dia a la Universitat, les companyes de la Fundació Universitària del Bages m'han reconfortat amb els seus ànims i, les doctorandes i doctores, compartint les experiències d'aquest procés (Esther Colillas, Núria Obradors, Montse Suriñach, Marina Mateu, Sixtina Perarnau, Montse Vila, Aida Camps). A la bibliotecària Montserrat Fernández per la seva eficiència. A totes elles moltes gràcies, en especial, vull agrair el suport rebut de la directora dels estudis d'infermeria Carme Valiente.

Vull agrair als professors i professionals que m'han ajudat en tot el meu recorregut formatiu, professional, de doctoranda i personal, en especial la Dra Àngles Vives, el Dr Paco Sainz, la Dra Montserrat Hortal i el Dr Joan Creixell per el suport i la confiança dipositada en la meva persona. La Dra Mercè Mitjavila de la Universitat Autònoma de Barcelona, professora en diferents moments

de la meva formació, a la Fundació Vidal i Barraquer (Universitat Ramon Llull) i a la Universitat de Barcelona, per el seu rigor en les seves explicacions i assessorament amb el tema de l'aferrament

També vull agrair el Professor Dr Joseba Achotegui que m'ha orientat cap a lectures interessants sobre el tema de la immigració, m'ha deixat assistir a les seves classes sobre la Síndrome de l'Estrès Crònic i Múltiple a la Universitat de Barcelona així com s'ha mostrat accessible als meus dubtes alhora d'interpretar els resultats, el qual és de molt d'agrair.

A la Dra Isabel Sala, companya de Teràpsia, per la lectura detinguda de la tesi, les seves aportacions i els seus ànims. Moltes gràcies. També als companys i companyes de Teràpsia-Clinica de Vic.

No vull deixar d'anomenar al Dr. Sergi Ballespí de la Universitat Autònoma de Barcelona per el seu assessorament metodològic en el primer plantejament del treball que no es va poder dur a terme, ni a l'Àlex Mulard, ni tampoc els comentaris de l'Adrià sobre operacions estadístiques. A la Saloua Bouftil per l'ajuda en la fase prèvia al present estudi.

Vull agrair molt sincerament el suport de la meva família i amics. En especial al meu marit per la seva paciència, suport en tot moment i ànims. A la meva filla que també ha patit la meva dedicació, sovint, intensa de la tesi. Als meus pares per tot el que m'han ensenyat i ajudat al llarg de la meva trajectòria de vida. A la meva tia Pris i tia Maria per el suport i l'acompanyament en tot moment de la vida i també pels ànims i encoratjament al llarg de la tesi. A l'Eva, l'Alba, el Greg, a la Xènia i al Gerard. A la meva germana Carlota per el suport moral, la maquetació i el disseny de la tesi, a la Jess i també a la Lola per robar-li una mica d'atenció de la seva mare.

Els amics, en especial a en Pep, la Montse, en Jaume, la Sílvia, la Laia, l'Esteve, en Josep M^a i l'Elisabet per ajudar-nos a mi i a la meva família a fer més suportable aquest feixuc procés. Als amics i a la família de Madrid.

A l'Esther, que em va animar a arrencar la tesi amb el seu entusiasme i vitalitat però, malauradament, ja no està entre nosaltres.

Molt agraïda a tothom, muchas gracias, أَلَيْزَجَ أَرْكَشُ، mulțumesc frumos

ÍNDIX

RESUM	19
PRESENTACIÓ	21
<i>PART TEÒRICA</i>	23
CAPÍTOL 1	24
INTRODUCCIÓ	24
1. ELS MOVIMENTS MIGRATORIS.....	24
1.1 ELS MOVIMENTS MIGRATORIS.....	24
1.2. LA IMMIGRACIÓ A ESPANYA I A CATALUNYA.....	25
1.3. LA POBLACIÓ ESTRANGERA A LA COMARCA DEL BAGES.....	28
2. CONSIDERACIONS FINALS SOBRE ELS PROCESSOS MIGRATORIS.....	31
2. LA IMMIGRACIÓ I EL SISTEMA SANITARI.....	33
1. LA IMMIGRACIÓ I EL SISTEMA SANITARI.....	33
1.1. APUNTS SOBRE EL SISTEMA SANITARI CATALÀ.....	33
1.2. APUNTS SOBRE LA XARXA DE SALUT MENTAL.....	34
1.3. APUNTS SOBRE L'ATENCIÓ A L'IMMIGRANT.....	37
1.4. L'ATENCIÓ ESPECIALITZADA EN SALUT MENTAL A L'IMMIGRANT.....	39
1.5. LES COMPETÈNCIES CULTURALS DEL PROFESSIONAL SANITARI.....	40
1.6. EL SISTEMA SANITARI DELS PAÏSOS D'ORIGEN: ELS MODELS DE ROMANIA I MARROC.....	41
3. EL PROCÉS D'ACULTURACIÓ.....	45
1. EL DOL MIGRATORI.....	46
2. LA INFLUÈNCIA DE LA CULTURA EN L'ELABORACIÓ DEL DOL.....	47

3.	EL XOC CULTURAL	49
4.	LES ACTITUDS D'ACULTURACIÓ.....	49
4.	IMMIGRACIÓ I SALUT	52
1.	IMMIGRACIÓ I SALUT GENERAL	52
2.	IMMIGRACIÓ I SALUT MENTAL	53
2.1.	MODELS I HIPÒTESIS DE LA SALUT MENTAL DELS IMMIGRANTS	55
2.2.	L'ESTRÈS D'ACULTURACIÓ.....	58
2.2.1.	<i>Els models d'estrès d'aculturació</i>	58
2.2.2.	<i>Psicopatologia associada a l'estrès d'aculturació.....</i>	61
2.3.	ASPECTES CLÍNICS DE LA SALUT MENTAL D'IMMIGRANTS	64
2.3.1.	<i>Simptomatologia depressiva.....</i>	65
2.3.2.	<i>Simptomatologia ansiosa</i>	66
2.3.4.	<i>Simptomatologia somàtica</i>	66
2.3.5.	TRASTORNS PSICÒTICS.....	67
2.3.5.	<i>Altres aspectes clínics.....</i>	68
2.3.6.	<i>Comparació amb la població autòctona</i>	69
2.3.7.	<i>Comparació amb la població d'origen.....</i>	71
2.3.8.	<i>La relació entre cultura i la salut mental</i>	72
2.4.	ASPECTES SOCIODEMOGRÀFICS DE LA SALUT MENTAL DELS IMMIGRANTS.....	74
2.5.	CONSIDERACIONS SOBRE LA SALUT MENTAL DELS IMMIGRANTS	77
2.6.	FACTORS EXPLICATIUS DE LA SALUT MENTAL ASSOCIADA ALS PROCESSOS MIGRATORIS.....	79
2.6.1.	<i>L'estrès crònic i múltiple. La síndrome d'Ulisses.....</i>	79
2.6.2.	<i>Factors premigratoris</i>	83
5.	FACTORS ASSOCIATS A LA SALUT MENTAL	85
1.	L'AFERRAMENT	85
1.1.	AFERRAMENT I PSICOPATOLOGIA.....	90

1.2.	AFERRAMENT I CULTURA	92
1.3.	AFERRAMENT, IMMIGRACIÓ I PSICOPATOLOGIA	92
2.	EL FUNCIONAMENT SOCIAL.....	93
2.1.	FUNCIONAMENT SOCIAL I PSICOPATOLOGIA	94
2.2.	FUNCIONAMENT SOCIAL I IMMIGRACIÓ	95
2.2.	FUNCIONAMENT SOCIAL, PSICOPATOLOGIA I IMMIGRACIÓ.....	97
6.	CONSEQÜÈNCIES DE SALUT I IMMIGRACIÓ	99
1.	LA QUALITAT DE VIDA	99
1.1.	QUALITAT DE VIDA I PSICOPATOLOGIA.....	102
1.2.	QUALITAT DE VIDA I IMMIGRACIÓ	104
1.3.	QUALITAT DE VIDA, IMMIGRACIÓ I PSICOPATOLOGIA.....	106
2.	L'ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA.....	106
2.1.	ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA I PSICOPATOLOGIA	107
2.2.	ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA I IMMIGRACIÓ.....	108
2.3.	ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA, PSICOPATOLOGIA I IMMIGRACIÓ.....	108
7.	ELS SISTEMES DE CREENCES SOBRE MALALTIA.....	110
1.	MODELS TEÒRICS	110
1.1.	EL MODEL DE CREENCES DE LA SALUT (MCS)	111
1.2.	MODEL DELS SISTEMES AUTORREGULADORS.....	111
1.3.	ELS MODELS ANTROPOLÒGICS VERSUS ELS MODELS MÈDICS	112
2.	SISTEMA DE CREENCES I PSICOPATOLOGIA	113
3.	SISTEMA DE CREENCES I IMMIGRACIÓ.....	114
4.	SISTEMA DE CREENCES, IMMIGRACIÓ I PSICOPATOLOGIA.....	115
5.	REPRESENTACIONS DE LA SALUT EN ALTRES CULTURES	116
	EL MAGRIB	116

5.1. L'EXPRESSIÓ CLÍNICA DEL MALESTAR EN LA CULTURA MAGREBÍ.....	120
L'EUROPA DE L'EST	120
CAPÍTOL 2	122
JUSTIFICACIÓ, OBJECTIUS I HIPÒTESIS.....	122
JUSTIFICACIÓ DE LA INVESTIGACIÓ.....	122
OBJECTIUS	123
HIPÒTESIS.....	124
<i>PART EMPÍRICA</i>	127
CAPÍTOL 3	128
MÈTODE	128
1. TIPUS DE DISSENY	128
2. PARTICIPANTS	128
3. INSTRUMENTS	130
3.1. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.....	130
3.2. RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE (RQ).....	131
3.3. SYMPTOM ASSESSMENT-45 QUESTIONNAIRE (SA-45).....	132
3.4. ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE (IPQ-R).....	134
3.5. WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE-BREF (WHOQOL-BREF).....	136
3.6. SOCIAL ADAPTATION SELF-EVALUATION SCALE (SASS)	137
3.7. BARCELONA IMMIGRANT STRESS SCALE (BISS).....	137
4. SEGUIMENT DE VISITES	138
5. PROCEDIMENT	138
6. ANÀLISI ESTADÍSTICA	139
CAPÍTOL 4	142
RESULTATS	142

1. PERFIL SOCIODEMOGRÀFIC	142
1.1. DIFERÈNCIES ENTRE ELS GRUPS CULTURALS	147
1.1.1. <i>Els anys viscuts a Catalunya</i>	148
1.1.2. <i>Domini del idioma espanyol</i>	147
1.1.3. <i>El nivell d'estudis</i>	148
1.1.4. <i>L'ocupació laboral</i>	149
1.1.5. <i>El nivell de rendes</i>	149
1.1.6. <i>L'estat de l'ocupació laboral</i>	150
2. L'ESTIL D'AFERRAMENT	152
3. SIMPTOMATOLOGIA PSICOLÒGICA	154
4. CREENCES SOBRE MALALTIA	156
5. LA QUALITAT DE VIDA	162
6. AJUSTAMENT DE L'ESTRÈS D'ACULTURACIÓ I L'ADAPTACIÓ SOCIAL	164
6.1. L'ESTRÈS D'ACULTURACIÓ	164
6.2. L'ADAPTACIÓ SOCIAL	165
6.3. XARXA SOCIAL.....	165
7. ESTUDI CORRELACIONAL.....	167
7.1. L'ESTIL D'AFERRAMENT	167
7.2. SIMPTOMATOLOGIA PSICOLÒGICA.....	172
7.3. CREENCES SOBRE LA MALALTIA.....	175
7.4. LA QUALITAT DE VIDA	179
7.4.1. <i>Correlacions entre la qualitat de vida, la simptomatologia psicològica i les dades sociodemogràfiques</i>	180
7.5. L'ESTRÈS D'ACULTURACIÓ	188
7.6. L'ADAPTACIÓ SOCIAL	189

8.EL COMPLIMENT DE VISITES	191
9.COMPARACIÓ ENTRE POBLACIÓ AUTÒCTONA I IMMIGRANT	197
9.1.EL COMPLIMENT DE VISITES	197
9.2. L'ADAPTACIÓ SOCIAL I LA QUALITAT DE VIDA	198
9.2. LA QUALITAT DE VIDA SEGONS EL GRUP DE POBLACIÓ	200
10.ELS MODELS EXPLICATIUS.....	203
10.1.QUALITAT DE VIDA I SIMPTOMATOLOGIA PSICOLÒGICA	203
10.2. CREENCES DE MALALTIA I SIMPTOMATOLOGIA PSICOLÒGICA.....	206
10.3. ADAPTACIÓ SOCIAL I SIMPTOMATOLOGIA PSICOLÒGICA	206
10.4 ADAPTACIÓ SOCIAL I QUALITAT DE VIDA.....	208
CAPÍTOL 11	210
DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS	210
1. DISCUSSIÓ.....	210
1.1.LES CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES	210
1.2. ELS ESTILS D'AFERRAMENT	211
1.3. LA SIMPTOMATOLOGIA PSICOPATOLÒGICA	214
1.4. LES CREENCES SOBRE LA CAUSA DE MALALTIA	218
1.5. LA QUALITAT DE VIDA	221
1.6. L'ESTRÈS D'ACULTURACIÓ I EL FUNCIONAMENT SOCIAL.....	225
1.7. ELS MODELS EXPLICATIUS.....	230
1.8. CONSIDERACIONS FINALS	234
1.9. LIMITACIONS DE L'ESTUDI	241
2. PROPOSTES DE FUTUR.....	243
2.1. PROPOSTES DE RECERCA	243
2.2. PROPOSTES D'INTERVENCIIONS	244

3. CONCLUSIONS	245
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	248
ANNEX I: CERTIFICAT DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA	287
ANNEX II: CONSENTIMENT INFORMAT PACIENT	288
ANNEX III: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	289

FIGURES

<i>Figura 1:</i> Piràmide de població segons Nacionalitat a Catalunya.....	27
<i>Figura 2:</i> Distribució de la població estrangera empadronada a Espanya	28
<i>Figura 3:</i> Distribució de la població de nacionalitat romanesa a Catalunya.....	30
<i>Figura 4:</i> Model organitzatiu dels serveis de Salut Mental i Addiccions.....	36
<i>Figura 5:</i> Model d'estrès d'aculturació, factors moderadors (Berry et al., 1997).....	59
<i>Figura 6:</i> Model d'estrès d'aculturació de Berry (1997).....	60
<i>Figura 7:</i> Model del procés d'aculturació de Ward et al. (2001).....	61
<i>Figura 8:</i> Estils d'aferrament.....	87
<i>Figura 9:</i> Fórmules per obtenir les puntuacions de les dimensions.....	131
<i>Figura 10:</i> Distribució dels participants segons el sexe	142
<i>Figura 11:</i> Nacionalitat dels participants de l'estudi	143
<i>Figura 12:</i> Orientació religiosa manifestada pels participants de l'estudi.....	144
<i>Figura 13:</i> Estat civil dels participants de l'estudi	144
<i>Figura 14:</i> Nivell d'estudis dels participants de l'estudi	145
<i>Figura 15:</i> Ocupació laboral manifestada pels participants de l'estudi.....	146

<i>Figura 16.</i> Orientació Diagnòstica dels participants de l'estudi.....	146
<i>Figura 17:</i> Distribució percentatges de l'estat del treball i grups culturals.....	150
<i>Figura 18:</i> Distribució dels percentatges del nivell d'estudis i grup cultural.....	151
<i>Figura 19.</i> Distribució dels percentatges del nivell de rendes i grup cultural	152
<i>Figura 20:</i> Freqüències dels estils d'aferrament (%).....	153
<i>Figura 21:</i> Compliment de les visites als 6 mesos	191
<i>Figura 22:</i> Freqüències de l'estat de les visites als 6 mesos i grup cultural.....	192
<i>Figura 23:</i> Freqüències relatives del compliment de visites segons el sexe.....	193
<i>Figura 24:</i> Freqüències relatives del compliment de visites i els estils d'aferrament..	194
<i>Figura 25:</i> Diagrama de caixa de l'adaptació social segons grup de població.....	199
<i>Figura 26:</i> Diagrama de caixa de l'adaptació social segons grup cultural	200
<i>Figura 27:</i> Diagrama de caixa de la qualitat de vida segons grup de població	201
<i>Figura 28:</i> Diagrama de Caixa de la satisfacció salut (QV) segons grup de població .	202

TAULES

Taula 1. <i>Diversitat comarcal de la població estrangera a Catalunya</i>	29
Taula 2. <i>Dades del padró de la població immigrant de Manresa</i>	31
Taula 3. <i>Organització serveis de salut mental de la Xarxa de Salut Mental</i>	36
Taula 4. <i>Objectius del Pla director d'immigració (2006-2015)</i>	38
Taula 5. <i>Característiques de les societats femenines i masculines</i>	48
Taula 6. <i>Elements del model del procés d'aculturació de Navas et al.</i>	51
Taula 7. <i>Categories del model multivariat de Goldhust i Richmon</i>	57
Taula 8. <i>Percentatge de resposta «molt i bastant» dels factors estressants en el col·lectiu magrebi</i>	63

Taula 9. <i>Diagnòstics psiquiàtrics amb més prevalença a l'Atenció Primària</i>	70
Taula 10. <i>Comparació diagnòstic psiquiàtric immigrants i autòctons espanyols</i>	70
Taula 11. <i>Característiques sociodemogràfiques comparatives entre el grup immigrants i el d'autòctons</i>	77
Taula 12. <i>Classificació dels símptomes de la Síndrome d'Ulisses</i>	82
Taula 13. <i>Característiques dels quatre prototips d'aferrament adult</i>	88
Taula 14. <i>Línees d'investigació sobre l'Aferrament Adult</i>	89
Taula 15. <i>Escales genèriques d'avaluació de la Qualitat de Vida</i>	101
Taula 16. <i>Relació entre els objectius i instruments de mesura</i>	130
Taula 17. <i>Comparació dels Anys viscuts a Catalunya en funció del grup cultural</i>	147
Taula 18. <i>Distribució del domini del idioma espanyol en funció del grup cultural</i>	148
Taula 19. <i>Distribució del nivell d'estudis en funció del Grup cultural</i>	148
Taula 20. <i>Distribució de l'Ocupació laboral en funció del grup cultural</i>	149
Taula 21. <i>Distribució del nivell de rendes en funció del grup cultural</i>	149
Taula 22. <i>Distribució de l'estat de l'ocupació laboral en funció del grup cultural</i>	150
Taula 23. <i>Comparació de les variables sociodemogràfiques en funció del grup cultural</i> ..	151
Taula 24. <i>Els models d'aferrament en funció del sexe</i>	153
Taula 25. <i>Els models d'aferrament en funció del grup cultural</i>	154
Taula 26. <i>La simptomatologia psicològica en funció del sexe</i>	155
Taula 27. <i>La simptomatologia psicològica en funció del grup cultural</i>	156
Taula 28. <i>Les creences sobre la malaltia en funció del sexe</i>	157
Taula 29. <i>Les creences sobre la malaltia en funció del grup cultural</i>	158
Taula 30. <i>Distribució dels símptomes i les molèsties físiques</i>	159
Taula 31. <i>Creences sobre les causes de malaltia</i>	160

Taula 32. <i>Creences sobre les causes de malaltia en funció del sexe</i>	160
Taula 33. <i>Creences sobre les causes de malaltia en funció del grup cultural</i>	161
Taula 34. <i>La qualitat de vida en funció del sexe</i>	163
Taula 35. <i>La qualitat de vida en funció del grup cultural</i>	163
Taula 36. <i>L'estrès d'aculturació en funció del sexe</i>	164
Taula 37. <i>L'estrès d'aculturació en funció del grup cultural</i>	164
Taula 38. <i>L'adaptació social en funció del sexe i el grup cultural</i>	165
Taula 39. <i>Distribució de la xarxa social en funció del sexe</i>	165
Taula 40. <i>Comparació de la xarxa social entre el sexe</i>	166
Taula 41. <i>Distribució de la xarxa social en funció del grup cultural</i>	166
Taula 42. <i>Comparació de la xarxa social entre el grup cultural</i>	166
Taula 43. <i>Correlacions entre els models d'aferrament i la qualitat de vida</i>	167
Taula 44. <i>Correlacions entre la qualitat de vida i el model del si mateix. Factor sexe</i> ...	168
Taula 45. <i>Correlacions entre la simptomatologia psicològica i els models d'aferrament</i> ..	168
Taula 46. <i>Correlacions entre l'estrès d'aculturació i els models d'aferrament</i>	169
Taula 47. <i>Correlacions entre els models d'aferrament i l'estrès d'aculturació</i> <i>Factors anys a Catalunya i grup cultural</i>	169
Taula 48. <i>Correlacions entre els estils d'aferrament i la simptomatologia psicològica</i> ..	170
Taula 49. <i>Correlacions entre els estils d'aferrament i la simptomatologia psicològica</i> <i>Factor cultura</i>	170
Taula 50. <i>Correlacions entre els estils d'aferrament i la qualitat de vida. Factor cultura</i>	171
Taula 51. <i>Correlacions entre els estils d'aferrament i l'adaptació social</i>	171
Taula 52. <i>Correlacions entre els models d'aferrament i l'adaptació social</i>	172
Taula 53. <i>Correlacions entre la simptomatologia psicològica i l'estrès d'aculturació</i> ...	172

Taula 54. <i>Correlacions entre la simptomatologia psicològica i les creences de malaltia.....</i>	173
Taula 55. <i>Correlacions entre la simptomatologia psicològica i la qualitat de vida.....</i>	174
Taula 56. <i>Correlacions entre la simptomatologia psicològica i l'adaptació social.....</i>	175
Taula 57. <i>Correlacions entre les creences sobre la malaltia i la qualitat de vida.....</i>	175
Taula 58. <i>Correlacions entre creences de malaltia i adaptació social.....</i>	176
Taula 59. <i>Correlacions entre les causes de la malaltia i l'estrès d'aculturació.....</i>	176
Taula 60. <i>Correlacions entre les causes de malaltia i les dimensions de les creences de malaltia.....</i>	177
Taula 61. <i>Correlacions entre les causes de malaltia i la simptomatologia psicològica.....</i>	178
Taula 62. <i>Correlacions entre les causes de malaltia i els models d'aferrament.....</i>	178
Taula 63. <i>Correlacions entre la qualitat de vida i l'estrès d'aculturació.....</i>	179
Taula 64. <i>Correlacions entre la qualitat de vida i l'adaptació social en funció de l'estat civil.....</i>	180
Taula 65. <i>Correlacions entre la qualitat de vida i la simptomatologia psicològica en funció del nivell d'ingressos mensuals.....</i>	182
Taula 66. <i>Correlacions entre la qualitat de vida i la simptomatologia psicològica en funció de tenir fills.....</i>	185
Taula 67. <i>Correlacions entre la qualitat de vida amb la simptomatologia psicològica en funció del domini del idioma.....</i>	187
Taula 68. <i>Correlacions entre l'estrès d'aculturació i les creences sobre malaltia.....</i>	188
Taula 69. <i>Correlacions entre l'adaptació social i la qualitat de vida.....</i>	189
Taula 70. <i>Correlacions entre l'adaptació social i l'estrès d'aculturació. Factor estat civil.</i>	189
Taula 71. <i>Correlacions entre l'adaptació social i l'estrès d'aculturació. Factor cultura</i>	190
Taula 72. <i>Correlacions entre l'adaptació social i la xarxa social.....</i>	190

Taula 73. <i>Taula de contingència del compliment de visites en funció del grup cultural.....</i>	192
Taula 74. <i>Comparació del compliment de visites en funció grup cultural.....</i>	192
Taula 75. <i>Taula de contingència del compliment de visites en funció del sexe.....</i>	193
Taula 76. <i>Comparació del compliment de visites en funció del sexe.....</i>	193
Taula 77. <i>Taula de contingència del compliment de visites en funció dels estils d'aferrament.....</i>	194
Taula 78. <i>Comparació del compliment de visites en funció del grup cultural.....</i>	195
Taula 79. <i>Comparació del compliment de visites en funció de la simptomatologia psicològica.....</i>	195
Taula 80. <i>Mitjanes del compliment de visites en funció de la simptomatologia psicològica....</i>	195
Taula 81. <i>Comparació del compliment de visites en funció de l'àrea depressiva.....</i>	196
Taula 82. <i>Comparació del compliment de visites en funció de l'àrea somàtica.....</i>	196
Taula 83. <i>Comparació del compliment de visites en funció de l'àrea d'ansietat.....</i>	196
Taula 84. <i>Comparació del compliment de visites en funció de les àrees de depressió, somatització i d'ansietat.....</i>	197
Taula 85. <i>Comparació del compliment de visites en funció de les creences de malaltia.....</i>	197
Taula 86. <i>Distribució del compliment de visites en funció de la població immigrant i autòctona.....</i>	198
Taula 87. <i>Comparació del compliment de visites en funció de la població immigrant i autòctona.....</i>	198
Taula 88. <i>Comparació de l'adaptació social en funció del grup de població.....</i>	199
Taula 89. <i>Comparació de l'adaptació social en funció del grup cultural.....</i>	200
Taula 90. <i>Comparació de la qualitat de vida en funció del grup de població.....</i>	201
Taula 91. <i>Comparació de la qualitat de vida en funció del grup cultural.....</i>	202
Taula 92. <i>Comparació de les preguntes generals de la qualitat de vida en funció del</i>	

<i>grup de població</i>	203
Taula 93. <i>Model de regressió lineal múltiple de la QV en funció de la simptomatologia psicològica</i>	204
Taula 94. <i>Model de regressió lineal múltiple de la QV en funció de la simptomatologia psicològica i el grup cultural</i>	205
Taula 95. <i>Model de regressió lineal múltiple de les creences de malaltia en funció de la simptomatologia psicològica</i>	206
Taula 96. <i>Model de regressió múltiple de les creences de malaltia en funció de la simptomatologia psicològica i el grup cultural</i>	207
Taula 97. <i>Model de regressió lineal múltiple de l'adaptació social en funció de la simptomatologia psicològica</i>	208
Taula 98. <i>Model de regressió lineal múltiple de l'adaptació social en funció de la simptomatologia psicològica i el grup cultural</i>	208
Taula 99. <i>Model de regressió lineal múltiple de l'adaptació social en funció de la QV</i> ..	209
Taula 100. <i>Model de regressió lineal múltiple de l'adaptació social en funció de la QV i el grup cultural</i>	209

RESUM

Fonament: Actualment, el fet d'immigrar, malgrat ser un fenomen antiquíssim, posa en compromís la salut general i mental de les persones que emigren per motius econòmics. A l'Estat Espanyol, la migració multicultural, és un fenomen relativament recent, tot i que ha evolucionat molt ràpidament i s'ha frenat per la crisi econòmica que va començar el 2008. La gran diversitat de situacions associades a les característiques dels processos migratoris i les condicions de vida de la població immigrant en les societats receptores ens situa en un àmbit d'estudi complex. L'estudi de la salut mental del pacient immigrant i l'ús que fa del servei de salut mental requereix explorar una sèrie de qüestions que ens permeti aclarir quines són les causes del seu malestar, com les expressa i com s'està produint el seu procés d'aculturació per desenvolupar iniciatives per a la millora de la seva salut i comprendre millor el seu funcionament psicosocial.

Objectius: L'objectiu general d'aquesta tesi és estudiar la relació entre les variables clíniques i socioculturals de les persones immigrants que s'atenen en els dispositius de consulta externa de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia. S'inclouen també com a objectius específics, l'influència d'aquestes variables en el seguiment clínic del compliment de visites, l'anàlisi de les creences i les conseqüències del problema psicològic i la identificació de la influència del gènere i la cultura.

Mètode: Es va realitzar un estudi amb disseny transversal prospectiu d'una sola fase amb un seguiment del compliment de visites als 6 mesos. La mostra va ser de 59 participants (60% dones i 20% homes) amb una mitjana d'edat de 37,25. Es va dur a terme una entrevista semiestructurada per recollir les dades sociodemogràfiques i es van administrar sis qüestionaris per mesurar: l'estrès d'aculturació, la simptomatologia psicològica, l'adaptació social, la qualitat de vida, les creences sobre malaltia i l'estil d'aferrament. Es va comparar els dos grups culturals més representatius i el grup de pacients immigrants amb el grup de pacients autòctons en les variables: adaptació social, qualitat de vida i compliment de visites. L'anàlisi descriptiva es va realitzar mitjançant mitjanes i desviacions típiques en les variables quantitatives i, mitjançant, freqüències absolutes i relatives i percentatges en les variables qualitatives. Es va realitzar l'anàlisi bivariada per descriure les relacions entre variables i es va utilitzar la d de Cohen per mesurar la grandària de l'efecte. La relació entre variables quantitatives es va realitzar mitjançant l'anàlisi de la. Les correlacions significatives es van ajustar al model de regressió amb una anàlisi *pas a pas*. L'anàlisi bivariada entre variables qualitatives es va dur a terme mitjançant la prova χ^2 utilitzant el coeficient V de Cramer per mesurar la intensitat.

Resultats: Els factors associats a percebre pitjor qualitat de vida és provenir del Marroc, tenir nivells més baixos de nivell educatiu i de rendes mensuals. La causa associada a les creences de malaltia és l'estrès o preocupacions. Els models explicatius més ajustats es troben en la qualitat de vida i la simptomatologia psicològica, sobretot en la depressiva. Es percep un baix estrès d'acultu-

ració en excepció del psicosocial. Es troben diferències significatives en la QV general entre la població immigrant i l'autòctona de salut mental, en l'adaptació social i en el compliment de visites.

Conclusions: Els pacients immigrants del Bages són del Marroc i de Romania, tenen la situació jurídica en regla però es troben en una precària situació laboral i econòmica. Els diagnòstics psiquiàtrics més prevalents són l'afectiu, l'adaptatiu i el d'ansietat. Les creences sobre malaltia corresponen a un model tendent a crònic, amb conseqüències per llurs vides i moments asimptomàtics, causat per múltiples factors sobretot per l'estrès. Un bon nivell del idioma i un mínim d'ingressos mensuals protegeix de la simptomatologia psicològica. Es constata que el grup d'immigrants rep significativament més altes dels professionals que el grup d'autòctons. Es confirma que els pacients marroquins no manifesten el seu malestar psicològic entristint-se o amb sentiments de culpabilitat presents en la simptomatologia depressiva i pràcticament no es troben diferències significatives entre el sexe.

Paraules clau: Salut mental, immigració, població marroquina, població romanesa, població autòctona, psicopatologia, simptomatologia psicològica, estil d'aferrament, creences de malaltia, estrès d'aculturació, qualitat de vida, adaptació social.

PRESENTACIÓ

La idea d'investigar sobre la immigració i la psicologia transcultural ve de diferents motivacions que van des de la part personal a la professional. El fet d'haver viatjat per diferents països i tenir la família repartida en diferents indrets m'ha fet estar atenta a qüestions relatives a formes de fer, de veure el món, d'expressar-se i comunicar. Per altra banda, al llarg de la meua carrera professional com a psicòloga he atès a persones i famílies de diferents cultures, així com, parlant amb diferents professionals del camp de la salut, del social, de l'educació i de l'administració em transmetien i compartíem la complexitat i les dificultats alhora d'atendre el col·lectiu immigrant estranger.

Tot i que encara tenim una trajectòria molt curta d'immigració multicultural a Espanya, comença a haver estudis científics que mostren l'esforç dels autors per anar analitzant tant el comportament com l'expressió clínica del malestar psíquic d'aquests col·lectius i millorar la pràctica i la relació assistencial. Els estudis, sobretot, són descriptius i epistemològics de la mateixa manera que el present. Naturalment doncs, la primera necessitat per ubicar i orientar-se és, si em permeten el símil, dibuixar un mapa (perfil) i disposar d'una brúixola o un GPS (resultats). De totes maneres, amb els resultats que hem obtingut volem traçar altres línies d'estudi no només descriptives sinó també d'intervencions per anar aplicant els coneixements obtinguts amb el propòsit que es beneficiïn professionals i pacients directament. De fet, estudis amb pacients immigrants amb diagnòstic de trastorn mental i tractats des d'un centre especialitzat de salut mental n'hi ha ben pocs, no només al nostre país sinó també internacionalment. N'hi ha més en atenció primària que, de fet, té sentit donat que l'estudi de la població general a l'atenció primària permet tenir unes dades epidemiològiques sobre l'estat de salut més abastades. Però, en contrapartida, els estudis en centres especialitzats de salut permeten millorar la gestió de recursos amb tot el que representa (detecció de necessitats específiques segons el perfil de pacient, l'anàlisi de la pràctica assistencial, els tipus d'intervencions, etc.).

Aquest treball està compost per una part teòrica i una part empírica. En la part teòrica es fa una introducció a la realitat migratòria del nostre país, una revisió de la literatura científica sobre la prevalença i les característiques de trastorn mental en la població immigrant juntament amb les teories i models explicatius, els factors associats al trastorn mental (l'estil d'aferrament i l'adaptació social), l'estudi dels factors resultants del trastorn mental (la qualitat de vida i l'adherència al tractament) i les variables explicatives sobre el trastorn mental (les creences sobre la causa del trastorn). Tot i que per facilitar la recerca bibliogràfica i després la lectura s'estructuren les variables en diferents punts, en la realitat i en els propis articles consultats, moltes d'elles estan relacionades, per tant, és una estructuració artificial però clarificadora. Abans de donar pas a la part empírica presentarem els objectius i les hipòtesis formulades de la investigació.

En la part empírica, es presenten els resultats dels qüestionaris administrats i les dades socio-

demogràfiques dels pacients immigrants tractats al CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults) de Manresa. Per altra banda, en el capítol de discussió i conclusions, a diferència de la part teòrica, relacionem totes les variables segons les hipòtesis plantejades i les exposem per ordre de com han estat formulades.

PART TEÒRICA



Joan Miró. L'esperança del navegant VI

CAPÍTOL 1

INTRODUCCIÓ

1. ELS MOVIMENTS MIGRATORIS

Les circumstàncies de cada país i els fenòmens mundials globals fan que hi hagi desigualtats notables en el món les quals instiguen a moltes persones a emigrar amb l'esperança de trobar un indret millor on viure. Actualment però, les persones que emigren es posen en situacions de risc vital per la manera com viatgen, per els enganys de les màfies així com per les distàncies que han d'assumir en condicions precàries.

Des del punt de vista de l'immigrant econòmic, aquell que emigra del seu país per una causa econòmica de precarietat o de no ocupació laboral, quan arriba al destí proposat comença un nou trajecte en el que ha d'afrontar l'estrès potencial dels canvis que comporta qualsevol immigració tant en l'àmbit social, el cultural, el legal, el de l'habitatge i el del treball, entre d'altres.

Per tot això, avui en dia, els riscos que comporta iniciar un viatge migratori, des dels països pobres als països occidentals, compromet sèriament la salut general i la salut mental de les persones immigrants.

A l'Estat Espanyol el fenomen migratori multicultural ha estat important en els inicis del segle XXI tot i que ha disminuït darrerament per la crisi econòmica que va començar el 2007 (Alba, Fernández i Martínez, 2013). Malgrat la crisi, hi ha un percentatge important de persones immigrades que s'han quedat al país i aquest fet comporta un nou teixit sociocultural que s'ha de tenir en compte alhora d'estudiar, tant els fenòmens grupals i socials com les qüestions individuals d'ambdós col·lectius: el de les persones immigrants i les persones de la societat receptora (Alba, Fernández i Martínez, 2013; Zarza, María i Sobrino Prados, 2007).

El món en general i, Europa en particular, requereix de reflexions profundes i de plantejaments i projectes imminents en relació a la crisi econòmica i social que ens sacseja a diferents nivells.

1.1 Els moviments migratoris

En aquest apartat fem un recorregut pels conceptes relatius a migrar i emigrar, els moviments migratoris a Espanya, a Catalunya i a la comarca del Bages, amb el propòsit de situar aquest fenomen antiquíssim, com dèiem, a la realitat més propera de l'estudi.

Els moviments migratoris són inherents als éssers vius en general i, als éssers humans en particular. Segons l' Organització Internacional per a les Migracions (OIM, 2013), *migrar*, és el terme genèric que s'utilitza per descriure, en el cas dels humans, un moviment de persones en el que s'observa una coacció, incloent l'amenaça a la vida i a la seva subsistència, bé sigui per causes naturals o humanes (per exemple, moviments de refugiats i de desplaçats interns, així com persones desplaçades per desastres naturals o ambientals, desastres nuclears o químics, etc.). En canvi, *emigrar* és l'acte de sortir d'un Estat amb el propòsit d'assentar-se en un altre. Les normes internacionals dels drets humans estableixen el dret de tota persona de sortir de qualsevol país, inclòs el seu, i específica, que només en determinades circumstàncies l'Estat pot imposar restriccions a l'esmentat dret, tant en el país receptor com en l'emissor. Per últim, *immigrar*, fa referència, específicament, al procés per el qual les persones no nacionals arriben a un altre país amb la finalitat d'establir-s'hi. Per tant, emigrar posa l'accent a l'acte d'abandonar un país i immigrar posa l'accent en l'acte d'establir-se (Colectivo Ioé, 2012).

El fet de que els temps han canviat impulsats per la tecnologia i la globalització, fa que l'abast de terres llunyanes i desconegudes sigui més assequible en l'era de la globalització (Crespo, 2011). És a dir, el món es percep petit en tant podem arribar a qualsevol indret amb un temps curt. De totes maneres, encara que hagin passat els anys i els temps hagin canviat els motius per els quals les persones es mouen, es traslladen, és el mateix que fa milions d'anys que podríem sintetitzar en el moviment per a la recerca de la supervivència i millorar les condicions de vida (Colectivo Ioé, 2012; Crespo, 2011). I aquí recau una de les grans paradoxes actuals. Avui en dia, immigrar, representa un risc important a molts nivells, tant en el viatge com en l'establiment al nou país com podem veure tot sovint en els mitjans de comunicació. Observem que les migracions del segle XXI es realitzen en difícils condicions, sovint extremes, però en contrapartida van en augment. Les previsions de la Nacions Unides (ONU) són que el nombre d'immigrants es duplicarà en els pròxims 20 anys amb un total estimat de 400 milions de persones. És el que és coneix com el sisè continent, el continent mòbil (Achotegui, 2012).

Actualment, els principals països receptors d'immigració són els Estats Units, Canadà, Rússia, Alemanya i Aràbia Saudita; i els països amb el percentatge de població immigrant major respecte la població autòctona és Qatar (87%), Mònaco (72%), els Emirats Àrabs (70%), Kuwait (65%) i Andorra (64%) (The World Bank, 2011).

De fet, segons el Banc Mundial de Dades (The World Bank, 2011), el nombre de persones immigrants és més de 215 milions, el que suposa el 3% de la població mundial. A Europa, l'any 2009, el total de persones immigrades era de 31,9 milions de persones representant el 6,4% del total de la població europea. En canvi, si fem una ullada un temps enrere, durant els segles XVIII i XIX es calcula que 70 milions d'immigrants europeus van marxar cap al continent Americà (Achotegui, 2012).

1.2. La immigració a Espanya i a Catalunya

La immigració malgrat ser un fenomen antiquíssim, com hem comentat, ens trobem que des de fa pocs anys (finals dels anys vuitanta), a Espanya, aquesta és multicultural (Zarza, María, Sobrino

Prados, 2007). L'inici d'aquest flux migratori coincideix amb l'ingrés d'Espanya a la Comunitat Econòmica Europea (Alba, Fernández, Martínez, 2013).

Per tant, l'etapa com a país d'acolliment d'immigrants és breu i es constata que l'arribada per establir-se ha anat minvant fins trobar-nos en més sortides de població immigrant que en establiments (Alba, Fernández, Martínez, 2013).

Tot i això, segons l'informe del Banc Mundial de Dades (2011), Espanya és el tercer país d'Europa que més persones rep per darrera d'Alemanya i el Regne Unit i, a nivell mundial, se situa en el setè lloc.

Aquestes dades contrasten amb les dades de la història recent espanyola en que ha sigut un país d'emigrants. En els anys 60 del segle XX es calcula que més de 6 milions d'espanyols van emigrar, dels quals el 80% ho va fer al continent Americà. Per altra banda, el país estava aïllat a causa de la dictadura franquista (Achetegui, 2012).

Si fem una ullada als antecedents més immediats dels moviments migratoris a Espanya i Catalunya cal situar-nos en la dècada dels 80 amb l'arribada de ciutadans del nord-oest africà, majoritàriament del Senegal i de Guinea Equatorial, les quals eren excolònies espanyoles. Si retrocedim una mica més en el temps, en la dècada dels 70, la dictadura militar Argentina condiciona l'emigració d'un nombre important de ciutadans els quals s'instal·len a diferents àrees de l'Estat, entre elles a Catalunya (Espina, 2007).

És a partir dels anys 90 del segle XX que augmenta substancialment la població estrangera en el territori espanyol i català i, en només una dècada, s'equipara a la mitjana de població estrangera dels països europeus (Achetegui, 2012; Espina 2007).

Pel que fa a la demografia a Espanya, segons l'informe de l'Institut Nacional de Estadística (INE, 2011), és baixa a causa de la taxa de reproducció la qual és de 1,3 fills per dona quan es calcula que es necessiten un mínim de 2,1 fills només per a mantenir el nivell de població i no perdre'n ja que, entre altres coses, l'esperança de vida ha anat augmentant. Segons la memòria del Consell Econòmic i Social (CES, 2012) la mitjana de vida per part de les dones és de 84,72 anys i per part dels homes 79,01 anys. Valors que se situen per sobre de la mitjana de la Unió Europea (Dones: 82,5; Homes: 76,7). En aquest sentit, s'alerta que la piràmide poblacional espanyola s'està invertint com també la catalana (Figura 1). Per exemple, a Barcelona, per cada jove hi ha dos ancians quan fa 40 anys era al revés. Espanya i Europa, davant aquesta caiguda demogràfica té el risc de convertir-se en un asil (Achetegui, 2012).

En contrapartida, com és habitual en l'anàlisi de dades per grups d'edat, cal esmentar la importància dels moviments migratoris per el rejuveniment dels països de recepció, sobretot en els països occidentals que, com hem dit, tenen problemes importants d'envelliment i natalitat. La immigració és sobretot jove i adulta en edat laboral i la infantil i juvenil està vinculada a la reagrupació familiar i nous naixements com podem apreciar en la Figura 1 (Idescat, 2013).

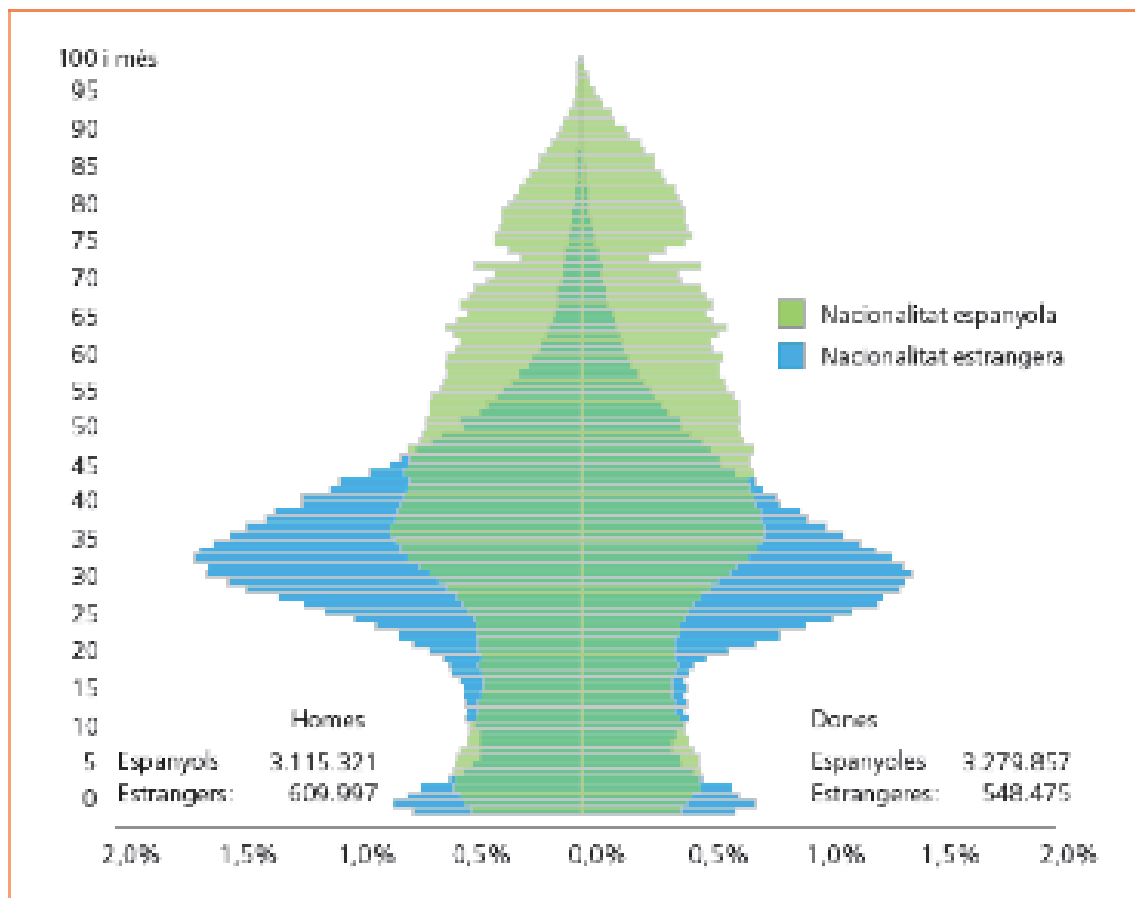


Figura 1: Piràmide de població segons Nacionalitat a Catalunya.

Font: Idescat (Institut d'Estadística de Catalunya), padró 1 de gener 2013

Quan observem la realitat immigrant d'Espanya i Catalunya, malgrat les entrades i les sortides de població immigrant i les dificultats econòmiques i de mercat laboral, ens trobem amb un col·lectiu multicultural arrelat al territori. Aquest fet comporta un ventall divers de fenòmens com el xoc cultural, la convivència entre diferents identitats socioculturals, entre altres que, com veurem en altres apartats (Checa y Olmos, Checa i Arjona, 2009), modifiquen l'estructura i el teixit social (Freixa et al., 2003; Sayed-Ahmad, 2008)

Els immigrants, en general, se solen concentrar en les zones de major dinamisme econòmic del país i, per tant, amb major necessitat de mà d'obra. Així, les zones d'Espanya amb major proporció d'immigrants són Madrid i la seva àrea d'influència i l'arc mediterrani. En concret, Catalunya és la Comunitat que més percentatge de població estrangera té com podem veure en la Figura 2.

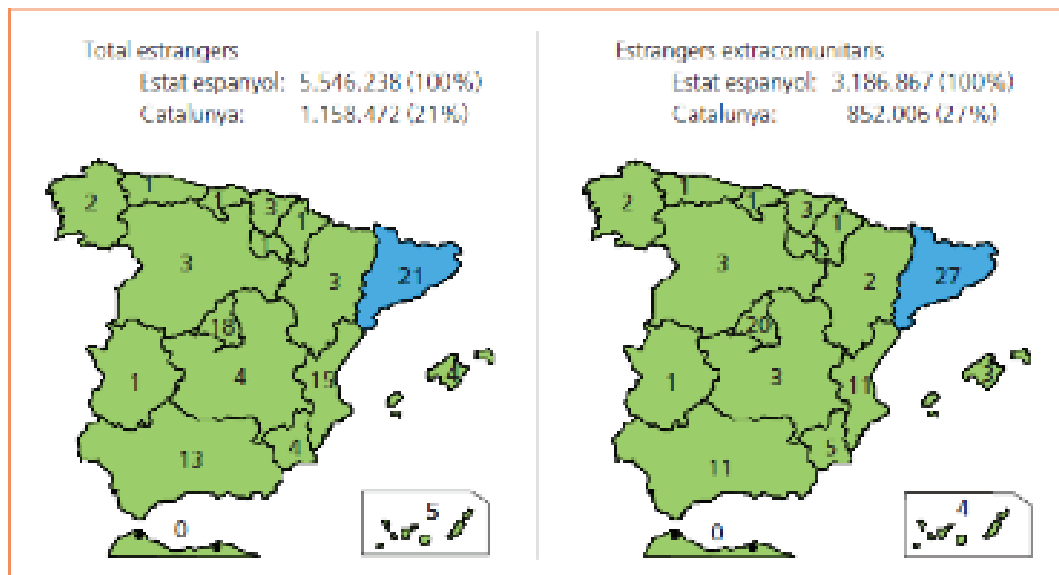


Figura 2: Distribució de la població estrangera empadronada a Espanya

Font: Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013)

1.3. La població estrangera a la comarca del Bages

Els moviments migratoris a la Comarca del Bages, en aquests últims anys, no difereixen de la resta de Catalunya i d'Espanya. El fet de la crisi econòmica, molt generalitzada i que afecta al conjunt de la població, repercuteix en una frenada de l'arribada de població i en un descens dels percentatges migratoris amb variacions significatives segons els orígens nacionals (Ajuntament de Manresa, 2012).

Com hem comentat, en els darrers anys s'ha donat un important moviment intern dins de l'Estat. Bona part de la població estrangera que arriba al servei d'Acollida de l'Oficina Municipal d'Informació de Manresa ho fa des d'altres comunitats autònomes o dins de Catalunya (Ajuntament de Manresa, 2012). Les nacionalitats estrangeres amb més presència difereixen en cada comarca de Catalunya (Taula 1).

Taula 1. Diversitat comarcal de la població estrangera a Catalunya

Comarques	Recomptes de població		% de població estrangera		Diversitat poblacional	
	Població total	Població estrangera	s/ total de població comarcal	s/ total de població estrangera	Nombre de nacionalitats	Nacionalitat principal
Alt Camp	44.771	5.781	12,9%	0,5%	78	Marroc
Alt Empordà	141.351	39.212	27,7%	3,4%	121	Marroc
Alt Penedès	106.242	12.437	11,7%	1,1%	109	Marroc
Alt Urgell	21.128	2.666	12,6%	0,2%	65	Portugal
Alta Ribagorça	4.097	642	15,7%	0,1%	35	Romania
Anoia	118.467	10.623	9,0%	0,9%	100	Marroc
Bages	185.718	21.965	11,8%	1,9%	114	Marroc
Baix Camp	193.455	36.091	18,7%	3,1%	115	Marroc
Baix Ebre	81.514	16.132	19,8%	1,4%	106	Marroc
Baix Empordà	133.787	28.567	21,4%	2,5%	119	Marroc
Baix Llobregat	808.644	89.353	11,0%	7,7%	139	Marroc
Baix Penedès	101.100	15.024	14,9%	1,3%	100	Marroc
Barcelonès	2.240.437	397.976	17,8%	34,4%	167	Pakistan
Berguedà	40.555	3.455	8,5%	0,3%	76	Marroc
Cerdanya	18.630	3.008	16,1%	0,3%	61	Bolívia
Conca de Barberà	20.992	2.654	12,6%	0,2%	57	Romania
Garraf	146.609	22.214	15,2%	1,9%	120	Marroc
Garrigues	20.058	2.671	13,3%	0,2%	60	Romania
Garrotxa	56.106	8.346	14,9%	0,7%	84	Índia
Gironès	185.085	38.346	20,7%	3,3%	121	Marroc
Maresme	437.431	51.904	11,9%	4,5%	127	Marroc
Montsià	71.577	15.025	21,0%	1,3%	89	Romania
Noguera	39.828	6.941	17,4%	0,6%	82	Romania
Osona	155.069	22.027	14,2%	1,9%	115	Marroc
Pallars Jussà	13.607	1.969	14,5%	0,2%	62	Marroc
Pallars Sobirà	7.330	1.011	13,8%	0,1%	46	Romania
Pla de l'Estany	31.325	4.657	14,9%	0,4%	74	Marroc
Pla d'Urgell	37.249	7.275	19,5%	0,6%	67	Romania
Priorat	9.756	1.226	12,6%	0,1%	53	Romania
Ribera d'Ebre	23.477	3.859	16,4%	0,3%	67	Marroc
Ripollès	25.995	2.186	8,4%	0,2%	66	Marroc
Segarra	22.971	5.997	26,1%	0,5%	68	Romania
Segrià	210.141	40.924	19,5%	3,5%	126	Romania
Selva	173.128	37.023	21,4%	3,2%	122	Marroc
Solsonès	13.621	1.824	13,4%	0,2%	51	Marroc
Tarragonès	251.226	46.995	18,7%	4,1%	133	Marroc
Terra Alta	12.310	1.525	12,4%	0,1%	49	Romania
Urgell	36.863	6.846	18,6%	0,6%	74	Marroc
Val d'Aran	10.090	1.981	19,6%	0,2%	58	Romania
Vallès Occidental	898.921	98.547	11,0%	8,5%	144	Marroc
Vallès Oriental	402.989	41.567	10,3%	3,6%	127	Marroc
Total Catalunya	7.553.650	1.158.472	15,3%	100,0%	177	Marroc

Font : Idescat 2013

En comparació amb l'any anterior de la recollida de dades del present estudi, el 2011, la ciutat canvia la tendència i incrementa amb 124 persones però el col·lectiu estranger té una pèrdua de 118 persones (-0,22%). Fet que no succeïa des del desembre del 2010.

L'any 2012 (any que es produeix el començament de la recollida de dades del present estudi), la ciutat compta amb un total de 76.996 habitants dels quals 13.966 són estrangers. Per tant, suposen un 18,13% del total de la població de la ciutat (veure Taula 2). Més recentment, la població ha perdut lleugerament població tant local com estrangera quedant un total de 74.655 habitants dels quals 11.704 són estrangers (Idescat, 2015).

Per altra banda, el total de països amb representació també ha tingut un descens, quedant 101 enlloc de 103 que hi havia el darrer semestre de l'any 2011. Per nacionalitats, la població marroquí és la que segueix sent la més representativa, un 8,04% del total dels manresans (veure Taula 1), tot i que, per primera vegada té una lleugera pèrdua de població (0,02%). La població originària del Marroc suposa el 44,35% del total dels estrangers de la ciutat amb un increment del 0,33% respecte el desembre del 2011 degut a la pèrdua de població d'altres nacionalitats. Es continua donant una major taxa d'homes marroquins respecte la comparació entre gènere (56,3% homes i 43,6% dones).

El segon col·lectiu més nombrós és el romanès, el qual segueix augmentant en el conjunt de Catalunya com podem apreciar en la Figura 3. En concret, a Manresa, compta amb un total d'11,16% dels estrangers (51,02% homes i un 48,97% dones).

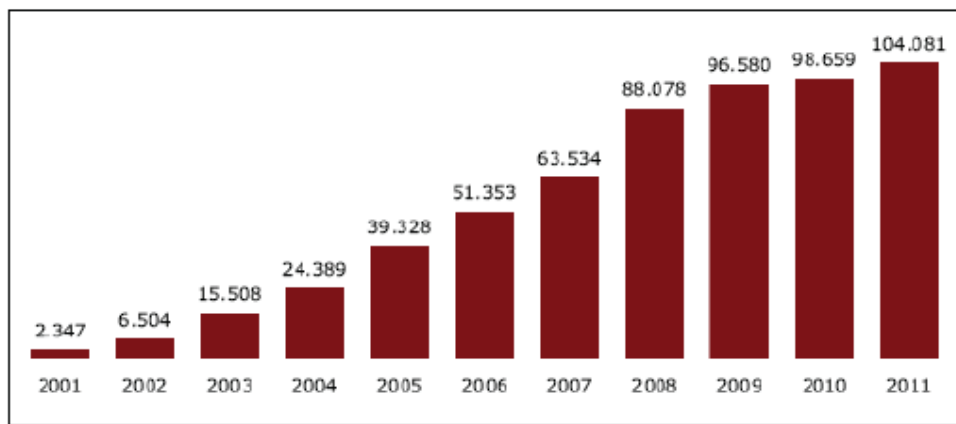


Figura 3: Distribució de la població de nacionalitat romanesa a Catalunya.

Font: Idescat, 2011

El tercer col·lectiu amb més presència és el xinès, el qual compta amb un 4,91% dels estrangers (52,54% homes i 47,45% dones) i experimenta un estancament des del 2011 (veure Taula 2).

Taula 2. Dades del padró de la població immigrant de Manresa

Països	Total juny 2012	Gènere (%)		Població (%)	
		Homes	Dones	Immigrant	Repres. ciutat
Marroc	6.195	56,3	43,6	44,35	8,04
Romania	1.560	51,02	48,97	10,93	2
R.P Xina	687	52,54	47,45	4,9	0,89
Senegal	569	76,46	26,53	4,07	0,73
Equador	442	50	50	3,16	0,57
Bolívia	431	39,2	60,78	3,08	0,56
Polònia	385	59,2	40,7	2,75	0,5
Colòmbia	347	47,83	52,16	2,48	0,45
Ucraïna	195	52,3	47,7	1,39	0,25
Perú	160	51,25	48,75	1,14	0,20

Nota. Adaptació Ajuntament de Manresa (2012)

Per tant, els dos col·lectius més nombrosos són el del Marroc i el de Romania amb un 10,07% del conjunt de la població de Manresa.

2. Consideracions finals sobre els processos migratoris

Els processos migratoris són fenòmens inherents als éssers humans però aquests prenen característiques diferents segons els problemes econòmics, demogràfics i polítics del país d'origen així com les necessitats demogràfiques o d'ocupació del país receptor.

Els fluxos migratoris cap als països occidentals van coincidir, en primer lloc, amb el procés de descolonització. Moltes persones de les excolònies es van traslladar a les metròpolis per millorar la seva situació psicosocial i buscar noves oportunitats (Solé, 2000). Per altra banda, les característiques del model sociocultural ofert des de la independència així com els problemes i persecucions polítiques van fer que les persones busquessin refugi en altres països (Martín, 2001).

En el cas d'Europa la tradició migratòria internacional es dona als anys 70 del segle XX, quan les persones emigren motivades per les necessitats de la mà d'obra emergents als països europeus. Aquest grup d'immigració era fonamentalment masculí i individual. A partir de la meitat dels anys 80 es produeixen canvis en el perfil migratori, per una banda, augmenta la reagrupació familiar i, per l'altra, s'incrementa la migració femenina tant individual i soltera com amb fills, sobretot procedent del Marroc (Khachani, 2003).

A Espanya i a Catalunya la immigració internacional comença posteriorment en relació a altres països com França, Alemanya o Anglaterra. Concretament, als anys 90, es produeix l'arribada més

massiva de persones immigrants a Espanya motivades per l'augment de la necessitat de mà d'obra i la frenada demogràfica del territori espanyol (Banc Mundial de Dades, 2011).

A partir de la crisi econòmica, l'any 2007, l'arribada de persones immigrants queda frenada i inclús es produeix una sortida de persones immigrants del país motivades pel mateix que van arribar: la recerca de treball. Malgrat la crisi i la frenada conseqüent d'immigració, el teixit sociocultural del nostre país ha canviat amb tot el que comporta i, tanmateix, es segueixen constatant necessitats demogràfiques a causa de la baixa natalitat persistent (Alba, Fernández i Martínez, 2013; Zarza, María i Sobrino Prados, 2007).

A la comarca del Bages els fluxos migratoris no difereixen d'altres territoris de Catalunya i Espanya. Tant en el moment de la recollida de dades del present estudi (2012) com en l'actualitat les persones immigrants de la comarca del Bages procedeixen fonamentalment del Marroc i de Romania (Ajuntament de Manresa, 2012, 2015).

2. LA IMMIGRACIÓ I EL SISTEMA SANITARI

1. LA IMMIGRACIÓ I EL SISTEMA SANITARI

Les persones que arriben a un nou país es troben que el funcionament institucional difereix del seu país, a banda que no coneixen la geografia de l'entorn immediat. Per tant, una de les moltes tasques que han de fer és situar-se a la ciutat, a la comarca, al país on comencen una nova vida. Hi ha diferents programes per facilitar l'apropament dels immigrants al sistema sanitari però, la majoria, són quan la persona s'empadrona al municipi (Ajuntament de Barcelona, 2013). Per altra banda, molts d'ells no fan ús del sistema sanitari perquè no estan legalitzats i temen ser deportats. Aquest fet comporta un risc, en qüestions de salut comunitària, és a dir, tant per la població autòctona com per la immigrant (Navarro-Lashayas, 2014).

En aquest apartat fem una breu revisió històrica del sistema sanitari català així com l'específic en salut mental i de l'atenció especialitzada en la població immigrant. També esmentem les competències culturals necessàries per part del professional de la salut per tal d'atendre persones immigrants d'una manera eficaç i satisfactòria. Així mateix, també es mostren els sistemes sanitaris dels dos països amb més percentatge de població a la comarca del Bages.

1.1. Apunts sobre el sistema sanitari català

Com a model de referència, el Sistema Nacional de Salut a Catalunya pren el sistema sanitari tipus *Beveridge* (Gran Bretanya) en el que es basa en l'assegurament social. Aquest té com a criteris de base: la universalitat de la població beneficiada (no està restringida només a aquells que hi contribueixen), la unitat de règim (que cobreixi tots els riscos) i la uniformitat de les prestacions (garantir un nivell mínim equitatiu per a tots) (Departament de Salut, 2012).

Aquest model es basa en els principis de garantia del benestar individual, ja que es considera que a la llarga és beneficiosa pel conjunt de la societat i, en el principi de solidaritat, donat que la cobertura sanitària és universal. Per aquest motiu el sistema de finançament és amb el cobrament d'impostos (Departament de Salut, 2006).

Pel que fa al Servei Català de la Salut (CatSalut), és un sistema sanitari mixt el qual integra en

una sola xarxa pública tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública, i que recull un conjunt d'entitats que històricament han estat dedicades a l'atenció de la salut (mútues, fundacions, consorcis i centres de l'Església) (Departament de Salut, 2012).

Les funcions del CatSalut, entre d'altres, són la contractació dels serveis assistencials o entitats proveïdores segons els plans de Salut establerts i la vetlla per una qualitat assistencial (Departament de Salut, 2010).

Per fer una breu revisió històrica del sistema sanitari català ens hem de situar l'any 1981 que s'inicia la transferència de competències que estaven centralitzades pel *Ministerio de Sanidad* (Departament de Salut, 2006).

L'any 1983 es va crear l'Institut Català de la Salut (ICS) i el 1984 es va constituir la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) i es va començar la reforma de l'atenció primària així com l'adscripció progressiva de l'atenció especialitzada a nivell hospitalari (Alonso i Lizana, 2009).

L'any 1990, amb la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC), es va consolidar el model sanitari català caracteritzat principalment per la diferenciació de les funcions següents: la provisió de serveis (Institut Català de la Salut i altres proveïdors), el finançament (el Parlament aprova el pressupost) i la compra de serveis (CatSalut) (Departament de Salut, 2006).

En l'actualitat el territori català s'ordena en set regions del CatSalut (Alt Pirineu i Aran, Lleida, Catalunya Central, Girona, Barcelona, Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre) les quals estan delimitades a partir de factors geogràfics, socioeconòmics i demogràfics. Aquestes regions organitzen la compra de serveis, els sistemes de gestió i l'atenció al client i també inclouen òrgans de participació com els consells de salut. A més a més, cada regió gestiona les àrees bàsiques de la salut com a unitats territorials elementals (Alonso i Lizana, 2009).

1.2. Apunts sobre la xarxa de salut mental

El desenvolupament de l'atenció psiquiàtrica a Catalunya ha seguit un procés similar al produït a la major part dels països desenvolupats. Abans dels anys 80 del segle XX l'assistència psiquiàtrica depenia de les Diputacions provincials i no estava integrada dins del règim de la Seguretat Social. Aquest fet recollia l'ideari de fons que era el de tenir més una consideració d'assistència de beneficència que no pas d'assistència sanitària (Departament de Salut, 2006).

Cal tenir present també la influència que ha tingut el desenvolupament dels manicomis, des de finals del segle XIX fins gairebé els anys setanta, que és quan s'inicia a Catalunya una tímida reforma psiquiàtrica amb el desenvolupament dels primers serveis comunitaris (Centres d'Higiene Mental promoguts des dels Ajuntaments democràtics finançats per la Diputació de Barcelona). Els hospitals psiquiàtrics que hi havia arreu de Catalunya complien, a més de la funció estrictament sanitària, altres de tipus asil i de guàrdia i custòdia, doncs en aquests s'ingressaven aquells individus que per ordre judicial eren declarats «perillosos socials». Aquesta vinculació amb el món de l'Administració de Justícia ha afegit un grau més de complexitat en la gestió de les institucions

psiquiàtriques (Departament de Salut, 2006).

A mitjans de la dècada dels setanta s'inicia a Europa el moviment de la reforma psiquiàtrica posant les bases del paradigma de la recuperació del malalt, que té com a referències històriques el corrent psicosocial anglosaxó, el model francès de sectorització i de psicoteràpia institucional i l'antipsiquiatria italiana, amb l'obertura dels hospitals psiquiàtrics, l'externament dels malalts que hi ha ingressats, i la seva reinserció i tractament en la comunitat i tanmateix es va fer possible el seguiment ambulatori dels pacients pel descobriment dels psicofàrmacs que permetien la reducció de la simptomatologia psiquiàtrica (Departament de Salut, 2006).

Aquest moviment de reforma i canvi arriba a Catalunya i a la resta de l'Estat Espanyol amb uns anys de retard, i és amb l'aprovació de la Llei General de Sanitat 14/1986 quan s'estableix la integració de l'assistència psiquiàtrica dins del sistema sanitari general (Sistema Nacional de Salut). A partir d'aquell moment deixa de ser una competència de les diputacions provincials i evoluciona de manera diferent en tot l'Estat Espanyol (Departament de Salut, 2006).

En el cas de Catalunya, l'any 1990 es formalitzà un conveni entre la Diputació de Barcelona i la Generalitat de Catalunya, mitjançant el qual la Diputació de Barcelona delega en la Generalitat les funcions de gestió dels contractes que tenia establerts amb diferents entitats per atendre els malalts mentals de la província de Barcelona. I no és fins l'octubre de 1992 que es realitzen els traspasos de competències en matèria de salut mental de les altres tres diputacions catalanes (Tarragona, Lleida i Girona) (Departament de Salut, 2006).

Tots els recursos estaven dedicats, exclusivament, a l'atenció de la població adulta. És per aquest motiu que el Govern de la Generalitat, a través del Departament de Sanitat i el de la Seguretat Social va posar en marxa, l'any 1989, una xarxa d'atenció específica als infants i als adolescents amb problemes de salut mental. Aquesta xarxa, bàsicament de centres concertats, es composava inicialment de CAPIP'S (actualment CSMIJ-Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil) i de les URPI's (Unitats d'hospitalització psiquiàtrica infantil, vinculades a hospitals generals). Posteriorment aquests recursos s'han anat diversificant i ara s'ofereix un ampli ventall assistencial específic, però integrat, en la xarxa de recursos assistencials de salut mental (Unitats d'Hospitalització d'adolescents, hospitals de dia, centres de dia infantils, entre d'altres) (Departament de Salut, 2012).

A Catalunya, l'atenció psiquiàtrica està concertada per diverses entitats proveïdores de característiques diferents (hospitals generals, hospitals psiquiàtrics, fundacions, associacions de professionals) que conformen la Xarxa de Salut Mental (Departament de Salut, 2012)

L'any 1999 es crea la Xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública i aquesta diferencia els diferents recursos en funció de la població a atendre (infantil i juvenil o població adulta) i els diferents dispositius, els quals s'organitzen, en tres eixos com podem veure en la Taula 3 (Departament de Salut, 2012):

Taula 3. Organització serveis de salut mental de la Xarxa de Salut Mental

Atenció ambulatoria de suport a l'atenció primària de salut	Atenció hospitalària	Rehabilitació comunitària	psiquiàtrica
Centres de Salut Mental	Serveis urgències psiquiàtriques	Centres de dia de rehabilitació comunitària	
	Serveis hospitalització aguts	Centres d'inserció laboral	
	Serveis hospital. subaguts		
	Serveis hospital. mitjana estada		
	Serveis hospital. llarga estada		
	Serveis hospital. parcial		
	Serveis d'internament en la comunitat		
	Serveis d'atenció en unitats polivalents en la comunitat		
	Comunitats terapèutiques		

Font: dades del Departament de Salut (2012)

A partir d'aquí el model de serveis s'organitza en tres grans àmbits d'intervenció diferenciats en: els problemes de salut, la tipologia o complexitat de les intervencions i l'entorn dels serveis on aquestes poden ser més eficients (Departament de Salut, 2006).

Cal dir que aquesta classificació per a la planificació de serveis implica un correlat clínic que resulta limitat, malgrat l'organització i la gestió, per la freqüent comorbiditat o per l'evolució tòrpid de molts processos inicialment lleus (Departament de Salut, 2006).

Com es pot observar en la Figura 4, la valoració de la demanda concreta és la funció clau que determina el tipus de resposta assistencial en el sistema sanitari general i, de la salut mental, en particular.

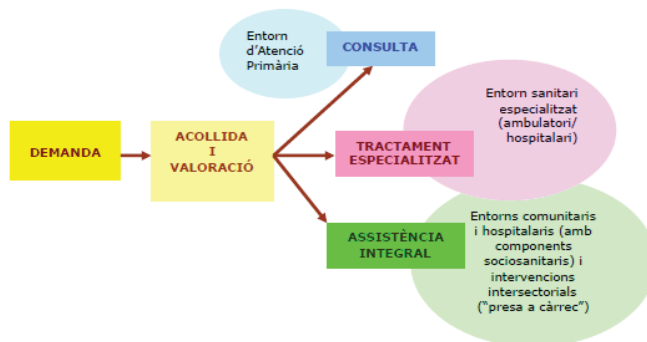


Figura 4: Model organitzatiu dels serveis de Salut Mental i Addiccions
 Font: Departament de Salut 2006

Pel que fa a les dades sobre l'assistència en salut mental en els Centres de Salut Mental d'Adults (CSMA) a Catalunya, la prevalença assistida és de 25,9 pacients per 1.000 habitants. Els CSMA amb prevalença superior a 45 per 1.000 són els centres del Guinardó (Barcelona), de Tarragona Sud i de Nou Barris Nord (Barcelona). En canvi, al voltant de 15 per 1.000 es troben al Pla d'Urgell, el Garraf, Cerdanyola i l'Anoia (Departament de Salut, 2010).

La freqüentació en els CSMA és de 165,4 visites per 1.000 habitants. Les xifres de freqüentació més elevades estan per sobre de 300 per 1.000 i les posseeixen Horta (Barcelona), el Berguedà, el Guinardó (Barcelona) i Nou Barris Nord (Barcelona). En canvi, les menors freqüentacions corresponen a Balaguer, l'Anoia, l'Alt Empordà i el Pla d'Urgell (Departament de Salut, 2010). En relació al CSMA de Manresa, anualment es realitzen al voltant de 1.600 primeres visites i 30.000 visites de seguiment amb un total de 5.330 pacients atesos (Fundació Althaia, 2014).

1.3. Apunts sobre l'atenció a l'immigrant

Quan Catalunya va començar a tenir immigració procedent de diferents països els professionals de l'àmbit de la salut tenien pocs recursos, no hi havia antecedents migratoris internacionals en el nostre país. A partir dels anys 80, els professionals sanitaris de l'atenció primària i hospitalària, davant la necessitat, van començar a elaborar alguns protocols d'actuació per tal de treballar d'una forma més professional davant el fenomen migratori (Espina, 2007).

Va ser a partir del Pla de salut del 1993-1995 que es va considerar el grup de població immigrant a Catalunya d'especial interès pel context sanitari, polític, social, econòmic, cultural, laboral i legal, i es van proposar una sèrie de línies d'actuació en la població immigrant estrangera a Catalunya (Espina, 2007).

Des de llavors, les diferents edicions del Pla de salut han proposat objectius específics segons la realitat vigent. Durant l'arribada més massiva d'immigració el Pla de salut (2002-2005) va tenir en compte el fet migratori en cada un dels problemes de salut prevalent des d'una visió integradora. L'any 2001, es van concretar els eixos de les polítiques migratòries en matèria de salut a Catalunya amb el Pla interdepartamental d'immigració (Departament de Salut, 2006).

Per altra banda, la creació de l'Oficina de Cooperació Sanitària Internacional i Salut Migracional va dotar al Departament de Sanitat d'un òrgan que coordina les iniciatives diverses i dirigeix aquestes polítiques. La Llei orgànica 8/2000 concretament en l'article 12, garanteix l'assistència sanitària als immigrants amb l'única condició de l'empadronament. Amb aquest requisit es pot obtenir la targeta sanitària (TS) i, per tant, la persona té dret a la prestació sanitària (Jansà, 2006).

A partir del treball del Pla director d'immigració s'han establert unes consideracions sobre el model d'atenció sanitària a les persones nouvingudes. Aquestes tenen a veure amb l'accessibilitat als serveis i a la salut donades les desigualtats per part de les poblacions immigrades. L'accessibilitat es vol afavorir mitjançant la informació i l'acolliment, la formació dels professionals i l'elaboració d'eines que millorin les dificultats d'accés i les barreres existents (Generalitat de Catalunya,

2011).

Com hem vist en la distribució migratòria a les comarques de Catalunya aquesta és heterogènia i amb necessitats diverses dels professionals. Aquest fet comporta el plantejament de diversos projectes i objectius que el Pla director d'immigració orienta, sobretot, en la fase d'acolliment de la persona immigrant perquè es considera un moment delicat en termes de salut física, social i psicològica (Jansà, 2006).

Per aquest motiu un dels eixos d'aquest Pla és la formació del professional per atendre de forma integral a l'immigrant (Jansà, 2006).

Algunes de les dificultats que s'han identificat en l'accés normalitzat als serveis de salut han estat (Departament de Salut, 2006):

- L'alt percentatge d'immigrants sense cobertura de la Targeta Sanitària Individual (TSI)
- La baixa adherència als serveis de salut que dificulta a la continuïtat assistencial, el manteniment dels tractaments i la instauració de pautes preventives.
- Les dificultats en la relació i en la comunicació entre el personal sanitari i el pacient.

Tenint en compte les dificultats que hem esmentat el Pla es proposa diferents objectius (veure Taula 4).

Taula 4. Objectius del Pla director d'immigració (2006-2015)



OBJECTIUS PRINCIPALS

- ❖ Millorar les desigualtats d'accés als serveis de la salut i generalitzar les TSI
 - ❖ Millorar la salut de la població immigrant
 - ❖ Millorar la utilització dels serveis i l'adherència dels immigrants als serveis assistencials normalitzats
 - ❖ La captació activa de tota la població immigrant per part dels equips d'atenció primària mitjançant la implicació de les autoritats locals i els agents comunitaris de l'entorn
 - ❖ La disposició d'un protocol d'acolliment per la utilització adequada dels serveis i la satisfacció amb l'atenció rebuda facilitant la informació dels drets i deures dels usuaris immigrants en les diferents llengües maternes.
 - ❖ Incorporar la figura del mediador per millorar la comunicació lingüística i cultural entre el personal sanitari i els nous immigrants.
 - ❖ Donar resposta als problemes específics de la població immigrant.
 - ❖ Millorar la formació específica dels professionals de la salut en el camp de l'atenció al col·lectiu immigrant, la interculturalitat, els drets humans, la perspectiva de gènere, les malalties importades, etc.
 - ❖ Promoure l'autopromoció de la salut de base comunitària amb mediadors/agents comunitaris de salut.
 - ❖ L'adaptació intercultural dels programes existents en l'atenció primària i la creació de programes específics en funció de les necessitats detectades.
-

Font. Pla director d'immigració del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2006)

El desenvolupament del model d'atenció a les necessitats de la població immigrada en el marc del mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública s'ha d'anar modificant com a model dinàmic per els resultats dels estudis que es van realitzant ja que trobem resultats que es van modificant o que són diferents segons els territoris. Per exemple, en un estudi realitzat a l'hospital del Mar de Barcelona i les seves Àrees Bàsiques de Salut sobre l'impacte del creixement de la població immigrant en la utilització dels serveis d'urgències demostra que la població immigrant freqüenta entre un 15% i un 34% menys, segons l'especialitat, els serveis d'urgències que la població nacional. En canvi, en les urgències obstètriques quasi dupliquen les de la població nacional (Berra, Elorza, Ricar, Bartomeu, Hausmann, Serra-Sutton, Rajmil, 2004)

Segons els autors (Alonso, 2002; Balanzó, Faixedas, Guayta, 2003) en la planificació dels serveis de salut és important tenir en compte totes aquestes qüestions i, per tant, considerar les diferències culturals, les lingüístiques, les religioses i la concepció sobre les percepcions de salut i el concepte de sistema de salut de la població immigrant ja que aquestes diferències suposen moltes vegades una barrera a l'accés al sistema de salut incidint, desfavorablement, en la salut d'aquestes persones, en funció de la mala utilització dels serveis i a la qualitat d'aquests.

Per últim, s'ha de tenir en compte que el govern de l'Estat l'any 2012, és a dir l'any que es comença la recollida de dades del present estudi, va elaborar un decret llei (reial decret 16/2012) en el que s'excloïa l'assistència bàsica de salut a aquelles persones estrangeres que no tinguessin la situació jurídica en regla i només podien optar al servei d'urgències. Actualment és un escenari que ha canviat ja que a partir de l'any 2015 l'accés a la sanitat pública especialitzada ha canviat a Catalunya ampliant aquest dret a les persones estrangeres en situació jurídica irregular acreditant, però, un empadronament mínim i continuat de tres mesos¹ i altres Comunitats Autònomes també ho han modificat.²

1.4. L'atenció especialitzada en salut mental a l'immigrant

Com en el cas del sistema de salut, l'atenció cap a l'immigrant en l'àmbit de la salut mental no difereix, en termes generals, del de la població general, és a dir, hi ha una atenció normalitzada i integradora en el sistema de salut mental (Departament de Salut, 2011). Però, com en altres especialitats mèdiques i socials, hi ha especificitats per atendre al col·lectiu immigrant com hem comentat.

A nivell de servei psicològic i psiquiàtric específic en l'atenció de persones immigrants només hi ha un servei especialitzat en tot Catalunya, és el SAPPPIR (Servei d'Atenció Mental als Immigrants i Refugiats) en el qual s'ofereix una atenció especialitzada i depèn de la Fundació Hospital Sant Pere Claver. Sobretot, fan un treball psicològic amb les persones immigrants o refugiades que estan en situacions d'estrès crònic i d'exclusió social, tanmateix ofereixen assessora-

1. http://www.ara.cat/societat/immigrants-podran-atencio-medica-especialitzada_0_1400260062.html

2. http://politica.elpais.com/politica/2015/08/25/actualidad/1440518530_361012.html

ment i supervisió a les institucions sanitàries, escoles, instituts d'educació secundària, associacions d'immigrants, serveis socials i ONGs. Estan en permanent contacte amb les institucions públiques vinculades a la migració tant a nivell de Catalunya, d'Espanya com a nivell internacional. Tenen també com objectiu la creació i l'execució de programes d'atenció primària per a la promoció i la prevenció de la salut per abordar el dol migratori (SAPPIR, 2012)

Cal esmentar que existeix un altre dispositiu a la ciutat de Barcelona per a la salut mental dels immigrants i refugiats que depèn del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu però no es considera un servei independent del CSMA de Ciutat Vella que és on està ubicat. El programa es diu Atenció a la Salut Mental de les persones Immigrades (SATMI) i té com objectius donar atenció a la salut mental de les persones immigrades amb patologia mental derivada del procés migratori i també donar suport especialitzat a la xara social i sanitària que les atén per millorar les competències culturals dels professionals en el tractament de les persones immigrades (SATMI, 2014).

1.5. Les competències culturals del professional sanitari

L'atenció assistencial té implícites unes bases fonamentals que tenen a veure amb l'epistemologia (com s'estructura el coneixement) i l'hermenèutica (relacionada amb els filtres interpretatius). Collazos i Qureshi (2011) sostenen que els professionals que atenen a pacients immigrants han de poder ser conscients dels seus prejudicis racials i les seves preconcepcions sobre quin hauria de ser el procés òptim d'aculturació. És a dir, en el procés assistencial s'ha de tenir en compte els diferents sistemes de creences que entren en interrelació però, també, altres factors que configuren la identificació amb l'altre i no tenen a veure amb la cultura, per exemple, els aspectes socials com l'edat, el gènere, el nivell d'estudis, entre d'altres (Bermann et al., 2009).

Aquestes qüestions estan íntimament relacionades amb la satisfacció dels pacients amb el sistema de salut. Berlin i Fowkes (1983), senyalen que l'èxit de la comunicació intercultural ha d'incloure cinc elements durant el seu procés: escoltar, explicar, reconèixer, recomanar i negociar. Els autors afirmen que tot i que el llenguatge pot ser una barrera important en la comunicació en els seus aspectes gramaticals, simbòlics i semàntics, no constitueix un obstacle absolut en la relació professional i pacient si els professionals estan oberts al diàleg i coneixen, en part, la cultura mèdica dels seus pacients així com les denominacions de la malaltia, la relació entre els hàbits i la cultura, la dimensió corporal del patiment, entre d'altres (Berlin i Fowkes, 1983).

Una altra estratègia de salut intercultural és el desenvolupament de la validació i la negociació cultural entre els pacients i els professionals. La validació entesa com la legitimitat del model de salut i malaltia del pacient considerant el context cultural on s'insereix el model (Alarcón, Vidal, Rozas, 2003; Teal, Street, 2008). La validació cultural no significa que el professional comparteixi el món simbòlic del pacient, sinó que el compregui, respecti i inclús integri alguns elements culturals que consideri rellevants pel procés de recuperació del malalt (Alarcón, Vidal, Rozas, 2003).

En un estudi realitzat a Catalunya amb població magrebí (Saura, Suñol, Vallejo, Lahoz, Achotegui, el Manouari, 2007) en relació a la satisfacció del sistema sanitari assistencial, posava de manifest que els pacients consideren que reben informació però un 30% dels casos no la comprenen adequadament. Respecte les diferències culturals i religioses, els resultats mostraven que els pacients magrebins consideren que els professionals sanitaris tenen un baix respecte sobre aquestes

qüestions, és a dir, que perceben que no les tenen massa en compte.

Cada vegada més els autors manifesten la importància de donar formació i entrenament sobre el fet cultural als clínics i fer tractaments més específics per comprendre millor i no cronificar la simptomatologia psicopatològica i millorar la relació assistencial (Achetegui, 2002; Agorastos, Haasen, Huber, 2012; Balkir, Barnow, 2013; Bennegadi, 2009; Qureshi et al., 2013; Qureshi, Eiroa-Orosa, José, 2013; Salaberría, Sánchez, De Corral, 2009; Rajan, Rappaport, 2011; Shea, Yang, Leong, 2010).

Els autors (Qureshi et al., 2013) apunten que és important l'actitud integradora del professional sanitari, en el sentit d'integrar el punt de vista antropològic i clínic a més a més d'escoltar el discurs del pacient. Aquesta necessitat es fa més evident en els pacients d'origen àrab o asiàtic, els quals sovint, necessiten un intèrpret perquè puguin exterioritzar el seu món emocional i així no confondre'l amb un discurs psicopatològic (Achetegui, 2002; Balbo, Pis-Diez, 2007).

La competència cultural engloba, entre altres coses, conèixer el sistema simbòlic del pacient en relació a la salut i a la malaltia (Martínez, Garabato, Martínez, 2004). Però ens trobem que els estudis sobre els sistemes de creences i de percepció de malaltia dels pacients de salut mental immigrants en els diferents països i, en concret, a l'Estat Espanyol és escassa com ampliarem en l'apartat específic sobre *els sistemes de creences*. De la mateixa manera, també ho és l'adaptació dels instruments de mesura i de diagnòstic segons la cultura (Braca Beraldl, Mencacci, Murri, Mimmi, Allegri, Mazzi Menchetti, Tarricone, 2014; Iliceto et al., 2013; Saraga, Gholam-Rezaee, Preisig, 2013; Zandi, 2013).

En aquest sentit, diversos autors (Caplan et al., 2011; Caplan et al., 2013; Cardoso, Golbach, 2015; Qureshi, Collazos, 2006; Bermann, 2009; Collazos i Qureshi, 2011; Ellis, 2015; Navarro-Lashayas, 2014; Maupin, 2012; Olusesi, 2008; Tarakeshwar, 2013; Teal, Street, 2008; Wolf, 2014) senyalen la necessitat d'investigar en aquesta direcció dins l'àmbit de la salut mental de l'immigrant.

1.6. El sistema sanitari dels països d'origen: els models de Romania i Marroc

Com hem comentat, els models sanitaris que tenen de referència les persones nouvingudes és important tenir-les en compte per comprendre alguns dels comportaments que tenen en relació a la utilització dels dispositius del sistema sanitari del país receptor.

Es mostraran els models sanitaris de Romania i del Marroc perquè són les nacionalitats que tenen més representativitat de població en la comarca del Bages.

Model sanitari romanès

Romania presenta uns indicadors de salut relativament similars als d'altres països de la zona (Bulgària, Montenegro, Sèrbia i Hongria) segons les estadístiques sanitàries mundials de l'OMS (World Health Organization, 2008). Però en comparació al conjunt de països que integren l'Unió

Europa, és sensiblement pitjor. A mode d'exemple, l'esperança de vida és de 69 anys per els homes i de 76 per les dones i la probabilitat de morir abans d'arribar als 5 anys d'edat (per 1.000 nascuts vius) és de 16 en front a 4 a Espanya (López i Sàez, 2009).

Els nivells de salut de la població romanesa han anat canviant al llarg dels anys en funció del model sanitari del moment segons l'estat polític del país. Fins els anys 60 del segle passat els indicadors de salut, en termes generals, eren relativament comparables als dels països europeus occidentals però després d'aquest període fins el 1990 van anar empitjorant. Actualment el sistema sanitari es troba en un procés de ràpida transformació positiva però encara presenta mancances a causa, en part, de les etapes anteriors (Vlâdescu, Scintee i Olsavsykz, 2008).

Cal precisar que Romania té una llarga tradició d'assistència sanitària organitzada i que entre la I i la II Guerra Mundial es va constituir un sistema d'assegurança social basat en el model del *Bismarck* que consisteix en que els treballadors d'empreses industrials, comerciants, empresaris i les seves famílies i els treballadors autònoms eren assegurats. El complement era pagat en proporcions iguals per empresaris i treballadors. L'any 1949, amb la instauració del sistema socialista, es va anar cap a una transició gradual cap el sistema anomenat *Semashko* el qual va durar quatre dècades. Aquest era el sistema, abans del 1989, típic en els països de l'Europa Central i Oriental caracteritzat per l'Estat com a element central del sistema, qui proveïa de serveis a tots els ciutadans deixant poca o cap elecció per part de l'usuari però procurant aconseguir un alt nivell d'equitat que, en la pràctica, no es va materialitzar (Vilnoiu i Abagiu, 2003).

A partir dels anys 90, amb la revolució de 1989, va haver un canvi que va afectar a tots els sectors, per tant, també al sanitari, millorant certs aspectes i agreujant-ne d'altres. Es va produir un agreujament en les desigualtats socials i, per tant, va disminuir el nivell de la qualitat de vida dels segments més vulnerables de la població. En termes generals, va comportar un empitjorament del nivell de salut dels ciutadans (Vlâdescu et al., 2008).

Actualment el sistema sanitari té bastants dèficits com ara la poca inversió en l'assistència sanitària, la prestació és centralitzada i no equitativa en els recursos (es fan pagaments directes per alguns medicaments i serveis, es fan privilegis relacionats amb la posició política o social), es fa un excessiu ús de l'àmbit hospitalari amb una manca de personal sanitari (Romania és un dels països europeus amb una menor densitat de professionals sanitaris), infraestructura i medicaments (Backman, 2008).

De fet, segons els autors (Vlâdescu et al., 2008) la tendència del sistema de salut, tot i que ha estat modificada freqüentment segons els partits polítics governants, està marcada per la privatització i la subcontractació d'infraestructures i de serveis sanitaris i el suport a la creació d'un sistema privat de salut

Pel que fa a la salut mental del sistema sanitari hi ha una ràtio de professionals especialitzats semblant a la de l'Estat Espanyol i, depenent del tipus d'especialitat, inclús superior (Vicente i Berdullas, 2007). Per 100.000 habitants, la taxa de psiquiatres és de 6,5 a Espanya i de 4,1 a Romania; la taxa de psicòlegs és de 4,3 a Espanya i de 4,5 a Romania; i la taxa de professionals d'infermeria especialitzada en salut mental és de 9,9 a Espanya i de 8,9 a Romania.

Model sanitari marroquí

El Marroc ha tingut diferents etapes en relació al sistema sanitari degut a la transició demogràfica i epidemiològica, per una banda, i la falta de finançament per una altra. Aquestes etapes es poden diferenciar en tres períodes (Bermann i Lurbe, 2006):

El primer període (1959-1980) amb l'aplicació del Sistema Sanitari incloïa plans de desenvolupament com la infraestructura bàsica, l'estructura d'un ens centralitzat per a la gestió i la lluita contra les epidèmies. En termes generals, a finals dels anys setanta, l'organització dels sistemes de salut en molts països en desenvolupament es basava en dos factors: un sistema públic totalment organitzat i estaven finançats per l'Estat i un sistema privat amb finançament independent.

El segon període (1981-1995) va estar caracteritzat per la necessitat del país, de la mateixa manera que en altres països del Magrib, de dur a terme reformes en el sistema a causa de la crisi financera dels anys vuitanta. Entre elles van haver restriccions però també es van gestionar millor els recursos enfortint el Sistema Nacional Sanitari i la Xarxa d'Assistència Bàsica.

El tercer període (1995-2000) va estar caracteritzat per l'obertura de debat sobre la reforma del sistema sanitari per tal de reestructurar els serveis i controlar el seu finançament. En aquest sentit, l'any 2000 l'OMS (World Health Organization, 2006) va ajudar a crear un marc conceptual del sistema sanitari en el que, per primera vegada, es va dissenyar un pla que avaluava els resultats dels diferents sistemes sanitaris i identificava les millores necessàries. En aquest nou marc de reformes qualsevol sistema sanitari havia de tenir en compte, en termes generals: la millora de l'estat de salut de la població i l'establiment d'una contribució financera justa.

L'any 2006, després de varis intents de reformar el sistema sanitari, el Ministeri de Sanitat, adopta la llei coneguda com AMO (*Assurance Maladie Obligatoire*) amb la finalitat d'apujar l'assistència universal d'un 17% a un 34% de la població. D'aquesta manera es potenciava l'igualtat, el desenvolupament i la millora dels serveis i la creació d'un equilibri financer.

En el Marroc, l'organització del sistema d'atenció sanitària es basa fonamentalment en dos sectors: el sector públic, representat principalment per el Ministeri de Sanitat i els Serveis Sanitaris de les Forces Armades Reials i el sector privat que pot ser de caràcter lucratiu i no lucratiu (World Health Organization, 2006).

El sistema sanitari del Marroc, com hem vist, ha millorat en els últims anys doncs han augmentat les infraestructures i han disminuït la ràtio de pacient pel personal sanitari però encara hi ha alts nivells de mortalitat infantil i juvenil (World Health Organization, 2006). Persisteixen malalties transmissibles degudes a les males condicions d'higiene en l'àmbit públic i comunitari, creixen les afeccions pròpies de les poblacions industrialitzades com els accidents de tràfic, les malalties cardiovasculars, els accidents laborals, els càncers, els problemes de salut mental, i augmenten les desigualtats entre els estaments socials de la població. A més a més, el sistema de la seguretat social té importants llacunes ja que una gran majoria de la població treballa en el mercat no regulat, és a dir, sense contracte, per tant sense cotitzar a l'Estat i es troba sense dret a un sistema de salut adequat (Casas, Collazos, Qureshi, 2009).



Pel que fa a l'estructura de l'atenció de la salut mental també ha anat modificant-se com la sanitat en general (Moussaoui, 2007). Aquí, també hi consten dos sectors, el públic i el privat, i el tipus de finançament no divergeix del sistema sanitari general. Tot i que també ha anat millorant el subsistema de salut mental, la ràtio de professionals especialitzats per la població (sobre els 30 milions d'habitants) és escassa. Per una ràtio de 100.000 habitants hi ha 1,02 psiquiatres en tot el Marroc (s'ha de tenir en compte que fa trenta anys endarrere hi havia una desena de psiquiatres en tot el país front uns 350 actuals), 0,17 psicòlegs clínics, 2,17 professionals d'infermeria especialitzada en psiquiatria, 0,01 treballadors socials i 1,53 en la categoria d'altres professionals (World Health Organization, 2006).

3. EL PROCÉS D'ACULTURACIÓ

El terme *aculturació* s'ha emprat, per una banda, per comprendre millor el procés en el que vàries cultures i comunitats entren en contacte i, per una altra, poder definir l'ajustament d'aquests canvis adaptatius de les persones implicades i les societats receptores (Organista, Organista i Kurasaki, 2002; Trimble, 2002). És un concepte que s'ha convertit en un eix important en la psicologia transcultural (Berry, 2003) però té el seu origen en les ciències socials i comportamentals principalment en els camps de l'antropologia i la sociologia (Trimble, 2002).

Berry (1990) defineix l'aculturació com el procés mitjançant el qual les persones canvien, sent influïdes pel contacte amb una altra cultura, i participant en els canvis generals de la pròpia cultura. Berry considera que el procés d'aculturació es dona en les dues cultures que entren en contacte, encara que una d'elles, la subordinada o minoritària, rep més influència que l'altra, la dominant o majoritària. En efecte, en l'actualitat hi ha el consens que l'aculturació és un procés de canvi bidireccional en el que estan implicats tots els grups (Azurmendi, Bournis, Ros i García, 1996; Berry, 1990; Bourhis, Moïse, Perreault i Senécal., 1997; Navas et al., 2004) encara que es considera que la influència és major en la població immigrant (Berry, 2005; Ward, Bochner i Furnham, 2001).

L'estudi del procés d'aculturació pot realitzar-se des de diferents disciplines i, per tant, existeixen diferents perspectives del fenomen i diferents models que expliquen les situacions per les que passen les persones immigrants, a banda, de la diversitat de trajectòries i persones immigrades (Trimble, 2002).

La majoria dels treballs, però, recullen tres aspectes per les que passa qualsevol persona immigrada en el procés d'aculturació: la sensació de pèrdua per haver deixat el país d'origen (**el dol**), les implicacions que té contactar amb una altra cultura i la societat receptora (**xoc cultural**), i les dificultats socioeconòmiques i legals que sovint es troba la població que ha emigrat.

El procés migratori comporta una multitud de canvis que afecten a totes les persones que, de forma directa o indirecta, estan implicades en dit procés. Per tant, les persones protagonistes en la immigració, els familiars, els amics i la societat receptora estan implicats, tot i que, no impacta de la mateixa manera en elles (Trimble, 2002).

Les persones que emigren ho fan amb l'esperança de progressar, millorar la situació econòmica, política, la formació, entre d'altres. Però amb aquestes oportunitats i guanys de la nova experiència també es troben amb les pèrdues vinculades amb tot el que es deixa en el país d'origen, la cruïra del viatge o les dificultats que s'han d'enfrontar en el nou entorn.

Per altra banda, les persones que es troben en la societat receptora, de la mateixa manera que l'immigrant i les famílies que es queden al país d'origen, guanyen i perden coses (Páez i Zlobina, 2007). La població autòctona ha d'acostumar-se a conviure amb la diversitat cultural, és a dir, amb les diferents formes de pensar, de sentir o d'actuar que sovint no són les mateixes i poden resultar difícils de comprendre o d'acceptar, poden alterar l'homogeneïtat cultural i inclús pot donar la sensació que la identitat ètnica o cultural està amenaçada.

És per aquest motiu que hi ha hagut la necessitat d'estudiar la relació entre la població autòctona i immigrant vinculada als contactes interculturals, a les actituds i a les estratègies que els col·lectius despleguen en aquest procés.

1. El dol migratori

El fet d'immigrar, com hem comentat, porta implícit una separació de tot allò que és important per una persona i quan arriben al país receptor es troben en una situació de dol derivada d'aquesta separació (Achotegui, 2002).

Entenem per dol el procés de reorganització de la personalitat que es dona quan es produeix una pèrdua important. Aquest procés d'elaboració del dol es manifesta per una sèrie de reaccions físiques, emocionals i socials que, a nivell simptomatològic, es poden mostrar de forma psicològica o somàtica (Tizón, Salamero, Pellegrero, Sáinz, Achotegui, San José i Díaz-Munguira 1993).

Achotegui (2008) considera que les persones estem preparades per tolerar les emocions vinculades al dol migratori doncs és una pràctica inherent a l'ésser humà però que la dificultat d'elaboració del dol i, per tant, la seva potencialitat psicopatògena, rau en els tres tipus de dol que l'autor diferencia en:

- el simple que es produeix en bones condicions i pot ser superat
- el complicat que es dona quan hi ha dificultats importants per la resolució del dol
- el dol extrem que supera les capacitats d'adaptació de la persona i, per tant, no és elaborable, és excessivament problemàtic.

En els últims anys les circumstàncies que viuen els immigrants són tan intenses que arriben a superar la capacitat d'adaptació de les persones i, per tant, es troben en una situació de dol extrem (Achotegui, 2004, 2011).

El dol migratori, segons els autors (Achotegui, 2000, 2002; Boss, 2002; Falicov, 2002; González, 2005), té unes característiques específiques que el fan diferent a altres tipus de dol definint-lo com una pèrdua parcial recurrent, múltiple, ambigua i transgeneracional.

Es reconeix parcial perquè les pèrdues no són completes i irrecuperables. Els elements que produeixen la pèrdua no desapareixen absolutament tot i que no siguin accessibles immediatament o no estiguin presents. En una migració sempre es poden tenir fantasies de retorn al país d'origen o de plans d'un viatge futur. Aquesta característica es diferencia del dol total que es produeix quan es perd alguna cosa definitivament com pot ser la mort d'una persona estimada o un aspecte de salut (Boss, 2002).

Es considera que és recurrent en la mesura que la reactivació dels sentiments lligats a tot el que la persona ha deixat endarrere es dona fàcilment. Aquesta característica és conseqüent a l'anterior, és a dir, si per exemple la persona té notícies del país d'origen o ha contactat amb la família d'allà o es troba amb altres compatriotes es reactiven els sentiments de pèrdua. En aquest sentit es fa més difícil l'elaboració (Achotegui, 2002).

Es tracta d'un dol múltiple (Achotegui, 2000, 2002) o extens (Boss, 2002) perquè el procés migratori abasta moltes àrees de la vida de la persona. Achotegui (2000, 2002) descriu set tipus de dol que comporta el fet d'emigrar: el dol per la pèrdua de la família i dels amics, de la llengua, de la cultura, de la terra, de l'estatus social, del contacte amb el grup ètnic i de la percepció de la integritat física.

Per altra banda, aquestes pèrdues influeixen també en la família que es queda al país d'origen i en les generacions posteriors (Boss, 2002).

Per últim, Boss (2002) ha descrit la característica de dol ambigu en tant les emocions experimentades sovint són molt contradictòries. Es dona tristesa i alegria, pèrdues i restitucions, absència i presència que fan que les pèrdues siguin ambigües, incompletes, posposades i afavoreix que el dol sigui perpetu (Falicov, 2002).

2. La influència de la cultura en l'elaboració del dol

S'han realitzat diferents estudis per constatar si, de la mateixa manera que els ritus funeraris difereixen entre les cultures, si l'expressió de les emocions i els sentiments també són diferents entre les cultures (Eisenbruch, 1984).

Existeix la discussió de quines emocions són universals i quines particularitats hi ha en cada cultura. Eisenbruch (1984) considera que la cultura influeix en la interpretació del dolor de la pèrdua i en la forma d'afrontar-lo més que en el dolor mateix.

Els estudis d'Ekman (1972) i de Izard (1977) van evidenciar l'existència de sis expressions facials universals d'emoció: l'enuig, el disgust, el temor, la felicitat, la tristesa i la sorpresa. Anys més tard, Ekman i Friesen (1969) van demostrar una setena, el menyspreu.

En la revisió realitzada per Matsumoto (2001) sobre aquest debat, es troben les anàlisis dels resultats dels treballs que es basen en les diferents postures i conclou que la universalitat trobada en algunes emocions coexisteix i està d'acord amb el que sostenen altres treballs on defensen que les emocions estan vinculades a uns codis lingüístics i a una manifestació i percepció de les emocions.

Prenent la tristesa com l'emoció representant en el dol i considerant les principals classificacions sobre les emocions (Ekman i Friesen, 1986; Evans, 2002; Izard, 1971) es pot afirmar que la tristesa és universal, és a dir, és experimentada i reconeguda per tots els grups culturals el que permet el seu estudi i comparació transcultural.

Existeix una altra dimensió important a tenir en compte, a part de les universals (experimentar i reconèixer), que és la forma en com s'exterioritza l'emoció. En cada cultura, com hem esmentat, existeixen uns codis, unes regles culturals que regulen el que és apropiat o no, és a dir, quan l'emo-

ció s'ha de mostrar o s'ha de reprimir o inclús quan s'han de manifestar emocions que no se senten (Diener, 1984; Markus i Kitama, 1991).

Hofstede (1991, 1999) va definir les dimensions culturals en: feminitat-masculinitat, distància jeràrquica, evitació de la incertesa i individualisme-col·lectivisme (veure Taula 5). Aquesta classificació ha permès a altres estudis complementar i explicar les diferències en l'expressió emocional segons les dimensions culturals de cada societat. Hofstede (1991, 1999) sosté que en les cultures amb escàs control d'incertesa no es tolera bé la mostra d'emocions, mentre que en les que hi ha un fort control, com en les cultures individualistes, les persones tendeixen a ser més expressives. Per un altre costat, les persones de societats amb baixa distància jeràrquica manifesten els seus sentiments més lliurement i, en canvi, en cultures d'alta distància, aquest fet es podria considerar com una falta de respecte, en les quals està més acceptat mostrar només aquelles emocions que marquen l'estatus social. Per últim, en les cultures femenines s'expressen més les emocions no competitives i de recolzament als demés.

Taula 5. *Característiques de les societats femenines i masculines*

Masculina	Femenina
Diferència marcada entre sexes	Complementarietat dels sexes
Individualista	Relacions comunals
Rendiment i competitivitat	Cooperació i cura dels febles
Més normativa	Més permissiva

Font: Hofstede (1991)

A partir de les dimensions de Hofstede (1991) es van realitzar estudis en diferents contextos (Basabe et al., 2000; Basabe, Zlobina i Páez, 2004; Fernández, Carrera, Sánchez i Páez, 2002; Fernández, Zubieta i Páez, 2001; Zubieta, Fernández, Vergara, Martínez i Candia, 1998) els quals van confirmar i recolzar les troballes de l'autor.

Hofstede (1991), identifica els diferents grups culturals formats per les persones procedents de països de Llatinoamèrica i del Magrib com grups col·lectivistes, femenins, d'alta distància jeràrquica i amb alta evitació de la incertesa. Les diferències de la població del Magrib en relació a la llatinoamericana recauen en les puntuacions més altes en la distància jeràrquica i més baixes en l'evitació de la incertesa. En canvi els llatinoamericans, en termes generals, destaquen més en el col·lectivisme i en la masculinitat.

Aquestes diferències es poden observar en les diferents manifestacions emocionals segons el grup cultural, com les emocions de tristesa i solitud, les quals es poden catalogar com a personals i no competitives segons Hofstede (1991) (veure apartat *Representacions de la salut en altres cultures*).

Per altra banda, de la mateixa manera que s'han descrit diferents etapes o fases del procés de dol per la mort d'una persona propera (Klüber-Ross, 1975; Bowlby, 1980), també en l'àmbit de l'emigració Brink i Saunders (1976) van descriure les etapes: lluna de mel, etapa depressiva, adaptació i rebuig de la cultura d'origen les quals tenen a veure amb el *xoc cultural* que analitzem a continuació.

3. El xoc cultural

Partint de la base que una cultura està constituïda per un conjunt de paraules, de gestos, d'expressions, de costums, per un idioma i unes creences que influeixen conscient i inconscientment (Oberg, 1954). La persona quan s'instal·la en una nova societat contacta amb una o altres cultures el que suposa un mode de funcionament diferent al que coneixien i manejaven abans d'emigrar (Brink i Saunders, 1975).

Les diferències entre les cultures, és a dir, entre les normes, els rols, les creences i els valors compartits produeixen l'anomenat xoc cultural. Aquest concepte s'utilitza per a descriure l'estat general de depressió, frustració i desorientació de la gent que viu en una nova cultura (Smith i Bond, 1993). Va ser definit per l'antropòleg Oberg (1954) com la pèrdua dels símbols familiars i d'interacció social que comporta la modificació d'una sèrie de recolzaments que provoquen sentiments de frustració i d'ansietat i reaccions fisiològiques i emocionals. Després del xoc cultural, segons Oberg (1954), sorgeix la necessitat d'afrontar la nova situació que, per una banda, qüestiona el que la persona ha après i valorat al llarg de la seva vida i, per una altra, necessita l'adquisició de nous coneixements i habilitats per actuar de forma adequada en la societat receptora.

Oberg va rebre diferents crítiques. Furnham i Bochner (1982) critiquen la proposta d'Oberg perquè argumenten que el xoc cultural sobretot es produeix en les transaccions socials, per tant, en els intercanvis entre persones. Berry i Kim (1988) suggereixen que el més apropiat és parlar d'estrès d'aculturació perquè és un concepte que es vincula directament amb els models d'estrès i els objectes d'estudi de la psicologia transcultural.

4. Les actituds d'aculturació

Les actituds d'aculturació fan referència a les preferències que mostren les persones cap a la cultura receptora i cap a la cultura d'origen. S'ha de diferenciar entre, les actituds, que serien els desitjos d'aculturació o el que les persones farien si poguessin triar, i les estratègies que serien els comportaments o el que realment es realitza (Berry, 2005; Navas, García, Rojas, Pumares i Cuadrado, 2006).

Hi ha diferents tipus de models que han anat des dels models unidireccionals, és a dir, els que consideren que només la persona immigrant fa el procés d'aculturació, fins els models bidireccionals en que s'impliquen totes les persones, comunitats i societat que entren en contacte.

Gordon el 1964 entenia el procés aculturatiu de forma unidireccional, és a dir, en un extrem situava la cultura minoritària de l'immigrant i en l'altre, la cultura majoritària. El Model Unidireccional d'Aculturació proposava una relació d'exclusió per passar d'una cultura a l'altra. Es

considerava el procés d'aculturació reeixit quan s'arribava a la plena *assimilació*, és a dir, quan el subjecte s'integrava en la cultura receptora. En aquest model s'atribuïa el fracàs, si no es donava l'assimilació, a el propi immigrant. És a dir, Gordon plantejava un model que només tenia en compte l'immigrant en aquest procés d'aculturació.

Les investigacions posteriors, realitzades en la dècada dels 70, van demostrar que l'adaptació no es realitzava de forma lineal i es van proposar models d'avaluació més complexos (Sabatier i Berry, 1996). En concret, Berry (1977) va ser el primer en introduir la identitat ètnica com element positiu i facilitador de l'aculturació. Al mateix temps va ressaltar la importància de l'actitud oberta de l'immigrant front la nova cultura. L'orientació cap a la cultura receptora i el grau en que mantenen la seva pròpia tradició cultural han de ser mesurats de forma independent, dues dimensions separades enlloc de dos extrems d'un continu (Navas et al., 2004).

Berry (1977) proposa doncs el Model Bidimensional d'Aculturació que inclou l'anàlisi de la identitat ètnica de l'immigrant i la seva actitud integradora amb el nou grup ètnic per explicar el procés d'aculturació.

Les investigacions desenvolupades a partir d'aquest model s'han centrat en tres elements: *les actituds d'aculturació*, que fan referència a la manera en que els immigrants desitgen mantenir la seva pròpia identitat i, al mateix temps, relacionar-se amb els demés grups en la societat d'acolliment; *els canvis concrets en comportaments o maneres de viure* en la nova societat; i finalment, *l'estrès d'aculturació*, que és el nivell de dificultat que experimenten les persones per afrontar la nova situació (Berry, Kim, Minde et al., 1987; Navas et al., 2006).

En el model de Berry es representen quatre possibles actituds o estratègies d'aculturació que manifesten els immigrants (Berry, 1992; 1997): l'*assimilació* que és el desig d'abandonar la identitat cultural d'origen i orientar-se cap a la societat receptora. L'opció d'*integració* que implica que la identitat cultural específica del grup es manté però que, simultàniament, es produeix un moviment en el si del grup per convertir-se en part integrant de la societat d'acollida. La *segregació*, la qual no es contemplava inicialment en el model però va ser inclosa posteriorment, que representa que una mateixa estratègia podia estar adoptada de forma voluntària o imposada depenent de l'origen de les eleccions i poders que determinen la situació. L'última opció, la *marginació*, es caracteritza pel retraïment i la distància respecte a la societat receptora, amb el sentiment d'alienació, de pèrdua d'identitat i d'estrès lligats a l'aculturació. En aquest cas, els individus o grups perden el contacte cultural i psicològic tant amb la societat d'origen com amb la societat d'acolliment. L'*exclusió* té les mateixes conseqüències que la *marginació* però ve imposada per la societat dominant, apartant el grup minoritari de qualsevol possibilitat tant de mantenir la pròpia identitat com d'introduir-se en la nova societat.

En aquest sentit, Navas i el seu equip (2004) senyalen que és necessari fer estudis en cada país i cada regió per a comprendre el funcionament del procés d'aculturació. Aquesta afirmació sorgeix de la pròpia necessitat de l'equip de Navas en les seves investigacions en quant l'absència d'un marc teòric unificat. Per aquest motiu, van elaborar un model d'aculturació ampliat (MAAR) en el que recullen les diferents aportacions teòriques (Horenczyk, 1996; Moghaddam, Taylor i Lalonde, 1987; Piontkowski et al., 2000) que es poden resumir en tres elements i dos més que aporten Navas et al. (2004) (Taula 6):

Taula 6. Elements del model del procés d'aculturació de Navas et al.

Els cinc elements del procés d'aculturació
• Avaluació conjunta de les actituds i estratègies del col·lectiu immigrant i autòcton
• Incorporació de variables psicosocials, comportamentals i sociodemogràfiques
• Diferenciació de la població immigrant per origen etnocultural
• Distinció del pla real i ideal
• Consideració dels diferents àmbits de la realitat sociocultural

Font: Navas et al. (2004)

La proposta de subdividir la realitat cultural en diferents àmbits no és nova, ja ho havien plantejat altres autors (Berry 1990; Bourhis et al., 1997; Horenczyk, 1996) però aquest model explica aquesta diferenciació per àmbits d'aculturació, els quals van des dels aspectes més perifèrics de la cultura fins els més centrals. L'ordre seria el següent: el sistema polític i de govern, l'àmbit tecnològic o conjunt de procediments de treball, l'àmbit econòmic, l'àmbit social o les xarxes socials, l'àmbit familiar i l'àmbit ideològic i de les creences.

Portes i Rumbault (2006) senyalen la limitació dels models assimilatius, com el model de Berry, per explicar com es transmeten les pautes culturals al llarg del temps i el perquè no tots els individus se senten identificats amb els continguts ètnics d'origen. Per exemple, trobem estudis que mostren que en algunes comunitats d'immigrants frenen la mobilitat social ascendent dels seus fills per tal de mantenir i transmetre la seva cultura (Perlman i Waldinger, 1997). Altres estudis (Thomson i Crul, 2007) posen de manifest que en les societats occidentals, altament segmentades i fraccionades, provoca que els immigrants tinguin un accés desigual a les estructures. La jerarquia i el poder del grup majoritari, ja sigui institucional o social, limiten l'accés als recursos i dissenyen la major part de l'estructura d'oportunitats (en diferents àmbits com el treball, estatus jurídic, vida, educació o sanitat) a causa del biaix racial (Portes i Rumbault, 2006).

Portes i Rumbault (2006) estan interessats en comprendre el fenomen de la integració social en segones i terceres generacions i proposen un altre model: l'*assimilació segmentada*. En aquest, els autors sostenen que els immigrants no segueixen un procés lineal a l'hora d'incorporar-se al destí, sinó que la seva inclusió depèn del sistema d'estratificació de la societat autòctona i de les característiques del grup, la combinació d'aquestes tindrà com a resultat diferents estratègies. Aquesta seria una explicació del perquè hi ha diferents resultats segons el col·lectiu i la societat receptora.

En el context europeu, el model d'*assimilació segmentada*, presenta algunes llacunes (Portes i Rumbault, 2006; Thomson i Crul, 2007;). Quan s'estudia el procés d'adaptació de les segones generacions es constata que es produeix de manera desigual tant en els diferents països com entre els diferents grups. Per altra banda, a diferència de les investigacions nord-americanes, en les europees es fa més èmfasi en la influència que té l'Estat i les seves polítiques en aquest procés (Thomson i Crul, 2007).

Per concloure apuntem que malgrat que les actituds i les estratègies d'aculturació han sigut un focus d'estudi en els estudis sobre migracions, en els últims anys, està en debat el seu poder explicatiu i la seva metodologia d'estudi en diferents articles científics (Chirkov, 2009; Rudmin, 2009; Weinreich, 2009).

4. IMMIGRACIÓ I SALUT

Els processos migratoris comporten una sèrie de dificultats que poden deteriorar la salut de la persona immigrant. En aquest capítol s'aprofundirà en les característiques de la salut de la població immigrant i s'exposaran les explicacions que s'han suggerit per a comprendre la vinculació entre el procés migratori i el malestar psicològic.

La necessitat d'estudiar la població immigrant des del punt de vista de la salut i de la salut mental es fa cada vegada més evident com ho mostra l'augment d'estudis en el nostre país així com també en altres països d'Europa (Qureshi i Collazos, 2006; Achotegui, 2002). Fins fa relativament pocs anys, els estudis sobre psicologia i psiquiatria transcultural es duïen a terme als Estats Units i el Canadà per la tradició multicultural dels respectius països i aquesta tendència ha anat canviant donades les necessitats d'estudiar la població immigrant en cada país i context (Qureshi i Collazos, 2006).

1. Immigració i salut general

Per valorar la salut d'una persona immigrada s'ha de tenir en compte diversos factors, els propis de la història de vida del subjecte, el del moment de la immigració, la valoració del procés migratori i l'arribada al destí. Si ens fixem en la primera etapa del procés migratori hi ha tres situacions relacionades amb l'estat de salut que cal destacar (Espina, 2007):

- a. Les particularitats de la zona d'origen (els hàbits dietètics, les característiques fisiològiques, els trets culturals, les diferències climatològiques i de l'ecosistema).
- b. Les conseqüències de les desigualtats socials i econòmiques entre els països (major prevalença d'algunes malalties infeccioses, dèficits en la salut bucodental, pautes incompletes de vacunació, analfabetisme, entre d'altres.).
- c. Els trastorns vinculats al procés migratori (desnutricions, deshidratacions, deteriorament físic i emocional, estrés, entre d'altres)

La segona etapa del procés migratori correspon a l'adaptació a la nova situació. En aquesta, poden aparèixer alteracions relacionades amb deficiències socials i econòmiques, limitacions pel que fa a l'accés o l'ús dels serveis de salut i altres situacions extremes com veurem en l'apartat de *l'estrès d'aculturació i la Síndrome de l'estrès múltiple* (Achotegui, 2008). Aquest procés pot evolucionar cap a malalties infeccioses latents com la tuberculosi, trastorns relacionats amb dèficits o

descompensacions nutricionals i trastorns psicoafectius (Stompe, 2006).

En relació a l'alimentació, sovint els immigrants estan subalimentats. Inclús, quan ja porten un temps al país i van treballant, envien el poc diner que tenen als familiars al país d'origen i tendeixen a menjar aliments de baixa qualitat amb un alt índex en greixos i un de baix en proteïnes. També es troben, amb freqüència, que no els és fàcil reproduir en la societat d'acolliment els hàbits saludables del seu país (Achetegui, 2008).

Aquests aspectes que hem comentat poden comportar diverses dificultats dins el marc de l'atenció sanitària sobretot quan es tracta d'una persona immigrant que ha arribat recentment. Algunes d'aquestes dificultats són: les barreres idiomàtiques, les diferents concepcions de malaltia, la manera d'expressar els dolors ja siguin físics o psíquics i els diferents patrons de comunicació (McCabe i Priebe, 2004; Saravanan et al., 2007).

Finalment, en termes generals, una vegada que l'immigrant s'ha adaptat al nou país, té la situació legalitzada i no s'ha intuït una situació de desigualtat social i econòmica o d'estrès crònic i múltiple, es va equiparant a la població general del país en termes d'utilització dels recursos de salut, patrons de morbiditat o activitats preventives (Espina, 2007). Per tant, els immigrants en general no arriben malalts a Espanya, la seva vulnerabilitat comença en el país receptor (Jansà, 1998).

En aquest sentit, els problemes pels que consulta el pacient immigrant en els centres d'atenció primària són semblants als de la població autòctona (Esteban, 2001; Ballesteros, Anaya, Cámara, Cámara i Ghelichkham, 2005), destacant els relacionats amb les infeccions respiratòries agudes, els problemes digestius, les cefalees i els símptomes osteomusculars. Segons els autors (Tizón, Salameiro, Pellegrero, Sáinz, Achetegui, San José i Díaz-Munguira, 1993) sovint els símptomes i signes són mal definits o interpretats i, generalment, solen ser un reflex de problemes psicossomàtics així com també ho suggereixen les consultes relacionades amb els trastorns del son, miàlgies, dolors abdominals o toràcics inespecífics i, per aquest, motiu s'ha detectat un infradiagnòstic dels trastorns mentals comuns (Zastrow, Faude, Seyboth, Niehoff, Herzog i Löwe, 2008).

Pel que fa a la prevalença de malalties cròniques diagnosticades en la població immigrant a la Comunitat de Madrid és menor que en la població autòctona segons l'estudi d'Esteban-Vasallo, Domínguez-Berjón, Astray-Mochales, Gènova-Maleras, Pérez-Sania, Sánchez-Perruca, Aguilera-Guzmán i González-Sanz (2009).

Per últim i per donar pas al subapartat de *salut mental* fem esment als estudis que apunten que els trastorns mentals són un factor de risc per patir altres malalties i/o per empitjorar la salut general de l'individu (World Health Organization, 2003). I també que diferents estudis mostren que la salut mental està íntimament associada a la salut física i al funcionament social (Bech et al., 2003; Ciechanowski, Katon, Von Korff, Ludman, Lin, Simon i Bush, 2004; World Health Organization, 2003).

2. Immigració i salut mental

La salut mental de la població immigrant ha estat àmpliament estudiada tot i que els resultats i les conclusions que han arribat els investigadors són diverses i, per tant, no permeten una sola

afirmació sobre les conseqüències en la salut mental de les persones immigrants.

Centrant-nos en la definició de salut mental, aquesta varia en funció de la disciplina o perspectiva que es plantegi, per aquest motiu en aquest treball ens centrem en els pressupostos de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), de la psicologia comunitària i de la psicologia transcultural (World Health Organization, 1951).

L'any 1948 es va crear l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i, en el mateix any, es va celebrar el primer Congrés Internacional de la Salut Mental a Londres. Dos anys després, l'any 1950, el Comitè d'Experts en Salut Mental de l'OMS va definir i diferenciar els conceptes: d'*higiene mental* i de *salut mental*.

L'*higiene mental* es refereix a totes les activitats i tècniques que fomenten i mantenen la salut mental. I la *salut mental*, pròpiament dita, és una condició, sotmesa a variacions degut a factors tant biològics com socials, que permet a l'individu trobar una síntesi dels propis instints, considerant-los potencialment conflictius, formar i mantenir relacions satisfactòries amb tercers i participar en canvis constructius en el seu entorn social i físic (World Health Organization, 1951).

L'any 2001, l'OMS va dedicar l'informe anual a la salut mental titulant-lo *The World Health Report-Mental Health: new knowledge, new hope*. Posaven de manifest que els trastorns mentals tenen una alta prevalença en la població general i constitueixen un problema de salut pública donat el seu gran impacte en termes de dependència, discapacitat, càrrega social, costos econòmics i sanitaris (World Health Organization, 2001). Aclarien, en l'informe, que la salut mental no és només l'absència de trastorns mentals, sinó també és un estat de benestar en el que l'individu és conscient de les pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de forma productiva i fructífera i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat. Per tant, la salut mental no és únicament els aspectes relacionats amb el nivell de salut o malaltia sinó també té a veure amb la capacitat funcional, la qualitat de vida i el benestar emocional (World Health Organization, 2001).

Per aquest motiu la salut mental està relacionada amb la prevenció dels trastorns, mentals, el tractament i la rehabilitació de les persones afectades (Crespo, 2011).

Per classificar i diagnosticar els trastorns de salut mental, l'OMS proposa la Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut, la CIE-10. Per altra banda, des de l'Associació psiquiàtrica nord-americana (APA) es proposa el Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals, el DSM.

Les dues classificacions tenen algunes diferències però permeten, en ambdós casos, una comunicació tant en la comunitat científica com en la professional.

A pesar del recorregut i el treball per part de l'OMS en fer programes de salut mental i realitzar estudis epidemiològics i estadístics en la població mundial respecte les malalties i els trastorns mentals no hi ha encara programes d'intervenció específics sobre la salut mental per a immigrants (Achetegui, 2008).

Com ja hem comentat, els estudis sobre la psiquiatria transcultural i la simptomatologia psicopatològica de les persones immigrants posen de relleu força paradoxes i resultats poc clars inclús contradictoris (Navarro-Lashayas, 2014). S'ha de tenir en compte varies qüestions en l'estudi de la

salut mental dels immigrants: que els grups culturals tenen unes especificitats i unes homogeneïtats, que els processos d'aculturació són diferents entre diferents cultures i diferents contextos (Berry et al., 1987), que els diversos símptomes o trastorns descrits poden tenir diferències entre les cultures i que segons els instruments utilitzats per diagnosticar o descriure la salut de la població immigrant poden donar resultats poc homogenis (Collazos et al., 2008; Martínez i Martínez, 2006).

Per altra banda, si ens situem en l'atenció assistencial de persones amb patologia mental que porten un conjunt de vivències migratòries més o menys intenses i que pertanyen a una altra cultura, el professional de la salut té una tasca complicada amb l'atenuant de l'escàs temps que disposa per la ràtio de pacients que han d'atendre (Martínez i Martínez, 2006).

Algunes de les conseqüències del què hem esmentat són la dificultat en la relació entre professional i pacient (per l'idioma, per les diferències entre el sistema de creences de malaltia, les expressions clíniques del malestar psíquic, els estressors específics de la població immigrant, entre d'altres. Veure l'apartat sobre *les competències culturals del professional sanitari* en el Capítol 2) i la baixa qualitat de vida per part del pacient (Collazos et al., 2008; Martínez i Martínez, 2006).

En aquest sentit, les línies de recerca sobre aquesta temàtica estan canviant amb la voluntat de donar més eines als clínics per diagnosticar i tractar als pacients d'ètnies minoritàries així com donar directius alhora d'emetre polítiques relacionades amb aquesta població (Anagnostopoulos, Triantafyllou, Xylouris, Bakatsellos i Giannakopoulos, 2016; Bermann, 2009; Derivois, 2015; Navarro-Lashayas, 2014).

En l'apartat següent farem una anàlisi de l'evolució de les investigacions en l'àmbit de la salut mental transcultural així com les hipòtesis que s'han anat plantejant. Mostrarem els estudis sobre les àrees de simptomatologia més estudiades en immigrants i, finalment, analitzarem els aspectes sociodemogràfics i els clínics de la població autòctona i de la immigrant.

2.1. Models i hipòtesis de la salut mental dels immigrants

En primer lloc presentarem alguns treballs pioners en l'estudi de la immigració i la salut amb les respectives explicacions que han conclòs els investigadors. I en segon lloc es descriuen les hipòtesis o els models explicatius més utilitzats en la investigació de la salut mental de la població immigrant.

Com a preàmbul, fem una referència històrica de la psiquiatria recordant que Kraepelin va ser el primer en utilitzar el terme *Psiquiatria Cultural* perquè constatava, en el seu treball a Java a principis del segle XX, que de la mateixa manera que en les societats hi ha un sistema polític, educatiu i econòmic, també hi ha un sistema simbòlic i semàntic que influencia directa o indirectament en la manifestació fenomenològica de les malalties mentals. Kraepelin, dins de la disciplina de la *psiquiatria cultural comparativa*, relacionava els aspectes ètnics i culturals de la salut i de la patologia mental amb l'objectiu d'identificar, verificar i explicar les relacions entre el trastorn mental i les característiques psicosocials que diferenciaven nacions, poblacions i cultures (Jilek, 1995; Kraepelin, 2000).

Els primers estudis que vinculaven la immigració amb l'estrès i la salut partien de models clínics. L'objectiu principal consistia en comparar la salut de la població immigrant i l'autòctona i afirmaven que les malalties mentals eren més freqüents entre les persones immigrants (Lasa i Martínez, 1970). Dues de les hipòtesis en que es basaven els estudis eren: l'aïllament social i la major vulnerabilitat com explicació de pitjor salut en la població immigrant, i la segona, argumentava que les persones immigrants amb trastorns, sobretot els psicòtics, tenien major predisposició a emigrar.

Odegaard (1945) va ser un dels investigadors que més va destacar en aquests estudis. Va definir la teoria de la selecció natural basant-se en la segona hipòtesis i en els resultats del seu estudi sobre immigrants noruecs als Estats Units. Odegaard sostenia que els conflictes i l'estrès que comporta la condició d'immigrant podien precipitar un trastorn mental que d'una altra manera no hagués aparegut i, en conseqüència, hi havia més casos de psicosis entre la població immigrant. Pel que estaria parlant d'una selecció negativa respecte a la predisposició de la psicosis.

Odegaard considerava que per les persones amb quadres esquizoïdes emigrar era una opció molt possible donat que no tenien vincles familiars prou sòlids i per les dificultats generals que presentaven en relació a l'adaptació en la societat i la recerca a buscar estabilitat en altres indrets. Però també remarcava aspectes positius d'aquestes persones com l'ambició i la valentia per marxar del seu entorn.

Cantor-Graae i Selten (2007) qüestionen la teoria perquè consideren que la hipòtesi de la selecció negativa no pot ser la única hipòtesi per explicar els problemes de salut dels immigrants, també apunten que la teoria no explica els problemes de salut de la segona generació d'immigrants i perquè les característiques de les persones amb esquizofrènia no són compatibles amb els esforços que requereix la immigració. En aquest sentit, els autors sostenen que les persones que emigren a països desenvolupats d'Europa haurien de tenir característiques de menys risc en patir esquizofrènia.

Odegaard (1945) distingia entre la migració transoceànica i la migració interior. Considerava que la primera incrementava la morbiditat mental perquè les persones trencaven d'una forma dràstica la vida anterior mentre que la segona era menys extrema i, per tant, el tipus de trasllat no era definitiu o es podia revocar amb més facilitat.

Eitinger (1959) considerava que Odegaard i altres investigadors a l'utilitzar la població immigrant econòmica (és a dir que marxaven del seu país per raons de precarietat econòmica i de treball) estudiaven persones que d'alguna manera havien sortit voluntàriament dels seus països i considerava que era necessari buscar persones que havien hagut d'emigrar a la força per veure les diferències en termes de salut mental. En aquest sentit Eitinger va realitzar els seus estudis sobre la salut mental de les persones refugiades a Noruega i, com en altres estudis, van concloure que la salut mental de les persones refugiades era més vulnerable que la de les immigrades (Flórez, Aguirre i Ibarra., 2009; Lasa i Martínez, 1970).

Eitinger (1959) en la seva teoria de la causa social, afirmava que són els factors externs els que més pes tenen en l'explicació de la salut, encara que té en compte la personalitat premòrbida de les persones. La seva hipòtesis apuntava per una banda que la tensió acumulada feia augmentar les psicosis i, per l'altra, que l'aïllament i el sentiment d'inseguretat es manifestaven psiquiàtricament.

Tant la teoria de la selecció social d'Odegaard (1945) que considerava que els problemes

de salut eren deguts a la predisposició de la persona donant poca importància a les dificultats que sorgeixen en la societat receptora, com la teoria de la causa social d'Eitinger (1959) que es centrava especialment en l'estrès extrem donant poca importància als factors personals s'han considerat reduccionistes a l'hora d'explicar la salut mental de la població immigrant.

El model multivariat de Goldlust i Richmon (1974) proposa que s'ha de tenir en compte les característiques premigratòries, sociodemogràfiques i els factors postmigratoris en la societat receptora. Aquests autors entenen que la població immigrant és heterogènia i que està influenciada per una gran varietat de característiques i condicions premigratòries. Pel que fa a la societat, és percebuda de manera diferent per les persones, el que provoca una gran varietat de situacions que influeixen en l'adaptació de la població immigrant i autòctona. En aquesta interacció influeixen les forces tecnològiques, demogràfiques, econòmiques, culturals i els factors socials de la nova societat. En aquest model els determinants pre i postmigratoris poden derivar en set categories, quatre d'elles objectives i referents a lo extern i tres subjectives cap a aspectes sociopsicològics (Taula 7).

Taula 7. *Categories del model multivariat de Goldlust i Richmon*

Aspectes objectius			Aspectes subjectius			
Ambit	Esfera	Aspectes	Ambit	Identificació	Internalització	Satisfacció
econòmic	cultural	socials	polític			
Experiències econòmiques i ocupació	Idiomes, tradicions i símbols	Relacions socials (treball, organització, associacions)	Possibilitat d'elecció i votació, nous partits que interessin a immigrants	Processos de canvi en la identitat	Procés de canvi en actituds i valors	Del immigrant

Font: Goldlust i Richmon (1974)

La tendència actual sobre l'etiologia de la patologia mental, en termes generals, és multicausal. Es considera que en les patologies mentals, excepte determinats factors genètics, no s'identifiquen causes específiques o factors de risc (o de protecció) de patir trastorns mentals concrets, però sí que està àmpliament acceptat que algunes condicions o situacions influeixen en la salut mental i en la probabilitat de patir trastorns psicològics (López i Guarnaccia, 2016; Scholotz i Philips, 2009).

Per exemple, s'ha observat que alguns factors biològics de risc presents en la infància estan associats a una major vulnerabilitat de desenvolupar trastorns psíquics, com són algunes variables biològiques prenatales (malalties de la dona gestant, consum de fàrmacs o substàncies tòxiques durant l'embaràs, entre altres), complicacions perinatals o determinades malalties durant la primera infància s'ha comprovat que afecten el desenvolupament i s'han associat amb trastorns de la parla i amb trastorns del comportament (Fonagy, Target, Gergely, Allen i Bateman, 2003). Alguns aspectes sociofamiliars també es consideren factors de risc detectats en la infància com, per exemple, els conflictes o disfuncions familiars que causen un important estrès psicosocial en l'infant i els estudis

apunten a un increment en la probabilitat de patir problemes emocionals i trastorns de la personalitat (Fonagy, Target i Gergely, Allen i Bateman, 2003).

Per tant, en l'àmbit de salut mental, podem afirmar que la noció de vulnerabilitat té una importància relativa ja que el trastorn o la malaltia és el resultat de la interacció entre una susceptibilitat biològica (entre elles la genètica) i una situació ambiental, i quan aquesta interacció es produeix de manera continuada al llarg d'un temps (Achetegui, 2012; Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006).

Pel que fa a la població immigrant i la salut mental, una de les paradoxes que envolta aquest col·lectiu és la del “ immigrant sa” que proposa que la salut mental de les persones immigrants és bona a l'arribar a la societat d'acolliment, inclús millor que la de les persones autòctones, però empitjora amb el temps arribant a ser pitjor que la de la població autòctona (Cuellar, 2000; De La Rosa, 2002; Malmusi, Collazos i Qureshi, 2014) i es segueix constatant en les segones generacions d'immigrants (Rumbaut i Weeks, 1996).

En l'actualitat, els principals treballs realitzats sobre la salut mental de les persones immigrants es basen en la hipòtesi de l'estrès d'aculturació. Aquest concepte i la respectiva recerca l'explicarem i mostrarem en el següent apartat.

2.2. L'estrès d'aculturació

Tot i que ja es coneixia l'estrès en el procés d'aculturació no va ser fins el 1977 que Berry va introduir el concepte com una continuació del debat existent i per donar alternativa al terme de *xoc cultural* que havia estat proposat des de l'antropologia (veure l'apartat d'aculturació).

L'aculturació i l'estrès d'aculturació són efectes que estan estretament associats al fet de migrar i sorgeixen en tot moviment migratori humà (Berry, 1990; Collazos et al., 2008). Per aquest motiu, són conceptes àmpliament estudiats en diferents poblacions immigrades i en diversos contextos (Collazos et al., 2008; Hovey et al., 2000).

Des de la psicologia, però, es prefereix parlar d'estrès d'aculturació i no de procés d'aculturació perquè es considera que l'estrès d'aculturació està unit als models psicològics de l'estrès els quals expliquen les respostes cap els estressors de l'ambient en general, com del procés migratori en particular (Berry, 1992; Collazos et al., 2008).

2.1.1. Els models d'estrès d'aculturació

Els models que vinculen el procés d'aculturació amb l'estrès i la salut es nodreixen de les teories i dels treballs realitzats des de les corrents clàssiques que han estudiat l'estrès. En concret, es parteix del model proposat per Lazarus i Folkman (1984) que defineix l'estrès com un procés que es caracteritza per l'avaluació i l'afrontament tenint en compte que hi ha esdeveniments vitals (*life events*) que exigeixen un reajustament en la vida habitual de les persones.

Per aquest motiu, totes les troballes derivades de les teories dels esdeveniments vitals (Holmes i Rahe, 1967) i de les teories transaccionals (Lazarus i Folkman, 1984) poden aplicar-se a l'estudi de la immigració.

A continuació, es presenten els models d'estrès d'aculturació proposats per Berry, Kim, Minde i Mok (1987), la modificació realitzada per Berry (1977), el model sobre el procés d'aculturació de Ward, Bochner i Furnham (2001). I, per últim, es descriurà la síndrome de l'estrès crònic i múltiple o síndrome de Ulisses proposada per Achotegui (2004) en l'apartat 3.4 sobre *factors explicatius de la salut mental associada als processos migratoris*.

I. Model d'estrès d'aculturació de Berry, Kim, Minde i Mok (1997)

Berry i els seus col·laboradors (1987) elaboren un model sobre l'estrès d'aculturació a partir de les conclusions d'un treball de Berry i Annis (1974) en el que demostren que el impacte de l'aculturació en la salut mental pot ser evitat i que hi ha factors individuals i grupals que hi tenen un paper en aquest procés.

Defineixen el model basant-se en l'avaluació de tres elements: el primer consisteix en la descripció de l'experiència d'aculturació, en el segon es contextualitzen els estressors que actuen en el procés d'aculturació, i el tercer i últim es defineixen els diferents nivells d'estrès d'aculturació que sorgeixen com a conseqüència dels dos primers, és a dir de l'experiència d'aculturació i dels estressors (Figura 5).

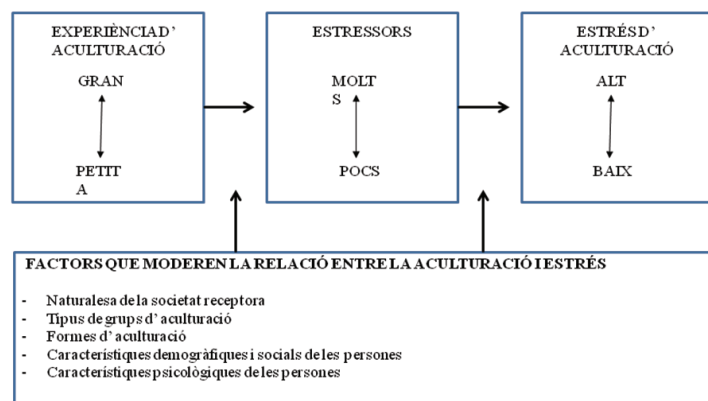


Figura 5: Model d'estrès d'aculturació, factors moderadors (Berry et al., 1997)

II. Model d'estrès d'aculturació de Berry (1997)

Uns anys més tard, Berry (1997) va ampliar el model incloent altres aspectes: el contacte intergrupals, l'experiència personal, els esdeveniments vitals, l'estrès, l'avaluació cognitiva de la situació i l'afrontament així com també variables de nivell social i individual que influeixen en aquest procés.

A més a més va incloure elements a nivell macro i micro. A nivell macro té en compte els factors socials, els polítics i els demogràfics de la societat d'origen així com les actituds de la societat receptora cap als grups culturals i ètnics i el recolzament social que atorguen a tots els grups. I a nivell micro es recullen les característiques de les persones i de la situació d'adaptació (veure Figura 6).

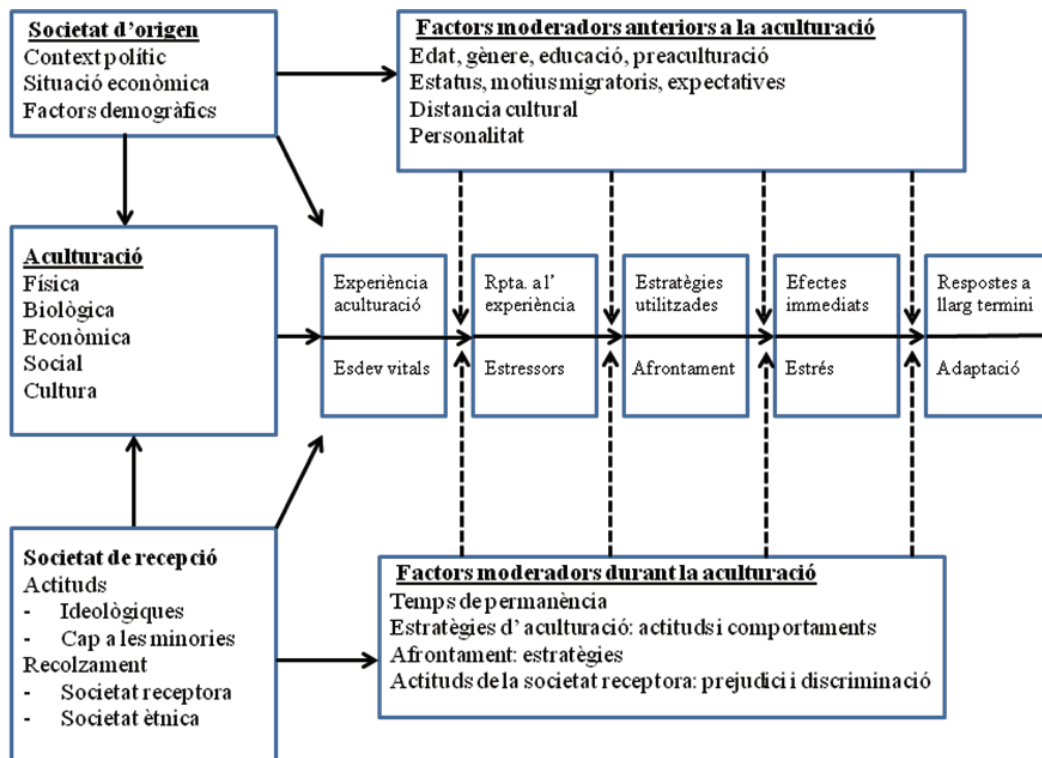


Figura 6: Model d'estrès d'aculturació de Berry (1997)

III. Model sobre el procés d'aculturació de Ward, Bochner i Furnham (2001)

Per formular el model sobre el procés d'aculturació, Ward, bochner i Furnham (2001) van basar-se en els treballs sobre l'estrès realitzats per Lazarus i Folkman (1986), en el model proposat per Berry (1997) i en la teoria i la investigació realitzada per Furnham i Bochner (1986).

Els autors proposen un model per investigar el canvi i el contacte intercultural integrant la perspectiva de l'estrès i l'afrontament, i la de l'aprenentatge cultural. El model distingeix entre els dominis psicològics i els socioculturals de l'adaptació i inclouen la mesura de la identitat social. Consideren que totes aquestes variables són predictores de les respostes adequades en el procés d'aculturació.

Per Ward, Bochner i Furnham (2001) aquest model suposa una síntesi de totes les teories i investigacions dutes a terme sobre els components afectius, comportamentals i cognitius de la transició transcultural i de la interacció intercultural (veure Figura 7).

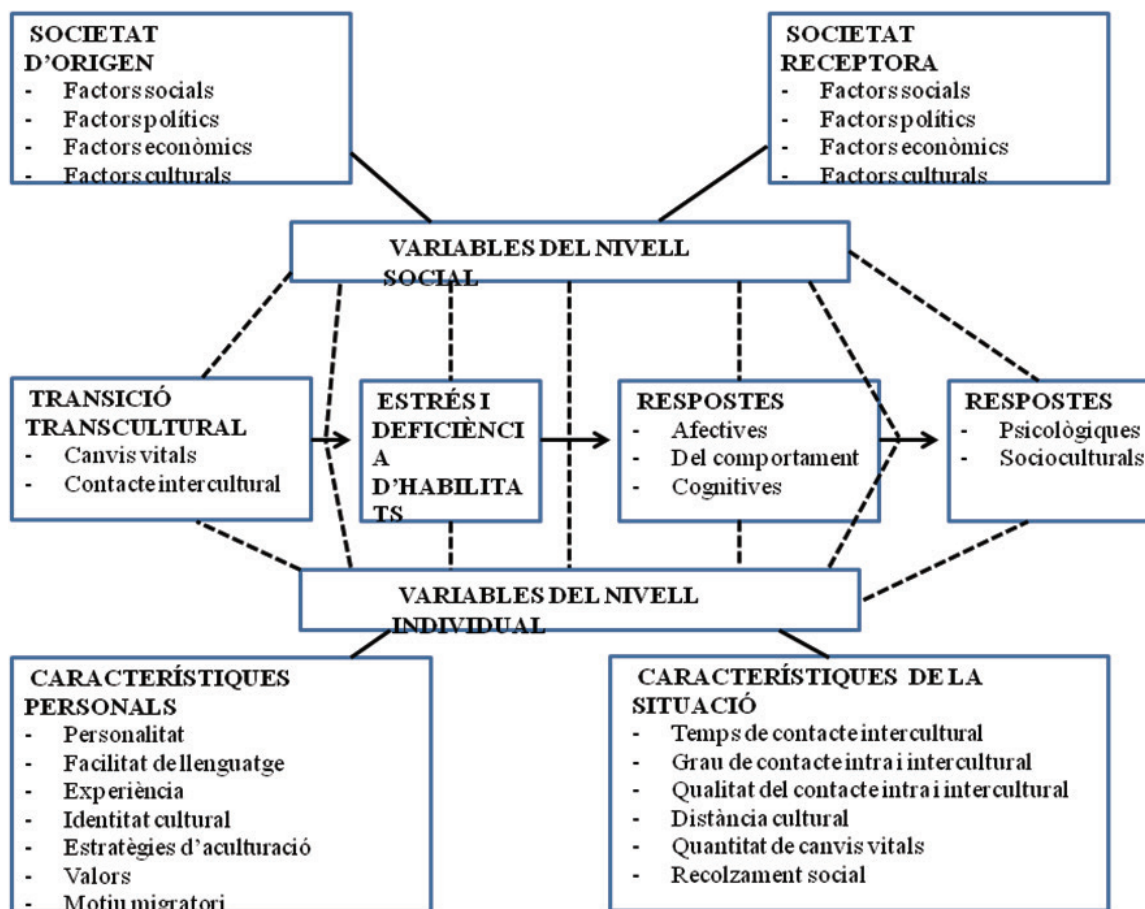


Figura 7: Model del procés d'aculturació de Ward et al. (2001)

2.2.2. Psicopatologia associada a l'estrès d'aculturació

Els estudis que han estudiat la relació entre l'estrès migratori i la psicopatologia mostren resultats divergents i poc clars. Els autors conclouen en les seves investigacions que l'estrès pot ser relativament baix (Ataca i Berry, 2008; Matheny, Roque-Tovar i Curlette, 2008; Thomas i Choi, 2006) o pel contrari, molt alt (Irfaeia, Maxwell i Krämer, 2008; Kim-Godwin i Bechtel, 2004). Però la majoria dels treballs indiquen que els nivells d'estrès són moderats en diferents ètnies i contextos com la població asiàtica al Japó i a la Xina (Chen, Benet-Martínez i Bond, 2008), les persones dels països caribenys als Estats Units (Murphy i Mahalingam, 2004), amb població llatinoamericana als Estats Units (Hovey i Magaña, 2000) i també amb persones de Rússia, Somàlia, Estònia, Albània, Vietnam i dels països àrabs a Finlàndia (Jasinskaja-Lahti et al., 2006). En el context espanyol també hi ha estudis que mostren resultats similars, en concret a Almeria (Salvador, Pozo i Alonso, 2010) i a Barcelona (Patiño i Kirchner, 2008) amb immigrants d'origen magrebí i de Llatinoamèrica al País Basc (Elgorriaga et al., 2009).

A banda del grau d'estrès en immigrants, l'objectiu principal d'aquests estudis ha sigut comprovar si l'estrès està condicionat pel procés migratori.

Segons Achotegui (2001, 2002, 2008) és necessari diferenciar tres aspectes sobre la problemàtica de la salut mental dels immigrants en situació extrema: l'estudi dels estressors que són els que delimiten l'aparició de la Síndrome d'Ulisses, l'estudi dels símptomes que configuren la Síndrome de l'estrès crònic o múltiple (de Ulisses), i el diagnòstic diferencial de la simptomatologia que presenten amb altres alteracions psicològiques o psiquiàtriques que es donen en els immigrants.

En aquest sentit els investigadors afirmen que el que és rellevant, sobretot, no és el contacte cultural en sí, ni el fet migratori, sinó l'experiència estressant derivada d'aquest contacte (Hovey et al, 2000).

Altres autors senyalen (De Vylder et al., 2013; García-Herrero et al., 2013; Malmusi, Collazos i Qureshi, 2014) que existeix més vulnerabilitat de trastorn mental en la població immigrant que en l'autòctona a causa dels factors estressants que hem comentat i també més prevalença (Balkir, Barnow i Balkir, 2013; Cantor-Grae, 2007; Cantor-Grae i McNeil, 2001; Dealberto, 2010; Ebata, 2011; Familiar et al., 2011; Leao et al., 2006; Selten, van Os, Nolen, 2003; Shiroma i Alarcon, 2011; Navarro-Lashayas, 2014; Sirin et al., 2013; Polanco-Roman i Regina, 2013; Revollo et al., 2011; Veling et al., 2006; Zolkowska, Iceto et al, 2013). Però, en canvi, no seria un factor de risc el nivell d'aculturació, és a dir, el relatiu a la integració i la identitat cultural en la societat receptora (Ladin i Reinhold, 2013).

Els estudis demostren que l'estrès d'aculturació és una variable predictora de l'aïllament social en adolescents, dels símptomes somàtics i dels depressius (Polanco-Roman i Regina, 2013; Sirin et al., 2013) i també en la població adulta és predictora de trastorn d'ansietat i de depressió (Revollo et al., 2011; Tomás-Sábado et. al., 2007). En la direcció contrària també els estudis comproven que la depressió en immigrants és una variable predictora de l'estrès aculturatiu (Helms et al., 2014; Nova, 2014; Xu i Chi, 2013).

Tanmateix, les investigacions senyalen que com major és l'estrès d'aculturació, en concret l'alt índex en la discriminació percebuda, major és el malestar psicològic (Navarro-Lashayas, 2014) i, en concret, més risc de símptomes psicòtics entre els joves llatinoamericans dels Estats Units que més joves van emigrar i els asiàtics nord-americans (DeVylder et al., 2013). En contrapartida, en el context espanyol, els immigrants llatinoamericans que viuen a Espanya puntuaven més alt en el factor estressant de nostàlgia cap al país d'origen, però en canvi, no es relacionava amb la depressió i l'ansietat de la mateixa manera que el factor de discriminació percebuda (Revollo et al., 2011).

Segons els autors (Navarro-Lashayas, 2013; Nova 2014) el fet d'estar documentat, és a dir amb "papers", protegeix en tant redueix una part estressant important de la persona, la normalitza en el nou escenari. En canvi la població immigrant indocumentada presenta nivells més alts de depressió, d'ansietat i d'estrès migratori que els immigrants documentats o els immigrants de segona generació. En aquesta línia l'estudi de Saura et al. (2008) mostra els percentatges dels factors estressants, entre ells la de legalització, en el col·lectiu magrebí de Catalunya com podem veure en la Taula 8.

Taula 8. Percentatge de resposta <molt i bastant> dels factors estressants en el col·lectiu magrebi

n= 403											
Home= 242 Dona= 161	E.Civil		N. Idioma M.		N. Estudis				Anys residència		
	Solter	Casat	bo/bo	Regul/dolent	Analfa.	E.Primaris	E.Secundaris	E.Superior	1 a 3	3 a 6	>6
Treball	60,7*	40,7	43,7*	61,8	48,7	53,5	50,8	50,7	71,8*	37,3	32,2
Vivenda	58,2*	38,1	38,1*	60,5	51,3	51,7	43,2	49,1	68	37,7	25
Lluny família	61,1*	44,1	48,5	51,7	49,1	43,2	51,7	51,3	62*	46,9	41,2
Legalització	51,8	50	35,5	69,4	56,4	50	49,1	61,1	68,3*	46,8	26
Discriminació	38	26,9	25,4*	41,3	40,7	32,4	32	30,7	41,2	25,8	19,8

Nota. Adaptació de Saura et al. (2008)

Freqüències en %

* Diferències amb tendència a la significació estadística

Per altra banda, l'estudi de Belizaire i Fuertes (2011) posa de manifest una de les paradoxes dels estudis sobre immigració. Exposa que existeixen alguns grups culturals que no utilitzen gairebé els serveis de salut mental perquè, com altres estudis indiquen (Achotegui, 2004; Santiago-Rivera, Arredondo i Gallardo-Cooper, 2005), tenen una manera de comprendre els símptomes psicopatològics i abordar-los diferent que la cultura occidental. En aquest sentit, els resultats de l'estudi de Belizaire i Fuentes (2011) indiquen que el grup cultural haitià que viu als Estats Units té un nivell més alt d'aculturació, en el sentit de més integració en la societat receptora, però presenta un pitjor ajustament psicològic.

Altres estudis indiquen que la identitat ètnica és una variable protectora de la relació entre depressió, desesperació i ideació suïcida (Polanco-Roman i Regina, 2013).

Una altra tendència d'investigació sobre els factors migratoris estressants és l'efecte de les expectatives pre-migratòries. Els resultats apunten que quan les expectatives anticipen el que representa l'adaptació sociocultural la postmigració té més èxit que si les expectatives socioculturals són menors a les després viscudes (Mähönen, Tuuli i Jasinskaja-Lahti, 2013).

Altres factors estressants són els viscuts per les minories ètniques en relació al que s'espera d'elles respecte la integració a la cultura majoritària. Segons l'estudi de Kunst i Sam (2013) quan aquestes expectatives són contràries a les pròpies minoritàries i es veuen forçades a adoptar altres estratègies d'aculturació augmenta de forma rellevant el nivell d'estrès i dificulta l'adaptació sociocultural.

En aquest sentit Gupta, Leong, Valentine i Canada (2013) en el seu estudi meta-analític, posen de manifest la variabilitat dels resultats segons l'instrument de mesura que s'utilitza per avaluar l'aculturació dels immigrants asiàtics als Estats Units. Si es posa l'accent en l'assimilació de la cultura nord-americana hi ha una correlació negativa entre l'aculturació i la depressió i si es mesura l'aculturació orientada a la cultura asiàtica la relació entre l'aculturació i la depressió també és negativa però no estadísticament significativa.

Els estudis sobre l'estrès aculturatiu apunten la necessitat de realitzar estudis en els diferents territoris on s'estableix una convivència multicultural ja que la realitat de cada indret, segons les cultures que conflueixen, pot donar resultats molt diferents. El xoc cultural que es dona entre la

cultura llatinoamericana i l'espanyola és diferent que la magrebina i l'espanyola. En canvi en un altre país o territori pot ser contrari, pe tant, és necessari estudiar l'estrès d'aculturació en diferents contextos (Collazos et al., 2008; Hovey et al., 2000) així com els factors culturals que influeixen en els tractaments psicoterapèutics (Levin, 2015).

2.3. Aspectes clínics de la salut mental d'immigrants

Segons l'OMS (World Health Organization, 2002), els trastorns mentals representen una de les sis malalties més freqüents causants de discapacitat. La depressió, en concret, constitueix la tercera causa a nivell mundial, amb el 12,5%. Per altra banda, el suïcidi, constitueix la segona causa de mortalitat prematura en els joves. Les xifres que es preveuen en els propers 20 anys són que la càrrega dels trastorns mentals augmentarà de manera significativa (World Health Organization, 2015).

S'han realitzat estudis epidemiològics tant a nivell mundial com a nivell europeu i espanyol. Un dels estudis més rellevants a nivell mundial va ser el realitzat per l'OMS l'any 1995 en 15 països en el que es va estimar una prevalença de trastorn mental del 24% (World Health Organization, 2002).

En relació als estudis de prevalença en població immigrant els estudis obtenen resultats contradictoris. Uns estudis posen de manifest que existeix més prevalença de malaltia mental en la població immigrant que en relació a la població autòctona (Balkir, Barnow i Balkir, 2013; Cantor-Grae, 2007; Cantor-Grae i McNeil, 2001; Dealberto, 2010; Ebata, 2011; Familiar et al., 2011; Kilchmann, Bessler i Aebi., 2015; Leao et al., 2006; Selten, van Os, Nolen, 2003; Shiroma i Alarcon, 2011; Navarro-Lashayas, 2014; Sirin et al., 2013; Patiño i Kirchner, 2010; Polanco-Roman i Regina, 2013; Veling et al., 2006; Zolkowska, Iceto et al, 2013). En canvi, altres estudis no troben diferències significatives respecte la cultura majoritària (Agorastos, Haasen i Huber, 2012; Balkir i Barnoiw, 2013; Qureshi, et al., 2013) i inclús altres on la població autòctona té més prevalença de patologia que la immigrant (Esteban-Vasallo, 2009). Una altra dada rellevant, segons els autors, és que no hi ha tanta dependència a l'alcohol o a l'abús de consum de tòxics en els immigrants en relació a la població autòctona dels països occidentals (Ali, 2002; Martínez, 2006; Pérez-Rodríguez et al., 2005) tot i que els resultats no són tan concloents entre els adolescents immigrants tant a Europa com en els Estats Units (Kilchmann, Bessler i Aebi, 2015; Oshri et al., 2014).

Els estudis que indiquen menor prevalença de la població immigrant respecte l'autòctona exposen que una possible raó és la dificultat en diagnosticar pels factors culturals i una altra explicació proposada és la dificultat a l'accés al servei sanitari per part dels col·lectius immigrants (Caplan et al., 2011; Caplan et al., 2013; Chen et al., 2015; Ellis, 2015; Maupin, 2012; Wolf, 2014).

Altres estudis indiquen que les diferències en els mètodes i els instruments de mesura, en les característiques dels grups immigrants i de les societats receptores fan que els resultats s'hagin de llegir en compte, sobretot alhora de realitzar comparacions (Tinghög i Carstensen, 2010; Verhagen, Ros, Steunenber i de Wit, 2014).

Per altra banda, els autors (Agorastos, Haasen i Huber, 2012; Balkir i Barnoiw, 2013; Levin, 2015) també apunten l'escàs nombre d'estudis realitzats amb població immigrant clínica de salut

mental el que dificulta les comparacions i l'estudi sobre les prevalences i la psicopatologia.

Respecte els estudis internacionals sobre salut mental i psicopatologia en immigrants, la majoria se centren, segons la revisió realitzada per Salinero (2013), en els diagnòstics de depressió i d'ansietat i en tercer lloc en els diagnòstics de desordres de la conducta, tot i que també, hi ha una tendència creixent en els estudis sobre la simptomatologia somàtica en immigrants.

A continuació es descriuran les principals àrees simptomàtiques que s'han estudiat en persones immigrants.

2.3.1. Simptomatologia depressiva

La presència de la simptomatologia depressiva és un dels indicadors més utilitzats per avaluar l'impacta psicològic del procés migratori i l'ajustament psicosocial de la persona a la societat receptora (Navarro i Rodriguez, 2003). Però ens trobem en una de les contradiccions dels estudis sobre la salut mental dels immigrants perquè, malgrat que les puntuacions mitjanes mostren que el nivell de depressió en la població immigrant és relativament baix, quan s'analitzen les respostes segons el percentatge de persones que puntua en aquesta àrea, la majoria de les investigacions mostren que el nivell de prevalença és superior en immigrants que en la cultura majoritària (Asvat i Malcarne, 2009; Navara i James, 2005; Ristner i Ponizovsky, 2003).

Els estudis internacionals mostren que, a la Xina el 26,5% de les persones immigrants asiàtiques tenien depressió (Chou, 2009). Als Estats Units, el 40% de les persones asiàtiques patien depressió (Mui i Kang, 2007) i el 36% de les coreanes (Jang, Chiriboga, Kim i Cho, 2009). En relació a la població llatinoamericana, el percentatge de persones que mostra simptomatologia depressiva oscil·la entre el 33% i el 41% (Grzywacz, Hovey, Seligman, Arcury i Quandt, 2006; Hiott, Grzywacz, Davis, Quandt i Arcury, 2008; Rivera, 2007). Tot i que existeixen investigacions que situen el percentatge en el 20% (Stimpson, Eschbach i Peek, 2007).

Les investigacions realitzades a Espanya amb immigrants mostren una oscil·lació de símptomes depressius entre un 15,2% i un 40,7% (Barro et al., 2004). A Andalusia, en un estudi realitzat amb població marroquina, filipina i senegalesa, que eren atesos pels serveis socials, el 52,6% manifestava simptomatologia depressiva (Martínez, García i Maya, 2001).

En relació als pacients immigrants amb temptativa de suïcidi a Espanya, l'estudi de Quintanilla et al. (2009) mostra que, des d'un punt de vista del professional sanitari, els pacients tenen major taxa de problemàtica sociofamiliar que la població autòctona i que la majoria dels episodis que presenten són diagnosticats com reaccions a estressors aguts o mantinguts en el temps.

Altres estudis sobre simptomatologia depressiva en immigrants a Espanya es mostraran en l'apartat de comparació amb la població autòctona de la mateixa manera que la d'altres quadres clínics.

2.3.2. Simptomatologia ansiosa

En quant els símptomes ansiosos, els estudis amb població immigrant llatinoamericana resident als Estats Units mostren unes puntuacions en ansietat entre moderades i altes (Alderete Vega, Kolody i Aguilar-Gaxiola, 1999; Hovey i Magaña, 2000; Hovey i Magaña, 2002). Per altra banda, l'estudi de Ritsner i Ponizovsky (2003) mostrava que la població russa emigrada a Israel tenia baixes puntuacions d'ansietat de la mateixa manera que les persones de diferents cultures que es traslladaven al Nepal (Navara i James, 2005).

Els estudis realitzats als Estats Units mostren resultats amb una variabilitat baixa. Alderete, Vega, Kolody i Aguilar-Gaxiola (1999) van comprovar que el 15,1% d'homes i el 12,9% de les dones d'origen mexicà havien experimentat símptomes d'ansietat alguna vegada a la seva vida. Grywacz, Hovey, Seligman, Arcury i Quandt, (2006) van trobar resultats similars en la mateixa població (17%) i també Hiott Grzywacz, Davis, Quandt, i Arcury, (2008) amb població immigrant general (18%).

Les investigacions realitzades en el context europeu mostren una prevalença més alta que les trobades als Estats Units en la població immigrant general, en concret, el 23,1% de les persones immigrants d'Espanya, Rússia i Turquia presentaven símptomes ansiosos (Donnelly i Kim, 2008).

A Espanya el percentatge de simptomatologia ansiosa que presenta la població immigrant es situa al 51,9%. Al voltant de la meitat de les persones entrevistades a l'estudi de Barro, Saus i Barro (2004). En l'estudi de Sánchez i López (2008) el 52,9% de la població marroquí presentava símptomes ansiosos i el 42,30% en la població llatinoamericana. Però en altres estudis, com el de Pertiñez Viladàs, Clusa, Menacho, Nadal i Muns (2002) van trobar una prevalença del 17,9% de simptomatologia ansiosa en la població immigrant.

2.3.4. Simptomatologia somàtica

Segons els autors (Achetegui, Llopis, Morales i Espeso, 2012; Ibars, Feixas, Segura, Muñoz, Toran, Arnau i Corbella, 2012; Tizón, Salamero, Pellegrero, San-José i et al., 1992) els col·lectius de cultures no occidentals tenen més prevalença en somatitzacions. En concret, la cefalea és una de les queixes somàtiques més comunes en els immigrants sobretot quan estan diagnosticats de la Síndrome d'Ulisses i distímia o de trastorn adaptatiu (Achetegui, Llopis, Morales i Espeso, 2012).

En aquest sentit, les persones de l'Àfrica tendeixen a tenir més símptomes somàtics que altres cultures (Paniagua, 2000). Els estudis realitzats en l'atenció primària i institucions d'acolliment senyalaven que al voltant d'un terç de la població immigrant manifesta tenir algun tipus de símptoma somàtic. En el cas dels Estats Units el 35% de la població asiàtica que s'atenia a l'atenció primària manifestava algun símptoma de somatització (Paniagua, 2000).

Els estudis realitzats amb població immigrant a Israel de persones procedents de Rússia, a Alemanya amb persones turques i de Rússia, i d'Espanya o els Estats Units amb població xinesa era bastant similar en les puntuacions de símptomes somàtics, en concret oscil·lava entre el 12,89% i el 27,1%; (Hoover, 1999; Donnelly i Kim, 2008; Mak i Zane, 2004; Ritsner, Ponizovsky, Kurs i Modai, 2000; Shiroma i Alarcon, 2011).

Segons Ritsner (2000) les persones amb trastorns de somatització, donades les característiques físiques d'aquest trastorn, tendeixen a buscar més ajuda mèdica que la resta de la població general.

En aquest sentit, l'estudi d'Elgorriaga et al. (2007) realitzat al País Basc amb persones immigrants que participaven en els programes de la Creu Roja el 39,6% mostraven símptomes somàtics.

En relació als símptomes somàtics més presents en les persones immigrants que viuen en la nostra societat són la fatiga i altres somatitzacions de tipus osteoarticular (Achetegui, 2003).

L'estudi d'Ibars, Feixas, Segura, Muñoz, Toran, Arnau i Corbella (2012) realitzat a les consultes d'atenció primària de Catalunya mostren que tots els grups d'immigrants estudiats (magrebins i subsaharians) obtenen pitjors resultats que el de la població normal comparada. En concret, les puntuacions de les dones magrebines superen les dels pacients psiquiàtrics més greus, tant en somatitzacions com en simptomatologia psicopatològica general. Els homes magrebins també obtenen puntuacions força altes, gairebé s'aproximen a les obtingudes pels pacients psiquiàtrics no internats i superen les puntuacions en somatitzacions. Pel que fa a les dones subsaharianes, les puntuacions s'aproximen a la dels pacients psiquiàtrics més greus. En canvi, els homes subsaharians són el col·lectiu més sa respecte els pacients immigrants estudiats però superen les puntuacions de la població normal. Per tant, el col·lectiu magrebí i femení és el que manifesta pitjor salut mental.

2.3.5. Trastorns psicòtics

En relació als trastorns psicòtics i esquizoïdes, l'estudi clàssic de l'OMS (World Health Organization, 1973) realitzat als anys 70 sobre la prevalença de l'esquizofrènia en diferents països tant en l'àmbit rural com en l'urbà, va posar de manifest que l'esquizofrènia paranoide és la més prevalent en tot el món. Es van trobar diferències significatives en el diagnòstic de la catatonia. En concret, les prevalences més altes es van trobar a l'Índia i Nigèria i les més baixes als països occidentals. També es va evidenciar que la simptomatologia inicial de l'esquizofrènia era semblant en totes les cultures. Una altra dada rellevant d'aquest estudi va ser que, en els països occidentals, el curs del trastorn era significativament més crònic que en altres països com Nigèria i l'Índia. Des d'un punt de vista transcultural, l'explicació que s'ha donat és que en societats tradicionals on existeix una família extensa i on el treball és més senzill, normalment relacionat amb l'agricultura o la cura del bestiar, protegeix a la persona perquè continua realitzant tasques laborals i continua inserida en una xarxa familiar i social. En canvi, en societats més desenvolupades i competitives, on les xarxes familiars i socials són més fràgils, la tendència és que es cronifiqui el trastorn per la marginació, exclusió i estigma (Fernández, Berrios i Yániz, 2012).

Altres estudis han mostrat que les persones de raça negra i asiàtica són diagnosticades amb més freqüència de psicosis que els de raça blanca als Estats Units (Flaskerud i Hu, 1992). Els immigrants jamaicans són diagnosticats de psicosis 12 vegades més que la població britànica nativa i són ingressats en institucions psiquiàtriques o judicials amb major freqüència, evolucionen pitjor (Jarvis, 1998) i reben dosis més elevades de neurolèptics (Lloyd i Moodley, 1992).

També s'han obtingut resultats semblants en la població immigrant a Espanya en relació als ingressos en institucions judicials i els tractaments amb neurolèptics (Alda, García i Sobradiel, 2010). L'alta prevalença de psicosis en immigrants també s'han mostrat en treballs realitzats a Holanda (Selten, Slaets i Kahn, 1997) i a Dinamarca (Mortensen, Cantor-Graae i McNeil, 1997).

Pel que fa a les explicacions sobre aquest fenomen no s'han trobat que siguin suficientment satisfactòries des del punt de vista biològic (García-Campayo i Sanz, 2002). Des d'una perspectiva cultural, les explicacions apunten a que la major freqüència en aspectes religiosos i espirituals es relacionaria amb una suposada major freqüència d'al·lucinacions i deliris en la població no blanca (Adebimpe, 1981; Alda, García i Sobradiel, 2010); l'exposició continuada a la discriminació i el racisme poden incrementar els valors normals de paranoia en individus sans (Newhill, 1990); i la última explicació que es suggereix, és que els errors en els diagnòstics pel biaix cultural dels professionals tendrien a etiquetar, com a psicòtics, símptomes no habituals en la cultura occidental (Alda García i Sobradiel, 2010; Lewis, Croft-Jeffreys i Davis, 1990).

2.3.5. Altres aspectes clínics

Les anomenades malalties vinculades a la cultura o síndromes associats a la cultura, són un dels problemes més difícils per els professionals de la salut occidentals perquè són malalties o trastorns no coneguts a occident. Són pròpies de grups ètnics o localitzacions geogràfiques específiques que no es troben ben representades en les classificacions psiquiàtriques (Asociación de Psiquiatria Americana, 1995; Mezzich, Kleinman, Fábrega i Parron, 1996; Organización Mundial de la Salud, 1994) i resulten difícils de diagnosticar i tractar. Alguns d'aquestes síndromes psiquiàtriques associades a la cultura descrites a Espanya són el *koro* (en població masculina asiàtica on el subjecte té por que el penis es retregui fins l'abdomen i quan acabi el procés morirà) o *l'atac de nervis* (en comunitats llatinoamericanes, el qual és un quadre dissociatiu d'instauració ràpida amb múltiples símptomes psicològics i físics i el pacient creu que està atacat per esperits malignes) (Caballero, Iruela, Muñoz i Baca, 1990; Salman, Carrasco, Liebowitz, Díaz, Prieto, Jusino et al., 1997).

En quant als ingressos de les persones immigrants a unitats psiquiàtriques a l'Estat Espanyol l'estudi d'Alda, García i Sobradiel (2010) mostra que els pacients immigrants són donats d'alta de manera voluntària amb més freqüència que els pacients autòctons. També descriuen que existeix un nombre més elevat de pacients immigrants que quan se'ls dona l'alta no són derivats a cap dispositiu ambulatori per realitzar un seguiment i que els pacients immigrants tenen una estada mitjana hospitalària significativament menor (8,1 dies) que els pacients nacionals (12,6 dies).

Per altra banda, els autors (Alda, García i Sobradiel 2010) constaten que els nivells de simptomatologia psiquiàtrica es van equiparant als valors de la població espanyola quan els immigrants porten una mitjana de tres anys a Espanya. Aquesta dada coincidiria amb altres estudis (Sluzki, 1979) que comproven que les persones immigrants necessiten de mitjana 2-3 anys per adaptar-se al país receptor.

Per últim, comentar que l'estudi de Kilchmann, Bessler i Aebi a Suïssa (2015) posa de manifest que els joves immigrants tenen més risc, que els joves autòctons, de presentar problemes de conducta depenent de la història migratòria, les adversitats psicosocials acumulades i la relació amb llurs pares.

2.3.6. Comparació amb la població autòctona

Els estudis sobre salut mental realitzats entre la població autòctona de diferents països i la població immigrant de diferents procedències obtenen resultats divergents tal i com es mostrarà a continuació. A pesar d'això els autors afirmen, en termes generals, que la salut mental de les persones que han emigrat és pitjor que la de les locals (Bischoff i Wanner, 2008; Singhammarey i Bancilla, 2009).

Segons diversos estudis sobre els diferents quadres simptomàtics realitzats als Estats Units (Hovey, 2000; Vega et al., 1991), a Alemanya (Irfaeya, Maxweill i Krämer, 2008; Kirkcaldy, Siefen, Wittig, Schüller, Brähler i Merbach, 2009), al Regne Unit (Nazroo, 1997) i a Espanya (Martínez, García i Maya, 2001) mostren major prevalença de símptomes depressius en la població immigrant respecte la local.

En l'àrea d'ansietat les dones magrebines (Irfaeya et al., 2008) i els adolescents de diferents països (Kirkcaldy et al., 2005) residents a Alemanya mostraven més ansietat que la població autòctona així com la població immigrant en general a Espanya (Ibars, Toran, Segura, Corbella, Fernández i Arnau, 2014; Valiente et al., 1996) o la llatinoamericana als Estats Units (Hovey i Magaña, 2000). En aquesta última investigació realitzada als Estats Units el 29% de les persones immigrants manifestava ansietat en comparació al 16% de les autòctones.

En relació a la simptomatologia somàtica, els estudis mostren que la població immigrant té més símptomes somàtics que la població autòctona a Alemanya (Irfaeya et al., 2008) amb població magrebí i russa (Kirkcaldy et al., 2005), i al Canadà amb diferents grups ètnics (Kirmayer i Young, 1998). Però no totes les investigacions afirmen que el deteriorament en la salut mental sigui pitjor en les persones immigrants que en les autòctones (Bischoff i Wanner, 2008; Cuéllar, Bastida i Braccio, 2004).

Els estudis de prevalença realitzats en la població atesa en l'atenció primària permeten un coneixement més real de la morbiditat psiquiàtrica i es pot conèixer l'evolució dels subjectes (Salinero, 2013). King et al. (2008), van realitzar un estudi en sis països d'Europa, en els quals es trobava Espanya, per desenvolupar un model predictiu de depressió en pacients de la població general que van al metge de família i van recollir les estimacions de prevalença dels trastorns mentals més comuns entre els països que hi van participar com podem observar en la Taula 9.

Taula 9. *Diagnòstics psiquiàtrics amb més prevalença a l'Atenció Primària*

	Total		Depressió M.		Tr. Pànic		Altres Tr.Ans.	
	Dona	Home	Dona	Home	Dona	Home	Dona	Home
Total	n=4845 (100)	n=2341 (100)	13,9*	1,5*	9,2*	0,8*	10*	1,3*
Anglaterra	18,4	18,8	13,2	0,9	10,3	1,1	1,3	8,4
Espanya	18,4	16	18,4	4,3	11,6	5,9	20,1	9,9
Eslovènia	14,6	17,4	6,5	4,4	8	0,5	3	2,2
Estònia	16,5	12,4	14,8	9,3	8	5,5	10,2	5,5
P.Baixos	15,9	19	11,4	7,0	3,4	2,2	4,8	2
Portugal	16,4	16,3	17,8	6,5	8,2	2,4	8,2	2,4

Nota. Font. King et al., 2008

Valors en % i (%)

Xi-quadrat *p valor \leq ,05

A Espanya, es va realitzar un estudi (Haro et al., 2006) en el marc de l' Estudi Europeu de l'Epidemiologia dels Trastorns Mentals (ESEMeD) de caràcter diagnòstic el qual estimava que el 19,5% dels espanyols van presentar alguna vegada en la seva vida algun trastorn mental (prevalença-vida), el 15,7% dels homes i el 22,9% de les dones. I el trastorn més prevalent va ser l'episodi de depressió major, seguit de la fòbia específica i la distímia.

Pel que fa als estudis sobre pacients immigrants atesos als dispositius de Salut Mental en trobem pocs, tant internacionalment com a Europa i a Espanya. A l'Estat Espanyol en destaquem cinc sobre prevalences tot i que estan realitzats en centres hospitalaris. L'estudi de Pérez, Baca, Quintero, Burguillo, Saiz et al. (2005) mostra el diagnòstic de les persones que acudeixen a un servei d'urgències psiquiàtriques d'un hospital i fa una comparativa entre els pacients immigrants i els pacients autòctons (veure Taula 10).

Taula 10. *Comparació diagnòstic psiquiàtric immigrants i autòctons espanyols*

Diagnòstic	Immigrants (%)	Població autòctona (%)
Trastorn psicòtic	43,75	46,76
Trastorn afectiu	30,43	26,86
Trastorn personalitat	8,69	7,96
Trastorn mental orgànic	4,34	4,47
Trastorn consum tòxics	4,34	8,45
Trastorn ansietat	4,34	2,98
Trastorn sense especificar	4,11	2,52

Font. Pérez et al. (2005)

Podem observar en la Taula 10 que el diagnòstic més prevalent és el d'ansietat en pacients immigrants. Els autors suggereixen que la causa principal és l'estrès migratori. Per altra banda, els autors de l'estudi afirmen que els immigrants utilitzen menys els serveis psiquiàtrics que els nadius (Pérez et al., 2005).

L'estudi d'Alda, García i Sobradí (2010), se centra en l'hospitalització dels pacients psiquiàtrics i compara un grup d'immigrants i un grup d'espanyols. Tot i que no és un estudi multicèntric i, per tant, no sempre els resultats es poden extrapolar a altres centres sanitaris, ens sembla rellevant donat que és el primer dut a terme al nostre país amb una mostra força àmplia (N= 100). L'estudi se centra en els quatre grups d'immigrants més nombrosos de la seva àrea (llatinoamericans, països de l'Est, magrebins i subsaharians). El major percentatge d'ingressos correspon a pacients llatinoamericans (39,2%) donat que també és el que tenen més nombrós en la seva àrea d'influència i el grup de pacients amb menys percentatge d'ingressos és el de pacients dels països de l'Europa de l'Est. Segons els autors, probablement és causat per les limitacions de l'idioma i el desconeixement del sistema sanitari ja que és el subgrup de pacients de més recent procés migratori. En canvi, els ingressos dels pacients del Magrib i de l'Àfrica Subsahariana no es dona tant aquest fenomen. Els autors consideren que probablement és degut a que són grups culturals que fa més temps que van emigrar i tenen ja al país compatriotes aculturats que ajuden a introduir als nous. Per últim, l'estudi constata que, com en altres estudis (Chen et al., 2015), els pacients asiàtics són els que estan menys representats donat que mantenen sistemes de salut paral·lels.

Com s'ha anat mostrant, no tots els estudis sobre la salut de la població immigrant conclouen que és pitjor o igual que la dels autòctons, inclús hi ha estudis que senyalen una millor salut de les persones que han emigrat de diferents ètnies (Alegría et al., 2008; Al-Issa, 2000; Miranda, Siddique, Belin i Kohn-Wood, 2005). En concret, a Espanya, hi ha estudis que senyalen que la població autòctona presenta més ansietat que la població immigrant de diferents orígens (Pertiñez et al., 2002).

Segons els autors (Acholegui, 2004; García-Campayo, 2002) les investigacions sobre la salut mental de la població immigrant a Espanya són escasses per afirmar i extrapolar resultats però els estudis suggereixen que la seva salut és pitjor que l'autòctona. La revisió d'Acholegui (2004), sobre els estudis realitzats a l'Estat Espanyol amb població immigrant, mostra que la prevalença de la simptomatologia és molt variada el que no fa possible fer estimacions precises sobre la prevalença i manifesten la necessitat de continuar fent estudis en aquesta línia.

2.3.7. Comparació amb la població d'origen

Per analitzar l'impacte del procés migratori en la salut mental de la població immigrant les investigacions s'han fet, o bé mesurant l'aculturació i la seva relació amb la simptomatologia psicològica, o bé comparant els resultats de la població a l'origen amb els resultats de les persones que han emigrat.

En relació als estudis que investiguen la influència de l'aculturació en la salut mental de les persones immigrants, trobem als Estats Units una relació directa entre els processos d'aculturació i la simptomatologia psicològica (Escobar Hoyos i Gara, 2000; Gonzalez, Hann i Hinton, 2001). Però en una revisió sobre vint-i-sis investigacions amb població llatinoamericana i asiàtica realit-

zada per Koneru, Weisman de Mamani, Flynn, i Betancourt (2007) confirmen la inconsistència dels resultats a l'analitzar l'efecte de l'aculturació en la salut mental. Aquestes divergències en els resultats els autors suggereixen que podrien donar-se per les diferents formes de comprendre i avaluar l'aculturació (Asvat i Malcarne, 2009; Koneru et al., 2007).

Pel que fa als treballs que comparen la salut mental entre les persones immigrants i les que romanen en el país d'origen els resultats també arriben a conclusions poc homogènies. En un estudi realitzat als Estats Units amb població mexicana es va comprovar que la població immigrant tenia el mateix nivell de salut que la població en origen i les persones de segona generació tenien la mateixa salut que la població local (Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola, Alderete, Catalano i Caraveo-Anduaga, 1998). Així mateix a Catalunya, les dones immigrants magrebines puntuaven igual en depressió que les dones que vivien al Marroc (Casadó, 2009).

Però també hi ha estudis que mostren pitjor salut en la població immigrant en relació a les persones que viuen al país d'origen. S'ha comprovat als Estats Units amb mexicans de primera i segona generació (Golding i Bumam, 1990), en la població russa a Israel (Zilber, Lerner, Eidelman i Kertes, 2001) que presentaven més símptomes depressius i d'ansietat al igual que la població marroquina del País Basc (Rodríguez et al., 2009) i també a Alemanya (Kirkcaldy et al., 2005) en comparació als països d'origen.

2.3.8. La relació entre cultura i la salut mental

Diferents disciplines com la psicologia, l'antropologia, la sociologia i la psiquiatria s'han interessat en la influència de la cultura en la salut mental (Cuellar, 2000).

En el cas dels Estats Units es va trobar que les persones originàries de l'Àsia presentaven més símptomes somàtics i depressius que les d'origen caucasià (Farooq et al., 1995). El col·lectiu mexicà tenia menys depressió que la d'Amèrica Central (Salgado, Snyder et al., 1990) i més que la població provinent d'Europa (Schneider, 2004). Per altra banda, un estudi dut a terme a Austràlia va mostrar que la població xinesa presentava més ansietat que la iugoslava (Barret, Sonderegger i Sonderegger, 2002).

Els estudis realitzats en el context europeu van comprovar que les persones que vivien a Suïssa procedents d'Alemanya i França mostraven millors nivells de salut que les procedents d'Itàlia, Portugal, Espanya, Turquia i Rússia (Bischoff i Wanner, 2008). En aquest sentit, el col·lectiu d'immigrants turcs, és identificat en diferents estudis, com un dels grups més vulnerables en relació al nivell de trastorns mentals que pateixen (Balkir i Barnow, 2013; Bischoff i Wanner, 2008).

La tendència alhora d'explicar aquests resultats és que els col·lectius amb més distància cultural respecte al del país d'acolliment presenten més problemes de salut mental (Hovey et al., 2000; Gupta, Leong, Valentine i Canada, 2013). En aquest sentit, les persones que provenen de societats i cultures molt diferents de la receptora es troben amb un nombre més abundant de situacions noves i estranyes per ells que provoquen un major grau d'estrès i una conseqüent problemàtica de salut mental (Berry, 1997; Cuellar, 2000; Smith i Bond, 1998; Roura, Domingo, Leyra-Moral i Poll, 2015). A més a més, aquestes dificultats poden provocar mals entesos, sensació d'incompetència degut a les diferències en valors, normes, rols i creences (Ward i Kennedy, 1999).

De totes maneres, com en altres estudis sobre immigració, no sempre les diferències culturals responen a una major prevalença de simptomatologia. A Espanya les persones llatinoamericanes presentaven nivells d'ansietat més alts respecte el col·lectiu marroquí (Sánchez i López, 2008) tot i que les llatinoamericanes estan culturalment més properes a la local.

Un altre focus d'atenció en interpretar els resultats és la discriminació viscuda en la societat receptora (Berry et al., 2006; Noh i Kaspar, 2003). Les actituds de discriminació per part del país receptor varien segons l'origen cultural de les persones. En termes generals, es manifesta més discriminació quan més distància cultural existeix (Berry i Ward, 2006; Dandy i Pe-Pua, 2010; Navas i Cuadrado, 2003).

Per altra banda, altres aspectes importants a tenir present, tant en interpretar els resultats dels estudis com en les manifestacions simptomàtiques dels pacients, són les relacionades amb les diferents formes d'expressar el malestar i les creences sobre la salut i la malaltia (Achotegui, 2000). En aquest sentit, l'estudi de Choi i Park (2006) als Estats Units van trobar que els africans presentaven més depressió que els europeus però aquestes diferències eren degudes a les formes d'expressió segons els autors. De la mateixa manera que l'estudi de Gureje, Simon, Ustun i Goldberg (1997) va senyalar que la població turca dóna importància a les reaccions corporals i en conseqüència facilita l'expressió dels símptomes somàtics en detriment dels depressius i ansiosos.

En termes generals, els autors (Choi i Park, 2006) sostenen que en les societats col·lectivistes la somatització podria ser una via, culturalment acceptada, per expressar la depressió i, en general, qualsevol simptomatologia psicològica (Keyes i Ryff, 2003). A més a més, la simptomatologia somàtica, com és una expressió corporal, té com a particularitat estar més condicionada per les creences sobre la malaltia, els símbols culturals i en la manera d'expressar les emocions (Achotegui, 2004).

En aquest sentit, existeixen quadres clínics i desordres psicològics específics de cada context cultural com ja hem esmentat. Per exemple, les persones de Sud-Amèrica parlen del mal d'ull o dels empatxos (Achotegui, 2004; Santiago-Rivera, Arredondo i Gallardo-Cooper, 2005). Una de les conseqüències, sinó es tenen en compte les particularitats de cada cultura en relació al simbolisme, les creences i l'expressió utilitzada per manifestar el malestar, és sobrediagnosticar els pacients en diferents trastorns mentals en general i, en particular, de somatització (Achotegui, 2002; García-Campayo i Sanz, 2000).

Per aquest motiu, els autors senyalen la necessitat de realitzar treballs sobre la salut mental de la població immigrant tenint en compte la perspectiva del subjecte sobre els símptomes que identifica i no tant sobre el diagnòstic psiquiàtric de les classificacions internacionals poc sensibles amb la qüestió cultural (Collazos, Ghali, Ramos i Qureshi, 2014; Levin, 2015). Així com també s'apunta la importància de tenir en compte els factors sociodemogràfics en l'estudi sobre la salut mental dels immigrants (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006).

2.4. Aspectes sociodemogràfics de la salut mental dels immigrants

Partim de la base que el benestar no és una qüestió individual en tant inclou factors que depenen de la interacció social i de l'entorn de vida més pròxim als individus, la comunitat i la societat en general (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006). En aquesta línia, s'ha de tenir en compte que l'estat de salut mental d'una comunitat està íntimament relacionada amb l'estat de salut general però també amb els factors demogràfics, socials i econòmics i pel propi sistema assistencial (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006).

En relació a la salut mental, es considera que els trastorns psiquiàtrics poden afectar a qual-sevol persona però, determinats grups socials, poden resultar més vulnerables com són: les persones amb baix nivell d'educació, en situació d'atur, les afectades per la pobresa, les víctimes de la violència, els immigrants i els refugiats (Bech, Lucas, Amir, Bushnell, Martin, Buesching i LIDO group, 2003; George, Thomson, Chaze i Guruge, 2015)

Les poblacions amb major vulnerabilitat van associades a situacions d'exclusió social, dones maltractades i amb fills a càrrec i les persones grans que pateixen abandonament i aïllament social (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006). L'Organització Internacional del Treball (OIT) en el seu informe sobre la salut mental en l'àmbit laboral elaborat l'any 2010, destaca el increment de la incidència dels problemes de salut mental, que afecta a un 10% dels treballadors i comporten absentisme, incapacitat laboral i la pèrdua del lloc de treball. Estudis recents en el nostre entorn afirmen que la precarietat i la inestabilitat laboral són factors de risc de patir trastorns mentals com ara l'ansietat i la depressió (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006).

A Europa pels propers anys l'OMS (2015) ha traçat les directrius per prioritzar l'atenció dels trastorns mentals. Aquestes es concreten en els grups més vulnerables segons els criteris, per una banda, de grups d'edat d'especial vulnerabilitat com són els infants, els adolescents i la gent gran i, per l'altra, l'alta prevalença i la gravetat dels trastorns atesos com són la depressió i els trastorns mentals severos respectivament.

En aquest sentit, els estudis del projecte europeu SOPHIE (avaluació de l'impacta de les polítiques estructurals en les desigualtats de la salut) alerten dels efectes negatius de la crisi econòmica mundial en la població més vulnerable com la immigrant (Bartoll, 2013).

Pel que fa a les desigualtats de la població general espanyola l'*Encuesta Nacional de Salud* (Malmusi, 2012), mostra un 15% més d'homes amb símptomes d'ansietat i depressió que en la realitzada al 2006. Aquest augment es concentra en els homes de mitjana edat i menor nivell econòmic i, coincideix, amb l'increment de l'atur. En canvi, les dones, amb nivells baixos de salut mental disminueix en un 8% però continuen sent més que els homes. També es posa de manifest l'augment de la taxa de suïcidi en la població masculina en edat de treballar a partir del 2008, l'any que comença la crisi econòmica a Espanya (Bartoll, 2013).

Cal dir, malgrat és una obvietat, que les dificultats econòmiques són font d'estrès tant en la població autòctona com en l'immigrant. Tot i que, en termes generals, aquesta última, és més vulnerable tenint en compte altres factors estressants com hem comentat (García- Herrero et al., 2013; Malmusi, Collazos i Qureshi, 2014).

Per altra banda, els països europeus on la dona té més risc de patir trastorn mental, sobretot en el diagnòstic per depressió, és a Itàlia i a Espanya. Les explicacions que s'han suggerit al respecte tenen a veure amb les desigualtats econòmiques entre els homes i les dones, la violència de gènere i la responsabilitat de tenir cura d'altres persones (Alcalá, Camacho, Giner, Giner i Ibáñez, 2006; Becerra et al., 2013).

Respecte l'edat s'ha evidenciat que els immigrants més joves mostren menys nivells de depressió (Miller, Sorokin, Wang, Feetham, Choi i Wilbur, 2006), d'ansietat (Ritsner i Ponizovsky, 2003) i somatització (Ritsner et al., 2000) que les persones grans.

Tanmateix la pràctica religiosa (Lee, 2007) i el nivell educatiu (Rivera, 2007) es relacionen amb menys depressió.

Les dades sobre l'estat civil també es relacionen amb la salut mental. En concret, les persones immigrants divorciades o separades mostren més simptomatologia somàtica que aquelles que estan casades o viuen en parella (Ritsner et al., 2000).

En el cas de la població general de Catalunya, les dades mostren que segons el grup d'edat o sexe es té més risc de tenir una dolenta salut mental. En concret, el 12,8% de la població a partir dels 15 anys té risc de patir un trastorn mental (9,8% dels homes i 15,7% de les dones) sent la diferència entre homes i dones estadísticament significativa (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006). Aquests resultats coincideixen amb les dades d'Europa i de la població immigrant que viu en diferents països i es manté en tots els grups d'edat (Bartoll, 2013; Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006).

Segons els autors (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006; Salinero, 2013) existeixen factors associats en la població general amb una major prevalença de problemes de salut mental com són ser dona, estar separat o divorciat, tenir malalties cròniques, trobar-se a l'atur o en baixa laboral, tenir poc recolzament social i tenir una posició socioeconòmica desfavorida mesurada per diferents indicadors com el nivell educatiu, la classe social d'ocupació o el nivell d'ingressos.

Els estudis amb població immigrant també mostren una major prevalença de trastorns mentals en les dones (Alcalá, Camacho, Giner, Giner i Ibáñez, 2006; Borrel, Kiefe, Williams, Diez-Roux i Gordon-Larsen, 2006;) tot i que no sempre es troben diferències estadísticament significatives entre l'estat de salut dels homes i de les dones (Chávez i French, 1998).

En relació a la simptomatologia psicopatològica s'ha comprovat que les dones immigrants presenten més símptomes somàtics (Achotegui, 2003; Ristner et al., 2000), ansiosos (Kirkcaldy et al., 2005; Ritsner, Ponizovsky, Nechamkin i Modai, 2001) i depressius (Ristner et al., Rivera, 2007) que els homes a diferents països i en diferents ètnies com en els Estats Units (Borrel et al., 2006; Livingston, Neita i Riviere, Livingston, 2007; Stimpson et al., 2007) a Alemanya amb adolescents (Kirkcaldy et al., 2009) a la Xina (Chou, 2009) i a Israel (Ritsner et al., 1999).

Per altra banda, els estudis amb població immigrant indiquen que l'estrès posttraumàtic i altres esdeveniments vitals estressants estan associats amb una major prevalença de trastorns mentals i tendeixen a ser més freqüents entre les persones de nivell socioeconòmic baix i entre les minories ètniques (Baron-Epel i Kaplan, 2009; Kilchmann, Bessler i Aebi, 2015).

En relació als factors protectors respecte la simptomatologia psicopatològica els estudis indi-

quen que el suport social seria el més important (Kilchmann, Bessler i Aebi, 2015; Ladin i Reinhold, 2013; Rivera-Heredia et al., 2013), és a dir, els pacients amb una xarxa social i familiar que consideren suficient per cobrir les seves necessitats tenen menys simptomatologia ansiosa i depressiva. Com ja hem apuntat, l'altre seria la preparació del procés migratori on una pobra planificació i unes expectatives molt allunyades de la realitat influencien negativament en els símptomes depressius (Chou, 2009; Tarricone et al., 2014). El suport social el tractarem en profunditat en l'apartat de *l'adaptació social*.

2.4.1. Comparació amb la població espanyola

A Catalunya i a Espanya s'han dut a terme alguns estudis en que mostren les relacions entre la població immigrant i els aspectes sociodemogràfics i la comparació amb la població autòctona. L'estudi de Malmusi, Collazos i Qureshi (2014) mostra que els homes en la població espanyola entre els anys 2006 i 2012 han empitjorat la seva salut mental i més encara el col·lectiu immigrant coincidint amb la crisi econòmica. Per tant, els àmbits del treball i de l'economia són factors que modulen, com dèiem, l'estat de salut psíquica (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006). També s'observa, a l'Estat Espanyol, que el risc de mala salut mental tendeix a augmentar en immigrants de països de renda baixa (criteri establert pel Banc Mundial segons el ingrés nacional brut (INB) per càpita de cada país, sent el INB US\$975 igual o menys el considerat de renda baixa (El banco mundial, 2014) amb major temps de residència (Malmusi, Collazos i Qureshi, 2014).

En relació al gènere, els estudis sobre psicopatologia i immigració troben diferències pel que fa a l'expressió emocional i la simptomatologia psicopatològica així com en el col·lectiu femení autòcton. Les dones expressen més fàcilment les emocions, sobretot les relacionades amb la tristesa, mentre els homes mostren més l'ira (Alcalá et al., 2006).

Un altre estudi espanyol (Alda, García i Sobradiel, 2010) sobre pacients psiquiàtrics hospitalitzats mostra, entre altres qüestions, les característiques sociodemogràfiques comparant la població autòctona i l'immigrant (veure Taula 11). Com podem apreciar, les dades són bastant homogènies en ambdós grups però es diferencien sobretot, en l'analfabetisme que hi ha més en els pacients immigrants, en que més percentatge d'immigrants viu acompanyat i té família extensa, és a dir que disposaria de més xarxa familiar però, en canvi, hi ha més pacients immigrants *sense sostre (homless)*. Una altra dada rellevant és que hi ha menys antecedents psiquiàtrics personals en immigrants que en espanyols, els autors suggereixen que, segurament, perquè s'ha minimitzat la patologia o s'ha donat una explicació diferent per factors culturals o, els autors també apunten, que potser perquè són individus més sans i forts els capaços de realitzar una migració a terme i amb èxit.

Taula 11. *Característiques sociodemogràfiques comparatives entre el grup immigrants i el d'autòctons*

Variables	Immigrants n (%)	Autòctons n (%)
Estat civil		
Solter	50 (56,7%)	67 (60,3%)
Casat	21 (19,9%)	20 (21,1%)
Nivell d'estudis		
Analfabet	5 (4,9%)	1 (0,9%)
Educació bàsica	59 (57,8%)	52 (50,9%)
Ed. secundària	31 (30,3%)	39 (38,2%)
Universitària	7 (6,8%)	10 (9,8%)
Estructura familiar		
Viu sol	20 (19,6%)	30 (29,24%)*
Família extensa	51 (50%)	21 (20,5%)*
Antecedents psíqu. familiars	22 (21,4%)	25 (24,4%)
Antecedents psíqu. personals	69 (67,7%)	84 (82,4%)*
Consum alcohol	66 (64,7%)	74 (72,5%)
Consum tòxics	31 (30,3%)	27 (26,4%)
Homeless	20 (19,6%)	2 (1,9%)*

Nota. Adaptació d'Alda, Garcia i Sobradiel (2010).

*p valor >,05

En un estudi dut a terme a Catalunya amb pacients magrebins (Ibars, Toran, Segura, Corbella, Fernández i Arnau, 2014) identifiquen com a factors de risc dels trastorns mentals els problemes sociolaborals i els estats cognitiu-emocionals (preocupació, nostàlgia, estat d'ànim, estrès, tristesa, ira, soledat, por al futur).

Per últim, com hem esmentat, la crisi econòmica ha tingut un impacte destacat en la salut de la població espanyola, sobretot en els segments de la població més vulnerable, com el col·lectiu immigrant. Aquestes dades també hem comprovat que s'equiparen a altres països d'Europa. És per aquest motiu que els resultats dels estudis sobre la salut mental de la població general i la immigrant s'han de llegir en cautela. En relació a les prevalències simptomàtiques en les dones, tot i que han baixat en alguns contextos, com hem apuntat, segueixen la mateixa tendència tots els estudis de diferents països els quals mostren nivells més alts que els homes (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006).

2.5. Consideracions sobre la salut mental dels immigrants

A mode de síntesi de l'apartat sobre *la salut mental de l'immigrant* ens sembla rellevant destacar que hi ha resultats poc homogenis respecte la relació entre la migració i la salut mental tot i que els estudis mostren, en termes generals, que la salut mental dels immigrants és pitjor que la de la població autòctona (Balkir, Familiar et al., 2011; Barnow i Balkir, 2013; Cantor-Grae, 2007; Dealberto, 2010; Ebata, 2011; Iliceto et al., 2013; Kilchmann, Bessler i Aebi., 2015; Leao, et al.,

2006; Selten, van Os i Nolen, 2003; Shiroma i Alarcon, 2011; Patiño i Kirchner, 2010; Veling et al., 2006; Zolkowska, Cantor-Grae i McNeil, 2001).

En relació a la simptomatologia psicopatològica, la més estudiada en immigrants per l'alta prevalença, és la depressiva, l'ansiosa (Alderete Vega, Kolody i Aguilar-Gaxiola, 1999; Hovey i Magaña, 2000; Hovey i Magaña, 2002; Sánchez i López, 2008) i la somàtica. En totes elles la població immigrant obté puntuacions més elevades, sobretot, en depressió (Asvat i Malcarne, 2009; Navara i James, 2005; Ristner i Ponizovsky, 2003) i en somatització (Achetegui, 2003; Donnelly i Kim, 2008; Elgorriaga et al., 2007; Hoover, 1999; Mak i Zane, 2004; Ritsner, Ponizovsky, Kurs i Modai, 2000; Shiroma i Alarcon, 2011).

Respecte la simptomatologia somàtica els immigrants magrebins i subsaharians tendeixen a obtenir majors puntuacions a Catalunya (Ibars, Feixas, Segura, Muñoz, Toran, Arnau i Corbella, 2012).

En relació als diagnòstics psicòtics també hi ha més prevalença en el col·lectiu immigrant, sobretot, en les persones de raça negra i asiàtica. Els autors suggereixen explicacions des de la perspectiva cultural (Lewis, Croft-Jeffreys i Davis, 1990). Per una banda, pot existir biaix cultural alhora de diagnosticar Alda García i Sobradie, 2010; Lewis, Croft-Jeffreys i Davis, 1990), per altra banda la religiositat dels individus es podria relacionar amb un major nombre d'al·lucinacions i deliris (Adebimpe, 1981; Alda, García i Sobradie, 2010) i, per últim, les persones sanes però exposades a la discriminació i el racisme continuat podrien incrementar els valors normals de paranoia (Newhill, 1990).

Per altra banda, els autors apunten que els col·lectius immigrants amb més distància cultural respecte el país receptor tendeixen a patir més problemes de salut mental a causa del xoc cultural (Berry i Ward, 2006; Dandy i Pe-Pua, 2010; Navas i Cuadrado, 2003).

Per últim, la vulnerabilitat determinada pels factors socioeconòmics, com els problemes sociolaborals, ser dona, la legalitat en el país, entre d'altres, són determinants de la salut mental de les persones immigrants (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006; Ibars, Toran, Segura, Corbella, Fernández i Arnau, 2014). Per aquest motiu, els autors justifiquen la necessitat de seguir investigant per contribuir en l'elaboració de programes de prevenció i intervenció en aquest camp (Achetegui, 2008; Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006).

Els autors apunten la necessitat de seguir estudiant en aquesta línia per identificar amb més precisió la simptomatologia psicològica depenent de la cultura i la societat receptora ja que en cada indret existeix una combinació cultural diferent amb particularitats pròpies (Achetegui, 2002; Qureshi i Collazos, 2006).

Per altra banda, els autors mostren la necessitat de continuar estudiant per no confondre psicopatologia amb reaccions pròpies de cada cultura, per millorar les competències culturals dels professionals amb l'objectiu d'augmentar la qualitat de vida dels pacients de diferents cultures i no cronificar la simptomatologia psicopatològica (; Achetegui, 2002; Agorastos, Haasen i Huber, 2012; Balkir i Barnow, 2013; Bennegadi, 2009; Qureshi et al., 2013; Qureshi, Eiroa-Orosa i José, 2013; Rajan i Rappaport, 2011; Salaberría, Sánchez i De Corral, 2009; Shea, Yang i Leong, 2010).

2.6. Factors explicatius de la salut mental associada als processos migratoris

Les causes d'aquests resultats són més difoses, sobretot en relació als trastorns depressius i ansiosos (Achotegui, 2000; Balkir, Barnow i Balkir, 2013; Gholam-Rezaee i Preisig, 2013; Salaberría, Sánchez i De Corral, 2009; Saraga). Els estudis senyalen que es troben factors estressants pròpiament del fet migratori, factors socials, econòmics i laborals i, per tant, no s'explica que l'alta incidència de malaltia mental en la població immigrant sigui només per causes genètiques o biològiques (Ali, 2002; Fassaert, et al., 2009; Tarricone et al., 2014).

Segons Seguí (2005), les patologies reactives o d'adaptació s'expressen fonamentalment amb somatitzacions i símptomes vagues els quals indiquen una problemàtica de tipus relacional, de desarrelament, de falta d'integració, de problemes de convivència o de falta de recursos materials o personals.

Diferents estudis evidencien que l'expressió clínica dels símptomes emocionals són diferents segons els grups culturals (Achotegui, 2000). La simptomatologia nuclear dels trastorns mentals severs seria la mateixa, sobretot en l'esquizofrènia (excepte el tipus de deliris predominants), però la relativa a l'ansietat, la depressió i la somatització hi ha diferències culturals evidents que hem de tenir en compte alhora d'atendre a persones de diferents cultures (Minas, Klimidis i Tuncer, 2007). En aquesta línia els autors senyalen dificultats en el maneig del diagnòstic per part dels professionals, com ja hem apuntat, respecte a pacients de cultures diferents per diferents raons: per les diferents formes d'expressió del malestar, per la confusió dels dols migratoris amb els trastorns depressius i ansiosos, per les barreres idiomàtiques i per el biaix racial (Achotegui, 2000; Belizaire, 2007; Salaberría, Sánchez i De Corral, 2009). Els autors senyalen que, en conseqüència, es sobre-diagnostiquen aquests pacients malgrat s'utilitzen menys els serveis sanitaris per part d'aquests (Achotegui, 2000; Belizaire i Fuertes, 2011; Salaberría, Sánchez i De Corral, 2009; Saraga, Gholam-Rezaee i Preisig, 2013).

En aquest sentit, Achotegui (2000) afirma que, tot i que existeixen manifestacions clíniques ben definides d'ansietat i depressió en la població immigrant, sovint es barregen molts aspectes culturals que incideixen en l'expressió d'aquests i, per altra banda, el procés migratori suposa l'elaboració d'un conjunt de dols i l'afrontament de múltiples estressors (Síndrome d'Ulisses) que provoquen una simptomatologia diversa que pot confondre al clínic en el diagnòstic. Achotegui (2000, 2012) proposa tenir en compte un conjunt de dimensions i d'efectes moduladors per realitzar un diagnòstic més acurat del pacient immigrant que a continuació mostrem.

2.6.1. L'estrès crònic i múltiple. La síndrome d'Ulisses

Achotegui (2000) considera que emigrar en el segle XXI confronta a la persona a nivells d'estrès molt intensos que arriben a superar la capacitat d'adaptació de l'ésser humà. Per aquest motiu l'autor sosté que les persones que estan sotmeses a aquests nivells d'estrès són candidates a patir la Síndrome d'Ulisses (SU).

Per tant, no és un model teòric sinó una descripció clínica dels símptomes que presenten les persones immigrants extracomunitàries que es troben en una situació extrema al país receptor. Achotegui (2000) va anomenar els estressors que delimiten el Síndrome de l'Estrès Crònic i Múltiple, Ulisses, fent referència al protagonista i el seu viatge en l'obra d' Homer, l'Odissea.

Achotegui (2006) defineix la SU com un quadre reactiu d'estrès com a resposta d'uns estressors específics i intensos derivats de la migració i l'aculturació i que es manifesten a través d'un conjunt de símptomes.

Els autors consideren (Achotegui, Llopis, Morales i Espeso, 2012) que els estressors, quan són molt alts o perduren en el temps (relacionats amb el medi d'acolliment) o l'immigrant presenta una vulnerabilitat important o quan es donen ambdues qüestions, seran un factor de risc per desequilibrar-se o emmalaltir.

Els estressors que descriu Achotegui (2000) són:

a) La solitud. La separació forçada de la família i els éssers estimats

El dol per la família té a veure amb la solitud i la separació dels éssers estimats, especialment si es deixen fills petits al país d'origen o pares grans i malalts, que no poden portar amb ells ni tampoc anar-los a visitar perquè està indocumentat i no podria tornar o perquè és lluny i el viatge és costós. Per altra banda, l'immigrant no pot tornar amb un fracàs en relació a la migració.

La solitud forçada comporta un gran patiment que apareix, sobretot, a la nit, quan venen els records, les necessitats afectives, les pors. A més a més els immigrants provenen de cultures on l'organització social i familiar és diferent, on les relacions familiars són molt més estretes i poden comptar amb la família extensa.

Aquest dol té a veure amb el dolor que produeixen les separacions, és a dir, està relacionat amb els vincles i l'aferrament

b) Dol per el fracàs del projecte migratori

Apareix el sentiment de desesperança i de fracàs quan l'immigrant no aconsegueix ni tan sols les mínimes oportunitats per tirar endavant, és a dir l'accés al mercat de treball amb un mínim de condicions i als "papers". El retorn de l'immigrant quan ha fracassat pot ser molt difícil, la família ha dipositat esperança en el viatger i pot rebutjar costar el retrobament, inclús hi ha zones de l'Àfrica en que consideren que la persona ha rebut algun malefici i el veuen amb temor, com algú perillós.

c) La lluita per la supervivència

L'immigrant en situacions extremes ha de lluitar també per la supervivència. En aquest apartat s'inclou l'alimentació, la qual hem parlat en l'apartat de salut i immigració, i la vivenda. Vivendes en que, en petits espais, conviuen moltes persones a preus abusius o viuen en vivendes les quals les hi falta elements bàsics o viuen al carrer, almenys per un temps.

d) La por

Aquest punt està relacionat amb el dol per els perills físics relacionats amb el viatge migratori

que sovint es de risc per la supervivència o integritat física. La por per les màfies, les xarxes de prostitució, etc. També s'inclouen les pors a la detenció, l'abús i l'expulsió del país.

Se sap que l'estrès crònic potencia el condicionament de la por tant sensorial com contextual, responent amb por davant de situacions d'estrès futures. Aquesta dada és important en els pacients de la Síndrome d'Ulisses perquè, a l'estar sotmesos a múltiples estressors, els reactiven les situacions de terror que han patit anteriorment.

La por, per tant, està relacionada amb la vivència de situacions traumàtiques, amb els perills per la pròpia integritat.

La base psicològica i psicosocial de la Síndrome de l'estrès crònic i múltiple seria la combinació d'aquests factors. Però, a més a més, hi ha factors que potencien i modulen l'efecte dels estressors. Aquests efectes són (Achetegui, 2000):

- La multiplicitat: com més estressors es pateixin més es potencien, és a dir, no és el mateix patir un que molts estressors.
- La cronicitat: l'estrès és acumulatiu, és a dir, com més temps es pateix la combinació dels estressors més patiment.
- La intensitat i la rellevància dels estressors: es refereix a l'estat límit que condueix l'estressor i la rellevància emocional que comporta.
- L'absència de sensació de control: el fet de trobar sortida per tirar endavant encara que hi hagi estrès és molt diferent que si un no troba sortida i se sent atrapat.
- L'absència de xarxa de recolzament social: el fet que molts d'ells estiguin indocumentats provoca que tinguin dificultats per trobar ajudes. Per altra banda, a major cronicitat d'una problemàtica menor manteniment de les xarxes de recolzament.
- Els estressors "clàssics" d'una migració: els set dols de la migració que recordem que són: la família i amics, el canvi de llengua, de terra i paisatge, l'estatus social, el contacte amb el grup nacional i els riscos físics.
- L'aparició de símptomes: aquests tenen un efecte incapacitant en que la persona sent que se li acaben les forces per seguir lluitant.
- El sistema sanitari: sovint no es diagnostica correctament i, per tant, reben un tractament no adequat.

Tots aquests estressors i efectes moduladors provoquen una sèrie de símptomes que l'autor classifica segons podem observar en la Taula 12.

Taula 12. *Classificació dels símptomes de la Síndrome d'Ulisses*

Àrees simptomàtiques	Símptomes
Àrea depressiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ la tristesa ▪ el plor ▪ la culpabilitat (depenent de la cultura es donarà amb una forma de preocupació per el mal causat o sota la forma de culpa paranoide relacionada amb el pensament màgic) ▪ idees de mort (els sentiments religiosos protegeixen a l'immigrant).
Àrea d'ansietat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tensió ▪ nerviosisme ▪ preocupacions excessives recurrents ▪ irritabilitat ▪ insomni.
Àrea de somatització (síntomes recurrents segons la cultura)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ cefalea ▪ fatiga
Àrea confusional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ falles de memòria ▪ d'atenció ▪ sentir-se perdut inclús perdre's físicament ▪ desorientar-se a nivell temporal

Font: Achotegui (2008)

Achotegui (2008) reconeix que la simptomatologia comentada és difícil de classificar a nivell nosològic però, en canvi, ajuda a comprendre l'individu des de la globalitat i, per tant, a ser més precís en el diagnòstic i en el tractament psicològic.

Com anem veient la valoració de nivell d'aculturació i el diagnòstic psicològic i psiquiàtric de la persona immigrant és complicada i no està exempta de polèmica en tant, hi ha molts factors que entren en joc i difícils de delimitar.

Una altra tendència d'estudi en els factors explicatius de l'impacta de les migracions en la salut mental són les experiències premigratòries, preparatòries i postmigratòries que ja hem anat suggerint al llarg del capítol i que ara amplièm. Altres factors també analitzats són els sociodemogràfics i les xarxes socials.

2.6.2. Factors premigratoris

Existeixen tres factors abans d'emigrar relacionats amb la salut mental: l'estat de salut mental abans d'emigrar i les raons per les quals s'emigra, les experiències traumàtiques al llarg de la vida de l'individu fins el moment d'emigrar i les expectatives premigratòries (Mähöven, Tuuli i Jasinskaja-Lahti, 2013).

En quant a les persones que **emigren per raons polítiques**, el cas dels refugiats, els estudis mostren que experimenten més trastorns mentals que la resta dels immigrants i s'associa a majors nivells d'ansietat i depressió (Eisenman, Gelberg, Liu i Shapiro, 2003; Hollander, Bruce, Burström i Ekblad, 2011) així com més alta mortalitat (Hollander, 2013).

Per altra banda, les **experiències traumàtiques** viscudes en el país d'origen poden afectar a la salut mental (Eisenman et al., 2003).

Per últim, l'ajustament entre les **expectatives premigratòries** en l'àmbit laboral i social i les després viscudes en el país receptor es correlacionen negativament amb la simptomatologia depressiva (Mähöven, Tuuli i Jasinskaja-Lahti, 2013; Murphy i Mahaligam, 2006).

2.6.3. Factors postmigratoris

Hi ha diferents variables que s'han estudiat per avaluar aquesta etapa en relació a la salut mental: l'estatus socioeconòmic, l'experiència viscuda com a grup minoritari i les característiques de les xarxes socials.

Trobem estudis que mostren que la salut mental de la població immigrant en el país receptor varia al llarg del temps. Alguns mostren que aquesta millora amb el temps (Kirkcaldy et al., 2005) però altres senyalen que, en algunes ocasions, aquesta empitjora amb el temps (Ponizovsky, Ritsner i Modai, 2000; Tang i Fox, 2001). Els autors suggereixen que les raons per l'empitjorament de la salut recauen en no tenir solucionats els sistemes bàsics com **la vivenda, la situació legal, el treball i el domini del idioma** (Magaña i Hovey, 2003). En concret, les males condicions de vivenda es relacionen amb un alt nivell de símptomes ansiosos (Navarro-Lashayas, 2014; Magaña i Hovey, 2003; Saura et al., 2008), les habilitats interculturals s'associen amb menor depressió (Torres i Rollock, 2007) i la situació legal té un efecte determinant en la salut mental de l'immigrant doncs viuen amb la por de ser deportats (Achotegui, Llopis, Morales i Espeso, 2012; Cuéllar, 2002; Finch i Vega, 2003).

En relació al treball, els estudis mostren que la desocupació és una de les variables més consistents alhora de parlar dels problemes de salut mental en l'immigrant (Bartoll, 2013; Malmusi, 2012; Malmusi, Collazos i Qureshi, 2014; Silveira i Allebech, 2002) tot i que determinades condicions de treball poden perjudicar la salut mental així com la precària situació financera (Magaña i Hovey, 2003; Rivera, 2007) les quals es relacionen amb depressió.

Per altra banda, s'ha comprovat que el canvi de rols en el treball i en les responsabilitats familiars en la societat d'acolliment comporta problemes de salut mental, empitjorant segons més gran sigui el canvi (Chandola, 2004).

Per últim, la població que recorre a les institucions socials per sol·licitar ajuda per fer front al procés migratori també s'associa amb pitjor salut mental. En canvi aquelles persones amb menor grau de dependència social, que són autònomes socialment, manifesten menys simptomatologia ansiosa i depressiva (Arnosó, Martínez-Taboada, Elgorriaga i Otero, 2009a; Martínez-Taboada, Arnoso i Elgorriaga, 2008).

2.6.3.1. Vivència de grup minoritari

Les variables que s'estudien en relació a aquest factor són la discriminació percebuda i la identitat social.

En relació a la **discriminació** s'ha demostrat que una puntuació alta en la percepció de discriminació es relaciona amb la presència de simptomatologia somàtica, ansiosa i depressiva (Finch et al., 2000; Krieger i Sidney, 1996; Noh i Kaspar, 2003; Utsey i Payne, 2000; Revollo et al., 2011) així com també amb la percepció de la qualitat de vida (Ng, Lee, Wong i Chou, 2015).

Pel que fa a la **identitat social** hi ha resultats divergents, per una banda s'ha comprovat que la identificació amb el país d'origen es relaciona amb simptomatologia depressiva (Gaudet, Clément i Deuzeman, 2005) però altres estudis manifesten que la identificació amb la cultura d'origen funciona com a protector de salut (Asvat i Malceme, 2009; Gupta, Leong, Valentine i Canada, 2013).

Per últim, les persones amb estratègies d'aculturació tipus marginalització, la que es caracteritza per estar poc orientada cap a la cultura d'origen i la receptora, es relaciona amb majors nivells de depressió (Choi, Miller i Wilbur, 2009).

2.6.3.2. Xarxes socials

Tot i que analitzarem en profunditat aquest tema en l'apartat *d'adaptació social* fem esment a que els estudis demostren que hi ha relacions positives entre el recolzament percebut per part de diferents grups ètnics i una bona salut mental (Ritsner et al., 2000) tant si aquest prové de la família (Rivera, 2007) com si es rep per part d'altres persones (Helms et al., 2014; Martínez et al., 2001; Nova, 2014). En contrapartida, l'absència d'aquest recolzament explica la presència de símptomes ansiosos, depressius i somàtics (Chou, 2009).

A mode de conclusió de l'apartat dels factors explicatius sobre la salut mental dels immigrants constatem que els **factores sociodemogràfics pre i post migratoris** són molt rellevants alhora de valorar la salut mental de dit col·lectiu (Ali, 2002; Arnoso i Elgorriaga, 2008; Arnoso, Martínez-Taboada, Elgorriaga i Otero, 2009a; Bartoll, 2013; Fassaert, et al., 2009; Malmusi, 2012; Malmusi, Collazos i Qureshi, 2014; Tarricone et al., 2014; Silveira i Allebech, 2002).

5. FACTORS ASSOCIATS A LA SALUT MENTAL

En aquest apartat analitzem diferents factors que s'han estudiat en relació a la salut mental de la població general i en diferents col·lectius, entre ells, els immigrants. Cada factor consta, per una banda, d'un caràcter explicatiu dels models teòrics i, per una altra banda, es fa una revisió de la literatura científica de les variables en relació a la salut mental de la població general i de la immigració, en particular.

1. L'AFERRAMENT

La teoria de l'aferrament s'ha estudiat molt tant en població normal com amb població clínica. Tot i que no s'ha estudiat tant en la població immigrant, és un objecte d'estudi rellevant donats els estudis predictius en salut mental i en l'adherència al tractament com comentarem més endavant.

John Bowlby (1969, 1979, 1980) va desenvolupar la teoria de l'aferrament (*Attachment*) on partia de la base que l'ésser humà té la necessitat de formar vincles afectius estrets. El sistema d'aferrament té la funció de mantenir la proximitat entre els infants i els seus cuidadors o pares. S'ha demostrat que aquest sistema comportamental d'aferrament és fonamental per a la supervivència de l'infant, doncs en condicions de perill o amenaça, busca la seguretat del seus cuidadors. Aquest sistema regulador es va integrant en el nen formant representacions mentals o *models operants* (Bowlby, 1980) que tenen la funció d'integrar les experiències passades i presents, com també els esquemes cognitius i emocionals. Aquest sistema intern acumula les experiències de relació entre nen i pares i permet al nen formar-se expectatives del què pot esperar dels seus cuidadors. En conseqüència, l'infant va formant un estil i una qualitat del vincle (Ainsworth, Blehar, Waters i Wall, 1978).

Un dels principis bàsics de la teoria de l'aferrament és que, tot i que els models de relació es construeixen en els primers anys de vida, l'estil d'aferrament continua sent important al llarg de tot el cicle vital. D'altra banda, els models interns poden ser reelaborats a partir de les interaccions amb les figures d'aferrament (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1977; Fonagy, 2001; Marrone, 2001).

Ainsworth (1989) després de les observacions entre la interacció mare-fill que va dur a terme a Uganda va estudiar les diferències entre les respostes dels nens cap a llurs mares. Per poder avaluar dits estils va dissenyar un experiment anomenat la *Situació Estranya* on podia categoritzar els diferents patrons d'aferrament. Aquest experiment consistia en observar la reacció del nen quan es

separat de la seva mare i es deixat amb un estrany durant alguns minuts en un ambient poc familiar. Ainsworth va observar que les criatures tendeixen a mostrar un número limitat de comportaments que va categoritzar amb: estil segur (63% dels nens), estil ansiós-ambivalent (16%) i estil ansiós-evitatiu (21%).

Durant la *Situació Estranya*, un infant amb aferrament segur explorarà el seu entorn fàcilment amb presència de la mare, es mostrarà ansiós en la presència de l'estrany, s'afligirà front l'absència de la mare i ràpidament buscarà el contacte amb ella quan torna a la sala. Un infant evitatiu evidenciarà menys ansietat davant la separació, és possible que no busqui el contacte amb la mare quan aquesta retorna i pot no preferir la mare sobre l'estrany. Aquest comportament és el resultat d'una desactivació del sistema d'aferrament caracteritzada per la inhibició de la recerca de proximitat i per la decisió de gestionar l'estrès per un mateix, el que implica un intent d'evitar emocions negatives a través de la regulació no-interpersonal (Barone, Fossati i Guiducci, 2011). Per últim, el nen amb estil ambivalent, es mostrarà ansiós davant la separació i no es calmarà fàcilment davant la reunió amb la mare. Aquest comportament correspon a la sobreactivació de les conductes dirigides a obtenir proximitat i protecció, a una hipersensibilitat als signes d'un possible rebuig o abandonament i a una intensificació d'emocions negatives (Barone, Fossati i Guiducci, 2011).

Posteriorment, es va afegir un quart estil d'aferrament, el desorganitzat. Aquest es caracteritza per un comportament incompreensible i estrany davant la separació: el nen es queda immòbil, es pot autolesionar o inclús pot intentar escapar de l'habitació. L'explicació d'aquest comportament correspon al col·lapse de les estratègies per a regular l'estrès, el que desembocarà en una desregulació emocional total o parcial (Barone, Fossati i Guiducci, 2011).

Com dèiem els estils d'afeccionament es mantenen estables durant tot el cicle vital i la seva prevalença no presenta diferències culturals, de llenguatge ni de gènere mesurada amb l'instrument per adults *l'Entrevista d'Aferrament Adult* (AAI) equivalent a la *Tècnica de la Situació Estranya* amb nens (Bakermans-Kranenburg i Van Ijzendoorn, 2009). Però els resultats dels estudis amb altres instruments de mesura no són tan concloents.

Segons els autors (Fonagy et al., 2010) existeix entre un 68% i un 75% de correspondència entre les classificacions d'aferrament durant la infància i l'adulthood. Quan es troben canvis d'aferrament és degut a esdeveniments negatius en la infància primerenca, com la pèrdua d'algun dels pares, el divorci dels pares, una malaltia terminal d'un dels pares o del nen, un desordre psiquiàtric d'un dels pares, el maltractament físic i l'abús sexual (Johnson et al., 1999; Watern, Hamilton i Weinfiels, 2000).

En contrast, els estudis mostren que en la població general l'estil segur és el més prevalent (58%), seguit de l'evitatiu (21%) i l'ansiós (19%) avaluat amb l'Entrevista de l'Aferrament Adult (AAI) (Hesse, 2008), durant la qual l'entrevistat narra les experiències d'aferrament infantil.

En la població espanyola els percentatges es distribueixen en població no clínica en: aferrament segur un 44,2%, l'estil rebutjant un 16,5%, l'estil preocupat un 22,2% i, per últim, l'estil temorenc un 17% (Alonso-Albiol, 2000) avaluat amb l'instrument de mesura *Relationship Questionnaire* (RQ) de Bartholomew i Horowitz (veure Capítol de Mètode).

Després de la proposta d'Ainsworth per classificar i avaluar el vincle s'han formulat altres models com el de Bartholomew i Horowitz (1991). Els autors proposen un model d'aferrament adult

on integren les dimensions categorial i dimensional, *el model de les 4 categories* (veure Figura 8).

Aquest model sistematitza el concepte de *models operants* (prototip segur, evitatiu, preocupat i temorenc) de Bowlby en dues dimensions: un positiu i un negatiu del si mateix (*self*) i un model positiu i un negatiu dels demés, formant quatre patrons prototípics d'afecte (Martínez, 2005).

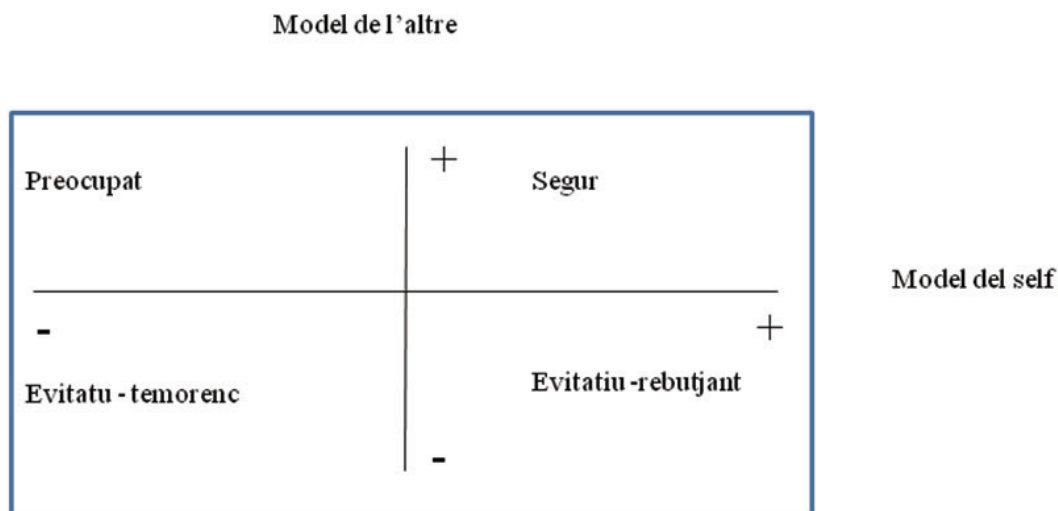


Figura 8: Estils d'aferrament.

Font: Adaptació de Bartholomew (1990)

A grans trets els prototips es caracteritzen en (Marrone, 2001): la *persona segura* pot valorar les relacions íntimes, té la capacitat de mantenir relacions íntimes sense perdre la seva pròpia autonomia, la *persona evitativa-rebutjant* no dóna massa importància a les relacions íntimes i posa l'èmfasi en la independència i l'auto-suficiència d'un mateix, la *persona preocupada* es caracteritza per involucrar-se massa en les relacions íntimes o d'amistat i té tendència a idealitzar algunes persones. La *persona temorenc* evita les relacions íntimes per desconfiança i por al maltractament, el sentit d'inseguretat personal és rellevant en aquest estil (veure Taula 13).

Les dues dimensions que proposa Bartholomew, dins *el model intern* de Bowlby (1980), com hem comentat, serien per una banda, el model del si mateix (*Self*) i per l'altra el model dels altres (*Others*). La imatge o model dels altres està relacionada amb l'avaluació de la figura d'aferrament com algú que és disponible i amb qui es pot confiar, i la imatge de si mateix o avaluació d'un mateix com algú que mereix o no la pena i suscita o no el interès dels demés (Bartholomew, 1990; Shaver et al., 1996). Per tant, si recau en el pol negatiu trobaríem la dimensió del model de sí mateix avaluada en termes d'ansietat en l'afecte i en la dimensió dels altres conduiria a avaluar-ho en termes d'evitació a la proximitat (veure Figura 8).

El model proposa que la persona té una tendència en la regulació de la seguretat en les relacions properes i, per tant, els individus tenen més d'un patró que modula la seva conducta envers les relacions i segons el context (Bartholomew, Kwong i Hart, 2001). És a dir, depenent del tipus de

relacions properes que s'estableixin, el subjecte pot desenvolupar un model negatiu o positiu de sí mateix i dels altres amb tendència a l'estabilitat tot i que aquests models poden ser modificats en determinades circumstàncies (Yárnoz et al., 2001).

Taula 13. *Característiques dels quatre prototips d'aferrament adult*

PROTOTIP D'AFERRAMENT	CARACTERÍSTIQUES
Aferrament Segur <i>(Secure)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Model positiu de si mateix i dels demés <input type="checkbox"/> Sentit internalitzat d'autovaloració <input type="checkbox"/> Còmodes en la intimitat de les relacions properes <input type="checkbox"/> Nivells baixos d'ansietat i evitació
Aferrament preocupat <i>(Preoccupied)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Model negatiu de si mateix i positiu dels demés. <input type="checkbox"/> Busquen l'acceptació i l'aprovació dels demés ansiosament. <input type="checkbox"/> Consideren que ells aconseguirien seguretat només si els altres responguessin adequadament cap a ells. <input type="checkbox"/> La seva autoestima està en funció de la valoració i acceptació dels demés. <input type="checkbox"/> Nivells alts d'ansietat i nivells baixos d'evitació.
Aferrament rebutjant o Evitatiu-rebutjant <i>(Dismissing)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Model positiu de si mateix i model negatiu dels altres. <input type="checkbox"/> Eviten l'apropament i la intimitat degut a les expectatives negatives. <input type="checkbox"/> Sentit d'autovaloració negant defensivament el valor de les relacions properes. <input type="checkbox"/> Nivells baixos d'ansietat i nivells alts d'evitació
Aferrament temorenc o evitatiu-temorenc <i>(Fearful)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Model negatiu de si mateix i dels altres <input type="checkbox"/> Dependents de l'afirmació i acceptació dels altres però, degut a les seves expectatives negatives, eviten la intimitat per apartar el dolor de pèrdua o rebuig. <input type="checkbox"/> Sentiment d'indignitat i de poca vàlua <input type="checkbox"/> Nivells alts d'ansietat i evitació

Font: Adaptació de Bartholomew (1990)

Al llarg de l'estudi i el desenvolupament de la teoria de l'Aferrament s'han anat construint diferents instruments de mesura corresponents a diferents tendències d'enfocament. En la següent

Taula (14) se'n fa un resum de les principals amb els instruments corresponents:

Taula 14. *Línees d'investigació sobre l'Aferrament Adult*

	Primera línia d'investigació SISTEMA REPRESENTACIONAL	Segona línia d'investigació SISTEMA COMPORAMENTAL
Origen	Psicologia evolutiva: - Mary Ainsworth et al. (1978) - Main et al., (1985-1990)	Psicologia cognitiva, social i personalitat - Hazan i Shaver (1987) - Bartholomew i Horowitz (1991)
Focus d'estudi	Estat mental respecte: - Relació pares-fill - Infància primerenca - Pèrdues i separacions	Sentiments, conductes i cognicions respecte a : - Relacions de parella - Relacions interpersonals actuals
Mètode d'avaluació	-Entrevistes Mostra: població normal i clínica	-Qüestionaris auto-informes -Entrevistes Mostra: població normal i clínica
Principals instruments	-Adult Attachment Interview (AAI) (George et al., 1988) -Attachment Style Interview (ASI) (Bifulco et al., 1998) -Current Relationship Interview (CRI) (Crowell i Owens, 1996)	-Adult Attachment Scale (AAS) (Hazan i Shaver, 1987) -Relationship Questionnaire (RQ) (Bartholomew i Horowitz, 1991) -Relationship Styles Questionnaire (RSQ) (Griffin i Bartholomew, 1994) -Peer Attachment Interview (Bartholomew i Horowitz, 1991) -The Experiences in Close Relationships Questionnaire (ECR) (Brennan et al., 1998)
Sistema de classificació	Categorial	Categorial i Dimensional

Font: Moreno (2010)

1.1. Aferrament i Psicopatologia

La teoria de l'aferrament està sent utilitzada cada vegada més per investigar i intervenir en els trastorns de la personalitat (Lorenzini i Fonagy, 2013). Aquests, es corresponen a patrons de comportament que perduren en el temps i inclouen tant el component intrapersonal (descontrol d'impulsos, afectivitat i estrès), el component interpersonal (patrons de relació disfuncional) i el component social (que origina conflictes amb els demés i amb les institucions socials) (Aaronson, Bender, Skodol i Gunderson, 2006; Adshead i Sarkar, 2012; Bakermans-Kranenburg i van Ijzendoorn, 2009).

En aquest sentit, la teoria de l'aferrament dóna resposta a aquestes quatre característiques del trastorn de la personalitat a més que integra els punts de vista psicològic, psiquiàtric, genètic, del desenvolupament, neurocientífic i clínic (Adshead, Brodrick, Preston i Deshapande, 2012; Baird, Veague i Rabbitt, 2005; Bartz et al., 2011; Berry, Barrowclough i Wearden, 2007; Braun, Bock, 2011; Fonagy, Luyte i, Strathearn, 2011; Picardi, Fagnani, Nisticò i Stazi, 2011; Santelices, Guzmán i Garrido, 2011; Westen, Nakash, Thomas i Bradley, 2006; Widiger, Huprich i Clarkin, 2011; Zheng et al., 2011).

Segons els autors, l'estil d'aferrament segur està rarament associat al trastorn de la personalitat límit o per evitació (Westen et al., 2006). Els adults amb un estil d'aferrament ansiós són més sensibles al rebuig i a l'ansietat i, per tant, són més propensos als trastorns de la personalitat: histriònic, límit, per evitació i per dependència (Bakermans-Kranenburg i van Ijzendoorn, 2009; Beeney et al., 2015; Costa, Sophia, Sanches, Tavares i Ziberman, 2015; Oshri, Sutton, Clay-Warner i Miller, 2015; Wiltgen et al., 2015). En relació a l'estil evitatiu-temorenc està associat amb la simptomatologia depressiva (De Vito, 2014).

Per altra banda, la hipoactivació del sistema d'aferrament mostrat pels individus amb un estil evitatiu explica l'associació amb trastorns de la personalitat esquizoide, narcisista, antisocial i paranoide (Bailey i Shelton, 2014; Bakermans-Kranenburg i van Ijzendoorn, 2009; Barone, 2003; Sitko, Bentall, Shevlin, O'Sullivan i Sellwood, 2014). El trastorn límit de la personalitat (TLP) està significativament associat a l'estil ansiós en presència de traumes no resolts i amb estils d'aferrament desorganitzats (Bailey i Shelton, 2014; Buck, Leenaars, Emmelkamp, van Marle i Hjalmar, 2014; Holmes, 2004; Westen et al., 2006).

Val a dir, que aquestes mateixes associacions entre els estils d'aferrament i els trets de personalitat patològics estan presents també en nens i adolescents (Dalgaard, Todd, Daniel i Montgomery, 2016; Lacasa, Mitjavila, Ochoa i Balluerka, 2015; Lebel i Normandin, 2015; Lorenzini i Fonagy, 2013; Westen et al., 2006).

Totes aquestes investigacions reforcen la hipòtesi de Bowlby (1980) que proposa que el grau desenvolupat en l'estil d'aferrament influeix sobre la salut mental al llarg del cicle vital. Un aferrament segur actuaria com a mecanisme protector front a problemes d'ajustament emocional, específicament, en la simptomatologia ansiosa-depressiva, els problemes de relació interpersonal i les dificultats en el desenvolupament de rols socials (Santelices, Guzmán i Garrido, 2011).

Per altra banda, donat que els estils d'aferrament guarden relació durant el cicle vital cal un estudi longitudinal i global de la persona. De fet, en el nou sistema de diagnòstic (DSM-V) es

posa de relleu els diagnòstics dimensionals per sobre dels categòrics amb la idea d'obtenir una comprensió de la psiquiatria basada en l'individu més que en els símptomes (Barone et al., 2011; Fossati, Krueger, Markon, Borroni, Maffei i Somma, 2015; Lorenzini i Fonagy, 2013). D'aquesta manera es pot avaluar els punts forts i febles de cada pacient, les taxes de comorbiditat, dissenyar intervencions personalitzades i mantenir una bona aliança terapèutica (Barone et al., 2011; Fonagy, Target, Gergely, Allen i Bateman, 2003; Shah, Fonagy i Strathearn, 2010).

Donada l'evidència empírica que han demostrat diferents estudis, com hem esmentat, sobre l'aferrament insegur que, recordem és un factor de risc per desenvolupar trastorns de la personalitat i altres patologies mentals, els investigadors han començat a estudiar la relació que tenen els estils d'afeccionament amb l'èxit dels processos psicoterapèutics (Lee i Koo, 2015; Levy et al., 2011; Hâvâs, Svartberg i Ulvenes, 2015).

Segons els resultats de l'estudi de Levy et al. (2011), els resultats psicoterapèutics en diferents diagnòstics i tractats des de diferents orientacions psicològiques, l'estil d'aferrament ansiós tendeix a obtenir mals resultats en psicoteràpia, mentre que l'aferrament evitatiu sembla no tenir efecte i, per últim, confirma que l'aferrament segur prediu l'èxit psicoterapèutic de forma consistent.

A més a més de relacionar-se amb els resultats psicoterapèutics, l'estil d'aferrament està associat a l'abandonament en psicoteràpia. En els adults, l'aferrament evitatiu té risc d'abandonament perquè els pacients no es comprometen fàcilment al treball terapèutic ni amb el terapeuta. En l'altre pol, els pacients amb aferrament ansiós també presenten risc d'abandonament perquè se sentiran abandonats pel terapeuta quan hi ha una cancel·lació de visites per imprevistos o per vacances. Els subjectes ansiosos poden abandonar, doncs, com a resposta a sentir-se massa dependents del terapeuta i del tractament (Lorenzini i Fonagy, 2013).

Aquests resultats associats a la pobre comunicació del pacient també es confirmen en altres tipus de tractaments com els farmacològics tant en malalties cròniques com en trastorns mentals (Ciechanowski, Katon, Russo i Walker, 2001; Fowler, Groat i Ulanday, 2013; Levenson, 2013).

Tanmateix, segons els autors, l'aferrament també influeix en l'aliança terapèutica que, a la vegada, tenen importants efectes sobre els resultats psicoterapèutics (Lorenzini i Fonagy, 2013). Mentre que els pacients amb aferrament segur solen percebre als seus terapeutes com receptius i emocionalment disponibles, els pacients evitatius són més reticents a revelar situacions personals perquè poden témer no ser aprovats pel terapeuta. Els pacients amb estil ansiós desitgen tenir major contacte amb el terapeuta i anar més enllà dels límits professionals. Tot i que existeixen menys estudis, també s'ha estudiat la combinació d'estils d'aferrament entre el pacient i el terapeuta (Romano et al., 2008). Els terapeutes amb aferrament ansiós formen aliances de treball fortes però la qualitat de l'aliança disminueix quan els pacients mostren ansietat social i, en termes generals, les sessions entre un terapeuta evitatiu i un pacient ansiós són menys profundes (Romano et al., 2008; Schauenburg et al., 2010).

Alguns estudis han evidenciat canvis en l'estil d'aferrament com a resultat del tractament tant individual com de grup (Brent, Holt, Keshavan, Seidman i Fonagy, 2014; Lorenzini i Fonagy, 2013). De totes maneres, els autors conclouen que un tractament reeixit no implica necessàriament aconseguir un aferrament segur, per exemple, dones amb trastorn límit de la personalitat (TLP) van canviar els estils d'aferrament desorganitzat a evitatiu i van aconseguir majors remissions simp-

tomàtiques després de realitzar un tractament psicoterapèutic a curt termini (Strauss et al., 2011).

1.2. Aferrament i Cultura

Hi ha diferents estudis que revisen la teoria per poder-la aplicar a diferents cultures (Alonso-Arbiol, Kavy, 2010; Chia-Chih i Wang, 2005; Metzger i Erdman, 2010; Schmitt, Nader i Casullo, 2007; Shaver, Milulincer, Wang, Mallinckrodt, 2006; Yalçinkaya, Rapoza i Malley-Morrison, 2010) ja que postulen que la cultura juga un paper important en la formació del vincle.

En aquesta línia, hi ha estudis que conclouen que les categories esmentades de l'aferrament s'han d'ajustar a cada cultura ja que, en el cas dels infants, quan es formen els primers vincles, depenent de la cultura del o dels cuidadors, tindrà una resposta diferent a les demandes del infant més enllà de les diferències individuals (Behrens i Hesse, 2007; Friedman, 2008; Wang, Song i 2010).

Per altra banda, un conjunt d'estudis demostren que els quatre estils d'aferrament són potencialment universals i, per tant, l'aplicabilitat teòrica és generalitzable en els camps de la recerca i la clínica (Keller, 2007; Schmitt, et al., 2004; van Ijzendoorn i Bakermans-Kranenburg, 2010).

Segons els autors (Schmitt et al., 2004) les discrepàncies dels estudis sobre la universalitat dels estils d'aferrament no rau en la pròpia teoria sinó que suggereixen que, segurament, es donen pel biaix en la traducció dels qüestionaris de mesura.

1.3. Aferrament, Immigració i Psicopatologia

Tot i que hi ha una abundant literatura científica sobre l'aferrament com hem vist, n'hi ha poca relacionada amb la immigració.

Belizaire (2007) conclou en el seu estudi, amb immigrants haitians, que l'aferrament ansiós correlaciona positivament amb l'estrès d'aculturació i correlaciona negativament amb la qualitat de vida. Tanmateix, l'aferrament evitatiu està positivament relacionat amb l'estrès aculturatiu i negativament relacionat amb la qualitat de les relacions socials i amb la qualitat de vida. Els resultats del qual suggereixen que l'estrès d'aculturació està fortament associat amb l'estil d'aferrament i la capacitat d'afrontament i que aquestes variables contribueixen a la satisfacció de la qualitat de vida dels immigrants.

Per altra banda, la investigació de Polek, Oudenhoven i Berge (2008) duta a terme als Països Baixos descriuen que els estils d'aferrament i l'ajustament psicològic i sociocultural es relacionen positivament en immigrants. Els autors conclouen dient que els estils d'aferrament són millor predictors de l'ajustament psicològic i sociocultural que els factors demogràfics (educació, edat d'immigració i temps de residència al país). En aquesta línia de recerca, els autors (Polek, Wöhrle i van Oudenhoven, 2010), mostren que la proximitat de l'idioma i la identitat cultural entre la població autòctona i la immigrant fa que hi hagi millor ajustament sociocultural però, els estils d'aferrament, estarien més relacionats amb l'ajustament psicològic.

Malgrat, com dèiem, existeixen discrepàncies entre els estudis sobre la universalitat de l'aferrament, els estudis mostren, de la mateixa manera que ho mostren els estudis realitzats en la població autòctona de països occidentals, que l'estil d'aferrament segur en la població immigrant es relaciona positivament amb la qualitat de la relació assistencial i el compliment de visites, així com també, amb la satisfacció respecte l'atenció del professional de la salut i la capacitat de cuidar-se (Alfonso, 2011; Bazzazian i Besharat, 2011; Ciechanowski, et al, 2004).

Per últim, la relació entre els estils d'aferrament i el compliment de visites i el compromís en els tractaments psicològics per part de les persones immigrants no han estat estudiades en la població immigrant, a diferència de les poblacions autòctones com hem vist en l'anterior apartat, així com tampoc s'ha estudiat la prevalença dels estils d'aferrament en els pacients immigrants de salut mental i la relació entre els estils d'aferrament i la psicopatologia en el col·lectiu immigrant del nostre país.

2. EL FUNCIONAMENT SOCIAL

En aquest apartat analitzarem algunes de les dimensions del funcionament social, les que s'han estudiat més en la població immigrant, en concret l'adaptació social i el recolzament social.

El funcionament social dels éssers humans està lligat a una adaptació als diferents àmbits que configuren la realitat social del subjecte. Establim diferents tipus de relació en funció del significat que tinguin altres persones per a nosaltres (coneguts, amics, companys, família, etc.) i també segons el context en que ens trobem (social, laboral, familiar, entre d'altres) (Ruiz, 2012). En aquest sentit, l'ésser humà necessita estar ajustat en els aspectes personals i en tots aquells que es deriven de la pertinença a una societat. Aquest ajustament té a veure amb l'acomodació als models o normes d'una societat determinada (Ruiz, 2012).

En quant **l'adaptació** de l'individu en el medi social és un dels objectius de la socialització i aquesta afecta a la personalitat de l'individu ja que es dona a tres nivells: el biològic, l'afectiu i el mental (Barrera, 1981).

- A nivell biològic, l'individu desenvolupa necessitats físiques, gestos o preferències segons l'entorn cultural en el que viu.
- A nivell afectiu, cada cultura o societat afavoreix o rebutja l'expressió de certs sentiments.
- A nivell mental: l'individu incorpora coneixements, imatges, prejudicis o estereotips.

En canvi, el **recolzament social** fa referència als diferents tipus de recursos de l'entorn afavoridors del manteniment de les relacions socials, l'adaptació i el benestar de l'individu dins el context comunitari (Rodríguez-Marín, Pastor, López i Roig, 1993).

El concepte de recolzament social va començar a ser objecte d'interès pels investigadors de la salut a partir dels anys 70 com a factor que es pot associar amb la salut mental (Casel, 1975).

La definició del terme ha sigut des del inici complexa i poc consensuada entre els autors donat

que és un concepte que recull un conjunt ampli de conductes i, depenent de l'autor i la seva teoria, es posa l'èmfasi en uns aspectes o uns altres (Cassel, 1974; Weiss, 1972).

Una definició que intenta englobar els diferents aspectes del constructe (Rodríguez-Marín, Pastor i López Roig, 1993) defineix el recolzament social com el conjunt de les diferents dimensions que componen les relacions d'una persona tenint en compte les **xarxes de recolzament** properes a ella (com la font de recursos afectius, emocionals i instrumentals proporcionats per les persones properes al subjecte) i les xarxes de recolzament més allunyades (les institucionals).

El fet de que existeixen dificultats per fer definicions operatives afecta també a l'obtenció d'un instrument de mesura objectiu .

Tot i així, en relació als instruments de mesura, es parteix de la premissa que el funcionament social és una altra dimensió de la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS). Per tant, és una de les dimensions avaluades per els instruments de la QVRS (veure l'apartat de *Qualitat de Vida*) tot i que en ocasions es requereix de qüestionaris específics com el de l'Escala Autoaplicada d'Adaptació Social (SASS) (Bosc, Dubini i Polin, 1997) que permet avaluar la perspectiva de l'individu sobre sí mateix i l'entorn i també tant la seva conducta com la motivació (Bobes, González, Bascarán, Corominas, Adan, Sánchez i Such, 1999).

Pel que fa a l'avaluació i mesura del recolzament social els instruments es poden dividir en tres grans categories: 1) els que avaluen la connexió social; 2) els que mesuren la percepció del recolzament social i; 3) els que mesuren les conductes de recolzament social (Barrera, 1981).

2.1. Funcionament social i psicopatologia

Els estudis han demostrat que existeix una relació entre les relacions socials i la salut (House, Landis i Umberson, 1988) i, també en el sentit contrari, s'ha evidenciat que les persones més aïllades tenen menys salut física i psicològica i tenen més probabilitat de morir (Cohen i Wills, 1985).

En alguns treballs s'ha trobat un efecte amortidor del recolzament social sobre els esdeveniments vitals estressants i la depressió (Cohen i Wills, 1985; Paykel 1994). Però altres estudis només van trobar un efecte beneficiós de caràcter general independentment del nivell d'estrès (Cohen i Hoberman, 1983). Aquestes diferències poden ser degudes al tipus de recolzament social i al tipus de mesura utilitzada en cada estudi. En aquest sentit, les investigacions que utilitzen mesures funcionals de recolzament social (com el recolzament percebut, la satisfacció del recolzament, la suficiència, entre altres) tenen major probabilitat de detectar aquest efecte que aquelles que utilitzen mesures estructurals (grandària de la xarxa i la participació social) (Barrera, 1981).

Els estudis han demostrat de forma clara que el recolzament es correlaciona amb el benestar psicològic, tant en els aspectes funcionals (el paper que juga el recolzament social) com en els aspectes estructurals (la composició de les xarxes pròpies) (Herrero i Musitu, 1998; Thoits, 1982).

Des dels anys 70 fins l'actualitat, els estudis analitzen el recolzament social des de dues perspectives, des de l'hipòtesis de l'efecte directe del recolzament sobre l'estrès psicosocial i des de l'hipòtesis de l'efecte amortidor del recolzament sobre l'estrès (Cassel, 1974; Cobb, 1976).

En concret, en la primera hipòtesis, es planteja que el recolzament social té un efecte sobre la salut i el benestar independentment de l'estrès (Luo i Hsieh, 1997; Schaefer, Loyne i Lazarus, 1981), i en la segona hipòtesis es considera que el recolzament social és un moderador d'altres factors que influeixen en el benestar, en particular sobre els esdeveniments vitals estressants (Lin, Woelfel i Light, 1985).

En conclusió, el recolzament i l'adaptació social són variables rellevants en el camp de la salut general i, en particular, de la salut mental perquè ja sigui de forma directa o indirecta influeix sobre la salut, com s'ha demostrat en l'efecte sobre l'estrès (Jon, 1998; Xu i Chi, 2013) i sobre la depressió (Bosc, Dubini i Polin, 1997).

2.2. Funcionament social i immigració

Hi ha diferents tendències en l'estudi de la integració social dels immigrants en la societat d'acollida, els que ho enfoquen des d'una perspectiva de l'aculturació (veure capítol 3: *el procés d'aculturació*) i els que tenen com objecte d'estudi el recolzament social i les xarxes socials.

a) L'adaptació social

Com a pas previ, recordem que, en termes generals, les estratègies d'aculturació de la persona immigrant a la societat receptora són quatre: la integració (quan es manegen ambdues cultures); l'assimilació (quan s'adopta la cultura majoritària i es rebutja la pròpia), la separació (quan es nega la cultura d'acolliment mantenint la d'origen) i la marginació (quan es rebutgen les dues cultures, la pròpia i la de la societat receptora).

S'ha constatat que una baixa vitalitat del grup etnocultural (pocs membres del grup, xarxes socials febles i estatus cultural baix) prediuen actituds d'assimilació (Berry, 2003). Per una altra banda, les immigracions de gran similitud cultural i pes demogràfic mostren la paradoxa de ser "invisibles", és a dir, massives però amb una disgregació social i espacial que fa que es dissolguin en la cultura d'acolliment (Blanco, 2000).

En aquest sentit els estudis constaten que la semblança s'associa a l'atracció i que la percepció de diferències provoca rivalitat i conflicte. Per tant, quant més s'assemblin els immigrants als membres de la cultura dominant en les seves conductes, actituds i tradicions, més fàcil serà la interacció. De totes maneres, l'experiència dels països amb una perllongada convivència cultural segueixen la línia de preservar l'herència cultural de les minories etnoculturals i, per tant, l'assimilació no és l'únic camí cap a una adaptació o una interacció fluida (Berry, 2003; Portes i Rumbault, 2006).

En el cas del nostre país, pel fet de ser bastant recent la immigració multicultural no hi ha massa estudis amb la perspectiva necessària per fer aquest tipus d'avaluacions. L'estudi de Checa i

Arjona (2009) sobre els diferents col·lectius d'immigrants a Andalusia mostra que la classe social és un factor molt important perquè determina, en gran part, el lloc de residència, les escoles o el grup de semblants amb el que es relacionen. Per altra banda, els autors apunten (Checa i Arjona, 2009) que quan els immigrants de segona generació estan tenint èxit econòmic i una assimilació alta tant en la dimensió cultural com en les relacions mixtes (amb les persones locals) es dona una mobilitat social ascendent i una conseqüent situació de conflicte intergeneracional, com altres estudis han demostrat (Berry, 2003; Phinney, Ong, 2002).

Els llatinoamericans, degut a les similituds amb la cultura local, quan no tenen èxit econòmic tendeixen a adoptar estratègies d'assimilació de patrons culturals i es relacionen més amb les persones autòctones. Paradoxalment, tot i que els africans presenten més diferències culturals que els europeus dels països de l'est, es troba que els africans amb situació de precarietat econòmica s'inclinen més per l'opció de l'assimilació que els europeus de l'est amb semblant situació socioeconòmica (Checa i Arjona, 2009)

A Espanya, els europeus dels països de l'est i els llatinoamericans presenten millors nivells d'assimilació econòmica, en part, per l'acceptació per part de la societat receptora. Pel contrari, els africans en un nivell sociocultural similar als dos grups presenten un pitjor nivell socioeconòmic probablement, suggereixen els autors, per com els perceben les persones autòctones i, per tant, és un col·lectiu amb més desavantatge socioeconòmic (Checa i Arjona, 2009).

La integració social no només depèn de com el grup presenta els seus trets culturals que el caracteritzen sinó també com el percep i tracta la societat autòctona (Navas, García, Rojas, Pumarès i Cuadrado, 2006). Si les característiques culturals que un grup cultural minoritari selecciona per la visualització són aprovades pel grup majoritari, el grup tindrà una posició avantatjosa respecte a un grup que mostra unes característiques que no són "compatibles" amb els ideals de la societat receptora. Per aquesta raó, l'adaptació dels individus es produeix de forma segmentada, és a dir, no només depèn de l'autoidentificació dels subjectes sinó també depèn de les identifications per part de la resta dels col·lectius (Berry, 2003; Navas, García, Rojas, Pumarès i Cuadrado, 2006; Portes i Rumbault, 2006).

b) El recolzament social i les xarxes socials

La xarxa social és un terme utilitzat pels científics socials per abastir la comprensió de les diverses dinàmiques interpersonals que tenen lloc en l'entorn immediat dels éssers humans (Litwin, 1995). Aquesta perspectiva s'emmarca dins del que anomenem en psicologia el *recolzament social*.

El recolzament social va tenir les seves arrels en la filosofia del Moviment de la Salut Mental Comunitària en la dècada dels seixanta al plantejar, com alternativa a la institucionalització, tractaments basats en un major protagonisme dels recursos socials i comunitaris (Boyd, 1989). Aquest focus d'interès científic constata en els seus estudis (Caplan, 1974) que el recolzament seria un patró de recerca d'ajuda, que les persones amb problemes emocionals o amb període de crisi acudeixen abans al seu entorn pròxim que als serveis professionals de salut mental.

Dins de les xarxes socials es té en compte els tipus de contacte que es produeixen. En aquest sentit, els estudis mostren (Polek et al., 2008) que el contacte amb la població local, la possibilitat

d'establir vincles estrets, en termes generals, i el nombre de xarxes socials que disposa l'immigrant prediuen el benestar i la qualitat de vida (Martínez, García i Maya, 2002). De la mateixa manera els estudis mostren que existeix millor benestar i qualitat de vida si les persones estableixen i mantenen lligams amb el seu grup cultural d'origen (Elgorriaga Arnosó, Martínez-Taboada i Otero, 2009), així com també, si viuen en un grup ètnicament homogeni (Neto, 2001).

En els processos migratoris són diverses les funcions atribuïdes al sistema de recolzament social perquè contribueixen a la satisfacció de les necessitats, afavoreixen la participació social, perquè és un marc de referència pels processos de comparació social i d'avaluació de la realitat i, per últim, perquè potencia la capacitat d'adaptació afavorint la integració social (Martínez, García i Maya, 2001).

Existeixen nombrosos estudis sobre el recolzament social. Alguns d'ells afirmen que el recolzament percebut prediu la qualitat de vida (Basabe et al., 2009; Pernice, Trlin, Henderson i North, 2000; Silveira i Allebeck, 2002; Young 2001). Però altres estudis especifiquen que són millor predictors, la qualitat de la xarxa per proporcionar ajuda (Hovey i Magaña, 2002) i la satisfacció amb la percepció del recolzament proporcionat per la població autòctona i els compatriotes (Hernández, Pozo, Alonso i Martos, 2002).

Per una altra banda, el baix recolzament familiar, a conseqüència de l'emigració, es correlaciona amb una baixa satisfacció amb la vida (Silveira i Allebeck, 2002) i, al contrari, el recolzament i l'ajuda de la família prediu el benestar dels immigrants (Lowenstein i Katz, 2005).

2.2. Funcionament social, psicopatologia i immigració

En general, hi ha consens en distingir dos moments especialment estressants en les persones immigrants, el de l'arribada al país receptor que requereix un procés d'adaptació (Westermeyer, 1989) i el de la relació amb la família quan els immigrants porten varis anys assentats al país receptor (Cochrane i Stopes-Roe, 1981; Sluzki, 1979). Un dels factors que es relaciona negativament en patir un trastorn d'adaptació, en aquests dos moments, és el sistema de recolzament social (Rumbaut, 1985; Westermeyer, 1989).

Com ja hem senyalat, les xarxes socials i familiars amb vincles forts actuen com a factors de protecció en la salut mental dels immigrants (Westermeyer, 1989). En concret, l'estudi de Selten et al. (2001) sobre la incidència de desordres psicòtics en el grup d'immigrants dels Països Baixos, mostrava que aquesta no incrementava en els turcs gràcies a les xarxes socials que tenien els immigrants, també es mostrava en els asiàtics a Anglaterra.

Segons els autors (Leuw, 1997; Selten et al., 2001) la comunitat turca dels Països Baixos està altament organitzada i disposa de nombrosos grups per ajudar-se. Aquest fet evidencia una major estabilitat en la comunitat turca i repercuteix en menors taxes de criminalitat, les quals, són significativament més baixes que en els grups de marroquins dels Països Baixos (Leuw, 1997).

En relació al recolzament social, específicament, hi ha abundants estudis que demostren que aquest factor actua com a protector de l'ajustament psicològic (Jon, 1998; Martínez et al., 2001; Xu i Chi, 2013). En particular, protegeix als immigrants de la simptomatologia depressiva (Helms

et al., 2014; Martínez et al., 2001; Nova, 2014).

Respecte a les investigacions sobre l'exclusió social en trobem poques que no se centrin exclusivament amb la psicopatologia. En un estudi realitzat a Espanya amb persones immigrants sense llar Navarro-Lashayas (2014) posa de manifest la importància, com a variables protectores de malestar psíquic, els recursos materials, l'empadronament i l'allotjament així com també el recolzament social i el contacte amb la família d'origen i , en menor mesura, amb els professionals dels recursos encara que aquests no puguin donar un recolzament material.

6. CONSEQÜÈNCIES DE SALUT I IMMIGRACIÓ

Aquest apartat el dediquem a les variables resultants o conseqüents sobre un estat de salut. Per una banda, analitzem la qualitat de vida i, per l'altra, l'adherència terapèutica. De totes dues, com venim fent en els anteriors apartats, s'exposaran els estudis en relació a la psicopatologia i a la immigració.

1. LA QUALITAT DE VIDA

En els anys 60 i 70 els científics socials es van començar a interessar pel constructe de la qualitat de vida (QV) com a conseqüència de la percepció de les desigualtats en la distribució dels recursos, el benestar de la societat i la preocupació pel creixement de la població en els països desenvolupats. Tot això els va dur a desenvolupar els diferents indicadors socials i econòmics amb l'objectiu d'abastar tant els elements objectius com els subjectius de la qualitat de vida (Galindo i Vicente, 2004).

En aquest sentit Albrecht i Fitzpatrick (1994) han identificat quatre utilitats de la QV en el camp de la salut: a) per valorar les necessitats sanitàries d'una població, b) per planificar l'assistència sanitària dels pacients, c) per la distribució dels recursos, i per últim, d) com a mesura dels resultats dels assajos clínics i en l'avaluació dels serveis sanitaris.

L'OMS (WHOQOL group, 1995) descriu la QV com un concepte ampli que incorpora, de forma complexa, la salut física dels individus (com els símptomes subjectius del dolor, la fatiga, les dificultats per caminar, entre d'altres), l'estat psicològic, el nivell d'independència, les relacions socials (limitacions en els rols, connexions socials, entre d'altres), les creences personals i les qüestions relacionades amb les característiques de l'ambient (estalvis, finances, transport, educació, entre d'altres).

Al ser un constructe molt ampli i complex, Lehman (1996) va plantejar tres perspectives en la medicació de la QV en l'àmbit sanitari:

1. La qualitat de vida general (**QVG**) que es basa en l'avaluació de la QV en grans grups de la població general i posa l'enfocament en la valoració de l'estat funcional, l'accés de recursos i serveis i la sensació de benestar en diferents dominis de la vida. És una mesura útil pel disseny de polítiques i programes.
2. La qualitat de vida relacionada amb la salut (**QVRS**), la qual es centra en l'avaluació de l'estat funcional i de la sensació de benestar relacionada amb la malaltia. Com per exemple

les limitacions generades, específicament, per una malaltia.

3. La qualitat de vida específica relacionada amb una malaltia (**QVRM**). Aquesta deriva de l'anterior on es valora l'efecte sobre l'estat funcional i el benestar d'una malaltia concreta o del seu tractament.

Els autors (Angermeyer i Kilian, 1997; Lehman, 2000) van consensuar, malgrat les discrepàncies en la definició i els models teòrics, que les puntuacions obtingudes de les mesures sobre QV eren, per una banda, diferents a les que es mesura la simptomatologia i la discapacitat i, per l'altra, la valoració és subjectiva, per part del pacient, sobre les seves condicions objectives de la vida (Angermeyer i Kilian, 1997).

Existeixen diferents plantejaments de com es relacionen les condicions objectives de la vida amb les percepcions i les valoracions subjectives que fan les persones. Angermeyer i Kilian (2000) distingeixen tres models:

- a) El model de satisfacció, el qual té en compte dos aspectes: les característiques personals i les condicions objectives. Es basa en el supòsit que la QV experimentada per un individu depèn de si les seves condicions reals de la vida aconseguen satisfer les seves necessitats, carències i desitjos.
- b) El model combinat d'importància/satisfacció que incorpora, respecte l'anterior, la perspectiva del pacient valorant, a través d'aquest, els diferents àmbits de la vida. Dins d'aquestes dimensions s'incorporen també l'àmbit social i cultural.
- c) El model d'acompliment del rol. Aquest model focalitza la interacció de la persona en l'ambient. Considera que l'ambient pot donar o limitar oportunitats perquè la persona satisfaci les seves necessitats, tant de tipus material, com psicològiques i socials. Aquestes oportunitats estarien incorporades en els rols socials (com ser pare, parella, treballador, fill, entre d'altres) els quals impliquen uns drets i uns deures.

Angermeyer i Kilian (2000) proposen un nou model que inclou els anteriors basant-se en que la QV subjectiva representa el resultat d'un procés continu d'adaptació, on l'individu busca conciliar els seus desitjos amb les seves expectatives, amb les condicions del seu entorn i amb les demandes socials. Els autors (Angermeyer i Kilian, 2000) plantegen que la satisfacció no és el resultat sinó que té a veure amb el mecanisme subjacent d'aquest procés. De fet, diferents treballs han demostrat que la satisfacció d'una persona es manté bastant constant en el temps inclús quan estan presents circumstàncies ambientals que canvien (Barry i Crosbi, 1996; Ruggeri, et al., 2001).

Per altra banda el concepte de qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) es va centrar en l'avaluació del benestar dels pacients (Mceberg, 1993). Si comparem la qualitat de vida amb la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) observem que aquesta última és més descriptiva i es centra en els aspectes de l'estat de salut, per tant, vincula la qualitat de vida amb el concepte de malaltia (Salinero, 2013).

Actualment la QV es considera, per definició, un constructe **subjectiu** que es basa en les valoracions dels subjectes a través d'un autoinforme (Nussbaum i Sen, 1996). En canvi, les valoracions **objectives** fan referència a les dimensions sobre les condicions de vida del subjecte, d'un col·lectiu

o d'una població. Per tant, cada una correspon a dos àmbits diferenciats que inclús els estudis han mostrat que tenen una baixa correlació entre sí i mostren un perfil diferent d'associacions amb altres factors (Barry i Crosbi, 1996; Czernikiewicz i Gorecka, 2003).

Pel que fa a la dimensió cultural, els autors han consensuat que la QV cal abordar-la des d'una **perspectiva transcultural** (Bonham i Verdugo, 2008; Markus i Kitayama, 1991; Schalock, Schalock i Verdugo, 2007). És a dir, reconeixent tant els aspectes universals (ètics), com els aspectes dependents de la cultura (èmics) per tal de poder generalitzar les anàlisis sobre el tema.

En relació als aspectes universals, els autors mostren resultats que recolzen aquest plantejament. Per exemple, mitjançant entrevistes amb preguntes obertes sobre la QV s'han obtingut informacions semblants en diferents cultures (Brown, Schalock i Brown, 2009; Power, Bullinger, Harper i WHOQOL Group 1999). Però en canvi, també existeixen arguments que senyalen la determinació cultural de la QV. Aquests són macrosocials que impacten significativament en la percepció de la QV com són: les relacions socials, el sentit de comunitat, els valors culturals, l'identitat personal, els drets humans, la conscienciació pública, el nombre d'habitants, la ciència, la tecnologia, l'espiritualitat, la ciutadania, l'educació, la política, la inclusió social, entre d'altres (Keith, Heal i Schalock, 1996; Verdugo, Jenaro i Schalock, 2006; Verdugo i Sabe, 2002).

Per tant, la QV, la qual està definida per diferents dimensions com s'ha comentat, són universals i es poden utilitzar per a realitzar avaluacions transculturals (Schalock i Verdugo, 2003) però s'ha de considerar que cada dimensió pot ser valorada de manera diferent per individus de diferents cultures (Schalock i Verdugo, 2003). Així doncs, l'estudi de la QV es pot enfocar des d'un prisma universal i transcultural (Skevington, 2001).

En relació als **instruments de mesura** (Taula 15) se'n troben diferents per avaluar la QV de forma general i de QVRS de forma específica segons el trastorn mental o malaltia. Entre els autors no hi ha consens sobre quin és l'instrument més adequat per cada valoració i suggereixen que cada investigador triï l'instrument tenint en compte les característiques dels subjectes a estudiar (Awad i Voruganti, 2000).

Taula 15. *Escales genèriques d'avaluació de la Qualitat de Vida*

Nom Escala	Autor (any)
The Sickness Impact Profile (SIP)	Bergner, Gilson, Bobitt i Carter (1976)
The Psychological General Well-Being index (PGWB Index)	Dupuy (1978)
The Nottingham Health Profile (NPH)	Hunt (1981)
The Functional Status Questionnaire (FSq)	Jette et al. (1986)
Quality of Life Questionnaire (QLQ)	Evans i Cope (1989)
Medical outcomes survey short-form general health survey (SF-36)	Ware i Sherbourne (1991)
Cuestionario de Calidad de Vida	García Riaño (1992)
The Short Form Survey (SF-36)	Ware i Sherbourne (1992)
Inventario de Calidad de Vida (ICV)	Corten i Mercier (1994)
World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)	Orley i Kuiken (OMS) (1994)

Nota: Elaboració pròpia a partir d'Awad (2008)

1.1. Qualitat de vida i Psicopatologia

S'han realitzat diversos estudis tant per avaluar la Qualitat de Vida (QV) de persones amb malaltia crònica com amb diagnòstic de trastorn mental. Els estudis sobre la QV en persones amb patologia crònica com la de diabetis, malalties cardiovasculars, trastorns hipertensos, endocrins o malalties músculo-esquelètiques (Urzúa i Jarne, 2008) no obtenen diferències estadísticament significatives entre sexes però, òbviament, les persones que en pateixen perceben pitjor QV que les persones que no pateixen una malaltia crònica tot i que no es troben diferències estadísticament significatives. Aquests resultats mostrarien el que ja hem comentat que la valoració de la QV que fan els subjectes és bastant homogènia en el temps, és a dir, no canvia massa malgrat puguin haver canvis ambientals.

Pel que fa a treballs sobre la QV amb persones que pateixen trastorn mental se'n troben abundants, sobretot en pacients amb patologia mental greu. Una de les qüestions que s'ha estudiat més en aquest tipus d'investigacions és la variable simptomàtica moduladora de més o menys QV. L'estudi de Salomé, Petitjean, Germain i Demant (2004) el qual fa una comparativa entre la QV en pacients diagnosticats d'algun trastorn psicopatològic atesos en ambulatoris i la QV en pacients que anaven diàriament a un hospital de dia va mostrar que en els dos grups de pacients estan relacionats diferents factors psicopatològics amb les diferents dimensions de la QV.

L'estudi de Jarbin i Hansson (2004) va mostrar que tant el grup de pacients amb esquizofrènia com en els pacients amb altres trastorns psicòtics havien arribat a resultats semblants en relació a la influència dels símptomes depressius en la QV. És a dir, tot i que els pacients diagnosticats d'esquizofrènia tenien una percepció més baixa de QV aquesta percepció es relacionava negativament amb l'existència de símptomes depressius com en el grup de pacients amb altres trastorns psicòtics. Resultats semblants van obtenir Hofer, Kemmler, Eder, Edlinger, Hummer i Fleischhacker (2004) en el seu estudi transversal amb pacients esquizofrènics on la dimensió de depressió/ansietat era la que més influenciava la QV subjectiva dels pacients.

Altres estudis han confirmat que la depressió és la dimensió psicopatològica que prediu la QV subjectiva del pacient (Carpiniello, et al., 1997; Dickerson, Ringel i Parente, 1998; Franz, 2006; Heider et al., 2007; Holloway i Carson, 1999). En aquest sentit, l'estudi de Chou, Ma i Yang (2014) mostra que els tractaments que tenen com a focus de tractament la simptomatologia depressiva i els factors psicosocials milloren els nivells de QV subjectiva dels pacients diagnosticats d'esquizofrènia.

En relació a l'estudi de Lasalvia, Ruggeri i Santolini (2002) han arribat a la mateixa conclusió que els estudis anteriors però també han senyalat que els símptomes que millor prediuen, a banda dels depressius com indicàvem, són els d'ideació paranoide tant en pacients psicòtics com en pacients amb altres trastorns mentals.

Altres estudis realitzats amb pacients esquizofrènics van mostrar que la simptomatologia ansiosa, de la mateixa manera que la depressiva, també era predictora de la QV del pacient (Hansson, 2006; Huppert i Smith, 2001; Karow, Moritz, Lambert, Schoder i Krausz, 2005).

Per altra banda, en la revisió de 18 estudis de QV en persones amb esquizofrènia dut a terme per Bobes i González (2000) arribaven a sis conclusions:

- La QV de les persones amb esquizofrènia és pitjor que la de la població general i les que tenen malalties físiques cròniques.
- Les dones, els joves, la condició d'estar casat, i el baix nivell d'educació tenen una millor QV.
- Com més temps d'evolució de malaltia pitjor és la QV.
- La psicopatologia, especialment els símptomes negatius, es relacionen negativament amb la QV.
- L'existència de pocs efectes secundaris dels tractaments neurolèptics així com la combinació de tractaments psicosocials i farmacològics es relacionen amb una millor QV.
- Els pacients integrats en programes comunitaris presenten millor QV que els que estan institucionalitzats.

En relació a l'estudi d'altres variables sobre la personalitat de l'individu relacionades amb la QV, l'autoestima és la que més s'ha estudiat. Diferents estudis mostren que existeix una relació alta entre l'autoestima i la QV (Hansson, 2006; Ruggeri et al., 2005). Inclús alguns autors han plantejat que aquesta variable podria ser la que modulés els símptomes ansiosos i depressius i la percepció de la QV (Kunikata et al., 2005).

En relació a les variables sobre el grau de satisfacció de les necessitats, de l'ocupació i del recolzament social, els resultats dels estudis mostren:

- S'ha trobat que un major nivell de necessitats insatisfetes es relaciona amb una pitjor QV (Ruggeri et al., 2004; Slade et al., 2005).
- El fet d'estar treballant és una de les característiques que es relaciona significativament amb la QV (Gaite et al., 2002; Marwaha i Johnson, 2004).
- El recolzament social (amics propers i el contacte diari amb la família) també es relaciona amb la QV (Gaite et al., 2002).
- Les persones depressives perceben una pitjor QV (respecte de les persones que viuen amb elles) (Gaite et al., 2002).

Actualment, la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) es considera important en l'àmbit clínic ja que la seva mesura aporta una valoració complementària en relació als indicadors fisiopatològics. Per aquest motiu, en algunes malalties inclús es planteja com un objectiu terapèutic (Ware, Gandek, Kosinski, et al., 2009).

Per finalitzar, la QVRS, de la mateixa manera que succeeix amb l'autovaloració de la salut, és un predictor de la mortalitat i de la utilització dels serveis de salut. Tanmateix és útil per valorar i gestionar la salut d'una població (Rodríguez, Lanborena, Martín i Bacigalupe, 2011).

1.2. Qualitat de vida i Immigració

La QV i el benestar subjectiu de les persones que emigren depèn de diferents factors, uns que tenen a veure amb el context de la persona, com els fluxos i les polítiques migratòries i altres factors que tenen a veure amb els aspectes interpersonals i intergrupals del subjecte (Basabe, Páez, Aierdi i Jiménez-Aristizabal, 2009).

De la mateixa manera que altres estudis sobre la immigració, com hem vist al llarg del treball, els relacionats amb la QV també presenten divergències entre els resultats.

Un nombre important de treballs mostren que les persones immigrants tendeixen a puntuar menys en QVRS (Mui, Kang, Kang i Domanski, 2007; Puthooppambal, Bjerneld i Källestål, 2015; Sullivan, Nelson, Mulani i Sleep, 2006; Yoon, Lee i Goh, 2008). Però altres, en canvi, quan introdueixen la variable temps d'estada al país receptor obtenen resultats diferents en la salut i l'autopercepció sobre la seva QVRS, sent més positives durant el interval de temps entre el moment d'entrada a la societat receptora fins passats deu anys (Muenning i Fahs, 2002; Sundquist, 2001)

Els estudis sobre la QV en immigrants constaten que aquesta queda determinada per l'estatus socioeconòmic, el domini de la llengua del país receptor (Hidalgo, Peralta, Robles, Vilar-López i Perez-García, 2009; Mui, Kang, Kang i Domanski, 2007), el suport social (Bak-Klimek, Karatzias, Elliott i Maclean, 2015) i la discriminació percebuda (Ng, Lee, Wong i Chou, 2015).

En el cas dels adolescents, en un estudi dut a terme a Girona, Patzer et al. (2006) indiquen que el suport social i l'estrès són les causes principals per les quals la població immigrant entre 12 i 18 anys té pitjor QV que l'autòctona. Aquesta dada també coincideix amb la de l'enquesta sobre salut de Madrid (Instituto de Salud Pública de Madrid, 2005) en que els joves immigrants també puntuaven pitjor percepció de la seva salut i de la QV. En canvi, en adults, el grup d'immigrants que percep una millor QVRS, tenen una menor prevalença de malalties cròniques i utilitzen menys els serveis sanitaris que els madrilenys autòctons (Instituto de Salud Pública de Madrid, 2005). L'estudi de Salinero, Gómez, Bragado, Abánades, Jiménez, de Burgos, et al. (2015) realitzat als centres d'atenció primària amb població immigrant llatinoamericana constaten que els factors clau perquè els immigrants percebin millor QVRS són ser joves, homes i el suport social

Per una altra banda, els estudis que relacionen la QV i el nivell d'estrès revelen que ambdues són predictores del grau d'interferència en la salut física i el dolor corporal en les activitats quotidianes (Amit i Liwin, 2010; Baron-Epel i Kaplan, 2009; Hidalgo, Peralta, Robles, Vilar-López i Perez-García, 2009; Karjalainen Malmivaara, Van Tulder, Roine, Jauhiainen, Hurri i Koes, 2008; Marine, Ruotsalainen, Serra i Verbeek, 2007; Michaëlis, Kristiansen, Norredam, 2016; Rodríguez, Lanborena, Martín i Bacigalupe, 2011; Senba, Imbe i Okamoto, 2008).

De la mateixa manera que existeix més prevalença de simptomatologia psiquiàtrica en dones que en homes també es constaten diferències entre sexes en relació a la percepció la salut com indica l'enquesta sobre salut en el País Basc (Rodríguez, Lanborena, Martín i Bacigalupe, 2011). En termes generals, els homes perceben millor salut (procedents de la Xina/Pakistan, Sud Amèrica i Senegal) i en el col·lectiu on la diferència és estadísticament significativa és el del Magrib. El percentatge de mala salut percebuda va ser menor entre les persones autòctones i la major va ser

entre les dones del Magrib amb una marcada diferència amb la resta de col·lectius (un percentatge gairebé sis vegades major) (Rodríguez, Lanborena, Martín i Bacigalupe, 2011).

A Alemanya s'ha fet un estudi comparatiu sobre la QVRS i la satisfacció amb la vida entre els immigrants i els nascuts a Alemanya (Nesterko et al., 2013) i els resultats indiquen que no existeixen diferències estadísticament significatives entre els dos grups tot i que el grup de subjectes nascuts a Alemanya té una valoració més positiva que el grup d'immigrants com indiquen altres estudis en altres contextos (Baron-Epel i Kaplan, 2009; Morawa i Erim, 2015; Patzer et al., 2006; Rodríguez, Lanborena, Martín i Bacigalupe, 2011). La puntuació que obtenen els immigrants queda associada a l'edat jove i al país d'origen. Els autors (Nesterko et al., 2013) posen de manifest que el grup de subjectes immigrants és molt heterogeni i en estudis posteriors s'hauria de precisar els subgrups culturals perquè s'han mostrat indicis de diferències significatives entre aquests.

A l'Estat Espanyol tenim una curta tradició d'immigració extracomunitària i no podem avaluar encara la QV de la segona o tercera generació però en països amb més trajectòria, com en els Estats Units, els estudis indiquen que la tercera generació d'immigrants de diferents cultures tenen millor percepció de la QV vida que els de la primera generació als Estats Units (Bayram et al., 2007). Una de les explicacions per les quals la primera generació d'immigrants dels Estats Units té pitjor QV, és per la por a ser deportats si no estan legalitzats al país, el domini de la llengua, i la manca de perspectiva futura (Becerra et al., 2013).

En relació a Espanya, l'estudi de Pardo, Engel i Agudo (2006) en immigrants de primera generació de l'Àfrica Subsahariana dut a terme a la Comunitat de Madrid, senyala que com més temps de residència de l'immigrant pitjor percepció té de la seva salut. Els resultats de l'estudi també mostren que les persones immigrants amb fills obtenen millor percepció de la salut en comparació amb els que no en tenen i, al contrari que altres estudis, perceben pitjor salut que la que tenien en el país d'origen.

Altres tendències d'investigacions sobre la QV són les relacionades amb la gent gran immigrant. Com sabem l'augment de l'esperança de vida causa una població més envellida i amb més malaltia associada a la senectut fet que preocupa en molts àmbits, com el familiar, el comunitari, l'econòmic, el sanitari, el social i el polític. Els estudis sobre la població anciana immigrant van constatant que els efectes de la migració acumulades al llarg de la vida tenen una repercussió en la salut i en la QV (de Oca et al., 2011). Però no tots els estudis mostren diferències entre immigrants i autòctons ancians sobre la percepció de la seva salut. És el cas de l'estudi de Verhagen, Ros, Steunenbergh i Wit (2014) a Suècia que mostren que la soledat i la multimorbiditat són les variables predictores de la baixa percepció de la QVRS tant en el grup d'immigrants (turcs, marroquins i melanesis) com en el d'autòctons, per tant, l'ètnia no és una variable diferenciadora de la percepció de la QVRS segons aquest estudi.

Altres variables que es relacionen amb la salut i la QV en immigrants de la tercera edat són l'edat en la qual s'ha emigrat, la vida laboral del subjecte, les malalties i accidents que han patit, el servei i el tractament mèdic, les xarxes socials i les relacions familiars (de Oca et al., 2011).

Per últim, segons els autors, la QV és un bon indicador de la percepció d'èxit de la migració (Benish-Weisman i Shye, 2011).

1.3. Qualitat de vida, Immigració i Psicopatologia

Així com hi ha abundants estudis sobre la repercussió en la QV de les persones diagnosticades d'algun trastorn mental pràcticament no n'hi ha específicament en el col·lectiu immigrant. Per tant no existeixen barems sobre l'impacta en la QV en persones immigrants diagnosticades d'alguna patologia mental. Tot i que hi ha autors que mostren que la QV en la població autòctona sotmesa a estrès no difereix de la població immigrant amb nivells d'estrès similars i amb nivells patològics iguals (Bover, Taltavull, Gastaldo, Luengo, Izquierdo, Juanjo-Prats, Sáenz de Ormijana i Robledo, 2015).

En canvi sí que existeixen estudis relacionats amb altres tipus de malaltia com la VIH, el càncer, la diabetis, entre d'altres. Una de les malalties més estudiades perquè té una alta prevalença en la població immigrant, és la Síndrome Metabòlica originada per causes multifactorials, com per exemple, els canvis d'hàbits alimentaris. Els resultats dels estudis indiquen que patir la síndrome està relacionada amb una baixa percepció de la QV, nivells alts d'estrès, símptomes depressius, nivells alts de somatització i un baix nivell d'estratègies d'afrontament a l'estrès (Hjellset et al., 2011).

Els autors apunten que s'identifiquen respostes contradictòries sobre la percepció de la salut i la capacitat per fer les activitats físiques i socials en immigrants per la necessitat de mantenir el seu treball i, per tant, es resisteixen a manifestar fragilitat i buscar atenció assistencial sanitària provocant un descens en el seu nivell de salut (Bover, Taltavull, Gastaldo, Luengo, Izquierdo, Juanjo-Prats, Sáenz de Ormijana i Robledo, 2015).

Per últim, en un estudi realitzat a Taiwan comproven que les variables que prediuen una millor QV en dones immigrants diagnosticades de depressió major són les relacionades amb les variables psicosocials (Chou, Chen, Liu, Ho, Tsai, Ho, Chao, Lin, Shen i Chen, 2010).

2. L'ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA

Segons l'OMS (2004), molts estudis han calculat la prevalença de l'adherència terapèutica en pacients amb tractament farmacològic per trastorn mental mitjançant diferents mètodes per l'alt abandonament que apuntaven els professionals de la salut. En concret, les xifres estaven compreses entre el 25 i el 40%.

Els autors Gavino i Godoy (1993) van definir l'abandonament com una interrupció del tractament abans d'aconseguir els objectius terapèutics proposats. Per una altra banda, per Porcel (2005) i Jo i Almao (2007) l'abandonament terapèutic fa referència a aquella situació en la que alguns pacients inicien un procés terapèutic i no el finalitzen malgrat que encara necessiten l'ajuda professional.

Porcel (2005) considera que l'abandonament no té perquè ser un fracàs sinó que es poden haver aconseguit alguns objectius terapèutics i per tant seria un abandonament com a millora. En conseqüència suggereix que podria haver una diferència dels objectius marcats pels professionals i el que busca el pacient del tractament (Porcel, 2005).

2.1. Adherència terapèutica i psicopatologia

Els autors (Bhui i Bhugra, 2002; McCabe i Priebe, 2004) mostren que no s'identifica un únic sistema de creences que expliqui el comportament en l'adherència terapèutica però sí que existeix evidència científica en que les persones quan estan ateses per un professional sanitari que comparteix el mateix sistema de creences, tant a nivell de malaltia com de tractament, se senten més satisfetes. Per tant, explorar aquestes idees permet al professional conèixer la resposta del pacient cap a la malaltia, establir una relació amb més empatia i comunicar les recomanacions terapèutiques d'una manera més efectiva (Bhui i Bhugra, 2002; Chen, 2015; Maupin i Ross, 2012; McCabe i Priebe, 2004).

Tot i que el sistema de creences dels pacients ajuda a millorar la relació assistencial, com hem esmentat, aquest no és l'únic conjunt de variables que intervenen quan s'estudia l'adherència terapèutica (Pacheco, 2011). Sabem que és un constructe multidimensional i, tot i que s'ha estudiat molt, segueix sent controvertit. Tanmateix existeix controvèrsia respecte la utilització dels termes: “abandonament” com sinònim de fracàs i “adherència” equivalent a compliment (Sirvent, 2009).

L'adherència al tractament és objecte d'estudi de moltes investigacions donada l'alta prevalença que té en relació als tractaments farmacològics (World Health Organization, 2004). Per altra banda, un altre dels motius pels quals els autors han estudiat l'adherència terapèutica és per acotar les variables de predicció per poder pronosticar les actituds, les tendències i els comportaments dels pacients (World Health Organization, 2004).

En el camp de la psicologia clínica, es mostren diversos estudis sobre les addiccions i el compliment perquè els pacients solen tenir recaigudes. En aquests estudis s'identifica que els pacients en un moment del tractament tornaven a tenir un alt nivell de desig de consumir la substància additiva però no ho comunicaven ni a la família ni al professional i finalment abandonaven el tractament (Sirvent, 2009).

En general, els autors (Walitzer, Dermen i Connors, 1999) consideren que l'abandonament prematur del tractament en salut mental és força alt. En la recerca dels factors explicatius s'han estudiat diferents característiques de l'individu, fonamentalment socioculturals, com l'estatus socioeconòmic o el nivell cultural així com també factors més individuals com són les actituds del pacient, les motivacions o les expectatives del propi terapeuta (Walitzer, Dermen i Connors, 1999) i, per altra banda, l'estigma social respecte els trastorns mentals (Imran, Waqar, Chaudhry, Butt, 2015).

Altres causes que recullen els investigadors (Gavino i Godoy, 1993; Porcel, 2005; Puerta et al., 2008) en els tractaments psicoterapèutics són: el motiu de consulta ja no els preocupa, el consell d'un altre professional de corrent teòrica diferent, el canvi de ciutat del pacient, la desmotivació per la teràpia, l'incompliment d'instruccions, relativitzar el problema, la tardana d'aconseguir objectius, la negació a tocar alguns temes, la falta de compenetració amb el terapeuta i el canvi de ciutat del terapeuta, els efectes secundaris dels fàrmacs, la negació total o parcial de la malaltia, el baix estatus socioeconòmic, la gravetat i la cronicitat del trastorn psicopatològic, la dèbil aliança terapèutica, l'excés de verbalitzacions del terapeuta entre altres dependent de la fase del procés terapèutic.

Els factors protectors, que han mostrat els estudis metaanalítics (Anderson i Tomenson,

1995; Montgomery i Kasper, 1995), per una major adherència són: el nivell d'educació del pacient, si es realitza paral·lelament psicoteràpia de grup o de família, si la dosi del tractament és una al dia enlloc de 3 (tot i que els que van triar les 3 dosis tenien millor adherència, és a dir el control personal és influent) i que el pacient estigui ben informat sobre els efectes de la medicació psiquiàtrica.

Altres autors (Keeley, Smith, Nutting, Dickinson, Dickinson i Rost, 2004) apunten que els pacients amb més simptomatologia somatomorfa presenten major probabilitat de no adherència farmacològica.

Per altra banda, la comorbiditat de la depressió amb altres malalties és molt elevada (World Health Organization, 2004). S'ha constatat que el tractament de la depressió en els casos de comorbiditat amb malalties físiques cròniques, com ara la hipertensió, diabetis, malalties cardiovasculars, trastorns neurològics o càncer, millora l'adherència, el compliment dels tractaments i el seguiment de les recomanacions mèdiques (Borrell, 2006).

2.2. Adherència terapèutica i immigració

Els autors senyalen que quan es tracta de tractaments llargs o malalties cròniques és important explorar les àrees on difereixen el pacient i el professional, sobretot quan es troben diferències culturals, ja que permet abordar millor aquestes diferències i negociar un model compartit o, en el cas contrari, poder treballar de la forma més constructiva possible evitant segons quins conflictes i maximitzant l'adherència terapèutica (Landrine i Klonoff, 1992; Quiceno i Vinaccia, 2010).

En un estudi qualitatiu dut a terme a la Comunitat de Madrid (Martínez, Garabato i Martínez, 2004) es posa de manifest que els pacients immigrants que més sovint acudeixen als curanderos o a les ONG sanitàries són aquells que no tenen la documentació en regla. Per altra banda, la vinculació amb el sistema sanitari més estreta es produeix quan hi ha el naixement d'un fill. El sistema de vacunació i l'atenció pediàtrica està molt ben valorada segons mostra l'estudi (Martínez, Garabato i Martínez, 2004).

Segons els autors Hedemalm, Schaufelberger i Ekman (2010), els immigrants amb menys suport social millor adherència al tractament tenen, inclús més que la població autòctona. L'explicació que suggereixen és que aquest comportament succeeix per la desesperació que presenten aquests pacients i per la conseqüent necessitat d'estar vinculats a la xarxa sanitària com a sosté.

2.3. Adherència terapèutica, psicopatologia i immigració

Els estudis sobre l'adherència al tractament i els pacients immigrants obtenen resultats divergents, com hem mostrat, tot i que la majoria d'aquests mostren pitjor adherència al tractament en la població immigrant que en l'autòctona.

En aquesta línia, segons l'estudi de Ouellet-Plamondon, Rousseau, Nicole i Abdel-Baki (2015) dut a terme al Canadà amb una mostra àmplia de pacients (N= 5223), els pacients immigrants durant un programa de dos anys de tractament d'un primer episodi de psicosi tenien pitjor adherència terapèutica que els pacients autòctons. En canvi, l'adherència a la medicació va ser

similar en ambdós grups que van seguir el programa.

Sobre els estudis en relació a l'adherència terapèutica al tractament ambulatori de la salut mental dels pacients immigrants destaquem el de Forcada et al. (2013) dut a terme a l'Estat Espanyol. Els autors comparaven un grup de pacients immigrants i un grup de pacients nadius espanyols que estaven diagnosticats de trastorn mental psicòtic. Els resultats van evidenciar una baixa adherència en ambdós grups malgrat hi havia diferències. El 30% dels pacients continuaven el tractament després d'un any. D'aquest 30%, el 40,4% corresponia als nadius espanyols i el 19,1% corresponia al grup de pacients immigrants. Dins d'aquest grup, els pacients que van donar nivells més baixos van ser als corresponents al grup sub-saharià. Els autors ho atribueixen, segurament, a la cultura més allunyada de l'autòctona. També arriben a aquesta conclusió els autors Shim i Schwartz (2008) amb pacients asiàtics als Estats Units.

A resultats similars arriben les autores (Matamala i Crespo, 2004) en el seu estudi dut a terme al centre de salut mental de Vallecas a Madrid on la taxa d'abandonament és major en immigrants. El grup atès predominant és el llatinoamericà amb un promig d'estada a Espanya de 2,47 anys.

Els autors insisteixen en que un factor protector a tenir en compte de cara a millorar l'adherència i la bona utilització dels serveis sanitaris és que el professional tingui coneixement de com el pacient interpreta i reconeix el símptoma des del punt de vista cultural (Balkir i Barnow, 2013).

7. ELS SISTEMES DE CREENCES SOBRE MALALTIA

Segons els autors, és necessari investigar més sobre les creences de salut i de malaltia en els col·lectius immigrants per tal de comprendre i millorar l'estat de salut del pacient així com la relació professional (Ibars, Toran, Segura, Corbella, Fernández i Arnau, 2014).

De fet, hem anat veient al llarg del treball les dificultats en el diagnòstic tant per la qüestió cultural, el tipus i l'estrès d'aculturació, la simptomatologia psicopatològica com per la competència cultural del professional de la salut.

Com ja hem apuntat, la salut i la malaltia són dos constructes el significat del qual pot ser diferent entre una cultura i una altra. Inclús en altres idiomes, podem trobar paraules diferents per designar aspectes diferents d'una malaltia i de com la viu l'individu (Frankengerg, 2003; Pacheco, 2011). Per tant, ens situa en diferents dimensions que van des de l'aspecte subjectiu, popular, social, col·lectiu i científic, els quals es troben en continu diàleg i influència mútua (Pacheco, 2011).

Per poder arribar a indagar el sistema de creences del pacient immigrant els autors recomanen la necessitat d'entrenar la competència cultural per part del professional que recordem que engloba (veure apartat de *competència cultural del professional* en el *capítol del sistema sanitari*), entre altres coses, el coneixement sobre les diferents cultures, les pròpies creences i també l'actitud receptiva del professional i la necessitat d'investigar sobre els sistemes de creences i de percepció de malaltia dels pacients de salut mental immigrant en els diferents països i, en concret, en el nostre país on pràcticament no existeixen estudis sobre aquest tema (Bermann, 2009; Martínez, Garabato i Martínez, 2004; Navarro-Lashayas, 2014; Qureshi i Collazos, 2006).

1. Models teòrics

En els últims anys, s'han incrementat els estudis i l'elaboració de models conceptuals per explicar el sentit que donen les persones a la malaltia que pateixen i poder predir el seu comportament relacionat amb la salut. En concret, trobem tres grups de models: uns que se centren a un nivell comunitari-social, interpersonal o individual; altres que estudien la conducta; i altres que se centren en l'estudi de les creences i de les representacions de la malaltia com determinants de les mateixes (Pacheco, 2011).

1.1. El Model de Creences de la Salut (MCS)

El MCS és un dels marcs teòrics més utilitzats en psicologia de la salut per tal d'explicar els comportaments de la salut i els preventius de la malaltia (Moreno i Gil, 2003). Històricament, durant els inicis dels anys cinquanta del segle XX es va començar a configurar per un grup de psicòlegs investigadors (entre els quals es trobava Hochbaum, Kegeles, Leventhal i Rosenstock) que pertanyien al Public Health Service dels Estats Units i tenien una orientació fenomenològica basada en les teories de Kurt Lewin (Rosentock, Strecher i Becker, 1988). Aquest model sorgeix des d'una perspectiva d'investigació aplicada en l'àmbit de la sociologia de l'educació. Per tant, l'enfocament era psicosocial i donava importància a la prevenció. Més endavant es va enfocar al tractament i en les respostes dels pacients davant dels símptomes manifestes (Janz i Becker, 1984; Rosentock, Strecher i Becker, 1988).

Els components bàsics del MCS són (Rosentock, Strecher i Becker, 1988): a) el desig d'evitar la malaltia (o si s'està malalt, recuperar la salut) i b) la creença de que una conducta saludable específica pot prevenir la malaltia (o si s'està malalt, la creença de que una conducta específica pot augmentar la probabilitat de recuperar la salut). En aquesta línia el model suggereix que una persona farà o no una acció de salut en funció de la seva motivació respecte a la problemàtica de la salut i de les percepcions que té sobre les següents qüestions: la susceptibilitat o la vulnerabilitat de la malaltia; la gravetat percebuda de les conseqüències en el cas de contraure-la; els beneficis potencials de l'acció respecte a la prevenció o reducció de l'amenaça i de la gravetat percebudes; i els costos i barreres tant físiques, psicològiques, com econòmiques, entre d'altres, per dur a terme l'acció (Janz i Becker, 1984).

De totes maneres, en la mesura que s'ha anat emprant el MCS ha anat acumulant crítiques fonamentalment per dues qüestions: perquè fa un excessiu èmfasi sobre les variables cognitives per explicar els resultats diferencials en la salut i per la baixa capacitat predictiva del model (Moreno i Gil, 2003).

En conseqüència i paral·lelament, cap els anys 80, van anar sortint, en contraposició a aquest model, altres teories i models com la de Howard Leventhal i els seus col·laboradors anomenada Model del Sistema Autorregulador del Sentit Comú (Leventhal, Benyamini, Brownlee, Diefenbach, Leventhal, Patrick-Miller i Robitaille, 1997).

1.2. Model dels Sistemes Autorreguladors

Leventhal (Leventhal, Diefenbach, Leventhal, 1992) per explicar la conducta de les persones en relació amb la salut i la malaltia parteix de la base que aquestes són subjectes actius, immersos en un procés d'avaluació del seu estat present i amb l'objectiu de preservar el seu estat de funcionament ideal mitjançant la retroalimentació. Aquest procés autorregulador permet l'adaptació a curt i llarg termini davant situacions de malaltia. Els comportaments davant la malaltia estarien determinats per les representacions o creences del sentit comú sobre la malaltia la qual la forma-

rien: la identitat (tant l'etiqueta com els símptomes), la causa, les conseqüències, l'estat corporal real, l'estat corporal ideal, l'experiència emocional, els plans de canvi i la manera en que el subjecte avalua tots aquests aspectes (Leventhal, Diefenbach, Leventhal, 1992).

El model proposa dos canals o sistemes paral·lels: un d'ells és el de l'elaboració d'una representació objectiva de l'amenaça de la salut així com el desenvolupament de les respostes d'afrontament per controlar-la; i l'altre suposa el processament de les reaccions emocionals davant l'amenaça i el desplegament d'estratègies per controlar l'emoció. Es tractaria, doncs, de dos sistemes independents que poden, ocasionalment, interferir un en l'altre (Quiceno i Vinaccia, 2010).

En conseqüència, el sistema autorregulador parteix de la percepció dels estímuls interns i ambientals que inicien el progrés d'autorregulació. Els tres nivells superiors de l'esquema corresponen al processament cognoscitiu, esquemàtic i representacional dels estímuls, els plans d'acció i la selecció de les conductes per afrontar la malaltia i, per últim, l'avaluació dels resultats de les conductes dutes a terme.

Leventhal (Leventhal, Benyamini, Brownlee, Diefenbach, Leventhal, Patrick-Miller i Chantal, 1997) va suggerir que les representacions o esquemes cognitius que els pacients elaboren sobre les seves malalties inclouen diferents factors o variables com: la *identitat* que engloba les variables que identifiquen la presència o l'absència d'una malaltia, també pot referir-se a l'etiqueta d'una malaltia i a signes o símptomes concrets d'aquesta; les *conseqüències*, es refereix a la percepció dels pacients sobre les implicacions físiques, socials i econòmiques que tindria la malaltia, així com les reaccions emocionals que podran sorgir com conseqüències de les mateixes; les *causes*, que fa referència a les idees que té el pacient sobre l'etiologia o la causa de la malaltia; i per últim, la *durada* que té a veure amb l'expectativa del pacient sobre l'evolució i el temps que durarà la malaltia.

Més endavant Lau i Hartman (1983) van agregar una cinquena dimensió anomenada *cura/control* que es refereix a fins quin punt el subjecte percep que la malaltia és receptiva al tractament.

Els autors quan parlen de *mapa* o model explicatiu es refereixen a la diversitat i complexitat d'aquests sistemes de creences (Bhui i Bhugra, 2002). Aquests *mapes* o models engloben la forma en que les persones pensen sobre sí mateixes, el món, la salut i les malalties amb l'intent de donar explicacions a les coses, les quals, al mateix temps, estan relacionades amb els conceptes culturals i les circumstàncies socials (Pacheco, 2011).

1.3. Els models antropològics versus els models mèdics

En les últimes dècades, com dèiem, s'han fet nombroses investigacions amb l'objectiu de fer explícites les diferents formes en que les persones donen sentit als símptomes i a la seva malaltia. L'estudi d'aquestes es fa des de diferents perspectives ja que la realitat d'un ve determinada per molts factors i, per tant, estan relacionades diferents disciplines (Pacheco, 2011).

En concret, en el camp de l'antropologia i la sociologia destaquen els *Models Explicatius* proposats a partir del model de Kleinman (1978) iniciat a finals dels anys setanta. L'autor proposa comprendre el sistema mèdic com un sistema cultural i, per tant, proposa abordar-lo des de les ciències socials i les antropològiques (Kleinman, 1978).

El model explicatiu de la malaltia es basa en analitzar la comprensió que té el pacient del seu estat i aquest serveix al clínic per tenir en compte el punt de vista del pacient en el seu treball (Kleinman, Eisenberg i Good, 1978; López i Guarnaccia, 2016). En termes generals, l'interès antropològic seria el patiment (*illness*) culturalment experimentat i l'interès mèdic recauria en la malaltia (*disease*) biològica episòdica.

Des de la perspectiva de la medicina busquen respostes a les preguntes i problemes que estan obligats a resoldre pragmàticament a curt termini (Gaona, 2014). En canvi, des de la investigació antropològica, l'enfocament és produir una problemàtica críticament informada i construïda a partir de preguntes clau que no sempre han estat consensuades. A més a més, cal tenir en compte que cada una de les perspectives estan ubicades en un context social de la malaltia (*sickness*) (Frankenberg, 2003).

Continuant amb els diferents models sobre els sistemes de creences i posant l'enfocament en l'àmbit de la medicina i la psicologia de la salut trobem, entre els models predominants tal i com hem esmentat, el *d'Autorregulació del Sentit Comú* proposat per Leventhal, Meyer i Nerenz (1980). Recordem que aquest últim model proposa que un estímul (un símptoma) genera tant una representació cognitiva com una representació emocional de la malaltia i una conseqüent amenaça per a la salut. Aquestes representacions guien l'establiment d'objectius de les accions i l'execució d'aquestes i, en conseqüència, l'adopció de diversos comportaments o estratègies d'afrontament (Leventhal, Meyer i Nerenz, 1980). D'aquest model se'n deriva el qüestionari Illness Perception Illness (IPQ-R).

En els últims trenta anys s'han desenvolupat instruments per valorar de forma estandaritzada la percepció que tenen les persones sobre la malaltia. Aquesta mesura és especialment rellevant en la investigació sobre l'impacte de les malalties cròniques en les persones i, a nivell clínic, s'ha suggerit que la utilització d'aquests instruments millora, també, la comunicació metge-pacient (Badia i Baro, 2001; Valderas, Ferrer, Mendivil, Garin, Rajmil, Hardman, et al., 2008).

Al ser un objecte d'estudi força novell, els conceptes teòrics i les tècniques de mesura, malgrat que han evolucionat substancialment, encara estan lluny de ser definitives (Hambleton, 2005).

2. Sistema de creences i psicopatologia

Sabem que les creences o les percepcions que es té sobre una malaltia o un trastorn és un dels factors que està íntimament lligat a l'adherència al tractament, per aquest motiu requereix d'estudis per aprofundir en les representacions de les persones donat que, en tractaments de llarga durada, es troba que l'abandonament se situa per sobre del 50% (Pacheco, 2011).

Tot i que aquests models es formulen a partir de les malalties cròniques físiques trobem estudis que apliquen dits constructes i models als trastorns mentals (Quiceno i Vinaccia, 2010; Wittman, Bolks i Hutschemaeders, 2011). I en aquest sentit, cal precisar, segons la revisió realitzada per Baines i Wittkowski (2013) no en tots els trastorns mentals les creences sobre malaltia tenen una relació directe amb l'adherència al tractament com en el trastorn bipolar i el trastorn psicòtic que

existeixen altres factors del propi trastorn, entre d'altres, que hi intervenen.

De totes maneres els autors (Quiceno i Vinaccia, 2010; Witteman, Bolks i Hutschemaeders, 2011) apunten que les creences sobre les conseqüències físiques, mentals i econòmiques que tenen els pacients de la seva malaltia afecta en la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) així com també en les respostes emocionals dels pacients.

Però per altra banda, les característiques resilients actuarien de protecció de salut mental perquè comporten el desplegament d'habilitats necessàries per afrontar l'estrès com la de buscar recolzament social (Brooks, 2008). Altres autors han plantejat que els components físics de la QVRS són més desfavorables en la mesura que passen els anys però, també apunten, que els nivells d'educació possibiliten una millor adaptació i un benestar en relació a la salut (Yanguas, 2006).

3. Sistema de creences i immigració

Segons el que hem dit en l'apartat dels models de creences, deduïm que es deriven conflictes entre els diferents sistemes mèdics o antropològics i també que existeixen diferents denominacions socials d'un model de salut o un altre a banda que també existeix un sistema de creences o model individual.

Com a conseqüència, quan es volen realitzar projectes internacionals amb el sistema mèdic occidental, donat que és el que s'ha establert com el mundialment capaç de resoldre la majoria de problemes de salut de la població independentment dels contextos socials i culturals en que es desenvolupa la malaltia, es troben importants dificultats per no considerar la cultura dels participants (Wolf, 2014). Dificultats com el rebuig i la falta d'adhesió a les pràctiques mèdiques occidentals, els conflictes de poder que es generen entre els agents tradicionals i els metges, la desarticulació de l'estructura social de la comunitat, són alguns dels elements descrits en la literatura sobre la salut internacional, especialment en països amb percentatges alts de població indígena (Alarcón, Vidal i Neira, 2003; Wolf, 2014).

Com hem comentat, el sistema de creences de la persona influeix en com la percep i, els estudis fan especial èmfasi quan es tracta de pacients amb una cultura diferent a l'autòctona (Yang i Wonpat-Borja, 2012). Els estudis suggereixen la importància de dissenyar programes específics, dins els serveis de salut mental, per emetre un diagnòstic coherent i un tractament eficaç així com millorar la satisfacció en la comunicació entre el professional de la salut i el pacient (Aichberger, Schouler-Oak, Rapp i Heinz, 2008; Martínez, Garabato i Martínez, 2004; Yang i Wonpat-Borja, 2012).

De fet, segons els autors (Alarcón, Vidal i Neira, 2003; Ellis, 2015; Qureshi i Collazos, 2006; Pérez, 2004), el desafiament per el sector sociosanitari en les pròximes dècades és crear models de salut que responguin a les expectatives materials i culturals dels pacients en un continu procés de diàleg i intercanvi cultural, com hem apuntat en el capítol de *la salut mental de l'immigrant* i en la secció de *la competència del professional de la salut*

4. Sistema de creences, immigració i psicopatologia

Les creences sobre les causes de problemes psicològics, de la mateixa manera que les causes de malaltia, com hem esmentat anteriorment, varia entre les cultures, a banda de les diferències individuals (Caplan et al., 2013; Caplan et al., 2011; Chen et al., 2015; Ellis, 2015; Lin, 2013; Tarakeshwar, 2013; Maupin i Ross, 2012; Olusesi, 2008; Wolf, 2014; Yang i Wonpat-Borja, 2012).

Alguns autors, amb l'objectiu de tenir en compte les diferències culturals, fan una classificació més àmplia de les causes sobre malaltia dividint-les en: l'estrès, les causes místiques, les metafísiques i, en societats més tradicionals, afegeixen les causes sobrenaturals (Minas, Klimidis i Tuncer, 2007; Saravanan, et al., 2007; Parry, 1984).

Un conjunt d'estudis exploren les relacions entre els diferents trastorns mentals, les percepcions que els pacients tenen sobre les causes de dits trastorns i com tracten el dolor psíquic diferents cultures (Chen, 2015; Ellis, 2015; Gitlin, et al., 2012; James, et al., 2014; Kyei, et al., 2014; Lin 2013; Olusesi, 2008; Wolf, 2014; Yang i Wonpat-Borja, 2012). Segons aquests autors, la identificació de les creences sobre la simptomatologia psiquiàtrica és important tenir-la en compte per l'èxit en la resposta al tractament, sobretot, en les cultures africanes i les asiàtiques (Kyei, et al., 2014; Yang i Wonpat-Borja, 2012) ja que, per una banda, es troben que sovint els pacients s'estimen més els tractaments tradicionals i infravaloren els serveis de salut mental i, per una altra banda, quan accepten les intervencions psicològiques i psiquiàtriques segueixen persistint les creences, costums i tradicions, les quals, s'han de tenir igualment en compte durant el procés terapèutic (Kyei, et al., 2014; Yang i Wonpat-Borja, 2012).

De fet, segons James et al. (2014) els pacients que millor compleixen i més satisfets estaven del tractament eren els que millor se sentien compresos en termes de creences sobre les causes de malaltia, de pronòstic i de tractament. Cada cultura, com hem explicat, participa d'un sistema de creences respecte la salut i la malaltia però trobem pocs estudis que posin de manifest les causes que els pacients immigrants atorguen al trastorn (Martínez, Garabato i Martínez, 2004; Minas, Klimidis i Tuncer, 2007).

L'estudi multicèntric realitzat per Franz, Salize, Lujic, Koch, Gallhofer i Jacke (2014) comparant dos grups d'immigrants (turcs i alemanys) vivint a Suècia posa de manifest que els pacients de salut mental turcs obtenen valors més alts en relació a les emocions negatives provocades per el seu trastorn psicològic, atorguen menys confiança al tractament així com el que poden fer ells per millorar el seu estat en comparació amb el grup de pacients alemanys.

Malgrat aquests resultats, que en part els expliquen per les barreres idiomàtiques i per la escassa familiaritat o accés amb el sistema sanitari, els autors conclouen que l'impacte ètnic és menor quan els immigrants associen les creences sobre la percepció de malaltia amb els trets de la personalitat. És a dir quan existeix aquesta convergència el factor ètnic disminueix en els dos grups d'immigrants.

Per últim, en un estudi qualitatiu recent amb el col·lectiu immigrant magrebí no clínic de Catalunya (Ibars, Toran, Segura, Corbella, Fernández i Arnau, 2014) posa de manifest que els subjectes consideraven que els factors de risc per emmalaltir eren el "baix estat d'ànim", el fet de "tenir preocupacions" i l'"estrès". Els participants reconeixien que les causes es trobaven en els proble-

mes laborals (no tenir feina) o familiars (tenir la família lluny). Per alguns participants de l'estudi l'alimentació també es considerava important per la salut de les persones. Per altra banda, també creien que l'aparició d'una malaltia és fruit de la decisió de la divinitat com a càstig, de la mateixa manera que també els pot protegir de les malalties. Per tant, la religió està present en el sistema de salut i de malaltia d'aquesta cultura (Ibars, Toran, Segura, Corbella, Fernández i Arnau, 2014).

5. Representacions de la salut en altres cultures

Els treballs realitzats sota una perspectiva transcultural mostren diferències significatives en la manifestació del malestar segons la cultura d'origen (Thakker i Ward, 1998). Les formes diverses de comportament i de pensament poden influir en l'expressió d'aquest malestar i prendre variacions determinades les quals no s'han d'etiquetar com a malaltia. Tampoc les creences socials, religioses o polítiques es poden considerar proves d'un trastorn mental (World Health Organization, 2001).

Depenent de cada societat la salut mental s'entén de forma diferent, el que en una cultura s'interpreta com a sa en un altre pot resultar infreqüent. Aquestes diferències són més grans quan s'analitzen situacions de forta influència psicosocial (Gracia i Lázaro, 1992).

En aquest subapartat analitzarem el sistema de creences sobre la salut i la malaltia de les cultures magrebina i romanesa, les quals són les més representatives a la comarca del Bages (veure capítol *apunts sobre el sistema sanitari*) amb la intenció de comprendre millor la simptomatologia i el significat que la cultura atorga a aquestes.

El Magrib

Les concepcions sobre la salut, malaltia i terapèutica al Marroc estan lligades a la coexistència de tradicions diverses que es barregen i de vegades inclús es confonen: la tradició islàmica inspirada en les normes alcoràniques i els *hadith*; les pràctiques de la medicina popular influïda per la medicina àrab clàssica; una tradició de creences màgiques; i la moderna introducció de la biomedicina d'origen occidental a patir del segle XIX (Casas, Collazos i Qureshi, 2009).

Tot i que és una simplificació parlar de forma general i no per regions del Magrib ens centrem, per qüestions pràctiques i de prioritats del present estudi, en els criteris més generals de les diferents concepcions de salut i de malaltia. Aclarir, però, que quan parlem del Magrib ens referim a la regió del nord d'Àfrica que comprèn: Marroc, Tunísia, Argèlia, Llívia, Sàhara Occidental i Mauritània. En canvi quan parlem del país del Marroc no distingim entre els àrabs i els *imazighen* (berbers, *sing amazight*) tot i que la diferència entre un marroquí àrab o *amazigh* ('homes lliures') no és només ètnica sinó que també implica una complexitat cultural (Casado i Valenzuela, 2007).

De totes maneres, cal tenir en compte que els *imazighen* estan dividits en grups heterogenis que habiten en diferents països del nord d'Àfrica, comparteixen unes pautes culturals comunes, un calendari propi, una bandera i una escriptura *t (h) ifinagh*. Els *imazighen* del Marroc es subdivideixen en dos grans grups: els que habiten en la zona del Rif i els que habiten en la zona de l'Atlas (Casado

i Valenzuela, 2007). Actualment, s'estima que a Catalunya, les dues terceres parts dels immigrants marroquins són d'origen *amazigh* (Valenzuela i Casado, 2007).

En el Marroc, els *imazighen* han conservat, després de la conquesta àrab i de la islamització del seu territori en el segle VII un conjunt de creences d'arrel animista. Per exemple, creuen en els *raiah*, que són persones invisibles que viuen en un món sota terra i que poden posseir a les persones. Segons aquesta creença la persona conté diversos components: el cos que consta d'una matèria dura (els ossos) i d'una matèria tova (òrgans, tendons, etc.) i d'unes substàncies (la sang, la llet materna, el semen, etc.); la ment que es faria visible a través del comportament de la persona, l'estat d'ànim o la mirada; l'ànima que seria la part vinculada a l' Islam, la que ha de seguir el camí marcat per el llibre sagrat, l' Alcorà, si vol arribar a la Glòria. És la part immortal de la persona: el jo (*ego*) es veu a partir de la voluntat de l'individu (Casado i Valenzuela, 2007).

En el cos existeixen portes d'entrada i sortida que comuniquen l'interior amb l'exterior i són utilitzades, no només per extreure de l'interior de la persona el dolor o el mal, sinó per fer entrar qualsevol substància o element curatiu. Aquestes portes són les palmes de les mans i les dels peus, la boca, els orificis nasals, les orelles o la vagina. Tanmateix, també poden penetrar a través d'aquestes *els raiah* i els *djinn* per posseir la persona. Els *djinn* o *jin* remetent tant als genis com als esperits malignes que es mencionen en l'Alcorà i que estan molt presents en el folklore i les creences animistes, pre-islàmiques, de moltes societats (Casas, Collazos i Qureshi, 2009; Casado i Valenzuela, 2007).

Tradicionalment el poble àrab ha sigut un poble emigrant i el poble magrebí nòmada pel que la seva cultura està molt arrelada al viatge, a la peregrinació. Per aquest motiu el viatger, el peregrí o el que migra és sempre ben rebut, sempre té un lloc i se li ofereix aigua i hospitalitat. El poble magrebí dóna molta importància a la pertinença al grup, per tant, la persona no s'ha d'entendre com un individu aïllat sinó com un membre d'un grup social i familiar molt més ampli. Aquest factor vertebrava els factors que poden emmalaltir la persona (per exemple els conflictes familiars) i com s'organitza el grup per la cura dels malalts. Tot i que per comprendre el concepte de salut i de malaltia és a partir del concepte que hem comentat de persona, aquesta, es donaria quan els quatre components de la persona estan en equilibri i la malaltia es donaria quan qualsevol dels components s'altera o surt dels paràmetres del que es considera normalitat (Valenzuela i Casado, 2007).

Dues de les causes principals que desequilibren la persona són els ensurts o *anajrih* que es donen quan la persona està en contacte amb l'aigua, la sang o la carn fresca i se li dóna una mala notícia o també quan viu un fet traumàtic; i l'altra causa són les possessions dels *djinn* o els *raiah* o els *jnouns* (al Marroc), les quals es poden donar quan es fa enfadar a un d'aquests éssers o quan la persona es troba en una situació de vulnerabilitat, és a dir quan sent una emoció de forma extrema (ràbia, alegria, tristesa o por) o quan ha patit un ensurt i el seu cos ha quedat en un estat de debilitat. Aquests éssers, com hem comentat, estan reconeguts en l'Alcorà, on descriu que conviuen amb els éssers humans i s'apoderen de les persones (Quintanilla et al., 2009). Altres causes per contraure una malaltia són: la voluntat d'Alà, el mal d'ull, la bruixeria, el fred o altres causes com l'edat, els traumatismes o els accidents. A més a més, es pot emmalaltir quan no es respecten els preceptes alcorànics o quan es descuiden les relacions familiars o socials. Depenent de cada una d'aquestes causes, de les diferents afectacions, la gravetat, entre d'altres, es triarà un o varis sistemes de cura (Casas, Collazos i Qureshi, 2009; Moussaoui, 2007; Valenzuela i Casado, 2007).

Rarament una persona magrebí anirà a la consulta mèdica per problemes psíquics, el que sol fer és buscar la curació per altres mitjans tradicionals així com peregrinar, visitar sants, entre d'altres. Creuen que la malaltia mental no té cura amb medicaments ja que consideren que està relacionada amb el fenomen de la possessió i l'encanteri (Quintanilla et al., 2009). Per altres tipus de dolences el pacient immigrant marroquí sol esperar i aguantar el dolor per diferents qüestions: perquè si estan treballant no volen demanar permís per anar al metge ja que estan aquí fonamentalment per treballar i tenen una família per mantenir al Marroc, per altra banda, no estan acostumats a un servei sanitari públic com el d'aquí i perquè els medicaments els associen a elements químics que no són saludables i s'estimen més els remeis naturals de la seva cultura, exceptuant, els dolors o malalties agudes que aleshores segueixen la prescripció farmacològica del metge o directament van a la farmàcia a buscar un remei (Gentil, 2002).

Partim de la base que l'immigrant té el recurs de la força física per treballar i aquesta també compensa les limitacions de l'idioma i el desconeixement cultural (Moussaoui, 2007). Quan aquesta es debilita o es perd causa una intensa ansietat en el subjecte donat que es veu molt limitat. En aquests casos el pacient magrebí tendeix a somatitzar més en un quadre de depressió o trastorn d'ansietat com hem vist en l'apartat de *simptomatologia somàtica*. Un altre símptoma que es viu de forma molt ansiògena és la disminució de la libido. Aquest fet ens porta a un problema d'identitat donat que en la societat tradicional magrebí hi ha una polarització sexual extrema. Dins de la família, els pares tenen molt prestigi, especialment els homes, d'aquí que els ancians siguin molt respectats. Quan els pares moren o són absents per diferents motius, els fills grans són les figures de referència per a la resta del grup (Casas, Collazos i Qureshi, 2009).

Les explicacions sobre les causes de malaltia, quan aquestes són verbalitzades, sovint són per factors externs siguin sota la forma màgic-religiosa com la possessió dels *djinn*s, com hem comentat, o sota una projecció sovint persecutòria en relació amb l'entorn, com el mal d'ull, l'enverinament o la bruixeria. Tant s'atribueixen aquestes causes a malalties somàtiques com pot ser una fractura de cama o un mal de queixal com també per un trencament de parella o una fallida econòmica (Moussaoui, 2007; Casas, Collazos i Qureshi, 2009). Les pràctiques curatives tradicionals per les dolences somàtiques i els trastorns mentals són àmplies tant en l'entorn rural com en les zones perifèriques de les ciutats que han rebut migració dels pobles a la ciutat. És habitual en les famílies visitar el *fqih*, els herbolaris i altres figures del sistema sanitari tradicional.

Com hem comentat en els sectors rurals del Magrib conviuen tant la medicina convencional com la tradicional de caire màgic-religiosa. El poble té confiança en la medicina popular, sovint, més que la medicina moderna, a banda que no està a l'abast de tothom com hem esmentat en l'apartat del *sistema sanitari del Magrib* (Moussaoui, 2007).

La medicina tradicional es vertebrava en diferents pràctiques i figures. Els curanderos solen ser persones grans que han acumulat coneixements sobre les plantes medicinals. Aquesta saviesa es transmet de forma oral i les fórmules més comunes estan ben extenses entre la població general. Els sants, els descendents del Profeta (tant siguin vius o morts) són persones amb *baraka*, és a dir, portadores d'un poder de benedicció. Aquests sants tenen la facultat de provocar miracles de naturalesa protectora o punitiva. Cada sant té unes virtuts pròpies i cada grup social té els seus propis sants organitzats amb el que anomenen les confraries (*gnaoua*). Una de les pràctiques comunes per les *gnaoua* és la dansa ritual citant parts de l'Alcorà per un *fquih* per treure el *Djinn* i curar les

malalties causades per aquest (Quintanilla, 2009; Casas, Collazos i Qureshi, 2009).

El *fquih* és un personatge religiós, coneixedor de l'Alcorà, un home amb saber i habilitat per aplicar preceptes religiosos, elaborar talismans, interpretar somnis i fer astrologia. Gran part del poder del *fquih* està lligat a la possessió del Verb que converteix en fórmules i escrits elaborats com a talismans o per dur a terme la pràctica d'exorcismes que expulsen els mals esperits (Quintanilla, 2009).

Els sufís, se centren en la part més espiritual de la persona. Creuen que el dolor pot ser apai-vagat mitjançant la meditació i la respiració focalitzada en set punts *lata'if*. Cada un d'aquests té un color diferent i un efecte diferent sobre una malaltia específica. Els sons fonètics bàsics dels àrabs són descrits en les primeres línies de l'Alcorà. Cada lletra de l'alfabet àrab té assignada una relació entre el regne diví i el món terrenal humà. La combinació de vocals i consonants serveixen per estimular els atributs divins a través del cos recitador (Quintanilla, 2009). Per altra banda, els experts en màgia, utilitzen fórmules per a vèncer els mals que pateixen les persones (Casas, Collazos i Qureshi, 2009).

La religió, les creences sobre la malaltia i les pràctiques higièniques, entre d'altres, estan molt relacionades entre la religió majoritària de la població magrebina. Per aquest motiu fem una aproximació a l'Islam (etimològicament 'total submissió i obediència'). L'Islam, té com a objectiu sortir de l'egoisme humà per seguir el camí cap a la salvació a través del *ihitjad*, un esforç personal de reflexió, una lluita per el perfeccionament personal contra tot el que impedeix apropar-se a Déu. L'Islam anima als seus seguidors a pensar en la seva salut i preservar-la, a comprendre el propi cos i tenir-ne cura i, per tant, evitar comportaments nocius, incitant la recerca d'un remei per a curar-se quan un emmalalteix. Per el musulmà, el cos no és de la seva propietat sinó que el té en préstec, diguem-ne. En aquest sentit, la persona ha de mantenir el cos en bones condicions perquè és el vehicle del que disposa pel viatge cap a Déu (Casas, Collazos i Qureshi, 2009).

En l'Islam, es distingeix entre malalties orgàniques i malalties psicològiques, les quals allu-nyen de Déu. Les psicològiques no es viuen com un càstig sinó com l'oportunitat de fe per expiar els pecats. D'una persona malalta s'espera que sigui pacient, doncs la paciència és la meitat de la fe, i que suporti l'adversitat i per això se'l allibera d'algunes pràctiques religioses, com per exemple, no està obligada al dejuni, a les ablucions i el peregrinatge i resarà de la manera que li sigui possible (Gentil, 2002). Seguint en les creences sobre malaltia trobem un factor important per comprendre el pacient magrebí i és que la curació dependrà de Déu. Per tant, tant els metges com els remeis, només són els seus mitjans. Sobretot es té en compte, que el millor remei per a curar-se a sí mateix és la intenció, l'actitud voluntariosa de curació i la rapidesa amb la que la persona es sani dependrà del grau que tingui de fe (Casas, Collazos i Qureshi, 2009).

La persona malalta no acostuma a explicar el seu procés terapèutic o curatiu de la mateixa ma-nera no es mostra el patiment del moribund (Valenzuela i Casado, 2007) però és una obligació de tot musulmà visitar a les persones malaltes, cuidar-les i recolzar-les. La família és la que cuida del malalt, sobretot el sector femení de les famílies (Valenzuela i Casado, 2007).

Seguint el profeta Mohammed, els musulmans han d'alimentar bé el cos, sense abusos i exclo-ent la carn de porc i l'alcohol (també els medicaments que incloguin aquests components). El sentit del dejuni del mes de ramadà és espiritual i també orgànic ja que permet reequilibrar el cos dels

abusos fets (Casas, Collazos i Qureshi, 2009).

L' Islam considera que l'oració és harmonia i, per tant, és una forma superior de medicina tot i que per això no són excloents l'ús de les medicines, les herbes i els aliments. L'oració és una pràctica interna i externa, de reflexió però també d'exercici del cos amb diferents postures saludables (*rakas*) així com també té una vesant social quan es troben a la mesquita. Com ja hem apuntat, l' Alcorà es considera medicina i la seva recitació és una medicina a través de la paraula tal i com expressa el llibre sagrat (Casas, Collazos i Qureshi, 2009).

5.1. L'expressió clínica del malestar en la cultura magrebí

El que hem exposat anteriorment apunta cap a tenir en compte les construccions simbòliques culturals compartides per una comunitat en que atribueixen una interpretació etiopatogènica a un malestar psíquic i també al funcionament de l'individu (Balbo i Pis-Diez, 2007). Tanmateix es constaten manifestacions simptomàtiques diferents entre les cultures (veure apartat *Aspectes clínics de la salut mental dels immigrants*).

En el cas del col·lectiu marroquí són freqüents i múltiples tant les queixes somàtiques, com a manera més comú i generalitzada d'expressió dels problemes afectius, com els temes de caire persecutori. En canvi, les idees i sentiments de culpabilitat són infreqüents (Balbo i Pis-Diez, 2007). Per altra banda, els pacients mostren un alt nivell de preocupacions hipocondríiques, trastorns del son i problemes de sexualitat i, en menor grau, sentiments d'apatia i inhibició motora. En tots els casos la simptomatologia pròpiament depressiva major és en general bastant pobre, és rar la verbalització de l'humor depressiu. Els pacients manifesten sentiments de decepció i d'ofensa no pas d'entristiment i són més habituals els estats d'agressivitat que les inhibicions. La presentació clínica de les depressions reactives entre els homes marroquins és exterioritzada per sentiments de prejudici i frustració lligades a la pèrdua del seu prestigi o honor. En canvi, entre les dones, el símptoma més freqüent és el d'irritabilitat (Leman i Gailly, 1991).

En els països del Magrib es troben característiques clíniques comunes tant en els quadres ansiosos que es manifesten a través de queixes somàtiques i els quadres depressius, en els quals manifesten: l'astènia, el insomni, l'anorèxia, cert estat d'estupor però sense expressivitat verbal com hem comentat. Es reconeix un nombre important de quadres depressius que es presenten en forma de queixes hipocondríiques o d'estats deliroides persecutoris que adopten la característica d'una *bouffée* delirant (Leman i Gailly, 1991). Hem de tenir en compte que en els dialectes del Magrib no existeix cap paraula pròpia per expressar de forma clara un estat emocional depressiu (Balbo i Pis-Diez, 2007).

L'Europa de l'Est

L'altre grup cultural més representatiu en la comarca del Bages és el dels països de l'est d'Europa que ha augmentat molt en diferents àrees d'Espanya en els últims anys, en concret, les persones

procedents de Romania (veure el capítol 1 sobre els *moviments migratoris*).

El col·lectiu romanès no difereix massa amb l'espanyol en els àmbits culturals, d'estructura d'Estat, d'hàbits d'higiene i tampoc amb el sistema sanitari i la percepció de malaltia malgrat existeix un estigma major cap a les persones diagnosticades de trastorn mental (Quintanilla et al., 2009). S'ha de precisar que l'ètnia Rrom romanesa presenta unes característiques particulars però, a Catalunya, es concentra bàsicament en diferents barris del Barcelonès, de Tortosa i de la ciutat de Tarragona (López i Sàez, 2009).

Per aquest motiu, els romanesos quan fan ús del sistema sanitari, que en principi és baix perquè la majoria són joves i amb bones condicions de salut físiques i mentals, es familiaritzen aviat amb el sistema espanyol de salut (Quintanilla et al., 2009). Les qüestions que sovint desconeixen són les oportunitats i facilitats del sistema públic de salut demanant atenció més personalitzada per part del personal sanitari i, per aquest motiu, a vegades reproduïxen esquemes comportamentals del país d'origen com la d'intentar oferir regals o donar propines (Quintanilla et al., 2009). A nivell de gènere, són les dones les que van al metge regularment, sobretot si estan embarassades, i es responsabilitzen de la salut de la família (Quintanilla et al., 2009).

Tampoc es troben diferències importants en les creences sobre la salut i la malaltia respecte la població espanyola donat que el sistema dominant és el biomèdic (Llàzer et al., 2001). En aquest sentit, es té present la concepció del dualisme entre cos i ment, es dóna importància a la funció dels grans òrgans principals com el cor i el cervell o al funcionament general del cos.

En la mateixa línia, la concepció de la malaltia, va molt directament atribuïda a la relació entre els símptomes i la incapacitat o disfuncionalitat que provoca en el cos, la qual en termes generals, no és massa diferent de la que podríem considerar més estesa a la nostra societat. Per tant, les interpretacions sobre la salut i la malaltia no són tan diferents de la concepció general de la població autòctona, tot i que en cap cas, les creences són homogènies i uniformes en el conjunt de la societat, hi ha creences particulars (López i Sàez, 2009).

Respecte a la terapèutica, els romanesos, igual que en el seu país d'origen, acudeixen al metge per problemes comuns o més greus (Quintanilla et al., 2009) però, de la mateixa manera que en les societats occidentals, existeix una tradició popular que sovint es passa de generació a generació sobre remeis casolans com l'ús de plantes medicinals (López i Sàez, 2009).

Per últim, en quant a les creences religioses, al ser un estat laic, Romania no té una religió oficial o nacional (Nacions Unides, 2003). La majoria de la població pertany a l'església ortodoxa de Romania amb quasi el 87% tot i que l'assistència a l'església és baixa, seguit pel catolicisme romà amb un 4,7%, el protestantisme amb un 3,7% i, amb menys seguidors, les congregacions pentecostals, l'església catòlica-grega i, per últim l'islam i el judaisme (sobre un 2,4%) (Santos, 2007).

CAPÍTOL 2

JUSTIFICACIÓ, OBJECTIUS I HIPÒTESIS

Justificació de la investigació

Al llarg de la part teòrica ha quedat palès la magnitud i la rellevància del fenomen migratori en totes les seves dimensions (socials, polítiques, laborals i de salut).

En el nostre país és un fenomen relativament recent, tot i que ha evolucionat molt ràpidament equiparant-se els percentatges com d'altres països d'Europa. Aquest augment de població planteja nombrosos reptes tant sanitaris, polítics, com socials (Alba, Fernández i Martínez, 2013; Zarza, María i Sobrino Prados, 2007).

A nivell d'estudis realitzats al nostre país succeeix el mateix que amb l'arribada d'immigració. En un temps relativament breu han incrementat les investigacions per les necessitats plantejades i els reptes esmentats. Tot i així, els estudis sobre la salut mental dels immigrants en el nostre país són encara escassos i, encara més, amb pacients dels dispositius especialitzats en salut mental que, en aquesta línia, són pocs també els estudis internacionals.

Per altra banda, es posa de relleu la dificultat d'extrapolar els resultats de les investigacions en altres contextos perquè cada societat té una realitat diferent on la interacció entra la cultura predominant i les minoritàries poden ser substancialment diferent (Berry et al., 1987). En aquesta línia, es constata que els estudis mostren resultats poc homogenis, les explicacions que s'han donat són, per una banda, pels instruments emprats i, per l'altra, perquè en cada país es donen unes circumstàncies socials, polítiques, culturals i econòmiques determinades (Collazos et al., 2008; Martínez i Martínez, 2006; Navarro-Lashayas, 2014). Per tant, és necessari investigar per conèixer el perfil de les persones immigrants de cada indret i tanmateix les que arriben als serveis especialitzats de salut mental (Anagnostopoulos, Triantafyllou, Xylouris, Bakatsellos i Giannakopoulos, 2016; Bermann, 2009; Derivois, 2015; Navarro-Lashayas, 2014).

Els estudis sobre la salut mental dels immigrants relacionada amb els factors estressants del procés migratori donen resultats divergents inclús, a vegades, contradictoris com hem vist en la part teòrica (Ataca i Berry, 2008; Chen, Benet-Martínez i Bond, 2008; Hovey i Magaña, 2000; Irfaeya,

Maxwell i Krämer, 2008; Kim-Godwin i Bechtel, 2004; Matheny, Roque-Tovar i Curlette, 2008; Murphy i Mahalingam, 2004; Thomas i Choi, 2006).

En canvi, en l'estudi d'altres factors relacionats amb la salut mental, com el recolzament i xarxa social (Alfonso, 2011; Leuw, 1997; Selten et al., 2001) i el d'aferrament (Bazzazian i Besharat, 2011; Ciechanowski, et al, 2004; Westermeyer, 1989), els resultats son més convergents i per tant es pot arribar a afirmacions més homogènies. Les investigacions apunten la necessitat de realitzar estudis sobre aquestes qüestions en diferents contextos i grups culturals per ser més precisos.

Per un altre costat, els autors (Aichberger, Schouler-Oak, Rapp i Heinz, 2008; Alarcón, Vidal i Neira, 2003; Ellis, 2015; Martínez, Garabato i Martínez, 2004; Pérez, 2004; Qureshi i Collazos, 2006; Yang i Wonpat-Borja, 2012) manifesten la necessitat d'indagar en el sistema de creences dels pacients immigrants per afavorir la relació terapèutica, augmentar la satisfacció del pacient vers l'atenció assistencial, assegurar una bona adherència terapèutica i, en definitiva, augmentar la qualitat de vida del pacient.

Tot i que els pacients que entren en el circuit de la xarxa de salut mental porten un temps mínim al país, sovint no estan avesats amb el sistema de salut català, presenten barreres idiomàtiques, diferents concepcions de malaltia, diferències en la manera d'expressar els dolors ja siguin físics o psíquics i diferents patrons de comunicació (Achotegui, 2008). Totes aquestes diferències respecte la cultura autòctona poden tenir com a conseqüència com hem vist: el incompliment de visites programades, la sobreutilització dels serveis d'urgència, la poca adherència als tractaments, la baixa qualitat de vida dels pacients i la falta de participació en activitats d'educació i de promoció de la salut (Matamala i Crespo, 2004; Ouellet-Plamondon, Rousseau, Nicole i Abdel-Baki, 2015). Perquè els professionals de la salut mental tinguin més competències culturals alhora d'atendre a pacients d'altres cultures i per fer més eficaços els programes i les intervencions els autors senyalen la necessitat d'investigar sobre les esmentades qüestions (Achotegui, 2002; Balkir i Barnow, 2013; Bermann, 2009; Qureshi i Collazos, 2006).

Una de les variables que s'han estudiat en relació al vincle amb el professional de la salut i el tractament és l'estil d'aferrament com a variable predictora del compliment de visites, la qualitat en el vincle terapèutic i, per altra banda, l'ajustament psicològic dels pacients (Alfonso, 2011; Bazzazian i Besharat, 2011; Ciechanowski, et al, 2004). Però no s'han trobat estudis sobre pacients immigrants de salut mental en el nostre país.

Actualment, la tendència en la millora dels tractaments psicològics i psiquiàtrics rau en les competències culturals dels professionals i, entre altres coses relatives a les actituds pròpies del professional, és necessari el coneixement més abast sobre les diferències culturals en la presència de la simptomatologia psicològica, els tipus de creences sobre la malaltia predominants, l'estrès d'aculturació i la situació socioeconòmica dels pacients. Per tant, és necessari realitzar estudis en aquesta línia per obtenir coneixements més significatius que permetin una millor qualitat assistencial i millor distribució dels recursos.

Objectius

En aquest sentit, ens plantegem com **objectiu general** d'aquesta investigació l'estudi de la relació entre les variables clíniques i socioculturals i el seguiment clínic del compliment de visites de les persones immigrants que s'atenen en els dispositius de consulta externa de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia a Manresa.

Per tal de realitzar comparacions i precisar en els resultats s'agruparan els pacients en relació al sexe i als grups culturals més nombrosos de la comarca del Bages així com també es compararà amb la població autòctona.

Com **objectius específics** ens plantegem:

1. Descriure el perfil sociodemogràfic, cultural i clínic de les persones immigrants que s'atenen al CSMA de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia
2. Estudiar les relacions entre les variables socioculturals i clíniques mesurades.
3. Descriure l'estil d'aferrament predominant en les persones immigrants que s'atenen al CSMA de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia.
4. Identificar les creences sobre la malaltia i la qualitat de vida que tenen les persones immigrants que s'atenen al CSMA de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia del seu problema de salut mental.
5. Avaluar l'ajustament de l'estrès d'aculturació i l'adaptació social de les persones immigrants que s'atenen al CSMA de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia.
6. Identificar si existeixen els grups culturals representatius de la població immigrada (magrebins i romanesos) en l'entorn geogràfic al CSMA de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia i considerar si es troben diferències entre la cultura, el gènere i la població autòctona de salut mental en les variables estudiades.
7. Analitzar si existeixen variables clíniques mesurades amb valor explicatiu del seguiment clínic, la qualitat de vida i l'adaptació social en els dispositius de salut mental de les persones immigrants que s'atenen al CSMA de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia.

Hipòtesis

1. Les característiques sociodemogràfiques i culturals de les persones immigrades ateses als dispositius de salut mental de la Divisió de SM de la Fundació Althaia seran representatives de la població immigrada de l'àrea geogràfica d'influència de la Fundació Althaia.
2. Es trobaran més dones que homes immigrants que consulten els dispositius de salut mental.

Respecte les diferents variables estudiades:

L'aferrament

3. L'estil d'aferrament dels participants i les relacions amb la simptomatologia psicològica no diferiran del que s'observa en altres poblacions clíniques no immigrants.
 - 3.1. L'estil d'aferrament segur correlacionarà positivament amb el grau de compliment de les visites.
 - 3.2. El model de si mateix (*Self Model*) es relacionarà amb major simptomatologia psiquiàtrica i el model dels altres (*Other Model*) es relacionarà amb l'adaptació social.

La simptomatologia psicològica

4. Les àrees simptomatològiques més prevalents seran la somàtica, l'ansiosa i la depressiva.
 - 4.1. Els grups culturals identificats presentaran diferents prevalences en la simptomatologia psicològica sent la somàtica la del grup més allunyat a la cultura autòctona.
 - 4.2. Les dones mostraran una major presència de simptomatologia psicològica que els homes.
 - 4.3. La simptomatologia psicològica dels participants correlacionarà amb un major o menor compliment de visites.

Les creences sobre malaltia

5. La causa percebuda de malaltia predominant serà l'estrès
 - 5.1. La confiança en el tractament (dimensió de control del tractament) correlacionarà amb el compliment de visites.
 - 5.2. Existiran diferències significatives entre sexes en relació a les dimensions sobre les creences de malaltia i llurs causes, les dones puntuaran més alt en les dimensions de les creences i els homes identificaran com a causa les addiccions.
 - 5.3. S'evidenciaran diferències culturals significatives en les causes de la malaltia sent l'estrès la més elevada en el grup cultural més similar a l'autòcton.

La qualitat de vida (QV)

6. La qualitat de vida dels participants serà similar entre els grups culturals majoritaris i la del grup de pacients de salut mental autòcton.
7. La presència de simptomatologia psicològica es relacionarà amb menys satisfacció per l'estat de salut i amb algunes de les variables sociodemogràfiques dels immigrants.
 - 7.1. La percepció sobre la qualitat de vida de les relacions socials dels pacients immigrants es relacionarà positivament amb l'adaptació social.
 - 7.2. La percepció sobre la qualitat de vida psicològica dels pacients es relacionarà negativament amb l'estrès d'aculturació.

L'estrès d'aculturació i el funcionament social

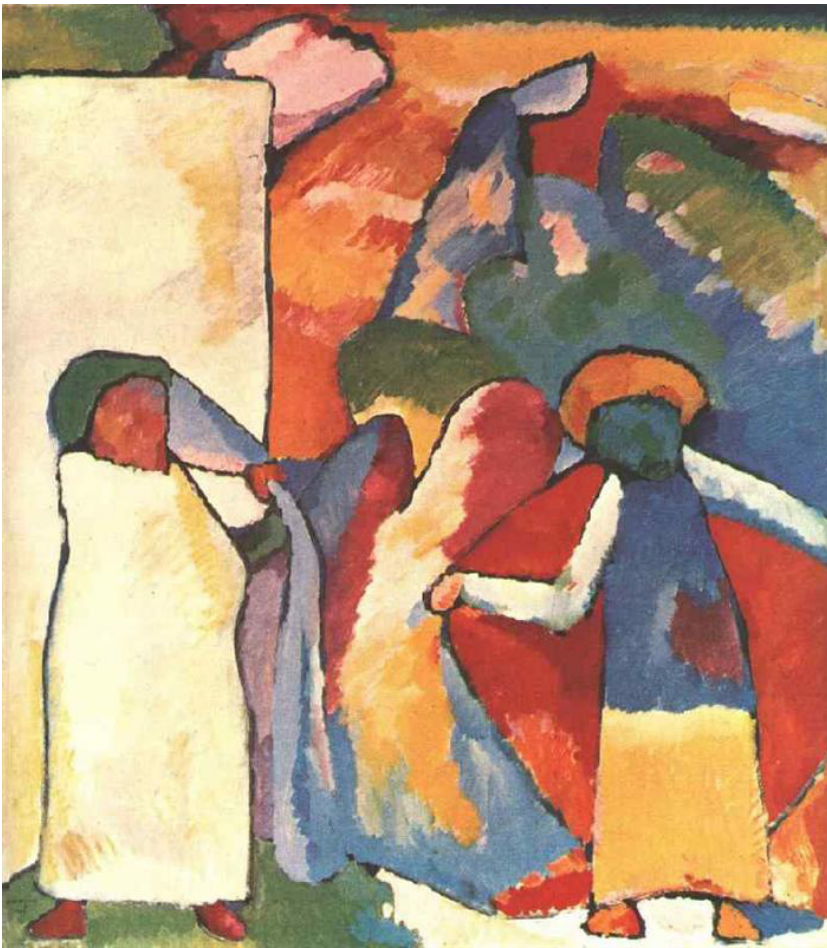
8. Existirà relació negativa entre l'adaptació social i la simptomatologia psicològica en els pacients immigrants.
9. Major nivell d'estrès d'aculturació es relacionarà amb un menor nivell d'adaptació social en els pacients immigrants.
 - 9.1. Com més xarxa social tinguin els participants, millor serà llur adaptació social.
10. L'estrès d'aculturació es relacionarà amb les causes i les dimensions de les creences sobre la malaltia dels pacients immigrants.
11. Les àrees de la simptomatologia somàtica i la ideació paranoide seran majors en els pacients marroquins que en els pacients d'altres cultures
12. El factor de control personal de les creences de la malaltia (poder fer alguna cosa per millorar l'estat de salut) serà major en pacients de l'est d'Europa que en els pacients marroquins.

Respecte l'estudi sobre les variables explicatives

13. Les variables explicatives del compliment de visites seran l'estil d'aferrament segur, un alt nivell de simptomatologia clínica depressiva i ansiosa, la nostàlgia, el factor de control personal, la percepció de la durada de la malaltia, i la qualitat de vida física i psicològica.
 - 13.1. Existiran diferències en el compliment de visites segons el grup cultural. El grup de països de l'est complirà millor que el del Marroc.
 - 13.2. Existiran diferències en el compliment de visites entre el grup de pacients immigrants i el grup de pacients autòctons. El grup de pacients autòctons seguirà millor les visites programades el grup d'immigrants.

Aquest estudi pretén aportar elements per formular un model explicatiu de la qualitat de vida, l'adaptació social i les creences sobre la malaltia.

PART EMPÍRICA



Vasili Kandisky. Improvisation 6- African

CAPÍTOL 3

MÈTODE

En aquest capítol es presenta el marc metodològic de la investigació on es descriuen les característiques dels participants, els instruments de mesura administrats, el procediment de la investigació seguit i, per últim, l'anàlisi estadístic emprat.

1.TIPUS DE DISSENY

Es realitza l'estudi amb un disseny transversal prospectiu d'una sola fase amb un seguiment del compliment de visites als 6 mesos.

2.PARTICIPANTS

La població objecte d'estudi per la present investigació està constituïda per persones adultes estrangeres que han immigrat al nostre país. Els criteris d'inclusió a la mostra de l'estudi van ser els següents:

□ *Criteris d'inclusió:*

- Tenir una edat entre els 18 i 65 anys.
- Essent atesos per la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia de Manresa.
- Que fes com a mínim 9 mesos que visquessin a Catalunya o Espanya

□ *Criteris d'exclusió:*

- La tercera generació d'immigrants, és a dir, que els seus pares ja haguessin nascut a

Catalunya o Espanya.

- Que hi hagués barrera idiomàtica.
- Que presentés un retard mental que dificultés la comprensió dels qüestionaris.
- No voler signar el consentiment informat.

La selecció de la mostra es fa fer per mostreig incidental. Tots els pacients que tenien visita concertada entre el període de l'1 de febrer de 2012 fins el 30 de juliol de 2013 i complissin els criteris d'inclusió al Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) de Manresa gestionat per la Fundació Althaia van ser reclutats per a l'estudi. La grandària de la mostra fou de $N=59$ participants, un 60% dones i un 40% homes. La mitjana d'edat del conjunt de la mostra va ser de 37,25 anys (*DE 9,99*), la de les dones 35,28 (*DE 8,50*) i la dels homes 40,21 (*DE 11,44*).

Per realitzar les comparacions entre els grups culturals més nombrosos es va prendre, per una banda, la nacionalitat Marroquí (21 dones i 18 homes), i per l'altra, es van agrupar les nacionalitats dels anomenats Països de l'Est d'Europa (Romania, República Moldava, Bulgària i Polònia) més Lituània i Armènia (14 dones i 5 homes). En total la *n* va ser de 59 participants.

Amb el propòsit de comparar el compliment de visites, la qualitat de vida i l'adaptació social entre la població immigrant i l'autòctona es va realitzar un grup d'aparellament per edat, sexe i diagnòstic psiquiàtric i es van seleccionar aquells pacients autòctons que en la seva història clínica tenien els resultats dels qüestionaris WHOQOL (QV) i SASS (adaptació social). Aquest grup es va compondre de 59 persones no immigrades amb les mateixes proporcions d'edat, sexe i diagnòstic que el grup d'immigrants.

La Fundació Althaia

La Fundació Althaia és la xarxa assistencial de salut que tenen de referència 260.000 habitants procedents de les comarques del Bages, el Solsonès, el Berguedà i la Cerdanya (Fundació Althaia, 2014).

La Fundació es va constituir l'any 2002 a partir de la fusió de la Fundació Centre Hospitalari i Cardiològic i de la Fundació Hospital General de Manresa les quals gestionaven els diferents hospitals de la ciutat de Manresa. Actualment, està regida pels següents organismes: l'Ajuntament de Manresa, la Fundació Catalunya-La Pedrera i la Generalitat de Catalunya.

A més d'oferir l'atenció primària i diferents especialitats com la medicina de l'esport i la salut mental, també és una institució universitària que forma estudiants del grau de medicina i d'infermeria de diferents universitats.

Pel que fa al nombre d'actuacions assistencials, anualment s'atenen més de 26.000 ingressos de pacients i es fan 20.000 intervencions quirúrgiques. Es realitzen unes 360.000 consultes externes i atenen unes 130.000 urgències, de les quals, unes 3.000 són de salut mental (Fundació Althaia, 2014). En el present estudi només es tenen en compte les visites programades.

3. INSTRUMENTS

Es va du a terme una entrevista semi-estructurada a cada un dels participants de l'estudi per recollir les dades sociodemogràfiques (veure Annex III) i es va administrar una bateria de 6 qüestionaris validats en la població espanyola.

Taula 16. *Relació entre els objectius i instruments de mesura*

OBJECTIUS	INSTRUMENTS DE MESURA
Perfil sociodemogràfic dels immigrants atesos als dispositius de salut mental	Entrevista semiestructurada
Descriure els estils d'aferrament predominants dels pacients immigrants	RQ (Bartholomew i Horowitz, 1991)
Descriure la simptomatologia clínica	SA-45(Sandin, Valiente, Chorot, SantediLostao, 2008)
Anàlitzar les percepcions de la malaltia	IPQ-R (Moss-Morriss et al., 2002)
Estimar la qualitat de vida dels pacients	WHOQOL-Bref (WHOQOL group, 1997)
Avaluar l'estrès d'aculturació	BISS (Tomas-Sabado, Qureshi, AntoniniCollazos, 2007)
Determinar l'adaptació social dels pacients	SASS (Bose, Dubini i Polin, 1997)
Estudiar les relacions entre les diferents variables	Entrevista semiestructurada, RQ, SA-45, IPQ-R, WHOQOL-bref, BISS, SASS
Determinar si hi ha diferències significatives entre sexe i grups culturals	Id
Estudiar la comparació grup immigrant i autòcton	Id i provider

3.1. Entrevista semiestructurada

El model d'entrevista semiestructurada per recollir les dades sociodemogràfiques es va prendre d'un model que ja s'havia utilitzat per la Fundació Althaia (Fundació que gestiona els serveis de salut mental de diferents comarques de Catalunya, entre elles, la del Bages) per altres recerques. Es va modificar algun ítem o opció de resposta per adaptar-la a les necessitats de la població diana.

Les variables sociodemogràfiques que es van obtenir per a fer l'estudi van ser les relacionades amb l'edat, el sexe, la nacionalitat, la llengua materna, la documentació espanyola, el tipus de religió, la xarxa social, l'estat civil, el nombre de fills, el nivell d'estudis, el canvi d'estatus socioeconòmic entre el seu país i el d'acolliment. El tipus d'ocupació laboral, el nivell de necessitats cobertes, el nivell d'ingressos mensuals i si ha acudit a terapeutes tradicionals. Tant el diagnòstic clínic com el tipus d'atenció assistencial es van obtenir per la història clínica del subjecte facilitada per la Fundació Althaia. Per tant, el diagnòstic clínic estava realitzat pel psiquiatra de referència i, com tots els centres de salut pública catalans, es pren el manual de diagnòstic dels trastorns mentals CIE-10, manual editat per la OMS (Organització Mundial de la Salut).

Pel que fa al idioma, tot i que es va considerar com a criteri d'exclusió la barrera idiomàtica, es va tenir en compte el nivell d'idioma i la importància cultural (comunicacions verbals i no verbals, aspectes formals) que influenciaven en l'entrevista. La valoració d'aquesta va ser subjectiva per

part de l'avaluadora.

3.2. Relationship Questionnaire (RQ)

El *Relationship Questionnaire* (RQ, Bartholomew i Horowitz, 1991) és un instrument de mesura adaptat al *model d'aferrament* desenvolupat per Hazan i Shaver (1987). Consisteix en quatre descripcions prototípiques dels quatre estils d'aferrament (*segur, preocupat, rebutjant i temorenc*) de tres o quatre frases cadascuna. Les preguntes es presenten tant de forma categòrica (una d'elles) com utilitzant les escales de puntuació tipus Likert de set punts (les quatre preguntes restants), on 1 significa “total desacord” i 7 “totalment d'acord”. Per tant, es poden obtenir puntuacions contínues o categòriques. Les puntuacions contínues permeten avaluar les diferències individuals de forma més precisa, és a dir, persones classificades en el mateix estil d'aferrament poden diferenciar-se en la intensitat de les valoracions. Per obtenir una puntuació categòrica de l'aferrament el subjecte selecciona el paràgraf que millor el descriu entre els quatre estils d'aferrament (*segur, preocupat, rebutjant, temorenc*). Es demana als participants que valorin cada un dels paràgrafs i, a la vegada, que escullin l'estil d'aferrament que millor s'ajusti a la seva persona.

Aquest instrument permet també una estimació del subjecte respecte a les dues dimensions d'*ansietat* (*Model Self*/model de si mateix) i *evitació* (*Model Other*/model dels altres). La puntuació en la dimensió d'ansietat (veure Figura 9) correspon a la suma de les puntuacions obtingudes en els estils que reflecteixen una alta ansietat cap a les relacions (*temorenc* i *preocupat*). En aquesta, es resta la suma de les puntuacions obtingudes en els estils que reflecteixen una baixa ansietat cap a les relacions (*segur* i *rebutjant*). La puntuació en la dimensió d'evitació, per la seva banda, correspon a la suma de les puntuacions obtingudes en els estils que reflecteixen un alt nivell d'evitació de les relacions (*rebutjant* i *temorenc*) a la que es resta la suma de les puntuacions obtingudes en els estils que reflecteixen un nivell baix d'evitació de les relacions (*segur* i *preocupat*).

“Model de si mateix”= (segur + rebutjant) – (preocupat + temorenc)

“Model dels altres”= (segur + preocupat) – (segur + rebutjant)

“Ansietat”= (preocupat + temorenc) – (segur + rebutjant)

“Evitació”= (rebutjant + temorenc) – (segur + preocupat)

Figura 9. Fórmules per obtenir les puntuacions de les dimensions

Font: adaptació Alonso-Arbiol (2000)

El RQ està redactat de forma general perquè es tingui en compte tant les relacions de proximitat, les orientacions per les relacions romàntiques com per una relació íntima concreta o una

combinació de totes elles. En la Taula 4 (veure apartat de l'*Aferrament*) podem observar la relació entre els estils d'aferrament i les característiques de les diferents dimensions.

Alonso-Arbiol (2000) va realitzar l'adaptació al castellà. El qüestionari té propietats psicomètriques adequades de test-retest (al voltant de 0,50) al llarg de 8 mesos i la consistència interna del constructe és de 0,35 segons l'índex de *kappa* (k), en diferents contextos, tant en la versió original com en l'adaptació al castellà.

Scharfe i Bartholomew (1994), en el seu estudi sobre la fiabilitat i la validesa del RQ, senyalen una fiabilitat i consistència interna de les subescales que va des de 0,49, la més baixa a 0,71 la més alta. A més, la classificació dels estils d'aferrament mostren una bona validesa convergent. En l'estudi d'Alonso-Albiol (2000) la distribució dels estils d'aferrament de la mostra eren similars als valors de les quatre dimensions d'aferrament trobats en els estudis que utilitzen la versió anglesa en població no clínica: segur 44,2%, rebutjant 16,5%, preocupat: 22,2% i temorenc 17%. En un altre estudi amb una mostra no clínica espanyola es troben valors semblants (Yárnoz et al., 2001): segur: 43,2%, rebutjant: 15,3%, preocupat: 24,6% i temorenc: 16,9%.

En l'anàlisi factorial es van ressaltar dos factors que representaven el 31,5 de la variància: el primer factor, el d'*evitació*, era idèntic al factor evitació de la versió anglesa original i, el segon factor, el d'*ansietat* era similar al factor d'ansietat de la versió original (Bartholomew, 1990) i de la mateixa manera que en aquesta van resultar independents ($r = -0,01$) (Moreno, 2009; Romero Escobar, 1999, Yárnoz et al., 2001; Yárnoz i Comino, 2011).

Tot i que hi ha altres qüestionaris que avaluen l'aferrament adult, s'utilitza el RQ per la brevetat i perquè s'ha utilitzat en nombroses investigacions i ha demostrat ser útil en l'examen de les relacions entre els models interns actius de l'aferrament i els criteris culturals externs (Griffin i Bartholomew, 1994a).

3.3. Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)

El *Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45 de Davison et al., 1997) és un instrument autoinforme de símptomes psicopatològics de 45 ítems derivat del SCL-90. Avalua, al igual que la versió completa, nou dimensions psicopatològiques: *la somatització, l'obsessió-compulsió, la sensibilitat interpersonal, la depressió, l'ansietat, l'hostilitat, l'ansietat fòbica, la ideació paranoide i el psicoticisme*.

Utilitzem la versió breu adaptada i millorada a l'espanyol (Sandín et al., 2008). La validació de la versió espanyola del qüestionari es recolza en una estructura de nou factors que corresponen a les nou escales proposades originalment.

Els coeficients alfa de Cronbach mostren una bona consistència interna del qüestionari sent la majoria igual o superior a 0,95. Només l'escala de *psicoticisme* va presentar un valor inferior a 0,70, per tant, va obtenir una consistència lleugerament baixa. Com en la versió anglesa del qüestionari, el coeficient més alt correspon a l'escala de *depressió* i el més baix a la de *psicoticisme* (Sandín et al., 2008).

Les correlacions ítem-escala tendeixen a ser entre moderades i altes, el que suggereix que els elements representen, apropiadament, a les escales corresponents. Les correlacions entre les escales varien entre 0,73 i 0,39; les correlacions més altes corresponen a les escales més consistents factorialment. L'escala que obté correlacions més elevades és l'escala de sensibilitat interpersonal (amb *ideació paranoide*= 0,73 i amb *depressió*= 0,72). Les correlacions més baixes són per l'escala d'*ansietat fòbica* (amb *hostilitat*= 0,39 i amb *psicoticisme*= 0,42) (Sandín et al., 2008).

El subjecte ha d'indicar quant ha estat present cada un dels símptomes (representats pels 45 ítems) durant la última setmana segons una escala de Likert on el 0 indica "res en absolut" i el 4 "molt o extremadament".

Les puntuacions en cada escala s'obtenen sumant les puntuacions assignades a cada un dels ítems que la componen (rang: 0-20).

Les nou dimensions de símptomes es van definir sobre la base de criteris clínics, racionals i empírics (Davison et al., 1997). Les quals avaluen:

1. Somatitzacions: fa referència a la presència de malestars que la persona percep relacionats amb diferents disfuncions corporals (cardiovasculars, gastrointestinals, respiratòries).
2. Obsessions i compulsions: inclou símptomes que s'identifiquen amb la síndrome clínica del mateix nom (pensaments, accions i impulsos que són viscuts com impossibles d'evitar o no desitjats).
3. Sensibilitat interpersonal: detecta la presència de sentiments d'inferioritat i inadequació, en especial quan la persona es compara amb els seus iguals.
4. Depressió: els ítems que formen aquesta subescala representen una mostra representativa de les principals manifestacions clíniques d'un trastorn de tipus depressiu: estat d'ànim disfòric, falta de motivació, poca energia vital, sentiments de desesperança i ideacions suïcides.
5. Ansietat: la presència dels signes generals d'ansietats tals com nerviosisme, tensió, atacs de pànic, pors.
6. Hostilitat: Aquesta dimensió fa referència als pensaments, sentiments i accions característics en l'enuig.
7. Ansietat fòbica: avalua la resposta persistent de por (a persones específiques, llocs, objectes, situacions) que és en sí mateixa irracional i desproporcionada en relació amb l'estímul que la provoca.
8. Ideació paranoide: avalua desordres del pensament com pensaments projectius, suspicàcia i temor a la pèrdua d'autonomia.
9. Psicoticisme: l'avaluació inclou símptomes referits a estats de solitud, estil de vida esquizoide, al·lucinacions i control del pensament.

3.4. Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)

El *Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) va ser desenvolupat per Moss-Morris et al. (2002) amb una mostra de pacients amb malaltia crònica. La versió original està composta per tres seccions: *identitat* (síntomes), *opinió sobre la malaltia* (control personal, control del tractament, durada, curs, conseqüències, representacions emocionals i coherència de la malaltia) i les *causes de malaltia*. Els autors sostenen que aquestes dimensions no s'haurien de considerar com universals i, per tant, animen als investigadors que modifiquin l'escala causal (els símptomes) per tal d'adaptar-se a les malalties, entorns culturals o poblacions en particular. En aquest estudi no s'han modificat les dimensions de la versió estàndar i no s'ha utilitzat la pregunta qualitativa d'acord amb la literatura consultada.

La *identitat* està composta per variables que identifiquen la presència o absència d'una malaltia, pot referir-se al nom o etiqueta d'una malaltia i a signes o símptomes concrets de la mateixa; les *conseqüències*, es refereix a la percepció dels pacients cap a les implicacions físiques, socials i econòmiques que tindrà la malaltia, així com a les reaccions emocionals que podran sorgir com conseqüències de les mateixes; les *causes* fa referència a les idees que té el pacient sobre l'etiologia o la causa de la malaltia; la *duració* és relativa a les expectatives que té el pacient sobre l'evolució i el temps que durarà la malaltia; i el *control* fa referència a fins a quin punt es percep que la malaltia és receptiva al tractament.

La combinació d'aquests cinc factors donaria com a resultat la representació de tres models dominants de malaltia.

1. *Model de malaltia aguda*: es concep com malaltia causada per factors molt concrets, com un virus, amb una durada curta i amb conseqüències només a curt termini.
2. *Model de malaltia crònica*: causada per múltiples factors, entre els quals s'inclouen hàbits i estils de vida inapropiats, el curs és de llarga durada i produeix greus conseqüències.
3. *Models de malaltia cíclica*: caracteritzada per períodes alternatius simptomàtics i asimptomàtics.

La validació espanyola del instrument és aplicable a diferents malalties i coincideix amb les propietats psicomètriques de l'original pel que s'han conservat la majoria dels ítems (Pacheco, 2011).

El IPQ-R *general* (representació emocional, durada, durada cíclica, conseqüències, control personal, control tractament) va mostrar una consistència interna adequada, amb valors alfa de Cronbach d'entre 0,50 i 0,80 (Pacheco, 2011).

Les diferents dimensions de la secció de *causes* mostraven una consistència interna adequada amb valors alfa de Cronbach entre 0,60 a 0,76, excepte la causa per factors externs que era baixa, amb un 0,39.

Les dimensions de somatització i d'identitat van mostrar valors alfa bastant alts de consistència interna 0,81 i 0,80 respectivament.

El model planteja que les dimensions no són completament independents i encara que intenta explorar un model general per explicar la representació de les malalties, s'observa que depenent de la malaltia, algunes dimensions poden ser més o menys rellevants, fins i tot algunes es poden unificar (Pacheco, 2011). Les correlacions entre dimensions mostraven associacions entre les *representacions emocionals-conseqüències*, *duració A/C* (aguda/crònica) i *duració cíclica* per una banda i *control del tractament* i *control personal* per una altra. Aquestes relacions entre les dimensions estan d'acord amb el model teòric, la validació del instrument original i altres estudis (Pacheco, 2011; Quiceno, 2010).

Tot i que és un qüestionari aplicat a diferents malalties cròniques, en menys proporció s'ha utilitzat en estudis amb mostres poblacionals de salut mental, a pacients amb diagnòstic d'esquizofrènia, depressió, anorèxia nerviosa o trastorns de la conducta alimentària (Quiceno, 2010).

En el moment de la recollida de dades, no hi havia una versió específica del IPQ-R en salut mental general validada a la població espanyola (hi ha una versió específica pel trastorn del comportament alimentari i els seus familiars de Quiles et al., 2007) fet pel qual utilitzem la validació espanyola del IPQ-R general de malaltia crònica (Pacheco-Huergo, 2007). En la literatura revisada d'aquest qüestionari i la salut mental no s'utilitza les preguntes qualitatives pel que tampoc es fa en el present treball (Fiona, Barrowcolugh i Jones, 2005; Baines, Anja i Wittkowski, 2012).

La primera subescala del test és la d'*identitat* com hem comentat, la qual es pregunta a l'individu si ha experimentat aquests símptomes des de que pateix la malaltia o trastorn utilitzant un format de resposta dicotòmica SI/NO (la puntuació dels "si" constitueix una puntuació de *somatització*). Després, en aquells símptomes que hagin senyalat "si" se'ls pregunta si "creuen que aquests símptomes estan relacionats amb la malaltia" contestant amb el mateix format. La suma dels "si" constitueix la puntuació en la subescala d'*identitat*.

El següent apartat del qüestionari, correspon a les subescales de: *duració*, *control*, *curació*, *conseqüències*, *duració cíclica*, *coherència* i *representació emocional*, les quals estan composades per 38 ítems que es contesten en una escala tipus Likert de 5 punts (rang de 0 a 4): totalment en desacord, en desacord, indiferent, d'acord i totalment d'acord:

- Durada: una alta puntuació denota una durada crònica.
- Durada cíclica: períodes simptomàtics alterns amb períodes asimptomàtics. Una alta puntuació denota una durada cíclica.
- Conseqüències: el impacte que té la malaltia pel treball, les relacions familiars i relacions socials. Una alta puntuació denota una percepció de greus conseqüències.
- Control personal: una alta puntuació denota confiança en el que pot fer la persona per millorar la seva malaltia.
- Control del tractament: les puntuacions altes denoten confiança en que el tractament els pot ajudar.

- Coherència de malaltia: una alta puntuació en aquesta subescala denota no tenir una comprensió global de la seu problema.
- Representació emocional: una alta puntuació denota importants respostes emocionals negatives com a resultat del seu problema.

3.5. World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref)

El qüestionari *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Bref), és una versió reduïda de la versió completa WHOQOL-100 (WHOQOL group, 1997). El mètode de mesura va ser desenvolupat de forma cooperativa i simultània en diversos centres incloent: països amb diferents nivells d'industrialització, disponibilitat de serveis de salut, importància de la família i les religions dominants, entre d'altres, amb la finalitat de desenvolupar un instrument capaç de mesurar la qualitat de vida subjectiva de la persona segons una perspectiva transcultural.

Les dues versions tenen una bona validesa discriminant i de contingut i una adequada fiabilitat test-retest la qual també la trobem en la versió espanyola (Lucas, 1998). En la validació dels instruments a Espanya es van incloure subjectes de la població general, pacients ambulatoris així com pacients psiquiàtrics i llurs cuidadors (Lucas, 1998).

Els valors alfa de Cronbach pels diversos factors són: físic= 0,72; ambiental=0,75; psicològic= 0,74; social= 0,67. D'altra banda, les puntuacions en les àrees del WHOQOL-Bref es correlacionen amb un quocient de 0,9 amb les del WHOQOL-100 (Lucas, 1998).

Estructuralment, es compona de quatre dominis o dimensions (*la salut física, les funcions psicològiques, les relacions socials i l'entorn*) i de dues preguntes globals sobre la qualitat de vida general i la salut general.

1. Domini físic: dolor i malestar, dependència de medicació o tractament, energia i fatiga, mobilitat, son i descans, activitat quotidiana, capacitat de treball.
2. Domini psicològic: sentiment positiu, espiritualitat/religió/creences personals, pensament/aprenentatge/memòria/concentració, imatge corporal i aparença, autoestima, sentiments negatius.
3. Relacions socials: relacions personals, activitat sexual, suport social
4. Medi ambient: seguretat física i protecció, entorn físic, recursos econòmics, oportunitats per l'adquisició d'informació/habilitats, llar, oci i descans, atenció sanitària i social i transport.

La versió reduïda, emprada en aquest estudi, consta de 26 ítems els quals es contesten segons quatre tipus d'escala de respostes: intensitat, capacitat, freqüència i avaluació, tenint totes elles una graduació de cinc nivells segons una escala tipus Likert de l'1 al 5 considerant l'1 com a "res" i el 5 com "totalment". Es pregunta al subjecte que pensi sobre la seva vida durant les 4 últimes setmanes. Hi ha ítems que es converteixen en puntuacions directes i altres que s'han de

recodificar. De totes maneres, no existeixen valors de tall proposats, com més elevada la puntuació millor qualitat de vida tant en els dominis com en les dues preguntes generals.

El instrument no admet una puntuació total de la qualitat de vida ja que es considera que la qualitat de vida és un constructe multidimensional, sent cada dimensió o domini puntuat de forma independent. En contrapartida s'introdueixen dues preguntes generals com hem esmentat, que també es consideren separadament.

3.6. Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS)

El qüestionari *Social Adaptation Self-Evaluation Scale* (SASS) va ser dissenyat (Bosc, Dubini i Polin, 1997) per avaluar la perspectiva de l'individu sobre sí mateix i el seu entorn així com la seva conducta i motivació social i valorar-ne el seu grau d'ajustament.

L'escala consta de 21 ítems els quals exploren el funcionament de l'individu en diferents àrees: *treball, família, oci, relacions socials i motivació/interessos*. La puntuació total s'obté mitjançant el sumatori de les puntuacions de cada un dels ítems (amb quatre nivells de resposta: de 0 a 3; considerant 0 baixa adaptació i 3 alta adaptació) i té un rang entre 0 i 60. Per tant, la puntuació total s'obté de la suma directa de les puntuacions dels 20 ítems ja que els dos primers són mútuament excloents.

S'utilitza la versió espanyola (Bobes, González, Bascarán, Cornominas, Adan, Sánchez et al., 1999) la qual té una adequada consistència interna i fiabilitat, segons els valors alfa de Cronbach, se situa entre 0,868 i 0,879.

El rang entre 35 a 52 es considera una adaptació normal, mentre que les puntuacions inferiors a 35 es consideren una mala adaptació i el rang per sobre es considera una «superadaptació» patològica (Bosc, Dubini i Polin, 1997).

3.7. Barcelona Immigrant Stress Scale (BISS)

El qüestionari *Barcelona Immigration Stress Scale* (BISS) (Tomás-Sábado, Qureshi, Antonin i Collazos, 2007) mesura l'estrès d'aculturació dels immigrants.

Consta de quatre factors:

1. La *discriminació percebuda* (18 ítems): és la percepció que té la persona que està sent objecte de discriminació per la seva condició d'immigrant. Està referit a l'experiència del individu més que al fet en si de la discriminació.
2. *L'estrès per contacte intercultural* (10 ítems): els estressors de l'aculturació són tots els relacionats en fer una vida en una nova cultura, com els canvis en el llenguatge, els rols de gènere, els valors familiars, les relacions interpersonals, les diferències en els estils de vida, normes, creences i la identitat.

3. La *nostàlgia* (6 ítems): es relaciona amb les pèrdues associades amb la sortida del país, inclou trobar a faltar la família, els amics, l'estatus social, el idioma, les costums, entre d'altres.
4. L'*estrès general psicosocial* (8 ítems): inclou la vivenda, les finances, la salut i la gestió de la vida diària

En total sumen 42 ítems amb quatre nivells de resposta segons l'escala de Likert considerant que el valor 1 és "l'absència d'estrès" i el 4 és "l'estrès manifest". Per tant, les puntuacions altes indiquen un alt nivell d'estrès d'aculturació.

L'escala, mostra una alta consistència interna (Alfa de Cronbach de 0,94) i l'anàlisi factorial es va dur a terme amb una mostra de participants on tots els grups d'immigrants a Espanya eren representats.

4. SEGUIMENT DE VISITES

El seguiment de les visites programades als 6 mesos de l'entrevista realitzada amb el participant es va dur a terme a partir de l'agenda administrativa dels diferents dispositius que anomenem *Provider*.

Amb aquest aplicatiu informàtic de programació de visites queden registrades les assistències de les visites concertades per a cada pacient i, per tant, ens va permetre mesurar el grau de compliment. Es a dir, de cada pacient vam poder saber, el nombre de visites programades, quantes havia assistit i quantes no i, si durant els sis mesos després de l'entrevista de l'estudi, se li havia donat l'alta, havia abandonat o si continuava vinculat al centre.

5. PROCEDIMENT

Després d'haver obtingut el consentiment del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la Fundació Unió Catalana d'Hospitals al Juny del 2011 (veure Annex I) es va procedir a convocar als pacients individualment.

A partir dels llistats de pacients facilitats per la cap d'administració del CSMA, s'anaven seleccionant aquells pacients que eren estrangers i havien acudit a una visita programada en la darrera setmana. Es detectava la condició d'estranger per el nom del subjecte i es contrastava amb la història clínica informatitzada.

Es van convocar un total de 66 pacients entre el febrer de 2012 i el juliol de 2013. Només una persona es va negar a firmar el consentiment informat i no va continuar, les altres excloses van ser per altres criteris d'inclusió com l'idiomàtic. Finalment la N va ser de 59 participants.

Telefònicament es va informar als pacients, breument, del motiu de la convocatòria i, en el moment de l'entrevista, es va explicar més extensament la investigació. L'entrevista continuava si el pacient firmava el consentiment informat (veure Annex II). Totes les entrevistes es van realitzar en els despatxos del Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) de Manresa amb una durada d'hora

i quart i, en quatre casos, es va haver de convocar una altra trobada aproximadament d'una hora.

Primerament, es va procedir a recollir les dades sociodemogràfiques i després es van administrar la bateria dels qüestionaris esmentats.

6. ANÀLISI ESTADÍSTICA

Inicialment es va realitzar l'anàlisi mitjançant el procediment de re-mostreig Bootstrap (Efron, 1979; Efron i Tibshirani, 1993) per tal que les variables seguissin la distribució de la mostra i no la distribució de la corba normal. No obstant, els resultats no varen diferir i, per tant, no s'ha fet ús d'aquest procediment.

L'anàlisi descriptiva es va realitzar mitjançant mitjanes i desviacions típiques en les variables quantitatives i, mitjançant, freqüències absolutes i relatives i percentatges en les variables qualitatives (ordinals i nominals). Tanmateix, algunes de les variables més representatives es varen representar amb un gràfic de barres, en l'eix de les y hi consten les freqüències relatives en percentatges (Larson, 1992).

Un cop finalitzada l'anàlisi descriptiva univariant es va iniciar l'anàlisi bivariant per tal de descriure les relacions entre variables. Vam establir un nivell de significació de 0,05 (nivell de confiança del 95%, $\alpha = 0,05$) en totes les proves.

La relació entre variables quantitatives es va realitzar mitjançant l'anàlisi de la regressió. Va començar amb el càlcul del coeficient de correlació de Pearson que en va determinar la direcció i la intensitat de l'associació. El fet que la mostra fos petita va repercutir en els resultats ja que, tot i que en alguns casos ens va donar significatiu, el valor del coeficient ens indicava una correlació moderada o baixa. Considerem la inexistència de correlació lineal quan $r=0$, correlació positiva forta o perfecte quan els valors estiguin compresos entre 0,7 i 1, negativa forta o perfecte si els valors estan compresos entre -0,7 i 1 i, valors propers a -0,5 i 0,5 correlació negativa moderada i positiva moderada respectivament (Freund, 2000).

Aquest fet queda en evidència mitjançant el càlcul de la R^2 , el qual indica el coeficient de determinació, és a dir, la proporció de variància explicada per les variables. Es va realitzar el càlcul de correlacions parcials per tal de calcular els coeficients de correlació entre variables controlant els possibles efectes d'una o més variables addicionals. Es varen controlar els possible efectes de les variables sociodemogràfiques i, en aquells casos en que hi havia diferències significatives respecte quan no es controlava la tercera variable, es va realitzar l'anàlisi de la regressió fent una divisió en funció de les escales d'aquesta.

A més, es va dur a terme el diagrama de dispersió per tal d'observar l'existència o no existència de relació entre variables, i si aquesta era positiva o negativa. Un cop realitzat el càlcul de les taules de correlacions entre variables quantitatives, aquelles que donaven significatives les hem ajustat al model de regressió. Es va dur a terme una anàlisi *pas a pas* per descartar aquelles variables que no complien els criteris per a poder estimar el model: linealitat, independència, normalitat, homocedasticitat i no-co-linealitat. Per mitjà del coeficient de determinació (R^2) s'ha escollit els models que millor prediuen els valors de la variable dependent (y) respecte les variables predictorres

o independents (X_i). En alguns dels casos vam fer una divisió en funció d'una variable de selecció per tal d'obtenir un model predictiu amb un major coeficient de determinació i, per tant, un major percentatge de la variabilitat de la variable dependent que és explicada pel model de regressió que s'ajusta (Freund, 2000). Aquest seria el cas del compliment de visites amb grup cultural, sexe i estil d'aferrament, dels quals a més es van realitzar les taules de contingència amb valors de percentatges de les freqüències relatives. Tanmateix, vàrem utilitzar el coeficient V de Cramer per mesurar la intensitat considerant, valors propers a 0 indicatius d'absència d'associació entre ambdues variables i propers a 1 com dependència perfecte entre elles (Freund, 2000).

Pel què fa a l'anàlisi bivariada entre variables qualitatives i quantitatives, en primer lloc es va verificar la normalitat mitjançant la prova de Kolmogorov-Smirnov i, seguidament l'homocedasticitat (homogeneïtat de variàncies) entre els grups amb la prova de Levene. En funció de si seguien els criteris o no es va utilitzar la prova paramètrica de t de Student perquè només es tenia dos grups de casos (variables dicotòmiques: sexe i cultura) i per les no paramètriques la prova de Kuskal Wallis.

Per a realitzar les comparacions entre el compliment de visites i la simptomatologia clínica i la percepció de la malaltia es va utilitzar una prova no paramètrica per a mostres independents, la prova de Kuskal Wallis.

Les comparacions entre mitjanes es va realitzar mitjançant la prova t de Student per a dues mostres independents. Aquest seria el cas de les comparacions entre els grups culturals i el sexe pel que fa l'adaptació social (SASS), l'estrès d'aculturació (BISS), el model d'aferrament (RQ), la simptomatologia clínica (SA-45), la percepció de malaltia (IPQ-R) i el nivell de qualitat de vida (WHOQOL-Bref). Al no complir-se alguns dels criteris per tal de realitzar un anàlisi multivariant (MANOVA), és a dir, una normalitat multivariant, homogeneïtat de la matriu de covariàncies, independència de les observacions, homogeneïtat de les variàncies i equivalència de grups i normalitat; es du a terme la prova t de Student

Les puntuacions de la simptomatologia clínica (SA-45) obtingudes en les seves nou dimensions es varen dividir entre 5 per obtenir els valors de les mitjanes dins el rang de l'escala de Likert. Aquest valor correspon al nombre d'ítems que componen cada una de les escales. I tanmateix, amb la finalitat d'aprofundir en les àrees simptomàtiques més prevalents i el compliment de visites es van recodificar les variables de somatització, de depressió i d'ansietat, quedant com a variables qualitatives dicotòmiques: puntuacions baixes i/o puntuacions altes; el criteri de selecció en un o altre va ser de, una puntuació de 0 a 9 és considerada baixa i, una puntuació de 10 a 20 puntuació alta.

En darrer lloc, es va realitzar la comparació entre la població immigrant i el grup de població autòctona en relació a les variables d'adaptació social (SASS) i la qualitat de vida (WHOQOL-Bref). Per tal de dur-la a terme es va crear una nova variable, qualitativa dicotòmica (“*grup de població*”), en la que es defineixen els grups *immigrants* i els *autòctons*. Aquesta anàlisi es va realitzar en un nou arxiu on es varen incloure, a més de la variable anterior, les variables SASS, WHOQOL-Bref, l'estat civil i el nivell estudis i si estaven o no aturats. Aquesta darrera variable dicotòmica es va crear mitjançant la variable “professió” en la qual hi constava el tipus d'activitat laboral si l'individu estava o no actiu laboralment. En aquest apartat van ser incloses les taules de contingència amb els percentatges totals i els diagrames de caixa (Box-plot) en l'anàlisi de comparació de mitjanes. Es fa una anàlisi en profunditat en les diferències entre els tres grups culturals i

la QV per determinar on rauen les diferències per mitjà de la prova Tukey per a realitzar comparacions múltiples, la qual és Post-Hoc.

Per últim, l'anàlisi dels resultats es va dur a terme mitjançant el programa estadístic SPSS versió IBM SPSS Statistics 22 per Windows.



CAPÍTOL 4

RESULTATS

L'exposició dels resultats es realitza seguint els objectius de l'estudi: primer s'exposen les variables descriptives per dibuixar el perfil sociodemogràfic dels participants i la comparació entre els dos grups culturals més nombrosos. En el següent apartat, es mostren els resultats descriptius respecte a les proves administrades estructurats en: el total de la mostra, el gènere i, els dos grups culturals més nombrosos de l'estudi. Seguidament, es mostren els resultats dels estudis correlacionals entre les variables registrades. En el següent apartat s'exposen els resultats del compliment de visites estructurats en la freqüència, la cultura, el gènere i les relacions entre el compliment, la simptomatologia psicològica i l'estil d'aferrament. Seguidament, es presenten els resultats de la comparació entre el grup d'immigrants i el grup d'autòctons pel que fa al compliment de visites, l'adaptació social i la qualitat de vida. Per últim, es mostren els estudis explicatius de la QV, les creences de malaltia i l'adaptació social.

1.PERFIL SOCIODEMOGRÀFIC

La mostra és de 59 participants dels quals un 60% són dones i el 40% homes (Figura 10).

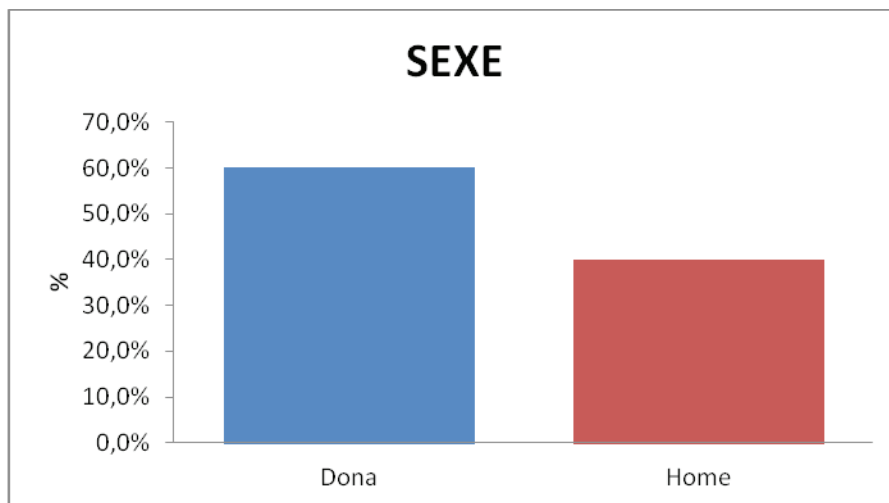


Figura 10. Distribució dels participants en funció del sexe

La mitjana d'edat dels que van participar en l'estudi és de 37,25 anys (*DE 9,99*), sent la mitjana de 35,28 anys (*DE 8,50*) per les dones i de 40,21 anys (*DE 11,44*) per els homes. La nacionalitat és diversa amb un nombre més representatiu procedent del Marroc (56,7%) i de Romania (20%). La resta de les nacionalitats (10 països) se situen entre un 1,7% i un 3,3% (Figura 11).

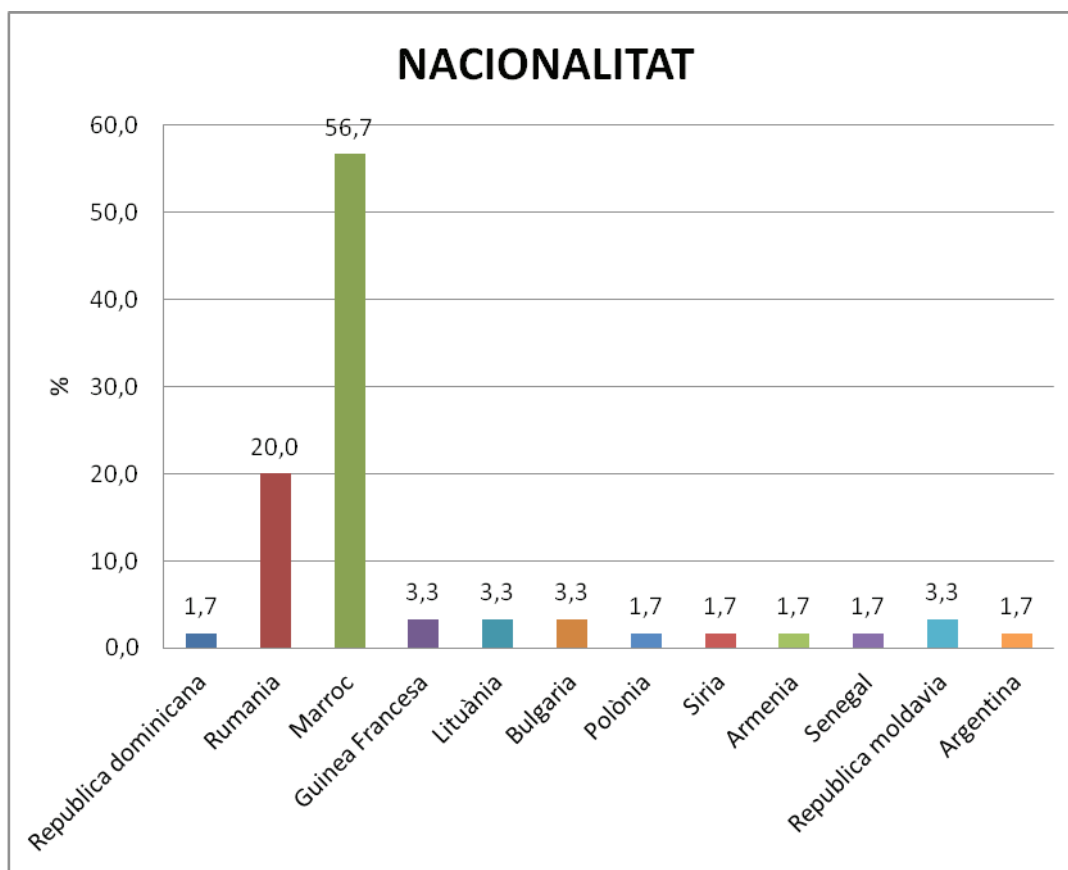


Figura 11. Distribució de la nacionalitat dels participants de l'estudi

Els participants de l'estudi es troben, íntegrament, dins la legalitat a l'Estat Espanyol. El 87% té permís de residència i treball i un 13% tenen ja té la Nacionalitat Espanyola (en dos casos han nascut a Espanya). La mitjana d'anys a Espanya és de 12,93 (*DE 9,47*) i la de Catalunya és pràcticament igual, de 12,13 anys (*DE 9,51*).

El perfil de les persones que parlen i comprenen el idioma espanyol és pràcticament igual. Els participants de l'estudi tenen un "bon nivell" de comprensió i de parla d'una de les dues llengües oficials del país (entre un 66% i un 64%). Entre un 20% i un 15% el nivell és "bastant" i entre

un 14% i un 20% se situen en “alguna cosa”.

El 62,7% dels participants és de religió Musulmana (Figura 12), el 22% és Cristià Ortodox i la resta d'altres religions o els que manifesten ser ateus se situen entre un 1,7% i un 6,8%. Per altra banda, el 63% dels participants diu que practica la religió i el 37% diu que no la practica.

Pel que fa a la xarxa social, el 34% de la mostra considera que té bastant xarxa social descrita com nombre d'amics i família amb qui pot comptar. Un 31% considera que en té poca, un 17% molta, un 12% regular i un 7% gens (vegeu la Taula 72 on s'especifiquen les freqüències en funció del sexe i el grup cultural).

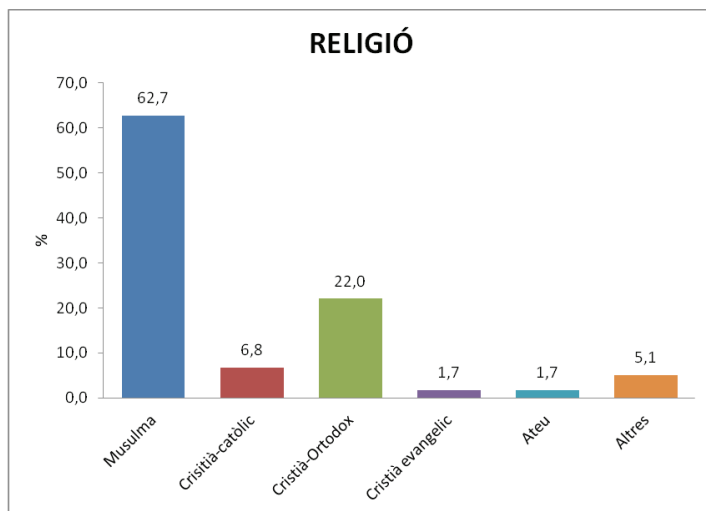


Figura 12. Distribució de l'orientació religiosa manifestada pels participants de l'estudi

L'estat civil de la mostra és el següent: el 53% està casada, el 22% dels participants entrevistats estan separats o divorciats, el 19% està solter i el 7% viu en parella (Figura 13). El 38% dels participants no té fills i el 62% té fills. El 22% del total dels participants que tenen fills afirma que té dos fills i el 21% que en té un. La mitjana resultant és de 1,43 fills (DE 1,72).

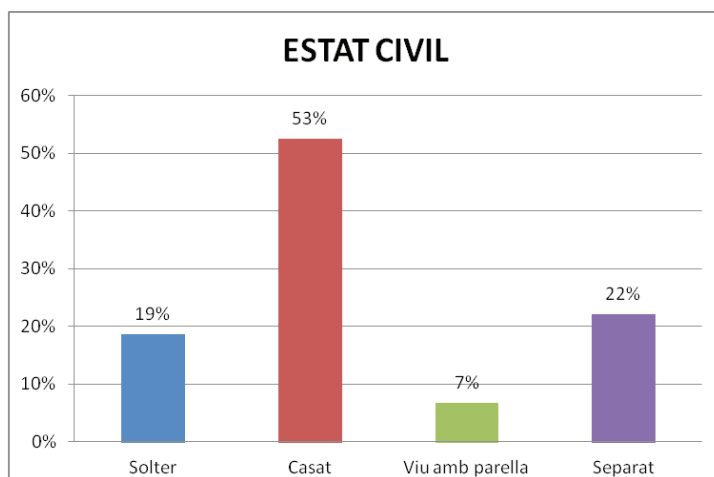


Figura 13. Distribució de l'estat civil dels participants de l'estudi

En relació al nivell de formació (Figura 14), el 25,4% de la mostra té estudis fins el nivell de Batxillerat, el 22% té estudis Secundaris, el 22% té estudis Primaris, el 11,9% de la mostra té estudis superiors o Universitaris, el 8,5% ha fet estudis de Formació Professional i el 10,2% és analfabeta.

En la pregunta sobre si ha canviat el seu estatus socioeconòmic respecte el seu país d'origen el 43% afirma que estan millor, el 22% diu que està pitjor des de l'any 2008-2010 coincidint amb la crisi econòmica, el 16% diu que està igual i el 12% afirma que està pitjor. El 7% diu que no ho sap perquè van arribar molt petits al país o perquè ja han nascut a Espanya.

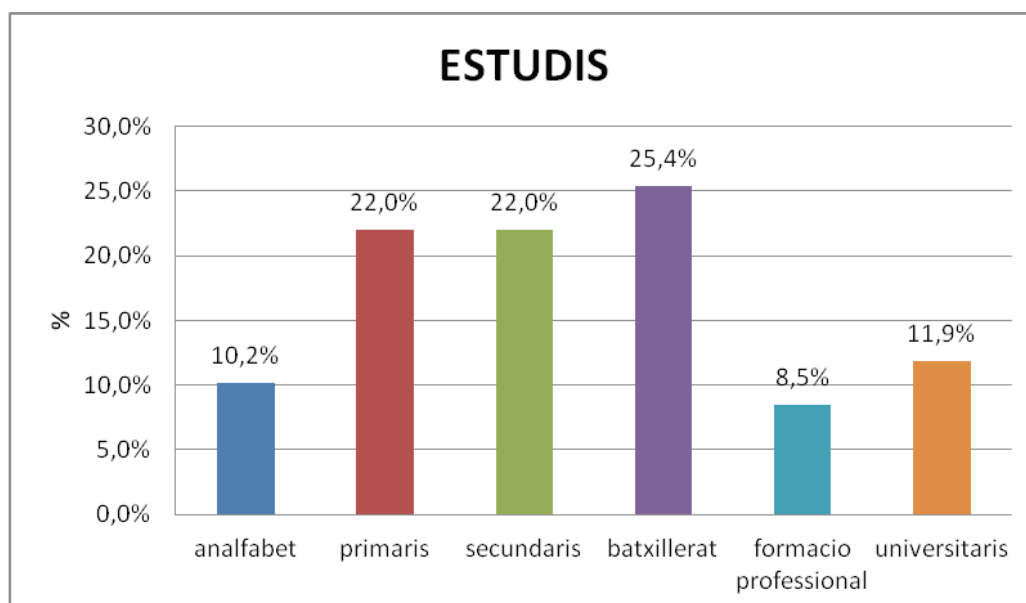


Figura 14. Distribució del nivell d'estudis dels participants de l'estudi

En relació a l'ocupació dels subjectes entrevistats (Figura 15), el 39% es troba a l'atur, el 14% són mestresses de casa, el 10% estan treballant amb contracte, un altre 10% és pensionista (cobra alguna prestació social). Hi ha un 5% que treballa sense contracte, un 5% que està en règim d'autònoms, un 5% és estudiant i el 2% restant presenta algun tipus d'incapacitat

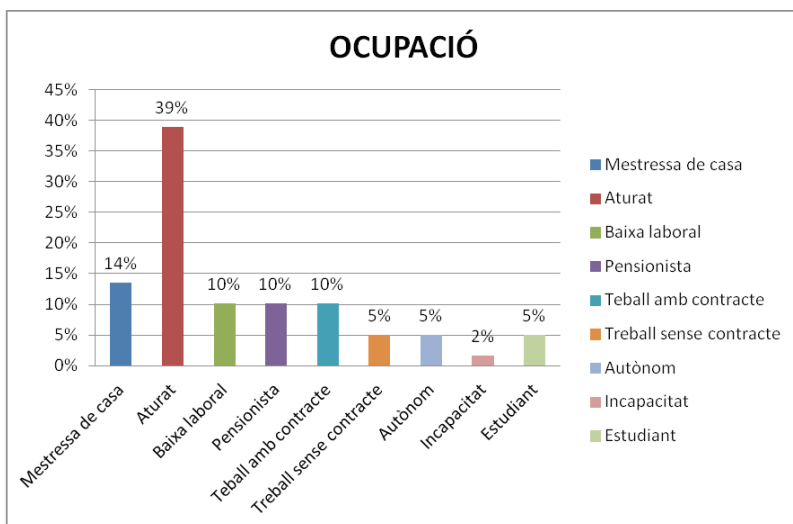


Figura 15. Distribució de l'ocupació laboral manifestada pels participants de l'estudi

Pel que fa a l'estat econòmic de la mostra, el 9% afirma que es troba sense ingressos, el 41% afirma que ingressa menys de 550€ al mes, el 32% que està entre 550 i 1100€ al mes i el 19% que disposa de més de 1100€ al mes. Sobre els ingressos econòmics mensuals, el 12% de la mostra clínica afirma cobrir bastant les necessitats, el 64% que cobreix algunes de les seves necessitats, el 12% afirma que no en pot cobrir cap i, en darrer lloc, el 12% afirma que les pot cobrir totes.

En l'apartat de trastorn mental de la diagnosi clínica principal (segons la classificació diagnòstica CIE10) (Figura 16) trobem que el 42% té un diagnòstic de Trastorn Afectiu (F33), un 21% té diagnòstic de Trastorn Adaptatiu (F43.2), un 16% està diagnosticat de Trastorn d'Ansietat (F41), un 10% de la mostra clínica té diagnòstic de Trastorn Psicòtic (F23), el 6% té diagnòstic de Trastorns relacionats amb Substàncies (F10), el 2% està diagnosticat de Trastorn de la Personalitat (F60), el 1% té un diagnòstic de Trastorn de Control dels Impulsos (F63) i el 2% restant es troba en una categoria de Trastorns Mentals sense Especificar (F99).

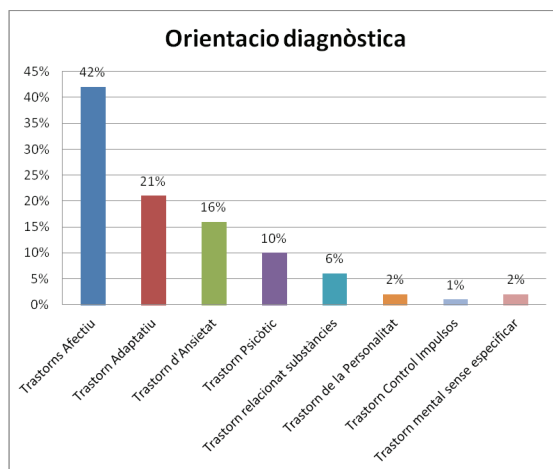


Figura 16. Distribució de l'orientació Diagnòstica dels participants de l'estudi

Íntegrament, els subjectes de la mostra clínica es tracten al CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults) de Manresa. Quan es pregunta als participants de la mostra si han acudit a algun terapeuta tradicional per tractar el seu problema o patiment la resposta és "no" en la majoria dels casos (90%) i el 10% afirma que "sí".

Segons el criteri de la investigadora principal, Marta Figueras, en el 54% dels subjectes la diferència cultural no afecta el curs de l'entrevista. En el 29% la qüestió cultural té alguna importància durant l'entrevista, el 15% en té bastant i el 2% en té molta, és a dir, va ser necessari l'ajut d'un familiar o amic per a dur a terme l'entrevista.

1.1. Diferències entre els grups culturals

A continuació es presenten les taules on es comparen variables sociodemogràfiques, excepte la xarxa social que es presentarà en l'apartat de l'ajustament social, dels dos grups culturals majoritaris: el grup procedent del Marroc i el grup procedent dels països de l'est d'Europa.

1.1.1. Els anys viscuts a Catalunya

En la Taula 17 es pot observar que existeixen diferències significatives entre els dos grups respecte els anys viscuts a Catalunya. El grup de Marroquins té una mitjana aritmètica significativament més alta que el grup dels pacients dels països de l'est d'Europa.

Taula 17. Comparació dels Anys viscuts a Catalunya en funció del grup cultural

Grup cultural	N	M	DE	T	p	d
Anys Catalunya				4,014	,001*	,038
Marroc	38	14,58	10,80			
Països de l'Est	19	7,11	2,75			

Nota: N= freqüència absoluta, M=mitjana, DE =desviació estàndard, Mínim/ Màxim =valors mínim i màxim, d=grandària de l'efecte de Cohen

*** $p \leq ,001$

1.1.2. Domini del idioma espanyol

En aquest cas no existeixen diferències significatives entre els dos grups culturals (Taula 18).

Taula 18. *Distribució del domini del idioma espanyol en funció del grup cultural*

		Grup cultural		
		Marroc	Països de l'Est	Total
Parla espanyol	Alguna cosa	12 % (7)	2% (1)	14% (8)
	Bastant	14% (8)	5% (3)	19% (11)
	Molt	40% (23)	26% (15)	67% (38)
	Total	67% (38)	33% (19)	100% (57)

Nota: Entre parèntesis la freqüència absoluta. Els valors en % respecte la població total (N=57)
Parla espanyol: pregunta entrevista semiestructurada

1.1.3. El nivell d'estudis

En relació al nivell de formació existeixen diferències significatives, els participants dels països de l'est d'Europa tenen un nivell més alt d'estudis que el grup de marroquins com es pot veure en la següent Taula 19:

Taula 19. *Distribució del nivell d'estudis en funció del Grup cultural*

		Grup cultural		
		Marroc	Països de l'Est	Total
Nivell d'estudis	Analfabet	11% (6)	0% (0)	11% (6)
	Primaris	21% (12)	2% (1)	23% (13)
	Secundaris	16% (9)	4% (2)	20% (11)
	Batsillerat	9% (5)	18 % (10)	27% (15)
	Formació professional	5% (3)	4% (2)	9% (5)
	Universitaris	5% (3)	7%(4)	12%(7)
	Total	67% (38)	33% (19)	100% (57)

Nota: Entre parèntesis la freqüència absoluta. Els valors en % respecte la població total (N=57)

1.1.4. L'ocupació laboral

Pel que fa a l'ocupació, no s'obtenen diferències significatives entre ambdós grups (Taula 20)

Taula 20. *Distribució de l'Ocupació laboral en funció del grup cultural*

		Grup cultural		
		Marroc	Països de l'Est	Total
Ocupació	Mestressa de casa	12% (7)	2% (1)	14% (8)
	Aturat	26% (15)	12% (7)	39% (22)
	Baixa laboral	5% (3)	4% (2)	9% (5)
	Pensionista	5% (3)	5% (3)	11% (6)
	Treball amb contracte	7% (4)	4% (3)	11% (7)
	Treball sense contracte	0% (0)	5% (3)	5% (3)
	Autònom	4% (2)	2% (1)	5% (3)
	Incapacitat	2% (1)	0% (0)	2% (1)
	Estudiant	5% (3)	0% (0)	5% (3)
	Total	67% (38)	33% (19)	100% (57)

Nota: Entre parèntesis la freqüència absoluta. Els valors en % respecte la població total (N=57)

1.1.5. El nivell de rendes

En relació al nivell de rendes mensuals (Taula 21), el grup de participants dels països de l'est té significativament més ingressos mensuals que el grup de marroquins (Taula 21).

Taula 21. *Distribució del nivell de rendes en funció del grup cultural*

		Grup cultural		
		Marroc	Països de l'Est	Total
Nivell de rendes	Sense ingressos	7% (4)	2% (1)	9% (5)
	Menys 550	30% (17)	9% (5)	39% (22)
	Entre 550-1100	25% (14)	9% (5)	33% (19)
	Més de 1100	5% (3)	14% (8)	19% (11)
	Total	67% (38)	33% (19)	100% (57)

Nota: Entre parèntesis la freqüència absoluta. Els valors en % respecte la població total (N=57)

1.1.6. L'estat de l'ocupació laboral

Com es pot observar en les Taula 22 existeix més percentatge de persones que es troben a l'atur en el grup de marroquins que en el grup de països de l'est d'Europa però no representen diferències estadísticament significatives entre ambdós grups respecte la situació d'atur i de treball (Taula 23).

Taula 22. Distribució de l'estat de l'ocupació laboral en funció del grup cultural

		Grup cultural		
		Marroc	Països de l'Est	Total
Estat ocupació	Treballa	40% (23)	22% (12)	61% (35)
	Aturat	26% (17)	12% (7)	39% (22)
	Total	67% (38)	33% (19)	100% (57)

Nota: Entre parèntesis la freqüència absoluta. Els valors en % respecte la població total (N=57)

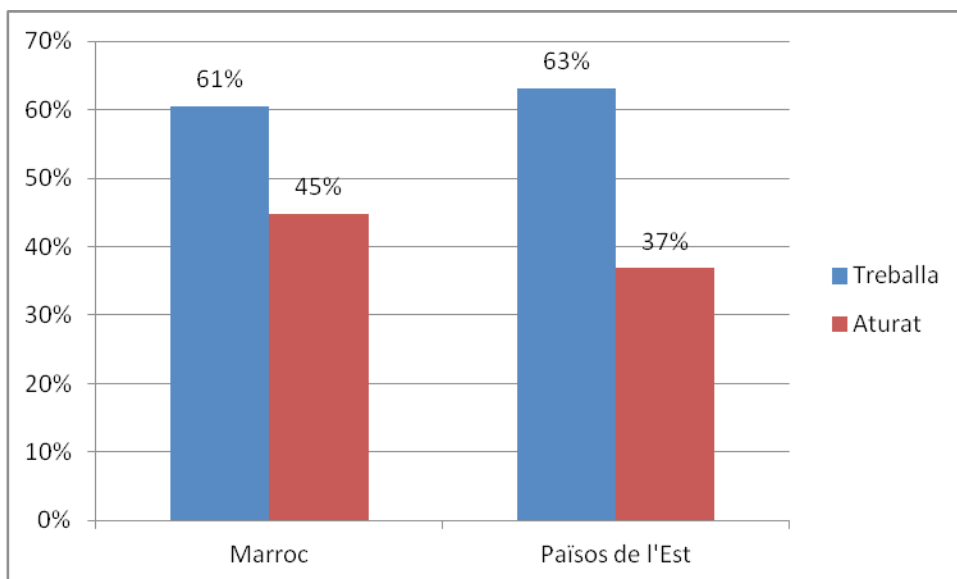


Figura 17: Distribució de l'estat de l'ocupació laboral en funció dels grups cultural

En la Figura 17 s'observa com es distribueixen els percentatges dels que treballen o estan en situació d'atur en cada grup cultural i la Xi-quadrat (Taula 23) mostra que no existien diferències significatives entre el grup cultural i si està en situació de treballar o aturat.

Taula 23. Comparació de les variables sociodemogràfiques en funció del grup cultural

Variables	χ^2	g.l	p	V de Cramer
Parla espanyol	2,389	2	,303	,205
Nivell estudis	17,4	5	,004**	,552
Ocupació	10,435	8	,236	,428
Nivell rendes	9,617	3	,022*	,411
Treballa	,037	1	,847	,025

Nota: χ^2 Xi- quadrat, g.l= graus de llibertat.

* $p \leq ,05$

** $p \leq ,01$

Per tant, com s'observa en la Taula 23, les dues variables que obtenen diferències significatives són el nivell d'estudis i el nivell de rendes. Si desglossem aquestes dues variables en gràfiques de barres podem observar el següent (Figura 18):

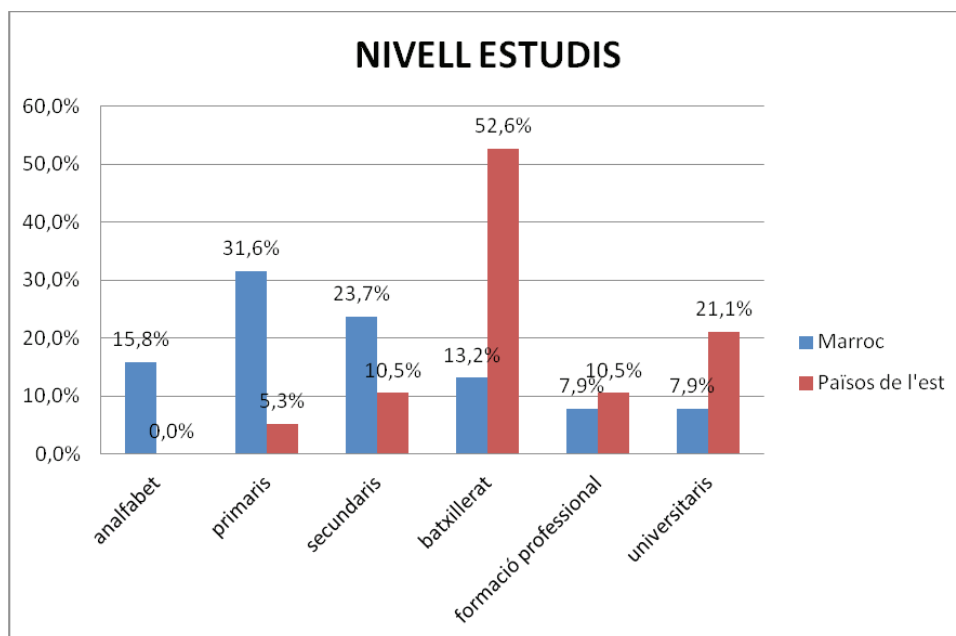


Figura 18: Distribució del nivell d'estudis en funció del grup cultural

En aquesta Figura 18, s'observa com es distribueix el nivell d'estudis dins de cada un dels grups culturals per separat. Així doncs, el 52,6% del grup de Països de l'est tenen un nivell d'estudis de batxillerat i un 21,1% universitaris i en cap cas hi ha analfabetisme. En canvi, en el grup de Marroquins les majors puntuacions es troben en els estudis primaris i en els secundaris i es destaca el fet que un 15,8% són analfabets.

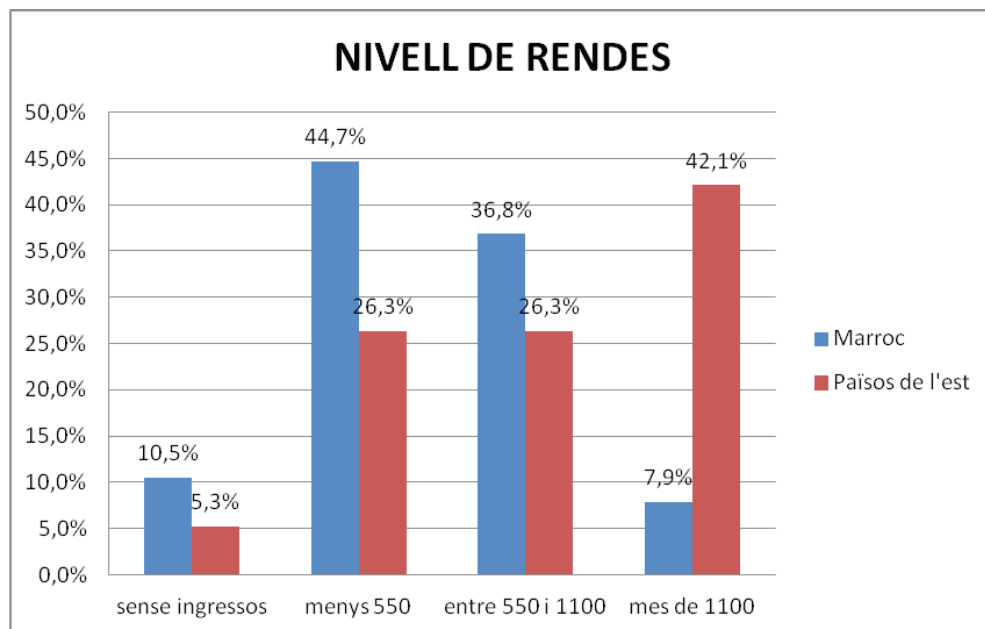


Figura 19. Distribució del nivell de rendes en funció del grup cultural

En la Figura 19, s'observa com es distribueix el nivell de rendes de cada grup cultural per separat i s'aprecia que el grup de marroquins té un nivell de rendes mensuals inferiors que el grup dels països de l'est.

2. L'ESTIL D'AFERRAMENT

Els percentatges del qüestionari sobre l'estil d'aferrament (qüestionari RQ), el més elevat correspon a l'estil d'aferrament Evitatiu-Temorenc amb un 31% (Figura 20) seguit per l'estil Segur amb un 28% de subjectes i l'Estil Preocupat que també és present en un 28% i, per últim, l'Estil Evitatiu-Rebutjant amb un 14% (Taula 1 i 2). Com podem observar no trobem diferències significatives entre sexes ni entre els grups culturals.

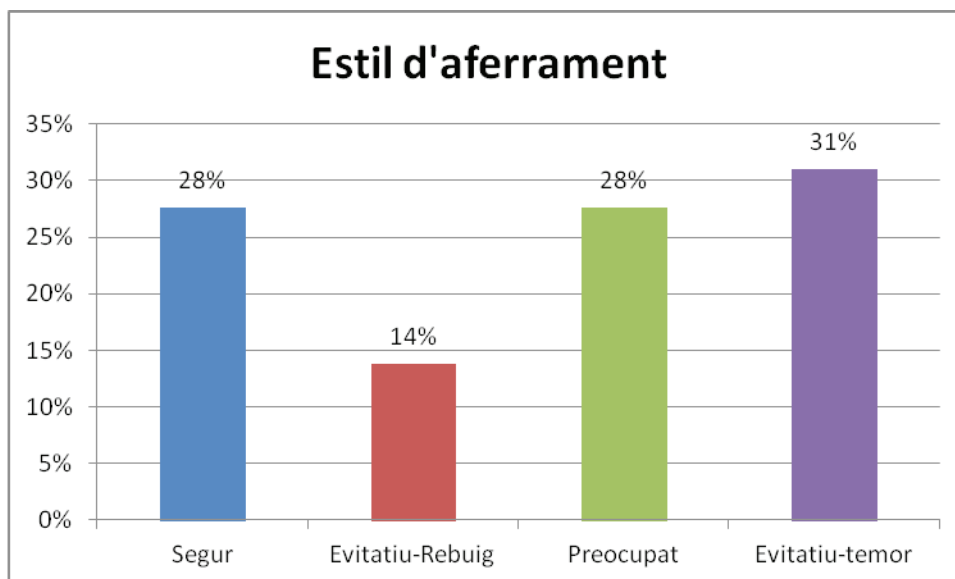


Figura 20: Distribució dels estils d'aferrament (%)

En relació als models d'aferrament (model del si mateix i model dels altres), per mitjà de la prova t de Student no s'identifiquen diferències significatives entre mitjanes ni en funció del sexe (Taula 24) ni en funció del grup cultural (Taula 25).

Taula 24. Els models d'aferrament en funció del sexe

	Subescales	N	M	DE	Minim/ Màxim	t	P	d de Cohen
Model dels altres	Dones	35	-,26	3,89	-8/6			
	Homes	21	,14	3,38	-7/6			
	TOTAL	56	-,11	3,69	-8/6	-,39	,698	-,110
Model del si mateix	Dones	35	-1,51	3,85	-10/6			
	Homes	21	-,43	3,98	-8/10			
	TOTAL	56	-1,01	3,90	-10/10	-1,01	,317	-,276

Nota: N= freqüència absoluta, M =mitjana, DE =desviació estàndard, Minim/ Màxim =valors mínim i màxim. t= prova t de Student

Taula 25. Els models d'aferrament en funció del grup cultural

	<i>Subescales</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mínim/ Màxim</i>	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>d de Cohen</i>
Model dels altres	Marroquí	37	,27	3,54	-8/6			
	Països de l'Est	17	-,94	4,18	-7/6			
	TOTAL	54	-,11	3,76	-8/6	1,10	,275	,312
Model del sí mateix	Marroquí	37	-,59	4,14	-10/10			
	Països de l'Est	17	-2,24	3,40	-8/4			
	TOTAL	54	-1,11	3,97	-10/10	1,43	,160	,436

Nota: *N*= freqüència absoluta, *M*=mitjana, *DE*=desviació estàndard, *Mínim/ Màxim*=valors mínim i màxim. *t*= prova t de Student

3. SIMPTOMATOLOGIA PSICOLÒGICA

S'observa que en el qüestionari sobre la simptomatologia psicològica (SA-45) les puntuacions més elevades corresponen a les escales de depressió, d'ansietat, de somatització i d'obsessió-compulsió en aquest ordre (vegeu Taula 26).

En relació al sexe, les dones puntuen més alt en totes les subescales (Taula 26) però no més assoleixen significació estadística en l'escala de somatització ($p=.038$). En el cas dels grups culturals (Taula 27), en totes les escales, excepte la d'ansietat i la d'ideació paranoide, el grup de marroquins obté puntuacions més elevades que el grup dels països de l'est d'Europa però, en cap d'elles, es troben diferències significatives.

Taula 26. La simptomatologia psicològica en funció del sexe

	<i>Subescales</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mínim/ Màxim</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
Hostilitat	Dones	35	2,06	1,02	0/4,60			
	Homes	23	1,93	1,00	1 / 4,60			
	TOTAL	58	2,01	1,01	1 / 4,60	,487	,628	,129
Somatització	Dones	35	2,95	1,22	1/5			
	Homes	23	2,31	,95	1 /4,60			
	TOTAL	58	2,70	1,16	1 /4,60	2,128	,038*	,585
Depressió	Dones	35	3,03	1,30	1/5			
	Homes	22	2,65	,89	1 /3,80			
	TOTAL	57	2,88	1,17	1/5	1,339	,186	,341
Obsessiu- compulsiu	Dones	35	2,57	1,00	1 /4,60			
	Homes	23	2,60	,92	1 /4,20			
	TOTAL	58	2,58	,96	1/ 4,60	-,109	,914	-,031
Ansietat	Dones	35	2,89	1,09	1/5			
	Homes	23	2,69	,82	1/ 4,40			
	TOTAL	58	2,81	,99	1/ 5	,744	,460	,103
Sensibilitat- Interpersonal	Dones	35	2,50	1,01	1 /4,60			
	Homes	20	2,14	,97	1/ 4,20			
	TOTAL	55	2,37	1,00	1/ 4,60	1,301	,199	,363
Ansietat fòbica	Dones	35	1,81	1,00	1/5			
	Homes	23	1,61	,81	1/ 3,60			
	TOTAL	58	1,73	,93	1/ 5	,788	,434	,220
Idees paranoides	Dones	34	2,45	1,10	1 /4,80			
	Homes	22	2,29	1,03	1/ 4,20			
	TOTAL	56	2,41	1,07	1/ 4,80	,669	,506	,150
Psicoticisme	Dones	34	1,60	0,68	1/3,60			
	Homes	23	1,76	0,76	1/ 3,60			
	TOTAL	57	1,66	0,71	1/ 3,60	-,814	,419	-,221

Nota: *N*= freqüència absoluta, *M*=mitjana, *DE*=desviació estàndard, *Mínim/ Màxim*=valors mínim i màxim, *t*= prova t de Student

* $p \leq ,05$

Taula 27. La simptomatologia psicològica en funció del grup cultural

	Subescales	N	M	DE	Mínim/ Màxim	t	p	d de Cohen
Hostilitat	Marroquí	38	2,07	1,05	1/4,60			
	Països de l'Est	18	1,92	,98	1/4,60			
	TOTAL	56	2,02	1,02	1/4,60	,497	,621	,148
Somatització	Marroquí	38	2,74	1,14	1/4,60			
	Països de l'Est	18	2,57	1,26	1/5			
	TOTAL	56	2,68	1,17	1/5	,504	,617	,141
Depressió	Marroquí	37	2,92	1,13	1/5			
	Països de l'Est	18	2,84	1,32	1/5			
	TOTAL	55	2,89	1,19	1/5	,217	,829	,065
Obsessiu- compulsiu	Marroquí	38	2,61	,88	1/4,40			
	Països de l'Est	18	2,43	1,14	1/4,60			
	TOTAL	56	2,55	0,96	1/4,60	,575	,568	,177
Ansietat	Marroquí	38	2,69	1,05	1/5			
	Països de l'Est	18	3,01	,91	1/4			
	TOTAL	56	2,8	1,01	1/5	-1,099	,277	-,326
Sensibilitat- Interpersonal	Marroquí	35	2,36	1,05	1/4,60			
	Països de l'Est	18	2,30	,94	1/4			
	TOTAL	53	2,34	1,01	1/4,60	,204	,839	-,326
Ansietat fòbica	Marroquí	38	1,77	1,01	1/4,80			
	Països de l'Est	18	1,58	,78	1/3,20			
	TOTAL	56	1,71	,94	1/4,80	,706	,483	,211
Idees paranoïdes	Marroquí	36	2,38	1,13	1/4,80			
	Països de l'Est	18	2,39	1,00	1/4,40			
	TOTAL	54	2,39	1,08	1/4,80	-,018	,986	-,009
Psicoticisme	Marroquí	37	1,73	,75	1/3,60			
	Països de l'Est	18	1,42	,49	1/3			
	TOTAL	55	1,63	,69	1/3,60	1,815	,076	,238

Nota: N= freqüència absoluta, M=mitjana, DE =desviació estàndard, Mínim/ Màxim =valors mínim i màxim t= prova t de Student

4. CREENCES SOBRE MALALTIA

En el qüestionari IPQ-R les tres dimensions amb més alta puntuació són, per aquest ordre, la coherència de malaltia, el control de tractament i el curs cíclic, en canvi la dimensió amb més baixa puntuació és les conseqüències de malaltia. Tot i així, com es pot apreciar en la Taula 28, les puntuacions són similars en les diferents dimensions les quals se situen en un terme bastant mig.

En relació al sexe, s'observa (Taula 28) que existeix una diferència significativa en el control del tractament ($p=,12$) i en els grups culturals cap (Taula 29).

Taula 28. *Les creences sobre la malaltia en funció del sexe.*

	<i>Subescaler</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mínim/ Màxim</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
Durada	Dones	35	2,89	,76	0,75/3,75			
	Homes	22	2,65	,77	0,50/3,50			
	TOTAL	57	2,79	,76	0,50/3,75	1,147	,256	1,09
Curs Cíclic	Dones	36	2,54	,82	0,33/4,00			
	Homes	20	2,19	,73	1,00/3,00			
	TOTAL	56	2,41	,80	0,33/4,00	1,567	,123	,45
Conseqüències	Dones	35	2,45	,78	0,60/3,60			
	Homes	22	2,07	1,03	0,40/3,40			
	TOTAL	57	2,31	,89	0,40/3,60	1,484	,146	,42
Control personal	Dones	36	2,46	,64	0,50/3,25			
	Homes	22	2,28	,71	0,75/3,50			
	TOTAL	58	2,39	,66	0,50/3,50	1,004	,320	,27
Control tractament	Dones	35	2,72	,69	1,00/3,67			
	Homes	22	3,09	,37	2,00/3,67			
	TOTAL	57	2,87	,61	1/3,67	-2,592	,012*	-,67
Coherència malaltia	Dones	35	3,20	1,08	0/4,00			
	Homes	22	2,50	1,60	0/4,00			
	TOTAL	57	2,93	1,33	0/4,00	1,813	,079	,51
Representació emocional	Dones	35	2,63	,85	0/3,60			
	Homes	22	2,35	1,12	0/3,60			
	TOTAL	57	2,52	,96	0/3,60	1,1	,276	,28

Nota: *N*= freqüència absoluta, *M*=mitjana, *DE* =desviació estàndard, *Mínim/ Màxim* =valors mínim i màxim, *t*= prova t de Student

* $p \leq ,05$

*** $p \leq ,001$

Taula 29. *Les creences sobre la malaltia en funció del grup cultural*

	Subescales	N	M	DE	Mínim/ Màxim	t	P	d de Cohen
Durada	Marroqui	36	2,76	,76	,50/3,75			
	Països de l'Est	19	2,84	,81	,75/3,75			
	TOTAL	55	2,79	,77	,50/3,75	-0,386	,701	-,102
Curs Cicle	Marroqui	36	2,28	,81	,33/3,50			
	Països de l'Est	18	2,63	,73	1,00/4,00			
	TOTAL	54	2,40	,79	,33/4,00	-1,547	,128	-,459
Conseqüències	Marroqui	36	2,33	,92	,60/3,60			
	Països de l'Est	19	2,22	,90	,40/3,60			
	TOTAL	55	2,30	,91	,40/3,60	,423	,674	,121
Control personal	Marroqui	37	2,36	,70	,50/3,50			
	Països de l'Est	19	2,43	,63	,75/3,25			
	TOTAL	56	2,38	,67	,50/3,50	-,397	,693	-,105
Control tractament	Marroqui	36	2,81	,62	1,00/3,67			
	Països de l'Est	19	2,89	,61	1,33/3,33			
	TOTAL	55	2,84	,61	1,00/3,67	-,458	,649	,13
Coherència malaltia	Marroqui	36	2,83	1,52	0/4,00			
	Països de l'Est	19	3,16	,96	1,00/4,00			
	TOTAL	55	2,95	1,35	0/4,00	-,844	,403	-,26
Representació emocional	Marroqui	36	2,44	1,07	0/3,60			
	Països de l'Est	19	2,64	,79	1,00/3,60			
	TOTAL	55	2,51	,98	0/3,60	-,7	,487	-,213

Nota: N= freqüència absoluta, M=mitjana, DE =desviació estàndar, Mínim/ Màxim =valors mínim i màxim, t= prova t de Student

En les preguntes sobre els símptomes o molèsties (IPQ-R) que pateixen veiem que la simptomatologia somàtica més present és la sensació de cansament (84,5%), seguida per la fatiga (82,5%) i els mals de cap (80,4%). Es destaca darrera d'aquests la pèrdua de força (68,4%), la pèrdua d'apetència sexual (68,4%) i les palpitations (63,2%) (vegeu Taula 30).

Taula 30. *Distribució dels símptomes i les molèsties físiques*

Símptomes/ Molèsties	No	Si	Relació malaltia (%)	Relació medicació (%)
Dolor general	41,4	58,6	37,7	9,8
Dolor coll	75,4	24,6	6,6	1,6
Nàusees	57,9	42,1	19,7	3,3
Sensació ofec	45,6	54,4	37,7	3,3
Pèrdua pes	59,6	40,4	27,9	8,2
Fatiga	15,8	82,5	55,7	19,7
Articulacions rígides	48,3	51,7	31,1	9,8
Irritació ulls	45,5	54,5	21,3	1,6
Xiulets pit	69	31	13,1	1,6
Sensació cansament	15,5	84,5	52,5	19,7
Mals de cap	19,6	80,4	36,1	9,8
Molèsties estómac	45,6	54,4	21,3	26,2
Dificultats dormir	22,4	77,6	55,7	6,6
Marejos	41,4	58,6	31,1	11,5
Pèrdua força	31,6	68,4	41	18
Pèrd. Apetència sexual	31,6	68,4	41	21,3
Impotència	55,4	44,6	26,2	9,8
Sensació cara vermella	66,7	33,3	14,8	6,6
Palpitations	36,8	63,2	34,4	9,8
Punxades	52,6	47,4	57,7	8

Nota: valors de les freqüències en %

En relació als percentatges més alts sobre la percepció de les causes de la malaltia (IPQ-R) cal destacar els valors més alts en la resposta “gens d'acord” en l'alcohol (85,5%), l'accident (80,7%), la dieta, el tabac (75,4%) i els virus (68,4%). En canvi, en la dimensió de resposta “completament d'acord” la causa amb una freqüència més alta és la d'estrès o preocupacions (47,4%) i, la que menys és la contaminació (0%). Les freqüències més elevades en la dimensió de resposta ‘bastant d'acord’ les trobem en la causa sobre l'estat emocional (44%), i la casualitat o mala sort (37%) (Taula 31).

Taula 31. Creences sobre les causes de malaltia

	Gens d'acord	No d'acord	Ni sí/ni no	Bastant d'acord	Completament d'acord
Estrès o preocupacions	7	3,5	10,5	31,6	47,4
Hereditari	46,4	8,9	17,9	16,1	10,7
Virus/bact	68,4	14	8,8	5,3	3,5
Dieta	75,4	8,8	3,5	8,8	3,5
Casualtat	24,6	14	15,8	36,8	8,8
Atn. Mèdica	57,9	14	5,3	15,8	7
Contaminació	70,2	10,5	10,5	8,8	0
Pròpia conducta	47,4	7	15,8	19,3	10,5
Actitud mental	28,1	5,3	24,6	33,3	8,8
Probl. Familiars	41,1	7,1	12,5	25	14,3
Excés treball	48,2	7,1	7,1	17,9	19,6
Estat emocional	21,1	7	12,3	43,9	15,8
Edat/envellir	63,2	10,5	12,3	12,3	1,8
Alcohol	85,5	5,5	1,8	3,6	3,6
Tabac	75,4	5,3	8,8	5,3	5,3
Accident	80,7	3,5	8,8	5,3	1,8
Personalitat	47,4	5,3	24,6	15,8	7
Immunitat	43,9	15,8	17,5	14	7

Nota: valors de les freqüències en %

Per últim, en la Taula 32 es pot observar que existeixen diferències estadísticament significatives entre sexe en les variables de l'alcohol i els problemes familiars i en la Taula 33 s'observa una diferència significativa en funció del grup cultural en la causa sobre l'estrès i preocupacions sent la puntuació més alta per el grup dels països de l'est.

Taula 32. Creences sobre les causes de malaltia en funció del sexe

	Subescales	N	M	DE	Mínim/ Máxim	t	p	d de Cohen
Estrès o preocupacions	Dones	36	3.25	1,25	0/4			
	Homes	20	2.8	1	1/4			
	TOTAL	56	3.09	1,18	0/4	1,379	,174	,398
Hereditari	Dones	35	1,57	1,52	0/4			
	Homes	20	1,53	1,36	0/4			
	TOTAL	55	1,38	1,47	0/4	1,271	,209	,014
Virus/bact	Dones	36	0,58	1,00	0/4			
	Homes	20	0,70	1,26	0/4			
	TOTAL	56	0,63	1,09	0/4	-,381	,704	-,105
Dieta	Dones	36	0,67	1,22	0/4			
	Homes	20	0,40	0,99	0/3			
	TOTAL	56	0,57	1,14	0/4	,835	,407	,243
Casualtat	Dones	36	1,94	1,43	0/4			
	Homes	20	1,80	1,28	0/3			
	TOTAL	56	1,89	1,37	0/3	,375	,709	,103
Atn. Mèdica	Dones	36	1,14	1,42	0/4			
	Homes	20	0,65	1,27	0/4			
	TOTAL	56	0,96	1,37	0/4	1,283	,205	,364
Contaminació	Dones	36	0,61	0,99	0/3			
	Homes	20	0,40	0,88	0/3			
	TOTAL	56	0,54	0,95	0/3	,792	,432	-,556
Pròpia conducta	Dones	36	1,33	1,41	0/4			
	Homes	20	1,45	1,70	0/4			
	TOTAL	56	1,38	1,51	0/4	-,261	,796	-,077
Actitud mental	Dones	36	1,97	1,34	0/4			
	Homes	20	1,70	1,45	0/4			
	TOTAL	56	1,88	1,38	0/4	,706	,483	,193

(Continuació Taula 32)

Probl. Familiars	Dones	35	2,06	1,55	0/4			
	Homes	20	1,00	1,38	0/4			
	TOTAL	55	1,67	1,56	0/4	2,529	,014*	,722
Excés treball	Dones	35	1,57	1,70	0/4			
	Homes	20	1,55	1,67	0/4			
	TOTAL	55	1,56	1,68	0/4	,045	,964	,012
Estat emocional	Dones	36	2,50	1,34	0/4			
	Homes	20	1,75	1,37	0/4			
	TOTAL	56	2,23	1,49	0/4	1,989	,052	,553
Edat/envellir	Dones	36	0,86	1,27	0/4			
	Homes	20	0,60	0,99	0/3			
	TOTAL	56	0,77	1,17	0/4	,794	,431	,228
Alcohol	Dones	35	0,14	0,43	0/2			
	Homes	19	0,74	1,48	0/4			
	TOTAL	54	0,35	0,97	0/4	-2,217	,031*	-,249
Tabac	Dones	36	0,47	1,11	0/4			
	Homes	20	0,85	1,46	0/4			
	TOTAL	56	0,61	1,19	0/4	-1,145	,257	-,293
Accident	Dones	36	0,44	1,03	0/4			
	Homes	20	0,45	0,94	0/3			
	TOTAL	56	0,45	0,99	0/4	-,020	,984	-,010
Personalitat	Dones	36	1,39	1,36	0/4			
	Homes	20	1,20	1,47	0/4			
	TOTAL	56	1,32	1,39	0/4	,484	,630	,134
Immunitat	Dones	36	1,58	2,02	0/4			
	Homes	20	1,10	1,21	0/3			
	TOTAL	56	1,41	1,78	0/4	,975	,334	,288

Nota: N= freqüència, M = mitjana, DE = desviació estàndard, Mínim/ Màxim = valors mínim i màxim, t = prova t de Student
* $p \leq ,05$

Taula 33. Creences sobre les causes de malaltia en funció del grup cultural

	Subescales	N	M	DE	Mínim/ Màxim	t	p	d de Cohen
Estrès o preocupacions	Marroquins	36	2,83	1,32	0/4			
	Països de l'Est	18	3,67	0,59	2/4			
	TOTAL	54	3,11	1,19	0/4	-3,195	,002**	-,822
Hereditari	Marroquins	35	1,4	1,34	0/4			
	Països de l'Est	18	1,33	1,37	0/4			
	TOTAL	53	1,38	1,47	0/4	,155	,878	,052
Virus/bact	Marroquins	36	0,67	1,12	0/4			
	Països de l'Est	18	0,56	1,1	0/4			
	TOTAL	54	0,63	1,1	0/4	,346	,731	,099
Dieta	Marroquins	36	0,58	1,18	0/4			
	Països de l'Est	18	0,56	1,15	0/3			
	TOTAL	54	0,57	1,16	0/4	,082	,935	,017
Casualitat	Marroquins	36	2,06	1,41	0/4			
	Països de l'Est	18	1,50	1,31	0/4			
	TOTAL	54	1,87	1,39	0/4	1,399	,168	,411
Atn. Mèdica	Marroquins	36	0,92	1,38	0/4			
	Països de l'Est	18	1,11	1,43	0/4			
	TOTAL	54	0,96	1,39	0/4	-,344	,732	-,135

(Continuació Taula 33)

Contaminació	Marroquins	36	0,39	0,80	0/3			
	Països de l'Est	18	0,78	1,17	0/3			
	TOTAL	54	0,52	0,96	0/3	-1,438	,157	-,396
Pròpia conducta	Marroquins	36	1,67	1,52	0/4			
	Països de l'Est	18	1,83	1,47	0/4			
	TOTAL	54	1,39	1,52	0/4	-1,536	,131	-,107
Actitud mental	Marroquins	36	1,81	1,47	0/4			
	Països de l'Est	18	2,00	1,28	0/4			
	TOTAL	54	1,87	1,40	0/4	-,477	,635	-,138
Probl. Familiars	Marroquins	35	1,60	1,52	0/4			
	Països de l'Est	18	1,83	1,69	0/4			
	TOTAL	53	1,68	1,57	0/4	-,510	,612	-,143
Excés treball	Marroquins	35	1,51	1,65	0/4			
	Països de l'Est	18	1,67	1,78	0/4			
	TOTAL	53	1,57	1,68	0/4	-,310	,758	-,047
Estat emocional	Marroquins	36	2,11	1,43	0/4			
	Països de l'Est	18	2,56	1,34	0/4			
	TOTAL	54	2,22	1,41	0/4	-1,235	,223	-,325
Edat/envellir	Marroquins	36	0,69	1,12	0/4			
	Països de l'Est	18	0,89	1,32	0/3			
	TOTAL	54	0,76	1,18	0/4	-,567	,573	-,163
Alcohol	Marroquins	35	0,37	1,06	0/4			
	Països de l'Est	17	0,35	0,86	0/3			
	TOTAL	52	0,37	0,99	0/4	,063	,950	,020
Tabac	Marroquins	36	0,42	1,11	0/4			
	Països de l'Est	18	0,83	1,30	0/4			
	TOTAL	54	0,56	1,11	0/4	-1,309	,196	-,339
Accident	Marroquins	36	0,42	0,97	0/4			
	Països de l'Est	18	0,44	1,04	0/3			
	TOTAL	54	0,43	0,98	0/4	-,097	,923	,020
Personalitat	Marroquins	36	1,25	1,32	0/4			
	Països de l'Est	18	1,56	1,58	0/4			
	TOTAL	54	1,35	1,40	0/4	-,751	,456	-,213
Immunitat	Marroquins	36	1,22	1,96	0/4			
	Països de l'Est	18	1,78	1,44	0/4			
	TOTAL	54	1,41	1,81	0/4	-1,066	,291	-,326

Nota: N= freqüència, M= mitjana, DE =desviació estàndard, Mínim/ Màxim =valors mínim i màxim, t= prova t de Student

** $p \leq ,01$

5. LA QUALITAT DE VIDA

En el qüestionari WHOQOL-Bref, com podem apreciar en la Taula 34, la puntuació més alta correspon a la dimensió de la qualitat de la salut de l'entorn seguida de la salut física i la puntuació més baixa correspon a la dimensió de la qualitat psicològica. Per altra banda, en les preguntes generals sobre la QV i la satisfacció amb la salut, la mitjana és més baixa respecte a les dimensions (Taula 34).

En l'estudi comparatiu entre les dones i els homes no es troben diferències significatives (Taula 34). En canvi, en la comparació entre el grup cultural se'n troba una en la pregunta general de la QV (Taula 35).

Taula 34. La qualitat de vida en funció del sexe

	Subescales	N	M	DE	Mínim/ Màxim	t	p	d de Cohen
Salut física	Dones	33	2,97	,77	1,57/4,57			
	Homes	23	3,02	,76	1,43/4,43			
	TOTAL	56	2,99	,76	1,43/4,57	-0,214	,831	-,066
Salut psicològica	Dones	31	2,72	,81	1,33/4,50			
	Homes	23	2,93	1,03	1/4,67			
	TOTAL	54	2,81	,91	1/4,67	-0,827	,412	-,227
Relacions socials	Dones	33	2,69	1,10	1/4,67			
	Homes	22	3,18	1,05	1/5			
	TOTAL	55	2,88	1,11	1/5	-1,664	,102	-,456
Salut de l'entorn	Dones	34	3,06	,59	2,13/4,63			
	Homes	22	3,19	,76	1,88/4,75			
	TOTAL	56	3,11	,66	1,88/4,75	-0,693	,491	-,191
Qualitat de vida general	Dones	35	2,49	1,07	1/5			
	Homes	23	2,09	2,11	1/5			
	TOTAL	58	2,33	1,05	1/5	1,428	,159	,239
Satisfacció salut	Dones	35	2,26	1,24	1/5			
	Homes	22	2,32	1,13	1/5			
	TOTAL	57	2,28	1,19	1/5	-,187	,853	-,051

Nota: N= freqüència, M= mitjana, DE =desviació estàndard, Mínim/ Màxim =valors mínim i màxim, t= prova t de Student

* $p \leq ,05$

Taula 35. La qualitat de vida en funció del grup cultural

	Subescales	N	M	DE	Mínim/ Màxim	t	p	d de Cohen
Salut física	Marroquí	37	2,98	,73	1,43/4,43			
	País de l'Est	17	3,00	,88	1,86/4,57			
	TOTAL	54	3,01	,77	1,43/4,57	-,084	,933	-,025
Salut psicològica	Marroquí	36	2,75	,94	1/4,67			
	País de l'Est	16	2,94	,9	1,5/4,67			
	TOTAL	52	2,8	,93	1/4,67	-,688	,495	-,206
Relacions socials	Marroquí	35	2,96	1,15	1/5			
	País de l'Est	18	2,76	1,07	1/4,67			
	TOTAL	53	2,89	1,12	1/5	,622	,537	,180
Salut de l'entorn	Marroquí	36	3,03	,64	1,88/4,25			
	País de l'Est	18	3,32	,69	2,8/4,75			
	TOTAL	54	3,13	,66	1,88/4,75	-1,524	,133	-,436
Qualitat de vida general	Marroquí	38	2,11	,92	1/4			
	País de l'Est	18	2,72	1,23	1/5			
	TOTAL	56	2,3	1,06	1/5	-2,095	,041*	-,562
Satisfacció salut	Marroquí	37	2,11	1,21	1/5			
	País de l'Est	18	2,61	1,21	1/5			
	TOTAL	55	2,27	2,21	1/5	-1,463	,149	-,415

Nota: N= freqüència, M= mitjana, DE =desviació estàndard, Mínim/ Màxim =valors mínim i màxim, t= prova t de Student

* $p \leq ,05$

6. AJUSTAMENT DE L'ESTRÈS D'ACULTURACIÓ I L'ADAPTACIÓ SOCIAL

6.1. L'estrès d'aculturació

En el qüestionari BISS, el qual mesura l'estrès d'aculturació, es pot apreciar en la Taula 36 que la mitjana més baixa corresponen a la dimensió de la discriminació percebuda (1,77 *DE*.68) i el xoc entre cultures (1,86 *DE* ,68) i el el factor d'estrès psicosocial i el de nostàlgia obtenen les puntuacions més altes (2, 82 *DE*.80 i 2,23 *DE* ,78 respectivament). Per altra banda, no es troben diferències significatives ni entre el sexe (Taula 36) ni entre el grup cultural (Taula 37).

Taula 36. *L'estrès d'aculturació en funció del sexe*

	Subescales	N	M	DE	Mínim/ Màxim	t	P	d de Cohen
Discrimin.	Dones	36	1,80	,73	1/3,56			
	Homes	23	1,72	,60	1/2,83			
	TOTAL	59	1,77	,68	1/3,56	,448	,656	,120
Xoc cultural	Dones	36	1,82	,66	1/3,36			
	Homes	23	1,93	,72	1/3,64			
	TOTAL	59	1,86	,68	1/3,64	-,614	,541	-,159
Estrès psicol.	Dones	35	2,91	,79	1/4			
	Homes	23	2,72	,77	1/3,80			
	TOTAL	58	2,84	,78	1/4	,869	,376	,244
Nostàlgia	Dones	35	2,25	,84	1/4			
	Homes	23	2,28	,72	1/3,80			
	TOTAL	58	2,26	,79	1/4	-,126	,900	-,038

Nota: N= freqüència absoluta, M=mitjana, DE =desviació estàndard, Mínim/ Màxim =valors mínim i màxim, t= prova t de Student

Taula 37. *L'estrès d'aculturació en funció del grup cultural*

	Subescales	N	M	DE	Mínim/ Màxim	t	P	d de Cohen
Discrimin.	Marroquí	38	1,85	,70	1/3,56			
	País de l'Est	19	1,50	,54	1/2,82			
	TOTAL	57	1,74	,67	1/3,56	1,907	,062	,560
Xoc cultural	Marroquí	38	1,93	,68	1/2,89			
	País de l'Est	19	1,67	,62	1/2,82			
	TOTAL	57	1,85	,66	1/2,89	1,424	,160	,400
Estrès psicol.	Marroquí	37	2,92	,68	1/4			
	País de l'Est	19	2,64	,69	1,13 / 4			
	TOTAL	56	2,82	,79	1/4	1,212	,231	,409
Nostàlgia	Marroquí	37	2,33	,77	1/4			
	País de l'Est	19	2,03	,78	1/3,60			
	TOTAL	56	2,23	,78	1/4	1,363	,179	,387

Nota: N= freqüència absoluta, M=mitjana, DE =desviació estàndard, Mínim/ Màxim =valors mínim i màxim, t= prova t de Student

6.2. L'adaptació social

Es pot observar en la Taula 38 que la mitjana de l'adaptació social (SASS) és alta i que no es troben diferències significatives entre el sexe ni entre el grup cultural (Taula 38).

Taula 38. *L'adaptació social en funció del sexe i el grup cultural*

	<i>Subescales</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mínim/ Màxim</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
Adaptació Social	Dones	30	47,20	8,22	33/71			
	Homes	20	45,55	8,07	28/66			
	TOTAL	50	46,54	8,12	28/71	,700	,487	,203
	Marroquí	31	46,26	8,14	28/66			
	Països de l'Est	17	47,59	8,34	33/71			
	TOTAL	48	46,73	8,2	28/71	-,534	,595	-,080

Nota: *N*= freqüència absoluta, *M*=mitjana, *DE*=desviació estàndard, Mínim/ Màxim =valors mínim i màxim, *t*= prova t de Student

6.3. Xarxa social

La pregunta sobre la xarxa social dels participants de l'entrevista per recollir les dades sociodemogràfiques obté unes freqüències més altes en la resposta de 'bastant' seguida de la dimensió de 'poc'(Taula 39) i en ambdós casos les freqüències són més altes en les dones però no existeixen diferències significatives entre homes i dones (Taula 40).

Taula 39. *Distribució de la xarxa social en funció del sexe*

Xarxa social	Sexe	Freqüència %
Molt	Dones	10,2
	Homes	6,8
	TOTAL	16,9
Bastant	Dones	22
	Homes	11,9
	TOTAL	33,9
Regular	Dones	6,8
	Homes	5,1
	TOTAL	11,9
Poc	Dones	18,6
	Homes	11,9
	TOTAL	30,5
Res	Dones	3,4
	Homes	3,4
	TOTAL	6,8

Nota: Freqüències en %

Per altra banda, no s'obtenen diferències significatives entre el sexe (Taula 40).

Taula 40. *Comparació de la xarxa social entre el sexe*

χ^2	<i>g.l</i>	<i>P</i>	<i>V de Cramer</i>
0,386	4	,984	,984

Nota: χ^2 Xi- quadrat, *g.l*= graus de llibertat.
**p* ≤ ,05

Com podem apreciar en la Taula 41 les freqüències en el grup del Marroc són més altes en tots els casos però no existeixen diferències significatives entre ambdós grups (Taula 42).

Taula 41. *Distribució de la xarxa social en funció del grup cultural*

Xarxa social	Cultura	Freqüència %
Molt	Marroquí	12,3
	País de l'Est	5,3
	TOTAL	17,5
Bastant	Marroquí	22,8
	País de l'Est	10,5
	TOTAL	33,3
Regular	Marroquí	8,8
	País de l'Est	1,8
	TOTAL	10,5
Poc	Marroquí	17,5
	País de l'Est	14,0
	TOTAL	31,6
Res	Marroquí	5,3
	País de l'Est	1,8
	TOTAL	7,0

Nota: Freqüències en %

Taula 42. *Comparació de la xarxa social entre el grup cultural*

χ^2	<i>g.l</i>	<i>P</i>	<i>V de Cramer</i>
1,951	4	,745	,745

Nota: χ^2 Xi- quadrat, *g.l*= graus de llibertat.

7. ESTUDI CORRELACIONAL

7.1. L'estil d'aferrament

Existeixen poques correlacions significatives, tant positives com negatives, entre les variables dels diferents qüestionaris administrats i l'estil d'aferrament (qüestionari RQ) com es pot observar en les Taules següents tot i que augmenten quan es controla una variable demogràfica (Taules 43, 44, 45, 46, 47, 48 49 i 50). Les relacions amb més alta tendència a la significació estadística ($p \leq ,001$) entre les diferents escales han sigut dues: el factor d'ansietat fòbica amb el model dels altres i el d'ansietat amb l'estil d'aferrament segur. Ambdues dimensions del qüestionari de la simptomatologia clínica SA-45.

Les relacions inverses es donen entre el model de si mateix i la simptomatologia d'hostilitat, d'obsessió compulsió, d'ansietat, de sensibilitat interpersonal i d'ideació paranoide. Entre el model dels altres trobem relacions negatives amb l'hostilitat, la depressió, l'ansietat, la sensibilitat interpersonal i l'ansietat fòbica que és una de les dues més significatives com hem esmentat en l'anterior paràgraf.

En relació al qüestionari de l'estrès d'aculturació BISS en trobem només una i és negativa: entre el model de si mateix i la discriminació percebuda. Pel que fa a les relacions negatives dels estils d'aferrament i la simptomatologia clínica només en trobem en l'estil segur: amb la depressió, l'obsessió compulsió, l'ansietat, la sensibilitat interpersonal, l'ansietat fòbica i la ideació paranoide.

Taula 43. *Correlacions entre els models d'aferrament i la qualitat de vida*

WHOQOL-Bref	Correlacions	Model del si mateix	Model dels altres
Salut física	<i>r</i>	,132	,332
	<i>R</i> ²	,017	,110
	p-valor	,356	,015*
Salut psicològica	<i>r</i>	,304	,270
	<i>R</i> ²	,093	,073
	p-valor	,028*	,053
Relacions socials	<i>r</i>	,382	,210
	<i>R</i> ²	,146	,044
	p-valor	,005**	,134
Entorn	<i>r</i>	,164	,228
	<i>R</i> ²	,027	,052
	p-valor	,240	,100

Nota: Correlacions obtingudes amb coeficient Pearson (*r*), *R*²: coeficient de determinació

* $p \leq ,05$

** $p \leq ,01$

Cal considerar el fet, que si eliminem el factor sexe en les correlacions entre la QV (WHO-QOL-Bref) i el model de si mateix, els valors en les correlacions de Pearson (r) tendeixen a indicar una major relació entre ambdues variables (Taula 44).

Taula 44. *Correlacions entre la qualitat de vida i el model del si mateix. Factor sexe*

WHOQOL-Bref	Correlacions	Model del si mateix
Salut física	r	,244
	p-valor	,169
Salut psicològica	r	,449
	p-valor	,003**
Relacions socials	r	,385
	p-valor	,011*
Entorn	r	,238
	p-valor	,082

Nota: Correlacions obtingudes amb coeficient Pearson (r), R^2 : coeficient de determinació

* $p \leq ,05$

** $p \leq ,01$

Taula 45. *Correlacions entre la simptomatologia psicològica i els models d'aferrament*

SA-45	Correlacions	Model del si mateix	Model dels altres
Hostilitat	r	-,270	-,286
	R^2	,073	,082
	p-valor	,046*	,035*
Somatització	r	-,160	-,176
	R^2	,026	,031
	p-valor	,244	,198
Depressió	r	-,388	-,371
	R^2	,150	,137
	p-valor	,004**	,006**
Obsessiu-Compulsiu	r	-,294	-,201
	R^2	,086	,039
	p-valor	,029*	,141
Ansietat	r	-,287	-,402
	R^2	,082	,162
	p-valor	,034*	,002**
Sensibilitat-Interpersonal	r	-,388	-,373
	R^2	,150	,139
	p-valor	,004**	,006**
Ansietat fòbica	r	-,230	-,421
	R^2	,053	,177
	p-valor	,091	,001**
Idees paranoïdes	r	-,405	-,191
	R^2	,164	,036
	p-valor	,003**	,171
Psicoticisme	r	-,126	-,304
	R^2	,016	,092
	p-valor	,362	,025*

Nota: r : Coeficient de correlació de Pearson, R^2 : coeficient de determinació

Taula 46. Correlacions entre l'estrès d'aculturació i els models d'aferrament

BISS	Correlacions	Model del si mateix	Model dels altres
Discriminació	<i>r</i>	-,282	-,079
	<i>R</i> ²	,080	,006
	p-valor	,035*	,565
Xoc cultural	<i>r</i>	-,063	-,096
	<i>R</i> ²	,004	,009
	p-valor	,642	,483
Nostàlgia	<i>r</i>	-,026	-,120
	<i>R</i> ²	,001	,014
	p-valor	,848	,384
Psicosocial	<i>r</i>	-,215	-,207
	<i>R</i> ²	,046	,043
	p-valor	,114	,129

Nota: *r* : Coeficient de correlació de Pearson. *R*²: coeficient de determinació

En el cas de la Taula 47, en la que s'analitzen les correlacions existents entre l'estrès d'aculturació (BISS) i els models d'aferrament (RQ) en funció de controlar les variables els anys viscuts a Catalunya i el grup cultural es pot observar com aquestes canvien substancialment (Taula 46). La qual cosa ens indica que aquests dos factors contribueixen i modifiquen els resultats obtinguts, sobretot de manera més rellevant en la discriminació i el xoc cultural.

Taula 47. Correlacions entre els models d'aferrament i l'estrès d'aculturació. Factors anys a Catalunya i grup cultural

BISS	Correlacions	Model del si mateix	Model dels altres
Discriminació	<i>r</i>	-,376	-,189
	p-valor	,007*	,185
Xoc cultural	<i>r</i>	-,134	-,205
	p-valor	,349	,149
Nostàlgia	<i>r</i>	-,058	-,157
	p-valor	,684	,270
Psicosocial	<i>r</i>	-,218	-,223
	p-valor	,124	,116

Nota: Correlacions obtingudes amb coeficient Pearson (*r*), *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

** *p* ≤ ,01

Taula 48. Correlacions entre els estils d'aferrament i la simptomatologia psicològica

Estil aferrament	Correlacions	SA-45					
		Depressió	Obsessió	Ansietat	Sens. Interp.	Ans. Fòbica	Idea paran.
Segur	<i>r</i>	-,390	-,294	-,421	-,370	-,306	-,303
	<i>R</i> ²	,152	,086	,177	,0137	,094	,092
	p-valor	,003**	,028*	,001**	,006**	,022*	,026*
Evitatiu	<i>r</i>	,175	,208	,251	,190	,270	,143
	<i>R</i> ²	,031	,043	,063	,036	,079	,020
	p-valor	,206	,128	,065	,172	,046*	,306
Preocupat	<i>r</i>	,210	,286	,127	,236	,100	,343
	<i>R</i> ²	,044	,082	,016	,056	,010	,118
	p-valor	,125	,033*	,351	,088	,463	,011*
Temorenc	<i>r</i>	,327	,188	,218	,359	,315	,276
	<i>R</i> ²	,011	,035	,048	,129	,099	,076
	p-valor	,016*	,170	,109	,008**	,019*	,046*

Nota: *r* : Coeficient de correlació de Pearson, *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

** *p* ≤ ,01

Tanmateix, en les correlacions entre els estils d'aferrament i la simptomatologia psicològica, si tenim en compte el factor cultura, es s'obtenen correlacions més altes en la majoria dels casos. Per tant, el fet de pertànyer a un grup cultural o un altre implica un canvi en les respostes (vegeu Taula 48 i 49).

Taula 49. Correlacions entre els estils d'aferrament i la simptomatologia psicològica. Factor cultura

Estil aferrament	Correlacions	SA-45					
		Depressió	Obsessió	Ansietat	Sens. Interp.	Ans. Fòbica	Idea paran.
Segur	<i>r</i>	-,467	-,423	-,437	-,413	-,427	,327
	p-valor	,001*	,003**	,002**	,004**	,003**	,027*
Evitatiu	<i>r</i>	,190	,285	,250	,222	,349	,220
	p-valor	,201	,052	,090	,134	,016*	,138
Preocupat	<i>r</i>	,264	,326	,149	,239	,058	,345
	p-valor	,073	,025*	,318	,106	,700	,018*
Temorenc	<i>r</i>	,340	,177	,239	,379	,277	,230
	p-valor	,019*	,234	,106	,009**	,059*	,120*

Nota: Correlacions obtingudes amb coeficient Pearson (*r*), *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

** *p* ≤ ,01

En relació als estils d'aferrament i la QV, si es controla el factor cultura, produeix un efecte, sobretot, en l'estil d'aferrament segur (Taula 50).

Taula 50. Correlacions entre els estils d'aferrament i la qualitat de vida. Factor cultura

Estil d'aferrament	Correlacions	WHOQOL-Bref			
		Salut física	Salut psico.	Rel.Socials	Entorn
Segur	<i>r</i>	,148	,160	,319	,358
	<i>R</i> ²	,022	,026	,102	,128
	p-valor	,286	,257	,020*	,008**
Evitatiu	<i>r</i>	-,241	-,091	,001	-,106
	<i>R</i> ²	,058	,008	,000	,011
	p-valor	,083	,522	,996	,450
Preocupat	<i>r</i>	-,131	-,186	-,197	-,092
	<i>R</i> ²	,017	,035	,039	,008
	p-valor	,346	,182	,157	,510
Temorenc	<i>r</i>	-,295	-,398	-,224	-,025
	<i>R</i> ²	,087	,158	,050	,001
	p-valor	,032*	,003**	,111	,858

Nota: *r* : Coeficient de correlació de Pearson. *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

** *p* ≤ ,01

En les Taules següents (51 i 52) on es mostren les relacions entre els estils d'aferrament i els models d'aferrament amb l'adaptació social, s'observa que només existeix una relació significativa entre el model evitatiu i l'adaptació social.

Taula 51. Correlacions entre els estils d'aferrament i l'adaptació social

Estil d'aferrament	Correlacions	SASS
		Adap. Social
Segur	<i>r</i>	-,122
	<i>R</i> ²	,015
	p-valor	,403
Evitatiu	<i>r</i>	,304
	<i>R</i> ²	,092
	p-valor	,036*
Preocupat	<i>r</i>	,149
	<i>R</i> ²	,022
	p-valor	,313
Temorenc	<i>r</i>	,134
	<i>R</i> ²	,018
	p-valor	,365

Nota: *r* : Coeficient de correlació de Pearson, *R*²: coeficient de determinació corregit

* *p* ≤ ,05

Taula 52. Correlacions entre els models d'aferrament i l'adaptació social

Estil d'aferrament	SASS	
	Correlacions	Adap. Social
Model del si mateix	<i>r</i>	,032
	<i>R</i> ²	,001
	p-valor	,831
Model dels altres	<i>r</i>	-,226
	<i>R</i> ²	,005
	p-valor	,122

Nota: *r* : Coeficient de correlació de Pearson, *R*²: coeficient de determinació

7.2. Simptomatologia psicològica

En el cas de les àrees de la simptomatologia psicològica (SA-45) relacionades amb els factors de l'estrès d'aculturació (BISS) es troben diferents significacions correlacionals, sobretot, destaca el factor de l'estrès psicosocial que es relaciona amb totes les dimensions de la simptomatologia psicològica (Taula 53).

Taula 53. Correlacions entre la simptomatologia psicològica i l'estrès d'aculturació

BISS	Correlacions	SA-45								
		Hostil.	Somat.	Depressió	Obses-Compulsiu	Ans.	Sensl. Interp.	Ans. fòbica	Idea. Paran.	Psicotic.
Discrimi.	<i>r</i>	,126	,177	,203	,268	,019	,365	,166	,248	,353
	<i>R</i> ²	-,02	,031	,041	,072	,000	,133	,028	,062	,125
	p-valor	,347	,183	,129	,042*	,885	,006**	,212	,065	,007**
Xoc cultural	<i>r</i>	,234	,351	,380	,278	,241	,430	,188	,199	,452
	<i>R</i> ²	,055	,123	,144	,077	,058	,185	,035	,040	,204
	p-valor	,077	,007**	,004**	,035*	,068	,001**	,157	,141	,000**
Estrès psic.	<i>r</i>	,507	,566	,691	,568	,558	,647	,335	,537	,394
	<i>R</i> ²	,257	,320	,477	,323	,311	,419	,112	,288	,155
	p-valor	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,000**	,011*	,000**	,003**
Nostàlgia	<i>r</i>	,171	,294	,370	,365	,304	,315	,175	,161	,265
	<i>R</i> ²	,029	,086	,137	,133	,092	,099	,031	,026	,070
	p-valor	,203	,027*	,005**	,005**	,022*	,020*	,192	,239	,049*

Nota: *r* : Coeficient de correlació de Pearson, *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

** *p* ≤ ,01

*** *p* ≤ ,001

Pel que fa a les relacions entre la simptomatologia psicològica i les creences sobre la malaltia (IPQ-R) es trobem algunes relacions significatives destacant la dimensió de conseqüències de la malaltia que es relaciona amb totes les àrees simptomatològiques excepte en el psicoticisme com podem apreciar en la Taula 54.

Taula 54. Correlacions entre la simptomatologia psicològica i les creences de malaltia

		SA-45								
IPQ-R	Correlacions	Hostil.	Somat.	Depressió	Obses-Compuls	Ans.	Sensl. Interp.	Ans. fòbica	Idea. Paran.	Psicotici
Durada	<i>r</i>	,39	,34	,463	,201	,406	,244	,246	,308	,179
	<i>R</i> ²	,152	,116	,214	,04	,165	,06	,061	,095	,032
	p-valor	,003**	,010**	,000***	,138	,002**	,075	,068	,023*	,196
Conseq.	<i>r</i>	,638	,527	,677	,39	,531	,513	,402	,438	,231
	<i>R</i> ²	,407	,278	,458	,152	,282	,263	,162	,192	,054
	p-valor	,000***	,000***	,000***	,003**	,000***	,000***	,002**	,001***	,096
Cont. Per	<i>r</i>	-,061	-,221	-,236	-,255	-,195	-,32	-,107	-,253	,260
	<i>R</i> ²	,004	,049	,056	,065	,038	,102	,011	,064	,068
	p-valor	,652	,098	,080	,056	,147	,017*	,430	,062	,068
Cont.Tract	<i>r</i>	,078	-,217	-,23	-,066	-,044	-,255	,059	-,048	,434
	<i>R</i> ²	,006	,047	,053	,004	,002	,065	,003	,002	,189
	p-valor	,567	,108	,090	,628	,747	,63	,668	,733	,001***
Coherència	<i>r</i>	-,078	,098	-,136	-,126	-,28	-,178	-,151	-,126	-,017
	<i>R</i> ²	,006	,01	,018	,016	,078	,032	,023	,016	0
	p-valor	,568	,474	,323	,354	,037*	,197	,265	,363	,905
Curs cíclic	<i>r</i>	,201	,251	,191	,32	,137	,218	,15	,249	,224
	<i>R</i> ²	,041	,063	,036	,102	,019	,047	,022	,062	,050
	p-valor	,140	,065	,167	,017*	,317	,117	,275	,072	,104
Repr. Emo	<i>r</i>	,482	,343	,518	,243	,536	,39	,386	,349	,202
	<i>R</i> ²	,232	,118	,268	,059	,287	,152	,149	,122	,041
	p-valor	,000***	,010**	,000***	,071	,000***	,004**	,003**	,010**	,143

Nota: *r*: Coeficient de correlació de Pearson, *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

** *p* ≤ ,01

*** *p* ≤ ,001

Per altra banda s'observa una relació inversa entre les puntuacions del qüestionari la simptomatologia psicològica i la QV com es pot apreciar en la Taula 55.

Taula 55. Correlacions entre la simptomatologia psicològica i la qualitat de vida

		SA-45									
WHOQOL		Correlacions	Hostil.	Somat.	Depres.	Obses- Compul.	Ans.	Sensi. Interp.	Ans. fòbica	Idea. Paran.	Psicotic.
Salut física	<i>r</i>	-,477	-,581	-,672	-,286	-,527	-,411	-,470	-,405	-,409	
	<i>R</i> ²	,228	,338	,452	,082	,278	,169	,221	,164	,167	
	p-valor	,000***	,000***	,000***	,035*	,000***	,002**	,000***	,003**	,002**	
Salut psicol.	<i>r</i>	-,506	-,575	-,701	-,304	-,510	-,531	-,436	-,545	-,552	
	<i>R</i> ²	,256	,331	,491	,092	,260	0,282	0,190	0,297	0,305	
	p-valor	,000***	,000***	,000***	,027*	,000***	,000***	,001**	,000***	,000***	
Relacions socials	<i>r</i>	-,546	-,381	-,591	-,290	-,494	-,458	-,507	-,577	-,301	
	<i>R</i> ²	,298	,145	,349	,084	,244	,210	,257	,333	,091	
	p-valor	,000***	,004**	,000***	,033*	,000***	,001***	,000***	,000***	,028*	
Salut de l'entorn	<i>r</i>	-,374	-,476	-,563	-,154	-,394	-,325	-,262	-,252	-,374	
	<i>R</i> ²	,140	,227	,317	,024	,155	,106	,069	,064	,140	
	p-valor	,005**	,000***	,000***	,262	,003**	,017*	,054	,063	,005**	
Qualitat de vida general	<i>r</i>	-,299	-,335	-,514	-,295	-,426	-,404	-,304	-,308	-,362	
	<i>R</i> ²	,089	,112	,264	,087	,181	,163	,092	,095	,131	
	p-valor	,024*	,011*	,000***	,026*	,001***	,002**	,022*	,022*	,006***	
Satisfac. salut	<i>r</i>	-,384	-,471	-,448	-,183	-,282	-,409	-,050	-,403	-,216	
	<i>R</i> ²	,147	,222	,201	,033	,080	,167	,003	,162	,047	
	p-valor	,004**	,000***	,001***	,177	,035*	,002**	,714	,003**	,113	

Nota: *r*: Coeficient de correlació de Pearson, *R*²: coeficient de determinació
 * *p* ≤ ,05
 ** *p* ≤ ,01
 *** *p* ≤ ,001

Els índex de la simptomatologia psicopatològica (SA-45) i l'adaptació social (SASS) es correlacionen positivament en les escales de depressió, d'hostilitat, de sensibilitat interpersonal, d'ansietat, d'ansietat fòbica, d'ideació paranoide i de psicoticisme (Taula 56).

Taula 56. Correlacions entre la simptomatologia psicològica i l'adaptació social

	Correlacions	Hostil.	Somat.	Depressió	Obses-Compulsiu	Ans.	Sensl. Interp.	Ans. fòbica	Idea. Paran.	Psicotic.
SASS	<i>r</i>	,478	,278	,54	,266	,501	,402	,407	,334	,302
	<i>R</i> ²	,228	,077	,292	,071	,251	,162	,166	,112	,091
	p-valor	,001**	,053	,002**	,065	,000**	,005***	,004**	,022*	,035*

Nota: *r* : Coeficient de correlació de Pearson, *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

** *p* ≤ ,01

*** *p* ≤ ,001

7.3. Creences sobre la malaltia

Com podem observar en la Taula 57 existeixen algunes relacions inverses entre les subescales del qüestionari sobre la qualitat de vida i el qüestionari sobre les creences de malaltia IPQ-R. Les dimensions de durada de la malaltia i llurs conseqüències són les que obtenen més relacions amb la QV.

Taula 57. Correlacions entre les creences sobre la malaltia i la qualitat de vida

IPQ-R	Correlacions	Salut física	Salut psico.	Rela. Socials	Entorn	Qual. Vida	Satisf. salut
Durada	<i>r</i>	-,510	-,451	-,295	-,406	-,020	-,024
	<i>R</i> ²	,260	,203	,087	,165	,000	,001
	p-valor	,000***	,001***	,032*	,002**	,887	,861
Conseq.	<i>r</i>	-,603	-,676	-,477	-,511	-,103	-,272
	<i>R</i> ²	,363	,458	,227	,261	,011	,074
	p-valor	,000***	,000**	,000***	,000**	,456	,044*
Cont. Per	<i>r</i>	,351	,291	,152	,128	,053	,033
	<i>R</i> ²	,123	,085	,023	,016	,003	,001
	p-valor	,009**	,035*	,271	,352	,699	,808
Cont.Tract	<i>r</i>	,145	,161	,051	-,059	,155	,240
	<i>R</i> ²	,021	,026	,003	,003	,024	,057
	p-valor	,296	,256	,715	,671	,260	,078
Coherència	<i>r</i>	,006	,172	,071	,244	-,073	,101
	<i>R</i> ²	,000	,030	,005	,059	,005	,010
	p-valor	,963	,223	,612	,076	,595	,463
Curs cíclic	<i>r</i>	-,124	-,136	-,279	-,048	,003	-,110
	<i>R</i> ²	,015	,019	,078	,002	,000	,012
	p-valor	,375	,341	,045*	,730	,982	,423
Repr. Emo	<i>r</i>	-,575	-,407	-,361	-,300	-,123	-,241
	<i>R</i> ²	,331	,166	,130	,090	,015	,058
	p-valor	,000***	,003**	,008**	,027*	,372	,076

Nota: *r* : Coeficient de correlació de Pearson. *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

** *p* ≤ ,01

*** *p* ≤ ,001

Les puntuacions del qüestionari d'adaptació social (SASS) es relacionen positivament amb

les puntuacions dels factors durada, conseqüències, control personal i representació emocional de les creences sobre la malaltia (Taula 58).

Taula 58. *Correlacions entre creences de malaltia i adaptació social*

IPQ-R	Correlacions	Adaptació social
Durada	<i>r</i>	,358
	<i>R</i> ²	,128
	p-valor	,012*
Conseq.	<i>r</i>	,452
	<i>R</i> ²	0,1
	p-valor	,010**
Cont. Per	<i>r</i>	,479
	<i>R</i> ²	,229
	p-valor	,012*
Cont.Tract	<i>r</i>	,097
	<i>R</i> ²	,009
	p-valor	,507
Coherència	<i>r</i>	-,145
	<i>R</i> ²	,021
	p-valor	,320
Curs cíclic	<i>r</i>	,063
	<i>R</i> ²	,004
	p-valor	,672
Repr. Emo	<i>r</i>	,398
	<i>R</i> ²	,158
	p-valor	,005**

Nota: *r*: Coeficient de correlació de Pearson *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

** *p* ≤ ,01

Pel que fa a les causes sobre la malaltia i els factors del l'estrès d'aculturació (BISS) s'observa en la Taula 59 que el factor de discriminació percebuda és el que més es correlaciona de forma positiva.

Taula 59. *Correlacions entre les causes de la malaltia i l'estrès d'aculturació*

IPQ-R	Correlacions	Discriminació	Xoc cultural	Estrès	Nostàlgia
Dieta	<i>r</i>	,333	,111	,013	,039
	<i>R</i> ²	,111	,012	,000	,002
	p-valor	,012	,414	,925	,779
Casualtat	<i>r</i>	,141	,231	,245	,273
	<i>R</i> ²	,020	,053	,060	,075
	p-valor	,300	,086	,071	,044*
At. Mèdica	<i>r</i>	,296	,313	,172	,307
	<i>R</i> ²	,087	,098	,030	,094
	p-valor	,027*	,019*	,208	,022*
Ambient	<i>r</i>	,332	,324	,150	,209
	<i>R</i> ²	,110	,105	,023	,044

(Continuació Taula 59)

	p-valor	,013*	,015*	,273	,126
Estat Emocional	<i>r</i>	,240	,181	,318	,178
	<i>R</i> ²	,058	,033	,101	,032
	p-valor	,075	,182	,018*	,193
Edat	<i>r</i>	,342	,375	,245	,271
	<i>R</i> ²	,117	,141	,060	,073
	p-valor	,010**	,004**	,072	,046*
Accident	<i>r</i>	,050	,038	,290	,168
	<i>R</i> ²	,003	,001	,084	,028
	p-valor	,713	,783	,032*	,219
Personalitat	<i>r</i>	,352	,204	,202	,005
	<i>R</i> ²	,124	,042	,041	,000
	p-valor	,008**	,132	,139	,972

Nota: *r*: Coeficient de correlació de Pearson *R*²: coeficient de determinació* *p* ≤ ,05** *p* ≤ ,01

En el cas de la relació entre les dimensions i les causes de malaltia (IPQ-R) s'observen diferents correlacions positives i negatives de set de les 18 causes possibles (les causes que no han donat significatiu en cap cas no es troben en les Taules) com es pot preciar en la següent Taula 60.

Taula 60. Correlacions entre les causes de malaltia i les dimensions de les creences de malaltia

	Correlacions	Durada	Conseqüències	Control personal	Control t	Coherència	Curs cíclic	Representació emocional
Casualitat	<i>r</i>	,064	,152	,065	-,162	-,229	-,233	,316
	<i>R</i> ²	,004	,023	,004	,026	,052	,054	,100
	p-valor	,643	,268	,638	,232	,093	,086	,019*
At. Mèdica	<i>r</i>	,035	,157	,034	,011	-,285	,168	,094
	<i>R</i> ²	,001	,025	,001	,000	,081	,028	,009
	p-valor	,799	,263	,808	,939	,035*	,221	,494
Act.Mental	<i>r</i>	-,090	,324	,014	,333	,330	,043	,069
	<i>R</i> ²	,008	,105	,000	,111	,109	,002	,005
	p-valor	,514	,016*	,918	,012*	,014*	,755	,618
Família	<i>r</i>	,000	,391	,055	,091	-,160	,275	-,063
	<i>R</i> ²	,000	,153	,003	,008	,026	,075	,004
	p-valor	,100	,004**	,694	,509	,248	,044*	,651
Estat Emocional	<i>r</i>	-,054	,269	,154	,217	-,061	,030	,104
	<i>R</i> ²	,003	,072	,024	,047	,004	,001	,011
	p-valor	,694	,047*	,261	,108	,658	,826	,448
Tabac	<i>r</i>	,000	,101	-,189	-,042	,021	-,297	-,001
	<i>R</i> ²	,000	,010	,036	,002	,000	,088	,000
	p-valor	,998	,465	,167	,756	,882	,27*	,996

(Continuació Taula 60)

Personalitat	r	,008	,313	,013	,018	,019	,037	,086
	R ²	,000	,098	,000	,000	,000	,001	,007
	p-valor	,956	,020*	,925	,892	,891	,790	,531

Nota: r: Coeficient de correlació de Pearson, R²: coeficient de determinació

*p ≤ ,05

**p ≤ ,01

A continuació es mostren la resta les correlacions de les causes de malaltia que han donat significatives entre la simptomatologia psicològica (Taula 61) i els models d'aferrament (Taula 62). Es pot observar com la causa de l'estrès o preocupacions és comuna en ambdues taules però les altres difereixen. En el cas de la simptomatologia psicològica es troba correlacions positives amb la causa de l'edat i de l'accident i en el cas dels models d'aferrament es troben correlacions negatives amb els problemes familiars i la pròpia personalitat.

Taula 61. Correlacions entre les causes de malaltia i la simptomatologia psicològica

	Correla.	Hostilitat	Somatitzac	Depre	Obsessió	Ansietat	Sensl Inter	Ansi. fòbica	Paranoi	Psicotic
Estrès	r	,285	,256	,259	,177	,376	,265	,145	,194	,028
	R ²	,081	,066	,067	,031	,141	,070	,021	,038	,001
	p-valor	,035*	,059	,059	,196	,005**	,056	,290	,163	,841
Edat	r	,273	,204	,272	,349	,195	,143	,168	,198	,363
	R ²	,075	,042	,074	,122	,038	,021	,028	,039	,132
	p-valor	,044*	,135	,047*	,009**	,154	,305	,220	,155	,007**
Accident	r	,472	,244	,352	,343	,310	,194	,347	,229	,314
	R ²	,222	,060	,124	,117	,096	,038	,120	,052	,099
	p-valor	,000***	,073	,009**	,010**	,021*	,164	,009**	,099	,021*

Nota: r: Coeficient de correlació de Pearson, R²: coeficient de determinació

* p ≤ ,05

** p ≤ ,01

Taula 62. Correlacions entre les causes de malaltia i els models d'aferrament

	Correla.	Model del si mateix	Model dels altres
Estrès	r	-,297	-,360
	R ²	,003	,011
	p-valor	,028*	,007**
Família	r	-,320	,004
	R ²	,102	,000
	p-valor	,018	,975
Personalitat	r	-,353	,011
	R ²	,125	,000
	p-valor	,008**	,936

Nota: r: Coeficient de correlació de Pearson, R²: coeficient de determinació

* p ≤ ,05

** p ≤ ,01

7.4. La qualitat de vida

En relació a la qualitat de vida, les puntuacions de les dimensions de la qualitat de la salut física, la salut psicològica, la qualitat de l'entorn i les relacions socials per una banda i les preguntes generals sobre la salut i la QV es relacionen inversament amb les puntuacions de l'estrès psicossocial com es pot observar en la Taula 63.

Per altra banda, les puntuacions de joc cultural es relacionen negativament amb la salut de l'entorn. En les relacions dels esmentats dos qüestionaris es correlacionen inversament la discriminació amb la salut de l'entorn, la salut psicològica i les relacions socials. Per últim, els factors de discriminació i de nostàlgia no obtenen correlacions significatives.

Taula 63. *Correlacions entre la qualitat de vida i l'estrès d'aculturació*

	<i>Correlacions</i>	<i>Discriminació</i>	<i>Joc cultural</i>	<i>Estrès psicossocial</i>	<i>Nostàlgia</i>
<i>Salut física</i>	<i>r</i>	-,062	-,198	-,507	-,900
	<i>R</i> ²	,004	,039	,257	,810
	<i>p</i> -valor	,652	,143	,000***	,512
<i>Salut psicològica</i>	<i>r</i>	-,312	-,421	-,555	-,197
	<i>R</i> ²	,097	,177	,308	,039
	<i>p</i> -valor	,021	,002	,000***	,157
<i>Relacions socials</i>	<i>r</i>	-,266	-,177	-,510	-,088
	<i>R</i> ²	,071	,031	,260	,008
	<i>p</i> -valor	,050	,197	,000***	,529
<i>Entorn</i>	<i>r</i>	-,383	-,555	-,569	-,304
	<i>R</i> ²	,147	,308	,324	,092
	<i>p</i> -valor	,004	,000***	,000***	,024
<i>Qualitat de vida</i>	<i>r</i>	-,169	-,358	-,469	-,308
	<i>R</i> ²	,029	,128	,220	,095
	<i>p</i> -valor	,205	,006	,000***	,020
<i>Satisfacció estat salut</i>	<i>r</i>	-,219	-,291	-,531	-,175
	<i>R</i> ²	,048	,085	,282	,031
	<i>p</i> -valor	,101	,028	,000***	,198

Nota: *r*: Coeficient de correlació de Pearson, *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

** *p* ≤ ,01

*** *p* ≤ ,001

7.4.1. Correlacions entre la qualitat de vida, la simptomatologia psicològica i les dades sociodemogràfiques

A continuació es mostren les correlacions entre la QV, l'adaptació social i la simptomatologia psicològica en funció de les variables sociodemogràfiques de l'estat civil, els ingressos, el idioma i el tenir fills.

En primer lloc s'observa que en la correlació entre la QV i l'adaptació social en funció de l'estat civil la relació més forta s'obté en la QV de la salut física (Taula 64).

Taula 64. *Correlacions entre la qualitat de vida i l'adaptació social en funció de l'estat civil*

	<i>Estat Civil</i>	<i>Correlacions</i>	<i>Adap. Social</i>	
Salut física	Solter	<i>r</i>	-,634	
		p-valor	,049*	
	Casat	<i>r</i>	-,693	
		p-valor	,000***	
	Viu amb parella	<i>r</i>	-,723	
		p-valor	,486	
	Separat	<i>r</i>	-,540	
		p-valor	,086	
	Salut psicològica	Solter	<i>r</i>	-,352
			p-valor	,318
Casat		<i>r</i>	-,624	
		p-valor	,002**	
Viu amb parella		<i>r</i>	-,909	
		p-valor	,274	
Separat		<i>r</i>	-,321	
		p-valor	,336	
Relacions socials		Solter	<i>r</i>	-,421
			p-valor	,299
	Casat	<i>r</i>	-,512	
		p-valor	,010*	
	Viu amb parella	<i>r</i>	-,922	
		p-valor	,078	
	Separat	<i>r</i>	-,675	
		p-valor	,023*	

(Continuació Taula 64)

Entorn			
Solter	<i>r</i>		-,504
	p-valor		,167
Casat	<i>r</i>		-,332
	p-valor		,114
Viu amb parella	<i>r</i>		-,790
	p-valor		,210
Separat	<i>r</i>		-,720
	p-valor		,012*

Nota: *r*: Coeficient de correlació de Pearson* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$ *** $p \leq ,001$

En segon lloc, les correlacions entre la QV i la simptomatologia en funció dels ingressos mensuals, el que s'observa és que les relacions són negatives per una banda i, per l'altre, que la categoria de 550€ i 1100€ és la que obté més relacions. Pel que fa a la simptomatologia, l'àrea depressiva és la que obté més correlacions amb les dimensions de la QV i l'àrea obsessiva-compulsiva la que n'obté menys (Taula 65).

En tercer lloc, les correlacions entre la QV i la simptomatologia psicològica en funció de si els participants tenen fills, s'observa (Taula 66) que el fet de tenir fills obté més relacions entre ambdós qüestionaris. La condició de no tenir fills també obté algunes relacions, sobretot en l'àrea depressiva.

En quart i últim lloc, les correlacions entre la simptomatologia i el nivell de domini del idioma espanyol es veu una forta relació inversa quan es parla bastant o molt (Taula 67).

Taula 65. Correlacions entre la qualitat de vida i la simptomatologia psicològica en funció del nivell d'ingressos mensuals

WHOQOL		SA-45										
Nivell d'Ingressos		Correlacions		Hostil.	Somat.	Depres.	Obses-Compul.	Ans.	Sensl. Interp.	Ans. fòbica	Idea. Paran.	Psicotic.
		r	p-valor									
Salut física												
	Sense Ingressos			-,051	-,412	-,498	-,042	-,691	-,812	-,532	-,952	-,232
	Menys 550			,935	,491	,394	,946	,196	,188	,356	,048	,707
	Entre 550 i 1100			-,164	-,577	-,461	-,067	-,254	-,071	-,419	,047	-,247
	Més de 1100			,456	,004	,031*	,761	,242	,753	,046*	,833	,255
				-,640	-,578	-,727	-,412	-,700	-,440	-,527	-,597	-,532
				,006**	,015*	,001***	,100	,002**	,088	,030*	,015*	,034*
				-,806	-,557	-,938	-,487	-,685	-,660	-,448	-,792	-,859
				,005**	,095	,000***	,154	,029	,038	,194	,006**	,001
Salut psicol.												
	Sense Ingressos			-,773	-,855	-,699	-,667	-,774	-,995	-,774	-,958	-,793
	Menys 550			,125	,065	,189	,219	,124	,005**	,125	,042*	,110
	Entre 550 i 1100			-,190	-,510	-,619	-,201	-,282	-,372	-,212	-,303	-,370
	Més de 1100			,397	,015	,003	,370	,203	,096	,344	,171	,090
				-,682	-,648	-,779	-,617	-,788	-,668	-,723	-,824	-,642
				,003**	,005**	,000***	,008**	,000***	,005**	,001***	,000***	,007**
				-,535	-,459	-,673	-,073	-,089	-,190	,043	-,324	-,589

(Continuació Taula 65)

SA-45

WHOQOL Nivell Ingressos	Correlacions											
	Hostil.	Somat.	Depres.	Obses-Compul.	Ans.	Sensl. Interp.	Ans. fòbica	Idea. Paran.	Psicotic.			
Salut física	Sense ingressos	r	-,051	-,412	-,498	-,042	-,691	-,812	-,532	-,952	-,232	
		p-valor	,935	,491	,394	,946	,196	,188	,356	,048	,707	
	Menys 550	r	-,164	-,577	-,461	-,067	-,254	-,071	-,419	,047	-,247	
	p-valor	,456	,004	,031*	,761	,242	,753	,046*	,833	,255	,255	
	Entre 550 i 1100	r	-,640	-,578	-,727	-,412	-,700	-,440	-,527	-,597	-,532	
	p-valor	,006**	,015*	,001***	,100	,002**	,088	,030*	,015*	,034*	,034*	
	Més de 1100	r	-,806	-,557	-,938	-,487	-,685	-,660	-,448	-,792	-,859	
	p-valor	,005**	,095	,000***	,154	,029	,038	,194	,006**	,001	,001	
Salut psicol.	Sense ingressos	r	-,773	-,855	-,699	-,667	-,774	-,995	-,774	-,958	-,793	
		p-valor	,125	,065	,189	,219	,124	,005**	,125	,042*	,110	
	Menys 550	r	-,190	-,510	-,619	-,201	-,282	-,372	-,212	-,303	-,370	
		p-valor	,397	,015	,003	,370	,203	,096	,344	,171	,090	
		Entre 550 i 1100	r	-,682	-,648	-,779	-,617	-,788	-,668	-,723	-,824	-,642
		p-valor	,003**	,005**	,000***	,008**	,000***	,005**	,001***	,000***	,007**	
	Més de 1100	r	-,535	-,459	-,673	-,073	-,089	-,190	,043	-,324	-,589	

(Continuació Taula 65)

Menys 550	<i>r</i>	-,020	-,072	-,385	-,275	-,483	-,172	-,111	-,159	,030
	p-valor	,928	,744	,077	,205	,019	,443	,615	,470	,891
	<i>r</i>	-,220	-,327	-,497	-,542	-,496	-,650	-,593	-,418	-,507
Entre 550 i 1100	p-valor	,365	,171	,030	,017	,031	,004**	,007**	,084	,032*
	<i>r</i>	-,415	-,536	-,633	-,067	-,156	-,151	,203	-,336	-,526
	p-valor	,234	,110	,050*	,855	,667	,678	,575	,343	,118
Sense ingressos	<i>r</i>	-,269	-,259	-,164	-,197	-,154	-,588	-,532	-,815	-,671
	p-valor	,662	,674	,792	,751	,804	,412	,356	,185	,215
	<i>r</i>	-,355	-,301	-,497	-,132	-,315	-,443	-,137	-,323	-,131
Menys 550	p-valor	,096	,163	,019	,548	,143	,039*	,533	,133	,550
	<i>r</i>	-,182	-,656	-,260	-,343	-,169	-,366	,203	-,367	,130
	p-valor	,469	,003	,298	,164	,504	,148	,419	,147	,620
Més de 1100	<i>r</i>	-,685	-,459	-,583	-,097	-,284	-,188	-,105	-,521	-,725
	p-valor	,029*	,182	,077	,790	,427	,602	,772	,123	,018

Nota: *r*: Coeficient de correlació de Pearson* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$ *** $p \leq ,001$

Taula 66. Correlacions entre la qualitat de vida i la simptomatologia psicològica en funció de tenir fills

WHOQOL		S.A-45									
Tenen fills?		Correlacions	Hostil.	Somat.	Depres.	Obses- Compul.	Ans.	Sensl. Interp.	Ans. fòbica	Idea. Paran.	Psicotic.
Salut física	No	r	-.252	-.602	-.740	-.226	-.635	-.404	-.370	-.522	-.417
		p-valor	.285	.005**	.000***	.339	.003**	.086	.109	.022*	.076
Salut psicol.	SI	r	-.628	-.588	-.661	-.331	-.521	-.462	-.523	-.358	-.413
		p-valor	.000***	.000***	.000***	.056	.002**	.008**	.001***	.041*	.015*
Relacions socials	No	r	-.476	-.690	-.796	-.222	-.585	-.535	-.357	-.640	-.677
		p-valor	.034	.001***	.000***	.348	.007**	.018*	.123	.003**	.001***
Salut de l'entorn	SI	r	-.537	-.505	-.641	-.373	-.495	-.567	-.505	-.491	-.460
		p-valor	.002**	.003**	.000***	.036	.004**	.001***	.003**	.005*	.008**
Relacions socials	No	r	-.520	-.407	-.780	-.540	-.634	-.699	-.472	-.766	-.096
		p-valor	.032*	.105	.000***	.025*	.006**	.003**	.055	.001***	.724
Salut de l'entorn	SI	r	-.586	-.420	-.548	-.223	-.514	-.419	-.519	-.563	-.354
		p-valor	.000***	.011*	.001	.191	.001***	.014*	.001***	.000***	.034*
Salut de l'entorn	No	r	-.439	-.670	-.753	-.199	-.456	-.498	-.339	-.546	-.647
		p-valor	.053	.001***	.000***	.401	.043*	.026*	.144	.013*	.003**

(Continuació Taula 66)

SI	<i>r</i>	-,352	-,399	-,439	-,152	-,444	-,237	-,192	-,060	-,056
	p-valor	,041*	,019*	,009**	,391	,009**	,192	,278	,735	,753
No	<i>r</i>	-,407	-,323	-,553	,058	-,363	-,229	-,151	-,311	-,423
	p-valor	,067	,154	,011*	,802	,106	,331	,513	,183	,063
SI	<i>r</i>	-,225	-,320	-,512	-,543	-,487	-,575	-,443	-,280	-,345
	p-valor	,194	,061	,002**	,001***	,003**	,000***	,008**	,108	,042*
No	<i>r</i>	-,430	-,616	-,618	-,077	-,334	-,380	-,184	-,447	-,501
	p-valor	,052	,003**	,004**	,740	,139	,098	,424	,048*	,025*
SI	<i>r</i>	-,350	-,382	-,341	-,238	-,242	-,424	,019	-,368	-,043
	p-valor	,042*	,026*	,049*	,175	,167	,016*	,915	,035	,808

Nota: *r*: Coeficient de correlació de Pearson* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$ *** $p \leq ,001$

Taula 67. Correlacions entre la qualitat de vida amb la simptomatologia psicològica en funció del domini del idioma

		SA-45									
WHOQOL	Parla espanyol?	Correlacions	Hostil.	Somat.	Depres.	Obses- Comput.	Ans.	Sensl. Interp.	Ans. fíbrica	Idea. Paran.	Psicotik.
Salut física	Alguna cosa	r	-.268	-.265	-.208	.118	-.263	.053	-.421	-.068	-.282
		p-valor	.400	.406	.517	.715	.409	.876	.173	.834	.375
	Bastant	r	-.670	-.713	-.664	-.523	-.450	-.376	-.740	-.391	-.383
		p-valor	.100	.072	.104	.228	.312	.406	.057	.386	.396
Molt	r	-.514	-.620	-.796	-.322	-.653	-.511	-.435	-.507	-.506	
	p-valor	.001***	.000***	.000***	.055	.000***	.002**	.008**	.002***	.002***	
Salut psicol.	Alguna cosa	r	-.463	-.030	-.459	.104	-.259	-.262	-.100	-.281	-.372
		p-valor	.151	.931	.155	.761	.442	.464	.770	.402	.259
	Bastant	r	-.794	-.730	-.812	-.500	-.593	-.644	-.820	-.620	-.521
		p-valor	.019*	.040*	.014*	.207	.121	.085	.013*	.101	.186
Molt	r	-.493	-.644	-.726	-.334	-.552	-.555	-.492	-.625	-.691	
	p-valor	.003**	.000***	.000***	.053	.001**	.001***	.003**	.000***	.000***	
Relacions socials	Alguna cosa	r	-.391	-.188	-.187	.129	-.280	.255	-.526	-.186	-.521

7.5. L'estrès d'aculturació

En relació a l'estrès d'aculturació (BISS), les puntuacions de l'estrès psicossocial es relacionen positivament amb tots els factors del qüestionari de les creences sobre la malaltia (IPQ-R) excepte el control de tractament. Les puntuacions del xoc cultural es relacionen positivament amb la coherència de malaltia i la representació emocional i, per últim, el factor de nostàlgia es relaciona positivament amb les conseqüències de malaltia (Taula 68).

Taula 68. Correlacions entre l'estrès d'aculturació i les creences sobre malaltia

	Correlacions	Discriminació	Xoc cultural	Estrès psi.	Nostàlgia
Durada	<i>r</i>	-,081	,022	,354	,092
	<i>R</i> ²	,007	,000	,125	,008
	p-valor	,552	,870	,008**	,505
Conseq.	<i>r</i>	,141	,259	,440	,285
	<i>R</i> ²	,020	,067	,194	,081
	p-valor	,318	,064	,001***	,042*
Cont. Per	<i>r</i>	-,016	,148	,548	,065
	<i>R</i> ²	,000	,022	,300	,004
	p-valor	,905	,271	,000***	,632
Cont.Tract	<i>r</i>	-,169	-,087	-,018	,011
	<i>R</i> ²	,029	,008	,000	,000
	p-valor	,227	,536	,900	,936
Coherència	<i>r</i>	,145	,325	,364	,185
	<i>R</i> ²	,021	,106	,132	,034
	p-valor	,286	,015*	,006**	,175
Curs cicle	<i>r</i>	,036	,193	,309	-,036
	<i>R</i> ²	,001	,037	,095	,001
	p-valor	,795	,158	,023*	,794
Repr. Emo	<i>r</i>	,145	,279	,447	,134
	<i>R</i> ²	,021	,078	,200	,018
	p-valor	,287	,038*	,001***	,330

Nota: *r*: Coeficient de correlació de Pearson, *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

** *p* ≤ ,01

*** *p* ≤ ,001

7.6. L'adaptació social

Les correlacions entre la QV i l'adaptació són negatives i es produeixen en totes les dimensions de la QV es pot observar en la Taula 69.

Taula 69. *Correlacions entre l'adaptació social i la qualitat de vida*

	Correlacions	Adap. Social
Salut física	<i>r</i>	-,637
	<i>R</i> ²	,406
	p-valor	,000***
Salut psicològica	<i>r</i>	-,506
	<i>R</i> ²	,256
	p-valor	,000***
Relacions socials	<i>r</i>	-,566
	<i>R</i> ²	,320
	p-valor	,000***
Entorn	<i>r</i>	-,499
	<i>R</i> ²	,249
	p-valor	,000***

Nota: *r*: Coeficient de correlació de Pearson, *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

** *p* ≤ ,01

*** *p* ≤ ,001

Quan es realitza l'anàlisi correlacional controlant els efectes de l'estat civil (Taula 70) s'obté que la relació entre la dimensió de les relacions socials (WHOQOL) respecte l'adaptació social (SASS) augmenta obtenint un coeficient de correlació de -,653 (*p* < ,05) respecte la correlació de la taula 69.

Taula 70. *Correlacions entre l'adaptació social i l'estrès d'aculturació. Factor estat civil*

	Correlacions	Adap. Social
Discrími.	<i>r</i>	-,003
	<i>R</i> ²	,000
	p-valor	,982
Xoc cultural	<i>r</i>	,239
	<i>R</i> ²	,057
	p-valor	,095
Estrès psic.	<i>r</i>	,354
	<i>R</i> ²	,125
	p-valor	,012*
Nostàlgia	<i>r</i>	,018
	<i>R</i> ²	,000
	p-valor	,899

Nota: *r*: Coeficient de correlació de Pearson, *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

Per altra banda, les puntuacions sobre l'adaptació social correlacionen positivament amb la subescala de l'estrès psicosocial del qüestionari BISS. Però si es controlen els efectes de la variable cultura s'obté un augment en les correlacions (Taula 71).

Taula 71. *Correlacions entre l'adaptació social i l'estrès d'aculturació. Factor cultura*

	Correlacions	Adap. Social
Discrimi.	<i>r</i>	,06
	<i>R</i> ²	,000
	p-valor	,689
Xoc cultural	<i>r</i>	,24
	<i>R</i> ²	,06
	p-valor	,025*
Estrès psic.	<i>r</i>	,39
	<i>R</i> ²	,15
	p-valor	,007**
Nostàlgia	<i>r</i>	,06
	<i>R</i> ²	,00
	p-valor	,694

Nota: Correlacions obtingudes amb coeficient Pearson (*r*), *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

** *p* ≤ ,01

Per últim, l'adaptació social es correlaciona amb la dada sociodemogràfica de la xarxa social.

Taula 72. *Correlacions entre l'adaptació social i la xarxa social*

	Correlacions	Adap. Social
Xarxa social	<i>r</i>	,279
	<i>R</i> ²	,078
	p-valor	,050*

Nota: *r*: Coeficient de correlació de Pearson, *R*²: coeficient de determinació

* *p* ≤ ,05

8. EI COMPLIMENT DE VISITES

El nombre de visites programades durant els 6 mesos del conjunt de la mostra de l'estudi és de 179. D'aquestes, un 12,85% no es realitzen perquè els subjectes no assisteixen per diferents motius.

L'estat assistencial de la mostra avaluada després dels 6 mesos de seguiment és el següent: 25,4% rep l'alta mèdica, el 45,8% continua la vinculació amb els dispositius de Salut Mental i el 28,8% abandona el tractament sense saber el motiu (vegeu Figura 21).

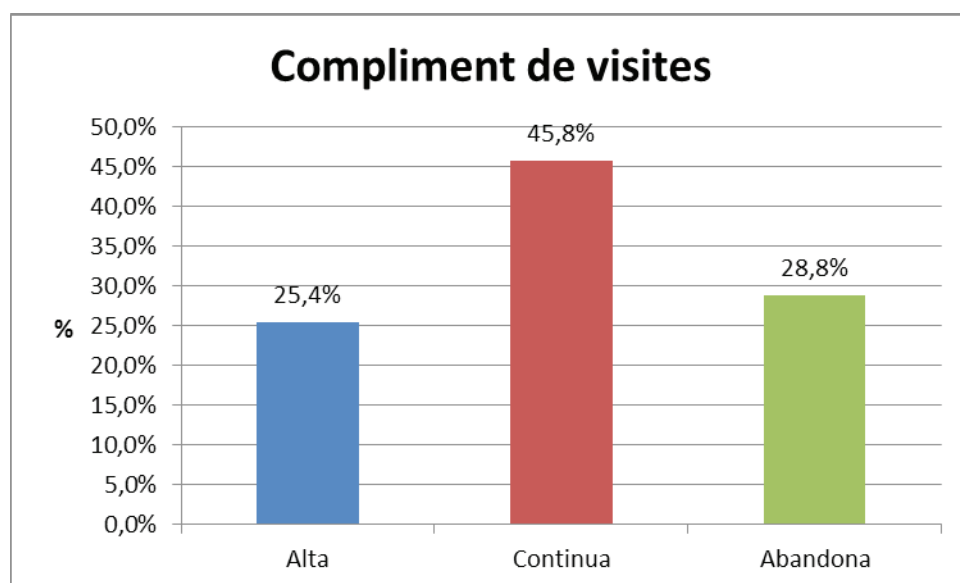


Figura 21: Distribució del compliment de les visites als 6 mesos

En relació als diferents grups culturals el grup de pacients marroquins rep l'alta mèdica en un 17,9%, un 33,9% continua el tractament i un 14,3% abandona. El grup de pacients de països de l'est d'Europa un 7,1% rep l'alta mèdica, un 10,7% continua el tractament i un 16,1% abandona per algun motiu (vegeu Taula 73 i Figura 22).

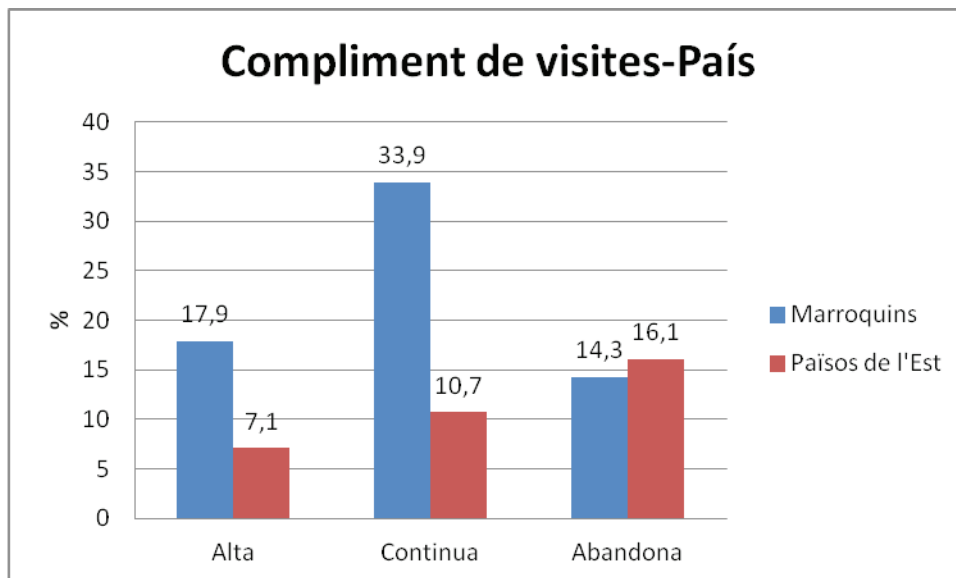


Figura 22: Distribució del compliment de les visites en funció del grup cultural

Taula 73. Taula de contingència del compliment de visites en funció del grup cultural

Variables	Alta	Continua	Abandona	Total
Marroc	17,9% (10)	33,9% (19)	14,3%(8)	66,1% (37)
Països de l'Est	7,1% (4)	10,7% (6)	16,1% (9)	33,9% (19)
Total	25% (14)	44,6% (25)	30,4% (17)	100% (56)

Nota: percentatges totals en % i entre parèntesis les freqüències absolutes

Per altra banda, quan es realitza la prova χ^2 s'indica la no existència de diferències significatives en entre el compliment de visites i el país d'origen (Taula 73)

Taula 74. Comparació del compliment de visites en funció grup cultural

χ^2	g.l	p	V de Cramer
4,020	2	,134	,268

Nota: χ^2 Xi- quadrat, g.l= graus de llibertat.
 $p \leq ,05$

Respecte el compliment de visites en funció del sexe s'observa un percentatge major tant en l'alta, en la continuació de visites com en l'abandonament (Taula 75 i Figura 23) però no existeixen diferències significatives com es pot observar en la Taula 76.

Taula 75. Taula de contingència del compliment de visites en funció del sexe

Sexe	Alta	Continua	Abandona	Total
Dona	17,2% (10)	25,9% (15)	19,0%(11)	62,1% (36)
Home	8,6% (5)	19,0% (11)	10,3% (6)	37,9% (22)
Total	25,9% (15)	44,8% (26)	30,4% (17)	100% (58)

Nota: percentatges totals en % i entre parèntesis les freqüències absolutes.

Taula 76. Comparació del compliment de visites en funció del sexe

χ^2	g.l	p	V de Cramer
0,396	2	,820	,083

Nota: χ^2 - Xi- quadrat, g.l= graus de llibertat.
p ≤ ,05

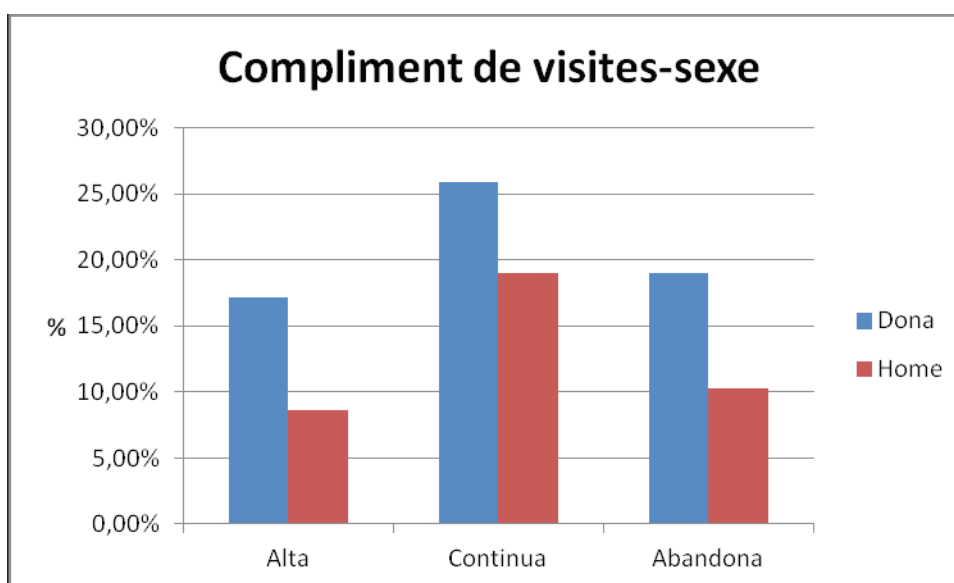


Figura 23: Distribució del compliment de visites en funció del sexe

En relació al compliment de visites i els estils d'aferrament (RQ), s'observa (Figura 24 i Taula 77) que l'aferrament segur té el mateix percentatge en la variable contínua com l'estil evitatiu-temorenc i el mateix percentatge d'abandonaments que l'estil evitatiu-rebutjant, en canvi en les altes rebudes té menys percentatge que el preocupat i més que l'evitatiu-temorenc.

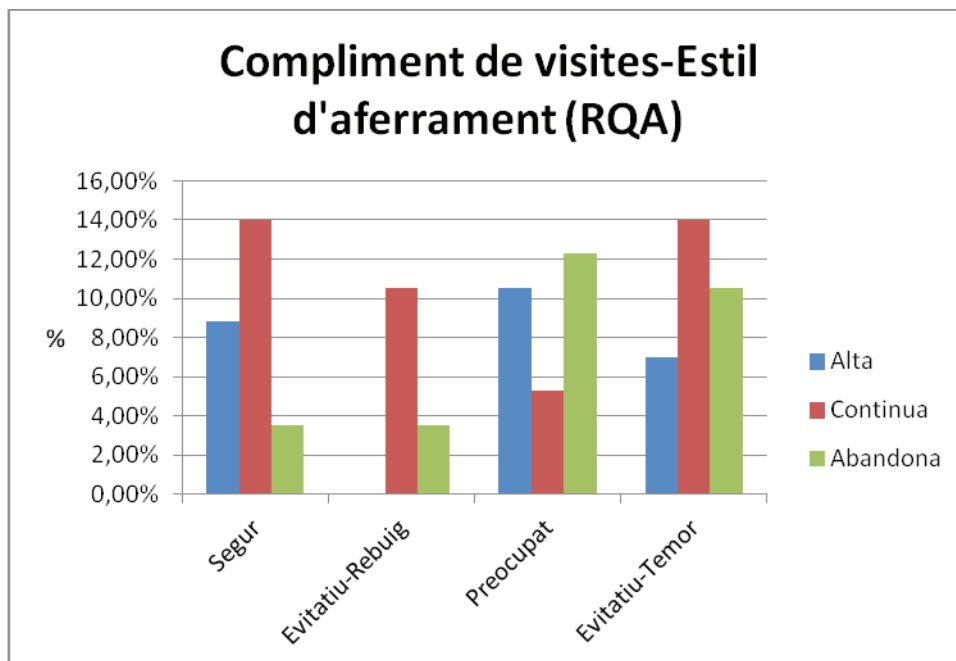


Figura 24: Distribució del compliment de visites en funció dels estils d'aferrament

Taula 77. Taula de contingència del compliment de visites en funció dels estils d'aferrament

Variables	Alta	Continua	Abandona	Total
Segur	8,8% (5)	14,0% (8)	3,5% (2)	26,3% (15)
Evitatiu-Rebutg	0% (0)	10,5% (6)	3,5% (2)	14,0% (8)
Preocupat	10,5% (6)	5,3% (3)	12,3% (7)	28,1% (16)
Evitatiu-temor	7,0% (4)	14,0% (8)	10,5% (6)	31,6% (18)
Total	26,3% (15)	43,9% (25)	29,8% (17)	100% (57)

Nota: percentatges totals en % i entre parèntesis les freqüències absolutes

Quan es realitza la prova de la Xi-quadrat s'indica la no existència de diferències significatives en relació al compliment de visites i l'estil d'aferrament (Taula 78).

Taula 78. Comparació del compliment de visites en funció del grup cultural

χ^2	g.l	p	V de Cramer
10,183	6	,117	,299

Nota: χ^2 = Xi- quadrat, g.l= graus de llibertat.
* $p \leq ,05$

En relació al compliment de visites i la simptomatologia clínica, cada un dels ítems són analitzats de manera independent com es pot observar en la Taula 79 i 80. També es pot apreciar la manca de relació entre aquestes variables ($p > 0.05$ en tots els casos).

Taula 79. Comparació del compliment de visites en funció de la simptomatologia psicològica

	<i>Xi-quadrat</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Hostilitat	,107	2	,948
Somatització	,271	2	,873
Depressió	1,031	2	,597
Obsessiu-compulsiu	1,409	2	,494
Ansietat	,398	2	,819
Sensibilitat-Interpersonal	,529	2	,768
Ansietat fòbica	5,057	2	,080
Psicoticisme	3,491	2	,175
Idees paranoïdes	,017	2	,992

Nota: variable d'agrupació: compliment de visites. Prova de Kuskal Wallis, gl= graus de lliberat

Taula 80. Mitjanes del compliment de visites en funció de la simptomatologia psicològica

Variables	Alta		Continua		Abandona	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Hostilitat	4,07	3,15	5,42	5,59	4,53	4,64
Somatització	8,86	6,04	8,81	5,79	7,82	6,02
Depressió	9,57	5,42	10,16	6,05	8,12	6,10
Obsessiu-Compulsiu	7,07	3,87	8,62	5,12	7,35	5,28
Ansietat	9,21	5,06	9,15	5,20	8,65	4,94
Sensibilitat-Interpersonal	7,54	5,04	6,58	5,08	6,35	5,02
Ansietat fòbica	1,86	1,79	5,35	5,50	2,47	4,24
Idees paranoïdes	6,5	4,38	7,21	5,88	7,00	5,63
Psicoticisme	1,86	1,88	4,36	3,98	3,18	3,66

Nota: *M*= mitjana, *DE*= desviació estàndard.

Es recodifica (veure capítol de Mètode) la variable de la simptomatologia psicològica (SA-45) i s'analitzen les categories de somatització, d'ansietat i depressió amb el compliment de visites, obtenint les taules de contingència següents (Taula 81, 82 i 83):

Taula 81. *Comparació del compliment de visites en funció de l'àrea depressiva*

Variables	Alta	Continua	Abandona	Total
Valors baixos	13,6% (8)	18,6% (11)	15,3%(9)	47,5% (28)
Valors alts	10,9% (6)	23,7% (14)	13,6% (8)	47,5% (28)
NR	1,7% (1)	3,4% (2)	0% (0)	5,1% (3)
Total	25,4% (15)	45,8% (27)	28,8% (17)	100% (59)

Nota: Entre parèntesis la freqüència absoluta. Els valors en % respecte la població total (N=59).
NR= no respost

Taula 82. *Comparació del compliment de visites en funció de l'àrea somàtica*

Variables	Alta	Continua	Abandona	Total
Valors baixos	11,9% (7)	25,4% (15)	16,9%(10)	54,2% (32)
Valors alts	11,9% (7)	18,6% (11)	11,9% (7)	42,4% (25)
NR	1,7% (1)	1,7% (1)	0% (0)	3,4% (2)
Total	25,4% (15)	45,8% (27)	28,8% (17)	100% (59)

Nota: Entre parèntesis la freqüència absoluta. Els valors en % respecte la població total (N=59).
NR= no respost

Taula 83. *Comparació del compliment de visites en funció de l'àrea d'ansietat*

Variables	Alta	Continua	Abandona	Total
Valors baixos	22% (13)	37,3% (22)	25,4%(15)	84,7% (50)
Valors alts	1,7% (1)	6,8% (4)	3,4% (2)	11,9% (7)
NR	1,7% (1)	1,7% (1)	0% (0)	3,4% (2)
Total	25,4% (15)	45,8% (27)	28,8% (17)	100% (59)

Nota: Entre parèntesis la freqüència absoluta. Els valors en % respecte la població total (N=59).
NR= no respost

Els valors de obtinguts de l'anàlisi bivariant havent realitzat prèviament la recodificació

queden resumits en la Taula 84 on es pot observar la no existència de relacions significatives entre cap de les variables un cop realitzada la prova de la Xi-quadrat.

Taula 84. *Comparació del compliment de visites en funció de les àrees de depressió, somatització i d'ansietat*

	χ^2	g.l	P	V de Cramer
Depressió	,705	2	,703	,130
Somatització	,290	2	,865	,108
Ansietat	2,136	2	,344	,164

Nota: χ^2 Xi- quadrat, g.l= graus de llibertat.

* $p \leq ,05$

En relació a la comparació entre el compliment de visites i les creences de malaltia tampoc es troven relacions amb tendència a la significació estadística com es pot observar en la Taula 85.

Taula 85. *Comparació del compliment de visites en funció de les creences de malaltia*

	Xi-quadrat	gl	P
Durada	,627	2	,731
Conseqüències	3,051	2	,217
Control personal	,326	2	,850
Control tractament	4,547	2	,103
Coherència malaltia	1,960	2	,375
Curs cíclic	,863	2	,649
Representació emocional	2,180	2	,336

Nota: variable d'agrupació: compliment de visites. Prova de Kuskal Wallis, gl= graus de lliberat

9.COMPARACIÓ ENTRE POBLACIÓ AUTÒCTONA I IMMIGRANT

En aquest apartat es mostraran els resultats de la comparació entre el grup d'immigrants i el grup d'autònoms en relació al compliment de visites, la QV i l'adaptació social.

9.1.El compliment de visites

En relació al compliment de visites es destaca (Taula 86) que el grup d'autòctons no rep altes i el d'immigrants té una freqüència de l'11,4%.

Taula 86. *Distribució del compliment de visites en funció de la població immigrant i autòctona*

Immigrants/autòctons	Alta	Continua	Abandona	Total
Immigrants	11,4% (15)	20,5% (27)	12,9%(17)	44,7% (59)
Autòctons	0% (0)	43,9% (58)	11,4% (15)	55,3% (63)
Total	11,4% (15)	64,4% (85)	24,2% (32)	100% (112)

Nota: Freqüències relatives en percentatges. Entre parèntesis les freqüències absolutes (n).

Quan es compara ambdues poblacions mitjançant la prova de la Xi-quadrat s'obtenen diferències significatives com es pot observar en la Taula 86.

Taula 87. *Comparació del compliment de visites en funció de la població immigrant i autòctona*

χ^2	g.l	p
25,230	2	,000***

Nota: χ^2 Xi- quadrat, g.l= graus de llibertat.
*** $p \leq ,001$

9.2. L'adaptació social i la qualitat de vida

Es du a terme la comparació de mitjanes entre la població autòctona i la població immigrant de les variables de la QV i l'adaptació social. Les dades a analitzar no compleixen els requisits per poder aplicar les proves paramètriques (no provenen de poblacions normals), així doncs es realitza la prova no paramètrica de la U de Mann-Whitney. Es compara la hipòtesis nul·la de l'existència d'igualtat de mitjanes entre la població autòctona i la població immigrant en l'adaptació social (SASS) enfront la hipòtesis alternativa de mitjanes diferents entre les dues poblacions.

Els resultats obtinguts mostren que quan es rebutja la hipòtesis inicial d'igualtat de mitjanes, s'obtenen diferències significatives entre els dos grups de població. Resultats que queden en evidència en la Taula 88 en la qual es pot observar com la puntuació mitjana de l'adaptació social en la població autòctona és de 32,30 (DE 6,48) i la dels immigrants és més elevada amb un 46,54 (DE 8,12).

Taula 88 .Comparació de l'adaptació social en funció del grup de població

Grup de població	M (DE)	IC (95%)	U de Mann-Whitney	p	d de Cohen
SASS			217,500	,000***	-1,906
Autòctons	32,30 (6,48)	(30,67-33,93)			
Immigrants	46,54 (8,12)	(44,23-48,85)			

Nota: M= mitjana, DE= desviació estàndard, IC (95%)= Interval de confiança amb un nivell de confiança del 95%.

*** $p \leq ,001$

Per mitjà del Box-plot (Figura 25) es fan patents les diferències d'ambdós grups de poblacions i s'observa que el grup d'immigrants es troben valors atípics (puntuacions de 104 i 82) que disten de manera considerable del valor màxim dels autòctons.

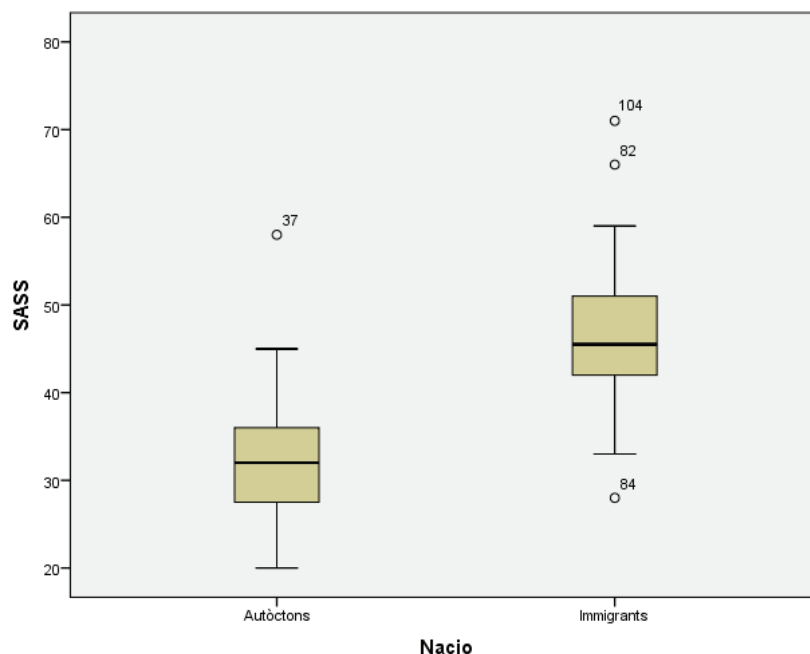


Figura 25: Diagrama de caixa de l'adaptació social en funció del grup de població

Per altra banda quan es realitza la divisió del grup immigrants en l'adaptació social es pot observar que no existències diferències significatives entre els marroquins i els països de l'Est (Taula 89 i Figura 26), és a dir, existeix igualtat de mitjanes. No obstant, aquestes diferències si que són evidents entre els autòctons i aquests dos grups com ja s'ha observat en l'anterior Taula 88.

Taula 89. Comparació de l'adaptació social en funció del grup cultural

Grup de població	M (DE)	Kruskal-Wallis	P
SASS		61,715	,000***
Autòctons	32,30 (6,48)		
Marroquins	46,31 (8,18)		
Països de l'Est	46,94 (8,23)		

Nota: *** $p \leq ,001$

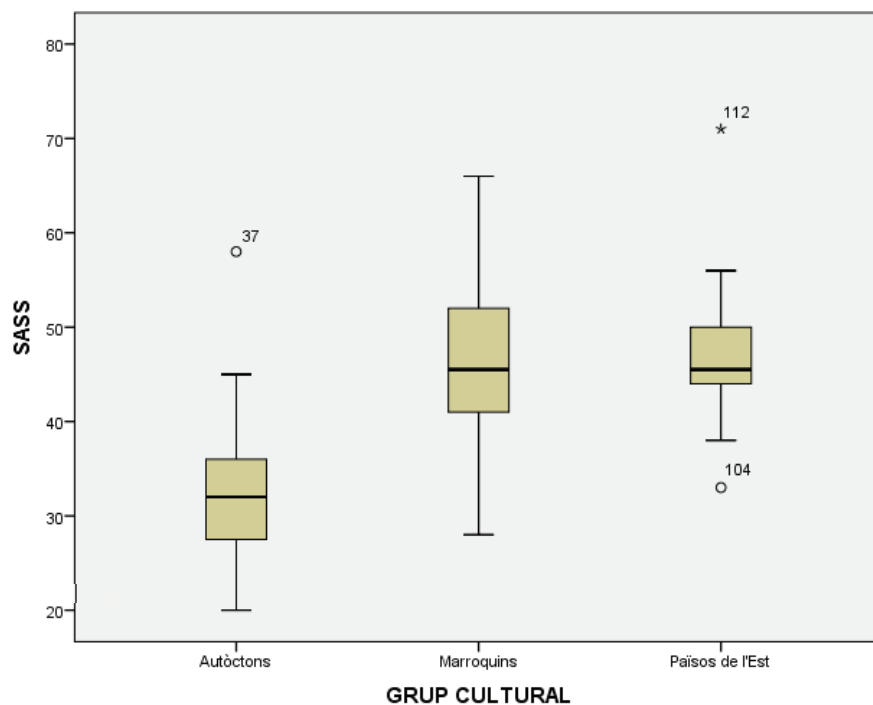


Figura 26: Diagrama de caixa de l'adaptació social en funció del grup cultural

9.2. La qualitat de vida segons el grup de població

Respecte la QV quan es fa la comparació entre els grups de poblacions autòctons i immigrants s'observa que no existeixen diferències significatives entre ambdós grups excepte en les preguntes general de la QV i la satisfacció de la salut on les puntuacions són menors en la població immigrant que en l'autòctona (Taula 90).

Taula 90. Comparació de la qualitat de vida en funció del grup de població

WHOQOL-Bref	Grup de població	M (DE)	IC (95%)	F	p-valor	d de Cohen
Salut física	Autòctons	3,05 (0,51)	(2,92-3,18)	,260	,611	,093
	Immigrants	2,99 (0,76)	(2,79-3,20)			
Salut psicològica	Autòctons	2,93(0,61)	(2,77-3,08)	,680	,411	,155
	Immigrants	2,81 (0,91)	(2,56-3,06)			
Relacions socials	Autòctons	2,97 (1,54)	(2,59-3,36)	,125	,724	,060
	Immigrants	2,89 (1,10)	(2,59-3,18)			
Salut de l'entorn	Autòctons	3,10 (0,70)	(2,93-3,28)	-,06	,936	-,015
	Immigrants	3,11 (0,66)	(2,94-3,29)			
Qualitat de vida general	Autòctons	3,06 (0,88)	(2,84-3,29)	20,749	,000***	,823
	Immigrants	2,28 (1,01)	(2,00-2,55)			
Satisfacció salut	Autòctons	2,92 (1,04)	(2,66-3,18)	11,326	,001***	,620
	Immigrants	2,24 (1,15)	(1,93-2,55)			

Nota: M=mitjana, DE = desviació estàndard, F de Fischer, IC (95%)= Interval de confiança amb un nivell de confiança del 95%.

*** $p \leq ,001$

La diferència de mitjanes en les dues preguntes generals de la QV (qualitat de vida general i satisfacció salut) s'evidencien en els dos box-plots (Figura 27 i 28) en els quals també es pot observar les diferències de les medianes i els quartils.

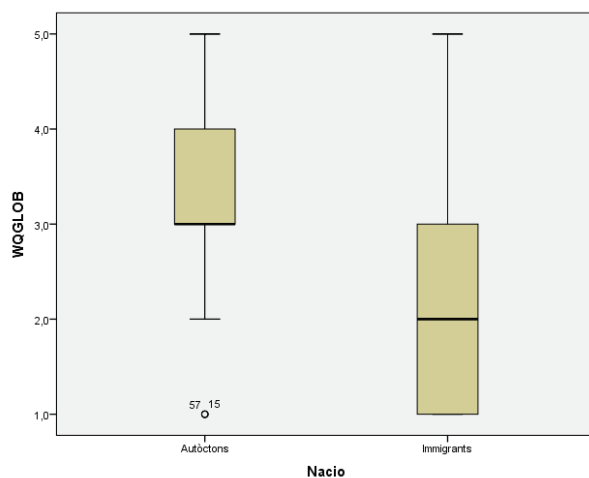


Figura 27: Diagrama de caixa de la qualitat de vida en funció del grup de població

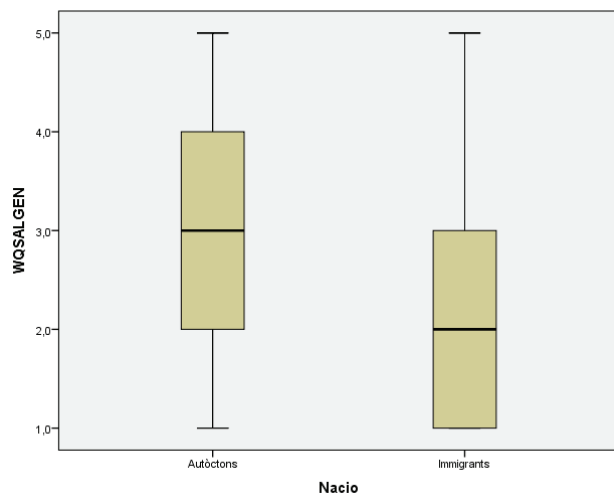


Figura 28: Diagrama de caixa de la satisfacció salut (QV) en funció del grup de població

Quan es fa el desglossament de la població immigrant en els dos grups majoritaris i es realitzen les diferències entre les mitjanes s'observa que les diferències es troben entre la població autòctona i el grup de marroquins, obtenint aquest últim puntuacions més baixes (Taula 91)

Taula 91. Comparació de la qualitat de vida en funció del grup cultural

WHOQOL-Bref	Grup de població	M (DE)	F	p
Salut física			,149	,862
	Autòctons	3,05 (.51)		
	Marroquins	3,00 (.74)		
	Països de l'Est	2,97 (.84)		
Salut psicològica			,349	,706
	Autòctons	2,93 (.61)		
	Marroquins	2,80 (.94)		
	Països de l'Est	2,83 (.84)		
Relacions socials			,119	,888
	Autòctons	2,97 (1,54)		
	Marroquins	2,93 (1,13)		
	Països de l'Est	2,80 (1,05)		
Salut de l'entorn			,87	,422
	Autòctons	3,10 (0,70)		
	Marroquins	3,03 (0,68)		
	Països de l'Est	3,39 (0,59)		
Qualitat de vida general			9,209	,000***
	Autòctons	3,06 (0,88)		
	Marroquins	2,25 (1,01)		
	Països de l'Est	2,50 (1,15)		
Satisfacció salut			4,938	,009**
	Autòctons	2,92 (1,04)		
	Marroquins	2,26 (1,25)		
	Països de l'Est	2,33 (1,08)		

Nota: M= mitjana, DE= desviació estàndard

** p≤ ,01

*** p≤ ,001

En la qualitat de vida general i la satisfacció de la salut es comprova que existeixen diferències significatives entre els tres grups (Taula 92).

Taula 92. Comparació de les preguntes generals de la qualitat de vida en funció del grup de població

WHOQOL-Bref	Grup de població		Diferència de mitjanes	p
Qualitat de vida general	Autòctons	Marroquins	,8135	,000***
		Països de l'Est	,5635	,078
	Marroquins	Autòctons	-,8135	,000***
		Països de l'Est	-,2500	,633
	Països de l'Est	Autòctons	-,5635	,078
		Marroquins	,2500	,633
Satisfacció salut	Autòctons	Marroquins	,6642	,012*
		Països de l'Est	,5873	,125
	Marroquins	Autòctons	-,6642	,012*
		Països de l'Est	-,0769	,968
	Països de l'Est	Autòctons	-,5873	,125
		Marroquins	,0769	,968

Nota:

* $p \leq ,05$

*** $p \leq ,001$

10. ELS MODELS EXPLICATIUS

En aquest apartat, a partir dels valors obtinguts en les taules de correlacions de les diferents variables (qualitat de vida-WHOQOL, simptomatologia psicològica- SA-45 i adaptació social-SASS), es duen a terme els diferents models explicatius.

10.1. Qualitat de vida i simptomatologia psicològica

Per tal de dur a terme els models per mitjà dels quals podem explicar les puntuacions obtingudes en el WHOQOL-Bref i el SA-45, es tenen en compte els valors correlacionals entre el qüestionari WHOQOL-Bref i el SA-45 i tan sols es valoren aquells en els quals les correlacions han donat significatives, és a dir, que existeix dependència entre una i altre variable.

S'observa (Taula 93) que els models amb més poder explicatiu es troben en la QV de la salut física i psicològica sent la simptomatologia depressiva, psicòtica, de sensibilitat interpersonal i d'ansietat fòbica la que millor explica aquestes dimensions de la QV

També es pot apreciar que els models, en general, no són bons predictius ja que els valors dels coeficients de determinació són força baixos.

Taula 93. Model de regressió lineal múltiple de la QV en funció de la simptomatologia psicològica

WHOQOL-Bref / SA-45	Model	Variàbles incloses	r	R ² (%)	Error estàndard
Qualitat de vida general	$y = 3.834 - 0.492 X_1$	X1: depressió	,546	29,80%	,885
Satisfacció Salut	$y = 3.662 - 0.504 X_1$	X1: Somatització	,476	22,60%	1,101
Salut psicològica	$y = 4.761 - 0.45 X_1 - 0.351 X_2$	X1: Depressió X2: Psicoticisme	,766	58,70%	,575
Salut física	$y = 4.262 - 0.546 X_1 + 0.302 X_2 - 0.235 X_3$	X1: Depressió, X2: Sensibilitat interpersonal X3: Ansietat fòbica	,774	59,90%	,491
Relacions socials	$y = 4.885 - 0.523 X_1 - 0.428 X_2$	X1: Idees paranoides X2: Ansietat fòbica	,696	48,50%	,804
Salut de l'entorn	$y = 4.256 - 0.243 X_1 - 0.296 X_2$	X1: Depressió, X2: psicoticisme	,608	37%	,521

Nota: r: coeficient de correlació. R²(%): coeficient de determinació en percentatges.

Es realitza una divisió tenint en compte la variable grup cultural i s'obté una nova Taula (Taula 94) de models explicatius on es pot observar que el grup de països de l'est obté models més ajustats en la salut física (63,5%) amb la simptomatologia depressiva i en la salut psicològica (67,2%) també amb la simptomatologia depressiva. En canvi el grup del Marroc té un model més ajustat en les relacions socials (63,5%) amb la simptomatologia d'ansietat fòbica, idees paranoïdes i de sensibilitat interpersonal.

Taula 94. Model de regressió lineal múltiple de la QV en funció de la simptomatologia psicològica i el grup cultural

WHOQOL-Bref / SA-45	Grup cultural	Model	Variables incloses	r	R (%)	Error estàndard
Qualitat de vida general	Marroquins	$y = 3,678 - 0,538 X_1$	X1: Ansietat	,614	37,70%	,735
	Països de l'Est	$y = 4,544 - 0,635 X_1$	X1: depressió	,683	46,70%	,944
Satisfacció Salut	Marroquins	$y = 3,644 - 0,494 X_1$	X1: Somatització	,482	23,30%	1,118
	Països de l'Est	$y = 4,263 - 0,852 X_1$	X1: Hostilitat	,689	47,50%	,919
Salut psicològica	Marroquins	$y = 4,794 - 0,404 X_1 - 0,438 X_2$	X1: Depressió, X2: Psicoticisme	,738	54,40%	,623
	Països de l'Est	$y = 4,461 - 0,535 X_1$	X1: Depressió	,819	67,20%	,555
Salut física	Marroquins	$y = 4,278 - 0,266 X_1 - 282 X_2$	X1: Depressió, X2: Ansietat fòbica	,644	41,50%	,555
	Països de l'Est	$y = 4,431 - 0,508 X_1$	X1: Depressió	,795	63,30%	,552
Relacions socials	Marroquins	$y = 4,745 - 0,634 X_1 - 0,745 X_2$	X1: Ansietat fòbica, X2: Idees paranoïdes, X3: Sensibilitat interpersonal	,797	63,5%	,727
	Països de l'Est	$y = 4,472 - 0,579 X_1$	X1: Depressió	,719	51,60%	,781
Salut de l'entorn	Marroquins	$y = 3,953 - 0,348 X_1$	X1: Ansietat	,606	36,70%	,486
	Països de l'Est	$y = 4,201 - 0,320 X_1$	X1: Depressió	,558	31,20%	,609

Nota: r: coeficient de correlació. R²(%): coeficient de determinació en percentatges

10.2. Creences de malaltia i simptomatologia psicològica

Els models explicatius en aquest cas són molt poc ajustats com es pot observar en la Taula 95. Es procedeix a realitzar la divisió per grup cultural per tal de comprovar si existeixen diferències entre aquests i s'obté el model més ajustat en ambdós grups el de control personal explicat per la simptomatologia d'hostilitat (53,5% en el grup del Marroc i 51,4% en el grup de països de l'est d'Europa) (Taula 96).

10.3. Adaptació social i simptomatologia psicològica

Els models explicatius d'aquestes dues variables són molt poc ajustats (Taula 97) però quan es fa la divisió entre els grups culturals s'observa que el grup de països de l'est té un bon model de l'adaptació social explicada per la simptomatologia depressiva i la d'hostilitat (80%) (Taula 98).

Taula 95. *Model de regressió lineal múltiple de les creences de malaltia en funció de la simptomatologia psicològica*

IPQ-R	Model	Variables incloses	r	R (%)	Error estàndard
Durada	$y = 1,660 + 0,319X_1$	X1:Depressió	0,497	24,7%	0,673
Conseqüències	$y = 1,913 + 0,268X_1$	X1:Hostilitat	0,421	18%	0,608
Control personal	$y = 1,938 + 0,323X_1$	X1:Sensibilitat	0,458	21%	0,639
Control tractament	$y = 2,582 + 0,130X_1$	X1:Hostilitat	0,287	8,2%	0,446
Coherència malaltia	-	-	-	-	-
Curs cíclic	-	-	-	-	-
Representació emocional	$y = 0,679 + 0,201X_1$	X1:Depressió	0,510	26%	0,407

Nota: r: coeficient de correlació. R²(%): coeficient de determinació en percentatges

Taula 96. Model de regressió múltiple de les creences de malaltia en funció de la simptomatologia psicològica i el grup cultural

IPQ-R	Grup cultural	Model	Variàbles incloses	r	R (%)	Error estàndard
Durada	Marroquins	$y = 1.595 + 0.372X_1$	X1: Depressió	0,403	16,2%	0,794
	Països de l'Est	$y = 1.808 + 0.306X_1$	X1: Depressió	0,626	39,2%	0,532
Conseqüències	Marroquins	$y = 1.859 + 0.221X_1$	X1: Depressió	0,401	16%	0,603
	Països de l'Est	$y = 1.521 + 0.442X_1$	X1: Hostilitat	0,651	42,4%	0,524
Control personal	Marroquins	$y = 1.501 + 0.481X_1$	X1: Hostilitat	0,731	53,5%	0,506
	Països de l'Est	$y = 1.811 + 0.464X_1$	X1: Hostilitat	0,717	51,4%	0,414
Control tractament	Marroquins	$y = 0.2428 + 0.193X_1$	X1: Hostilitat	0,454	20,6%	0,413
	Països de l'Est	-	-	-	-	-
Coherència malaltia	Marroquins	$y = -0.117 + 0.780X_1$	X1: Somatització	0,664	44,1%	1,049
	Països de l'Est	$y = 0.049 + 0.639X_1$	X1: Somatització	0,571	32,6%	1,188
Curs cíclic	Marroquins	$y = 0.295 + 0.144X_1$	X1: Sensibilitat interpersonal	0,506	25,60%	0,269
	Països de l'Est	$y = 0.188 + 0.131X_1$	X1: Somatització	0,537	28,80%	0,261
Representació emocional	Marroquins	$y = 0.600 + 0.243X_1$	X1: Ansietat	0,546	29,9%	0,276
	Països de l'Est	$y = 0.697 + 0.201X_1$	X1: Somatització	0,553	30,6%	0,392

Nota: r: coeficient de correlació. R (%): coeficient de determinació en percentatges

Taula 97. Model de regressió lineal múltiple de l'adaptació social en funció de la simptomatologia psicològica

SASS	Model	Variables incloses	r	R (%)	Error estàndard
SASS	$y = 35,299 + 4,065X_1$	X1: depressió	0,539	29,1%	6,88

Nota: r: coeficient de correlació. R²(%): coeficient de determinació en percentatges

Taula 98. Model de regressió lineal múltiple de l'adaptació social en funció de la simptomatologia psicològica i el grup cultural

SASS	Grup cultural	Model	Variables incloses	r	R (%)	Error estàndard
SASS	Marroquins	$y = 33,739 + 6,709X_1$	X1: Psicocitisme	,601	36,1%	6,71
	Països de l'Est	$y = 29,788 + 4,311X_1 + 3,356X_2$	X1: hostilitat X2: Depressió	,895	80%	4,11

Nota: r: coeficient de correlació. R²(%): coeficient de determinació en percentatges

10.4 Adaptació social i qualitat de vida

Es procedeix a realitzar el model explicatiu entre de l'adaptació social i la QV (Taula 99) com s'ha fet en els anteriors models i es pot observar que quan es fa la diferència cultural el grup dels països de l'est obté un model més potent de l'adaptació social explicada per la salut física (64,2%) (Taula 100).

Taula 99. *Model de regressió lineal múltiple de l'adaptació social en funció de la QV*

SASS	Model	Variables incloses	r	R (%)	Error estàndard
SASS	$y = 67,63 - 3,113X_1 - 3,928X_2$	X1: Relacions socials X2: Salut física	0,712	50,6%	5,69

Nota: r: coeficient de correlació. R²(%): coeficient de determinació en percentatges

Taula 100. *Model de regressió lineal múltiple de l'adaptació social en funció de la QV i el grup cultural*

SASS	Grup cultural	Model	Variables incloses	r	R (%)	Error estàndard
SASS	Marroquins	$y = 60 - 4,5X_1$	X1: Relacions socials	,696	48,5%	5,29
	Països de l'Est	$y = 82,146 - 2,84X_1$	X1: Salut física	,801	64,2%	5,89

Nota: r: coeficient de correlació. R²(%): coeficient de determinació en percentatges

CAPÍTOL 5

DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

1. DISCUSSIÓ

El present treball s'ha realitzat amb l'objectiu de conèixer el perfil psicosocial de la població immigrant de salut mental i analitzar el seu ajustament psicològic, social i d'aculturació així com també conèixer les creences sobre el malestar psicològic, l'estil d'aferrament, la qualitat de vida i el compliment de visites atenent la influència que l'origen cultural i el gènere puguin tenir en aquests aspectes. A més a més, s'ha tingut en compte la població autòctona per a la realització dels estudis comparatius.

Els resultats de la investigació s'estructuren en diferents apartats que corresponen a les diferents variables estudiades. L'ordre dels comentaris en cada apartat serà en relació a l'ordre de les hipòtesis formulades. Respecte les hipòtesis sobre la comparació entre els sexes i els grups culturals s'aniran incloent a mesura que s'analitzin els resultats de cada qüestionari a fi i efecte de facilitar la lectura. Per últim, es discutiran els models explicatius analitzats.

1.1. Les característiques sociodemogràfiques

Les característiques sociodemogràfiques i culturals de les persones immigrades ateses als dispositius de salut mental de la Divisió de SM de la Fundació Althaia seran representatives de la població immigrada de l'àrea geogràfica d'influència de la Fundació Althaia.

En el present estudi els grups culturals que s'ha obtingut més nombrosos són similars als que s'observa en la ciutat de Manresa en el moment de la recollida de les dades; essent en major prevalença el col·lectiu marroquí, seguit del romanès. Cal esmentar que tot i que l'àrea geogràfica d'influència de la Fundació Althaia és molt més extensa que el de la capital de la comarca del Bages, els participants de l'estudi, per qüestions de proximitat, eren manresans.

Un dels col·lectius que està present en el padró de l'Ajuntament de Manresa (2012) però no es troba representat en la mostra de l'estudi és el xinès. Aquesta dada és esperada ja que altres estudis han indicat que aquest col·lectiu té força dificultats idiomàtiques, té el seu propi sistema sanitari tradicional i no fa massa ús del sistema de salut del país receptor (Alda, García i Sobradí, 2010; Chen et al., 2015), al igual que tenen un baix domini del idioma autòcton, per tant, presenta

barrera idiomàtica i és un dels criteris d'exclusió de l'estudi.

El fet que existeixi poca representació de la comunitat iberoamericana pot ser degut a que és el col·lectiu que més representants perd a la ciutat des de la crisi econòmica segons les dades del padró de l'Ajuntament de Manresa (2012).

1.2. Els estils d'aferrament

L'estil d'aferrament dels participants (estils i model d'aproximació) i les relacions amb la simptomatologia psicològica no diferirà del que s'observa en altres poblacions clíniques no immigrants

L'estil d'aferrament més prevalent en els participants és l'evitatiu-temorenc seguit del segur i el preocupat, ambdós, amb el mateix percentatge i, en quart lloc, l'evitatiu-rebutjant.

El fet que l'estil més prevalent correspongui a l'**evitatiu-temorenc** ens indica que un percentatge important de la mostra són persones que tendeixen a evitar les relacions íntimes per desconfiança i por al maltractament, i presenten un sentiment d'inseguretat important.

Sibcy (2000) en un estudi realitzat als Estats Units amb 71 pacients de salut mental va trobar que l'estil d'aferrament més prevalent va ser l'estil preocupat seguit per l'evitatiu-temorenc (37,3%), l'evitatiu-rebutjant (12%) i, per últim el segur (10,7%). Aquests percentatges difereixen força dels nostres probablement perquè els participants en el present estudi, a més a més de ser pacients de salut mental, són immigrants. Per altra banda, els resultats en població general immigrant a Austràlia (Narchal, 2007) es troba que l'estil prevalent és el mateix que en el present estudi, l'evitatiu-temorenc (46,7%), seguit per l'evitatiu-rebutjant (37,75%) i per últim el segur (33,2%). En relació a altres estudis amb població general de diferents països, no immigrant i no clínica, l'estil d'aferrament prevalent és el **segur** (Alonso-Arbiol, Balluerka, Shaver, Gillath, 2008; Yáñez et al., 2001), en aquest sentit difereix del present treball que està realitzat amb població de salut mental i immigrant.

Agrupant els resultats segons els models d'aproximació (estil segur + preocupat= 56%) i el model d'evitació (evitatiu-temorenc + evitatiu-rebutjant= 45%) observem que són similars als resultats obtinguts en altres estudis amb població de salut mental general (Sibcy, 2000) i, difereix d'altres estudis realitzats amb persones que presenten un diagnòstic de psicosi (poc representat en el present treball), en els quals existeix una prevalença major del model d'evitació, model que es relaciona amb alts nivells d'ansietat (Berry, Barrowclough i Werarden, 2006). En el cas de la població general no clínica trobem que la prevalença també se situa en el model d'aproximació però aquesta és més alta que en la població general de salut mental (Bartholomew i Horowitz, 1991).

Com altres estudis han mostrat, els resultats sobre les prevalències dels estils d'aferrament són divergents (Bartholomew, 1990; Dozier, Stovall i Albus, 1999; Fonagy et al., 1996; Reis i Grenyer, 2004). No obstant, d'acord amb la hipòtesis plantejada observem que es confirma parcialment: sí en relació al model d'aproximació però no en relació a la prevalença dels estils d'aferrament.

En el present treball s'ha trobat relacions positives entre la simptomatologia psicopatològica i els estils d'aferrament, essent l'estil temorenc el que més es relaciona amb la simptomatologia

psicopatològica, resultat que està d'acord amb el obtingut en altres estudis (Bailey i Shelton, 2014; Sitko, Bentall, Shevlin, O'Sullivan i Sellwood, 2014).

En concret, l'estil d'aferrament **temorenc** s'associa amb la simptomatologia depressiva, de sensibilitat interpersonal, d'ansietat fòbica i d'ideació paranoide, resultat que coincideix amb altres estudis (Bailey i Shelton, 2014; Sitko, Bentall, Shevlin, O'Sullivan i Sellwood, 2014). En canvi, l'estil **evitativu-rebutjant** es relaciona més amb l'ansietat fòbica. En aquest cas, no s'han trobat estudis que relacionin aquest estil amb aquest tipus de simptomatologia. A més a més, és un resultat poc esperat, segons els estudis consultats, perquè relacionen l'estil d'aferrament amb diferents diagnòsis tals com els trastorns de la personalitat esquizoide, narcisista, antisocial i paranoide, que no tenen com a característica principal aquest tret simptomàtic (Bailey i Shelton, 2014; Bakermans-Kranenburg i van Ijzendoorn, 2009; Barone, 2003; Sitko, Bentall, Shevlin, O'Sullivan i Sellwood, 2014). Tot i així, com indica el nom de l'estil, l'evitació és una de les conductes més prevalents en l'ansietat fòbica. L'estil **preocupat**, es relaciona amb la simptomatologia obsessiva i d'ideació paranoide, l'estil **evitativu-temorenc** es relaciona amb la simptomatologia depressiva, sensibilitat interpersonal, ansietat fòbica i ideació paranoide, resultats tots ells que concorden amb altres estudis realitzats també amb persones amb problemes de salut mental (Cyranowski, Bookwala, Feske et al., 2002; Carnelly, Pietromonaco i Jaffe, 1994; Dozier et al., 1999; Fossati et al., 2003; Nakash-Eisikovits et al., 2002; Reis i Grenyer, 2004) i, principalment, el cas dels **estils evitatius**, amb persones que pateixen trastorns per estrès (Muller et al., 2000).

Per tant, la segona part de la hipòtesi, la corresponent a la relació entre els estils d'aferrament i la simptomatologia psicològica es compleix en gran mesura, a excepció de l'estil evitativu-rebutjant, on no existeixen dades en la literatura consultada sobre la seva relació amb la simptomatologia psicopatològica.

Tot i que els resultats obtinguts coincideixen força amb la literatura revisada, en l'estudi de la relació entre els estils d'aferrament i la presència de simptomatologia psiquiàtrica caldria considerar les circumstàncies personals i els fets històrics de la vida del subjecte, a fi de complementar els resultats obtinguts, tal i com assenyalen diferents autors (Ma, 2006; Marrone, 2001). De la mateixa manera, també cal tenir en compte que els participants del present estudi són immigrants i en ocasions poden existir confusions en la precisió diagnòstica degut a les diferències culturals (Achotegui, 2000; Balkir, Barnow, Balkir, 2013; Salaberría, Sánchez, De Corral, 2009; Saraga, Gholam-Rezaee, Preisig, 2013) o bé a que en gran part mostrin quadres psicopatològics compatibles amb processos d'estrès crònic i múltiple, com és el cas de la Síndrome de Ulisses (Achotegui, 2000) o el trastorn per estrès posttraumàtic (Muller et al., 2000) els quals no sempre estan associats a trastorns mentals severos sinó que poden estar més associats a trastorns adaptatius tal i com s'observa en la mostra estudiada.

L'estil d'aferrament segur correlacionarà positivament amb el grau de compliment de les visites.

En el present treball no es troba una relació directe entre l'estil **d'aferrament segur** i el compliment de visites. Per tant, no es confirma la hipòtesis.

Els resultats obtinguts quant a l'estil d'aferrament segur, concorden amb els obtinguts per Lo-

renzini i Fonagy (2013) amb pacients de salut mental però els obtinguts amb la resta d'estils (evitatiu-temorenc, estil-rebutjant i el preocupat) són poc esperats. Malgrat no existeixen massa estudis en la literatura revisada que analitzin la relació entre l'estil d'aferrament i el compliment terapèutic que puguin explicar els resultats del present treball, no es poden descartar la influència de diferents factors, com és l'estil d'aferrament del professional de referència que pot estar afectant directament el compliment de visites (Romano et al., 2008; Schauenburg et al., 2010) i l'estil de relació assistencial amb el professional de la salut i el tractament (Alfonso, 2011; Barone et al., 2011; Bazzazian i Besharat, 2011; Ciechanowski, et al, 2004; Fonagy, Target, Gergely, Allen i Bateman, 2003; Shah, Fonagy i Strathearn, 2010).

Per tot això suggerim la necessitat d'estudiar més en aquesta línia per tenir resultats més fiables ja que, diversos estudis indiquen, que l'estil d'aferrament és un bon indicador de l'adherència a tractaments psicoterapèutics i farmacològics (Ciechanowski, Katon, Russo i Walker, 2001; Fowler, Groat i Ulanday, 2013; Levenson, 2013; Lorenzini i Fonagy, 2013).

El model de si mateix negatiu (Self Model) es relacionarà amb major simptomatologia psicològica i el model dels altres (Other Model) es relacionarà amb l'adaptació social.

El **model de si mateix** (*Self Model*), que representa la imatge que té un mateix sobre si suscita el interès dels altres o creu que mereix la pena, obté una mitjana negativa en el present treball, resultat que indica que les persones es valoren negativament a si mateixes. És a dir, aquest valor representa una baixa autoestima i una sensibilitat per el rebuig (Bartholomew, 1990; Schmitt et al., 2004).

Els resultats mostren que existeix una relació inversa entre el **model de si mateix** amb sis de les nou dimensions de la **simptomatologia psicològica** (hostilitat, depressió, obsessiu-compulsiu, ansietat, sensibilitat interpersonal i ideació paranoide). Aquest resultat concorda amb altres estudis, els quals suggereixen que el model de si mateix negatiu pot ser utilitzat com un indicador de presència de simptomatologia psicopatològica (Bartholomew, 1990; Muller et al., 2000; Shaver et al., 1996).

Per tant, la primera part de la hipòtesi es confirma en sis de les dimensions de la simptomatologia psicològica.

El **model dels altres** també ha obtingut un valor negatiu el que ens indica que els participants de l'estudi mostren desconfiança i una baixa valoració de les figures d'aferrament.

No s'ha trobat una relació significativa amb l'adaptació social però s'observa que són inverses. Per tant, la hipòtesi plantejada queda refutada en el nostre estudi.

El fet que la relació sigui inversa, de confirmar-se en altres estudis, suggeriria que quan menys valorada és la figura d'aferrament menys es tendeix a una bona adaptació social. Aquest resultat no s'ha pogut contrastar amb la literatura consultada pel que seria interessant continuar aquesta línia de recerca per consolidar els resultats obtinguts en el present estudi.

1.3. La simptomatologia psicopatològica

Les àrees simptomatològiques més prevalents seran la somàtica, l'ansiosa i la depressiva.

Analitzats els resultats podem afirmar que les tres àrees simptomàtiques proposades, són les més prevalents en el present estudi. En concret, la **simptomatologia depressiva** és la més prevalent, seguida de la d'**ansietat** i continuada per la **somàtica**. Per tant la hipòtesi formulada queda confirmada.

Tot i així són uns resultats que no concorden amb altres estudis en els que la simptomatologia més prevalent, tant en la població general immigrant com en la de salut mental immigrant, és la somàtica (Achotegui, Llopis, Morales, Espeso, 2012; Ibars, Feixas, Segura, Muñoz, Toran, Arnau, Corbella, 2012). No obstant els participants de l'estudi presenten una major prevalença de diagnòstic de trastorn afectiu o del humor (F33) fet que podria explicar una major prevalença de simptomatologia depressiva. Aquesta prevalença és superior a la observada tant en pacients immigrants d'altres comunitats autònomes com en els pacients de salut mental de la població general espanyola (Pérez et al., 2005).

En altres estudis realitzats amb la població general de salut mental espanyola la **simptomatologia depressiva** segueix sent una de les més prevalents però s'observen diferències en la prevalença de les altres àrees simptomatològiques. En concret, l'estudi de Lopez Becoña (2006) mostra que la simptomatologia més prevalent és la de depressió seguida per la d'obsessió-compulsió i la ideació paranoide; l'estudi de Lozano, Ortiz i González (2011) la més prevalent és la depressió, seguida per l'ansiosa i continuada per l'obsessió-compulsió. En canvi en l'estudi de Robles, Andreu i Peña (2002) la simptomatologia més prevalent és l'obsessió-compulsió seguida per l'hostilitat i continuada per la somatització. Per tant, sembla que en la població general de salut mental, tot i que la simptomatologia psiquiàtrica més prevalent seria la depressiva, la simptomatologia **obsessiva-compulsiva** també seria una de les més prevalents. Dada que no s'observa en el present estudi i altres realitzats amb població immigrant (Asvat i Malcarne, 2009; Navara i James, 2005; Ristner i Ponizovsky, 2003; Salinero, 2013).

En relació als valors de les àrees simptomatològiques més prevalents trobem que en els pacients del nostre estudi estan més desajustades, és a dir, puntuen més alt que en altres estudis realitzats en la població general de salut mental espanyola utilitzant el mateix instrument de mesura però la versió completa (SCL-90-R) com es mostra a continuació:

L'escala de **depressió** obté una mitjana més elevada en els participants del present treball que en l'estudi de López, Becoña (2006, l'estudi de Lozano, Ortiz i González (2011) i en el de Robles, Andreu i Peña (2002).

L'escala d'**ansietat** també és més elevada en el present estudi que en l'estudi de López i Becoña (2006), en el de Lozano, Ortiz i González (2011) i en el de Robles, Andreu i Peña (2002).

El factor de **somatització** també és més elevat en el nostre treball que en l'estudi de López i Becoña (2006), en l'estudi de Lozano, el d'Ortiz i González (2011) i en el de Robles, Andreu i Peña (2002).

Pel que fa a les explicacions del perquè en els nostres participants els resultats són més desajustats que en la població de salut mental espanyola podria estar influenciat per l'estrès d'aculturació (veure l'apartat 2.2 del capítol 4) associat principalment a la desocupació elevada en els participants del present treball (39%) la qual pot presentar una major associació amb el diagnòstic psicològic com indiquen altres treballs (Bartoll, 2013; De Figueiredo, Boerstler i O'Connell, 1991; Malmusi, 2012; Malmusi, Collazos i Qureshi, 2014M; Siddique, Aubry i Mulhall, 1996; Silveira i Allebech, 2002; Windle, Thompson, Goldman et al., 1988).

En aquest mateix sentit, el malestar psicològic associat a les qüestions socioeconòmiques, podria estar classificat dins dels codis Z (DSM-IV, Asociación de Psiquiatria Americana, 1995; CIE-10, Organización Mundial de la Salud, 1992) els quals tenen en compte aquests factors per la influència que exerceixen en l'estat de salut i, segons els autors, en els últims anys, aquests repercuteixen en l'augment de la demanda assistencial en els serveis de salut mental (Angst, Gamma, Neuenschawander, Ajdacic-Gross, Eich, Rössler i Merikangas, 2005; Kessler, Demler, Frank, Ofson, Pincus, Walters, Wang, Wells i Zaslavsky, 2005; Retolaza, 2004).

Fent una inferència a partir dels resultats i l'anterior explicació, s'apunta que els pacients immigrants de l'estudi, els quals porten bastants anys al país, han patit la crisi econòmica generalitzada a partir del 2007, amb les pèrdues (disminució poder adquisitiu, atur) i incertesa associades; fet que pot provocar un augment de l'estrès general que altera tot aquell projecte migratori que van iniciar amb esperança i esforç. En aquest sentit, podríem parlar de reactivació del dol migratori (Achetegui, 2012). És a dir, els subjectes es tornen a trobar en una situació de desesperança, d'impotència per no poder ajudar a la família que resta al país d'origen (sobretot al **Marroc**) i necessiten retrobar el sentit de la migració que, fonamentalment, va ser econòmica.

Recolzant l'explicació anterior tenim en compte, per una banda, que l'elaboració del dol migratori és parcial en el sentit que sovint hi ha l'esperança del retorn, perquè continua el contacte amb la família d'origen i el viatge al país natal, per tant es van reactivant els sentiments de pèrdua (Achetegui, 2002; Boss, 2002). Quan la situació en la societat receptora no és satisfactòria i no es poden cobrir les necessitats bàsiques, com la que ha ocasionat la crisi econòmica, es tenen més presents dits sentiments (Achetegui, 2012).

I per últim, els participants de l'estudi en la pregunta sobre l'estatus socioeconòmic de l'entrevista sobre les dades sociodemogràfiques, la meitat dels participants, no troba millora del seu estatus socioeconòmic respecte el país d'origen, sovint per la **crisi econòmica** del moment i, probablement, aquest fet difereix de les expectatives prèvies a la migració, per altra banda, s'observa en el present estudi que quan els ingressos es troben a partir dels 550€ mensuals les àrees simptomatològiques milloren globalment de la mateixa manera que la QV, sent la depressiva la que més i l'obsessiva-compulsiva la que menys.

Per tant, es considera rellevant tenir en compte l'any de la recollida de dades dels estudis espanyols alhora d'interpretar els resultats ja que, a partir del 2007, per la situació de crisi econòmica, els nivells psicopatològics han augmentat tant en la població general espanyola com en la immigrant i poden alterar les prevalences de la simptomatologia psicopatològica (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006) mostrant, en aquest cas, més elevada prevalença de simptomatologia associada a les pèrdues i al dol, que seria de tipus afectiu

Per altra banda, en el cas de la **somatització**, la qual és la simptomatologia més prevalent en diferents cultures, com hem comentat, representa un mecanisme d'expressió del malestar emocional amb una elevada presència d'insomni, cefalea i fatiga que és típica en quadres depressius en immigrants (Achotegui, 2000). Aquest quadre simptomàtic coincideix amb els resultats del nostre estudi en que les molèsties més prevalents entre els participants són el **cansament**, els **mals de cap** i les **dificultats per a dormir**. Achotegui (2002) afirma que aquest quadre clínic està associat a la migració i està caracteritzat per l'estrès crònic on confluirien diferents dols que produeixen simptomatologia ansiosa-depressiva, somatomorfa i conversiva, tot i que també apunta que s'ha de realitzar diagnòstics diferencials entre la **síndrome d'Ulisses** (SU) i altres quadres clínics.

Aquesta explicació també aniria en concordança amb el que diu Achotegui (2000; 2006) i Achotegui, Llopis, Morales i Espeso (2012) en relació a la població immigrant, que els estressors (relacionats amb el medi d'acolliment) quan són molt alts o perduren en el temps són un factor de risc pel desequilibri mental i emocional de la persona.

En relació a la simptomatologia ansiosa i depressiva i l'estrès d'aculturació, comentar, que alguns estudis mostren que l'**estrès d'aculturació** és una variable predictora de trastorn d'**ansietat** i de **depressió** (Revollo et al., 2011; Tomás-Sábado et. al., 2007). En el present treball, no podem parlar de variable predictora però els resultats mostren que tres dels quatre factors de l'**estrès d'aculturació** (xoc cultural, estrès psicosocial i nostàlgia) estan relacionats amb la **simptomatologia depressiva** i, dos dels quatre factors amb la simptomatologia **ansiosa** (estrès psicosocial i nostàlgia).

En aquest sentit i d'acord amb altres autors (Polek, Wöhrle i van Oudenhoven, 2010) el fet de parlar bé el idioma de la societat receptora millora les àrees simptomàtiques, en especial la depressiva, però s'observa en el present estudi que el idioma no influeix en les àrees d'obsessió-compulsió i de psicoticisme.

Els grups culturals identificats presentaran diferents prevalences en la simptomatologia psicològica sent la somàtica la del grup més allunyat a la cultura autòctona.

Després d'haver analitzat els resultats de l'estudi no es troben diferències estadísticament significatives entre els dos **grups culturals** més nombrosos del present estudi. Les dues cultures que, com hem vist en la part teòrica, són molt diferents en creences, país, societat, cultura, religió, entre d'altres i, difereixen per tant, en la concepció de salut i en l'expressió del malestar psicològic no mostren diferències significatives respecte la simptomatologia psicopatològica. És un resultat no esperat perquè els estudis mostren diferències entre les cultures respecte l'expressió del malestar psicològic (Achotegui, 2004; Choi i Park, 2006; Keyes i Ryff, 2003; Gureje, Simon, Ustun i Goldberg, 1997) tot i que no s'han trobat estudis comparant aquestes dues cultures (marroquina i dels països de l'est d'Europa).

Una possible explicació, d'acord amb els estudis existents, residiria en el fet que quan la persona porta un mínim de tres anys al país receptor (Alda, García i Sobradie, 2010; Sluzki, 1979) la simptomatologia psicològica es va equiparant a la de la societat receptora així com altres àrees de la persona immigrant (Navas et al., 2004). Tanmateix, els estudis mostren que el conjunt de la societat queda influenciada per la situació socioeconòmica d'aquesta societat, com és el cas dels

períodes de crisi econòmica (Bartoll, 2013; Bech, Lucas, Amir, Bushnell, Martin, Buesching i LIDO group, 2003).

En el present treball no es pot descartar que ambdós factors estiguin subjacents als resultats obtinguts ja que els participants porten una mitjana de 12,13 anys a Catalunya i, en el moment de la recollida de les dades es trobaven en un període de crisi econòmica (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006).

Així mateix, podria ser que s'afegissin altres estressors migratoris crònics, com són el dol, la solitud, la discriminació i altres factors psicosocials com l'habitatge i el domini del idioma (Achoategui, 2015; Magaña i Hovey, 2003). Per últim, tampoc es pot descartar que la poca grandària de la mostra estigui impedit que s'obtinguin resultats diferents entre els dos grups culturals (Berry i Ward, 2006; Dandy i Pe-Pua, 2010; Ibars, Feixas, Segura, Muñoz, Toran, Arnau i Corbella, 2012; Lewis, Croft-Jeffreys i Davis, 1990; Navas i Cuadrado, 2003).

Les dones mostraran una major presència de simptomatologia psicològica que els homes.

Després d'analitzar els resultats, només l'escala somàtica és la que presenta una diferència estadísticament significativa entre sexes. Les **dones** obtenen major puntuació que els homes, resultat que també s'obté en altres estudis (Achoategui, 2003; Ritsner et al., 1998; Sandín et al., 2008) tant en la població autòctona com en l'immigrant general (Hovey, Magaña, 2002; Rivera, 2007).

Alguns autors (Achoategui, 2002; Berry, 2002) han suggerit que aquesta diferència entre sexes en població immigrant té a veure amb que els **estressors**, en termes generals, impacten diferent en els **homes** i en les **dones**, en el sentit que les dones estan exposades a més estressos i es fa més present la manifestació de més símptomes relacionats amb l'estrès. L'home, en termes generals, assumeix les responsabilitats econòmiques de la **família** i la dona pren les responsabilitats de la casa i la cura dels fills. Quan es produeix una migració o un reagrupament familiar en la societat receptora es despleguen un conjunt d'**estressors migratoris** que comporten canvis en l'estructura familiar. Les dones tenen que combinar el treball productiu i reproductiu el que les porta a majors taxes de sobrecàrrega i d'esgotament, les quals s'associen amb més taxes de depressió (Achoategui, 2002). De fet alguns autors (Saiz et al., 2009) sostenen que sovint les consultes per simptomatologia somàtica en els serveis d'atenció primària "emmaskaren" la depressió amb més prevalença en dones.

El fet de no trobar diferències entre homes i dones en les altres àrees simptomàtiques està en desacord amb la majoria d'estudis, els quals han mostrat una major prevalença de simptomatologia psiquiàtrica en les dones que en els homes en la població general (Caro, 2001; World Health Organization, 2001) així com en la població general immigrant (Borrel, Kiefe, Williams, Diez-Roux, Gordon-Larsen, 2003; Cuellar et al., 2004), tot i que en algun treball amb població general immigrant tampoc s'obtenen diferències entre el gènere (Chávez i French, 1998; Elgorriaga, Arnoso, Martínez-Taboada i Otero, 2009). Aquest fet, podria ser degut a que no existeixi un efecte clar del gènere i de la cultura en la simptomatologia psicològica degut al canvi de rols en la societat d'origen i la receptora o per les actituds mostrades per la població local (Elgorriaga, Arnoso, Martínez-Taboada i Otero, 2009) o perquè en situacions de crisi econòmica la psicopatologia en els homes augmenta en relació a les dones (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006).

La simptomatologia psicològica dels participants correlacionarà amb el compliment de visites.

Els resultats mostren que no existeix una relació entre la simptomatologia clínica i el compliment de visites. Per tant, la hipòtesi formulada queda refutada en aquest estudi. No obstant, aquests resultats poden estar influenciat per una distribució molt dispersa, ja que existeix un nombre considerable d'àrees simptomatològiques i una mostra reduïda de participants. Per contrarestar aquesta dispersió es va procedir (veure capítol de Mètode) a agrupar les freqüències de les puntuacions sobre la simptomatologia en **valors baixos i alts** de les tres àrees simptomàtiques més prevalents en el present treball (depressió, ansietat, somatització). Tot i així no es troben diferències significatives i s'observen resultats poc coherents. Per exemple, es pot apreciar que els participants amb valors baixos d'**ansietat** abandonen més freqüentment el tractament. Els participants amb valors alts de **depressió** són els que continuen més freqüentment el tractament i, per últim, els participants que reben l'alta més freqüentment són els participants que puntuen baix en **ansietat**.

En relació a les mitjanes de les diferents àrees simptomatològiques s'observa que la **depressió** és la que més altes rep però també la que continua el tractament i la **ideació paranoide** és la que abandona més el tractament.

Aquests resultats poc homogenis coincideixen amb el que mostra la revisió realitzada per Santana i Fontenelle (2011). És a dir, no existeixen factors simptomatològics que es relacionin amb el compliment del tractament. Tot i que la depressió és una de les àrees simptomatològiques que més es relaciona amb el compliment del tractament com també s'observa en el present treball.

Per tant, probablement, aquests resultats es deuen a que el compliment de visites no respon clarament a les variables simptomatològiques sinó a les relatives a la motivació i l'actitud del pacient així com també a les característiques del professional i del servei d'atenció de salut mental (Santana i Fontenelle, 2011).

1.4. Les creences sobre la causa de malaltia

La causa percebuda de malaltia predominant serà l'estrès

Després d'analitzar els resultats podem afirmar que la **causa percebuda** de malaltia predominant és **l'estrès o preocupacions** i les següents **l'estat emocional** i la **casualitat**.

Per tant, en aquest cas, la hipòtesis formulada queda confirmada.

La creença sobre que la causa de malaltia sigui **l'estrès o preocupacions** és comú a altres estudis amb població general de salut mental (Baines i Wittkowsk, 2012; Groben i Hausteiner, 2011; Lobban et al., 2005) i amb població immigrant marroquina no de salut mental (Ibars et al., 2014). **L'estat emocional** té menys presència en els estudis sobre creences de malaltia sense problemes de salut mental (Ibars et al., 2014). I la **casualitat** no es considera una causa rellevant sobre la malaltia en la literatura científica consultada de salut mental.

El fet que els participants del present estudi identifiquin **l'estrès o preocupacions** com el factor

predominant causant del seu trastorn pot ser degut a la situació sociolaboral i econòmica (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006) o a factors d'estrès migratori crònic o d'aculturació (Achotegui, 2012) o ambdues causes.

L'estat emocional, el situen en el segon lloc més prevalent i tindria a veure amb els sentiments de baix estat d'ànim, per tant, els considerats depressius. En aquest sentit coincidiria amb el diagnòstic més prevalent de la mostra, els trastorns de l'estat d'ànim. Aquesta causa també és identificada, tot i que no en primer terme, per la mostra de l'estudi de Baines i Wittkowsk (2012) amb pacients de població general diagnosticats de psicosi i de depressió.

La **casualitat** seria la causa més extrínseca i atzarosa, per tant, amb menys control sobre ella. Com s'ha comentat és una causa no present en altres estudis i podria estar relacionada amb factors relatius a creences religioses o sobrenaturals que en el qüestionari utilitzat (IPQ-R) no queden reflectides (Moss-Morriss et al., 2002).

La confiança en el tractament (dimensió de control del tractament del IPQ-R) correlacionarà amb el compliment de visites

Després d'analitzar els resultats no s'observa una associació entre la confiança en el tractament i el compliment de visites. Per tant, la hipòtesis formulada queda refutada.

És un resultat poc esperat perquè altres estudis mostren que la confiança en el tractament es relaciona amb una millor adherència al tractament (Bhui i Bhugra, 2002; McCabe i Priebe, 2004; Lobban et al., 2005). D'altra banda, tal i com assenyalen altres autors existeixen molts altres factors que afecten al compliment de visites i de tractament com és la relació assistencial que s'estableix, les característiques sociodemogràfiques i culturals de l'individu, entre d'altres (Imran, Waqar, Chaudhry, Butt, 2015; Gavino i Godoy, 1993; Pacheco, 2011; Porcel, 2005; Puerta et al., 2008; Walitzer, Dermen i Connors, 1999), factors que no es poden descartar que estiguin influent en els presents resultats, principalment en el cas de les concepcions culturals associades als tractaments i a la figura dels professionals sanitaris (Achotegui, 2015; Hofstede, 1995); de manera que les persones poden confiar en el tractament, però no necessàriament implicaria un major compliment amb el nombre de visites. Així mateix, des d'una anàlisi transcultural, aquests resultats poden ser deguts a les **dificultats idiomàtiques** tant en relació a la comprensió d'alguns ítems del instrument administrat com en la comprensió de les explicacions dels professionals sobre el seu problema psicològic.

Per últim, aprofundint en altres resultats del mateix qüestionari (IPQ-R) observem que la dimensió de la **coherència de la malaltia**, és a dir, el significat global que li atorga el pacient al trastorn són moderades, per tant, no es pot descartar que aquest fet afecti al compliment de les visites (Lobban et al., 2005).

Existiran diferències significatives entre sexes en relació a les dimensions sobre les creences de malaltia i llurs causes, les dones tindran puntuacions més elevades en les dimensions de les creences i els homes identificaran les addiccions com a causa

Respecte les dimensions sobre la percepció de la malaltia, podem afirmar que cap de les set

dimensions (IPQ-R) presenten diferències significatives entre el homes i dones com en altres estudis de la literatura realitzats amb població general i immigrant de salut mental (Franz et al. 2014; Lobban et al., 2005), a excepció, de les causes de malaltia (Beléndez, Bermejo i García, 2005) com també ocorre en el present estudi.

Per tant, la primera part de la hipòtesi formulada (dimensions) queda refutada.

En relació a la segona part de la hipòtesis, es troben diferències significatives en les **causes sobre malaltia**, en funció del sexe, en dues d'elles. La primera és que les dones consideren la causa de **problemes familiars** més alta que la dels homes i la segona, la causa de l'**alcohol**, que el resultat és invers, els **homes** puntuen més alt que les dones. També trobem una tercera amb tendència a la significació estadística que és la causa de l'**estat emocional** on les **dones** obtenen puntuacions més altes que la dels homes. Per tant, la segona part de la hipòtesi es confirma.

Són resultats que guarden coherència amb altres estudis en que els homes tenen més tendència al **consum de tòxics** i, en general, a les addiccions que les dones (Kircaldy et al., 2009; Alcalá et al., 2006). En contrapartida, les dones tindrien més conflictiva interna que els homes manifestant més **variabilitat emocional** (Granados, Arturo i Ortiz, 2003; World Health Organization, 2000).

En relació als **problemes familiars** l'explicació que es suggereix és que les dones solen dur més càrrega familiar que els homes, la qual també pot sumar altres qüestions com l'ocupació productiva, el canvi de rols en la família, els conflictes intergeneracionals i la relació amb la família d'origen, el reajustament familiar en les reagrupacions familiars, entre d'altres (Arnosó, Martínez-Taboada, Elgorriaga i Otero, 2009a; Beixer, Hou, Hyman, Tousignant, 2002; Carlson-Aburto, Jané, 2001; Chandola, 2004; Zarza, Sobrino, 2007). Per tant, podria ser que el fet de regular aquestes tensions pogués ser subjacent al malestar, sobretot, en les dones per el rol que exerceixen.

Per últim, la causa sobre l'**estat emocional** (el desànim, el sentiment de solitud, l'ansietat o el sentiment de buidor) tendeix a ser més alta en les dones que en els homes. Tenint en compte que les puntuacions en la **simptomatologia somàtica** són estadísticament més altes en les dones tant en el present estudi com en d'altres tant en la població general com immigrant (Achetegui, Llopis, Morales i Espeso, 2012; Ibars, Feixas, Segura, Muñoz, Toran, Arnau i Corbella, 2012; San-José i et al., 1992; Tizón, Salamero, Pellegrero,), no es descarta que sigui una creença (la causa sobre l'estat emocional) que s'expressi amb simptomatologia somàtica, ja que la somatització, en diferents cultures, es tradueix en malestar psicològic sovint de tipus depressiu (Achetegui, Llopis, Morales i Espeso, 2012) però, és necessari contrastar aquests resultats amb estudis posteriors.

S'evidenciaran diferències culturals significatives en les causes de malaltia sent l'estrès la més elevada en el grup més similar a l'autòcton

Podem afirmar que de les 18 causes de malaltia només una, la de l'**estrès**, presenta una diferència estadísticament significativa entre els dos grups culturals, de manera que el grup de països de l'est d'Europa, el grup més similar a l'autòcton, puntua més alt que el marroquí, tot i que en ambdós grups, és la causa més prevalent del problema de salut mental.

Tot i que la hipòtesis es confirma, el fet que només s'hagi trobat una diferència significativa

no és un resultat del tot esperat perquè els dos **grups culturals** són molt diferents i altres estudis han mostrat l'existència de diferències culturals en aquest sentit (Franz et al., 2013; Quiceno i Vinnaccia, 2010).

Una possible explicació inclouria el model sobre el **procés d'aculturació** de Navas et al. (2004). Segons aquest, el **procés d'aculturació** mostra diferents dimensions en la vida de la persona que es van modificant durant el procés del contacte amb una altra cultura segons la posició més externa o interna de la persona. Tot i que el sistema de creences és el més difícil de modificar perquè es troba en la part més nuclear de la persona aquestes poden tenir una part més pública i acceptada per la majoria de la societat i, per tant, ser homogènies entre els grups culturals, en el nostre cas entre el magrebí i el dels països de l'est d'Europa (Navas et al., 2004).

No obstant, tampoc podem descartar que existeixin diferències no mostrades degut al instrument emprat el qual no valora les creences específiques de cada cultura (Moss-Morriss et al., 2002).

1.5. La qualitat de vida

La qualitat de vida dels participants (qualitat de vida general, satisfacció de la salut, la dimensió física, psicològica, social i de l'entorn) serà similar entre els dos grups culturals majoritaris i la del grup de pacients de salut mental autòcton.

Respecte la comparació entre els pacients autòctons i els immigrants es troben dues diferències significatives: les referents a les dues preguntes generals de la QV (**QV general i satisfacció per la salut**), en les que el grup immigrant puntua significativament pitjor que el grup d'autòctons i, en l'anàlisi posterior, s'observa que aquesta diferència és donada únicament pel grup de marroquins. Per tant, el grup de pacients autòctons i el grup de pacients dels països de l'est no presenten diferències significatives en aquest cas.

Respecte la comparativa entre els dos grups culturals més nombrosos dels pacients immigrants, de les sis dimensions de la **qualitat de vida** no trobem diferències significatives, excepte, en la pregunta general de la **QV**, la qual és més alta en el grup de pacients dels països de l'est d'Europa que del Marroc.

En la literatura consultada no s'ha trobat estudis comparant la QV entre la població marroquí i romanesa però podem dir que la valoració dels romanesos s'assembla més a la obtinguda en la població autòctona (Skevington, Lotfy i O'Connell, 2004).

Per tant, la hipòtesi formulada es confirma en part: si es confirma en tant els pacients immigrants i els autòctons no mostren diferències en les quatre dimensions de la QV però no es confirma en que si que s'observen diferències significatives en les dues preguntes generals sobre la **QV**. En concret, el grup dels marroquins obté significativament pitjors resultats que el grup de països de l'est en la pregunta general de la QV i també obté significativament pitjors resultats en les dues preguntes generals amb el grup de pacients autòctons.

Es suggereix com a explicació que la pitjor **qualitat de vida general** en el grup de marroquins pot estar relacionada al fet de fer més temps que són al país d'acolliment, i per tant, haver patit més la crisi econòmica. Aquest fet comporta una alteració del projecte migratori inicial i, per tant, el desajust de les expectatives pre-migratòries (Mähöven, Tuuli i Jasinskaja-Lahti, 2013; Murphy i Mahaligam, 2006) així com també l'augment de la pressió per part de la família d'origen que depèn dels diners que envien els immigrants i del concepte cultural de fracàs migratori que va més enllà del individu i també es troba en el col·lectiu d'origen (Achotegui, 2000).

El fet que el grup de pacients dels països de l'est obtingui resultats similars als pacients autòctons pot ser degut a que queden més diluïts amb la cultura autòctona al ser més semblant. Explicació que aniria d'acord amb el que s'observa amb la població llatinoamericana a Andalusia (Checa i Arjona, 2009).

En relació a la comparació de les dimensions de la QV entre els pacients de salut mental de la societat autòctona i immigrant el resultat és esperat perquè altres estudis mostren que els pacients de salut mental autòctons i immigrants obtenen puntuacions semblants en la QV (Bover et al., 2015). D'altra banda, quan ens referim a la població immigrant i autòctona general, els estudis mostren discrepàncies en els resultats, majoritàriament els estudis mostren que els immigrants puntuen pitjor en QV (Morawa i Erim, 2015; Mui, Kang, Kang i Domanski, 2007; Sullivan, Nelson, Mulani i Sleep, 2006; *Puthooppambil Bjerneld i Källestål, 2015*; Yoon, Lee i Goh, 2008) però altres estudis constaten que els immigrants puntuen millor la QV durant el interval de temps entre el moment d'entrada a la societat receptora fins passats els deu anys (Muenning i Fahs, 2002; Sundquist, 2001), dada que coincideix en que el grup de països de l'est amb un mitjana viscuda al país inferior als deu anys perceben millor QV que el grup de marroquins amb una mitjana superior als deu anys viscuts a la societat receptora. Per altre costat, el fet de tenir fills protegeix globalment de la simptomatologia psicològica i augmenta la QV com mostren altres autors (Pardo, Engel i Agudo, 2006), sent l'àrea depressiva la que més i l'obsessiva-compulsiva la que menys. Fet que va constatant que l'àrea depressiva és la que està més influenciada per les qüestions sociodemogràfiques i la que més fa alterar la QV.

Per últim, el fet que la puntuació sigui significativament més baixa sobre la QV general i la satisfacció amb la salut en els marroquins pot ser degut a que són preguntes nuclears sobre la QV i no estan subjectes a un biaix cultural. En canvi, en les altres dimensions es pregunta sobre temes relatius al lleure, al transport, la informació, la satisfacció amb l'atenció mèdica, entre d'altres, i aquestes poden ser, per una banda, menys importants per el col·lectiu immigrant que sobretot és econòmic i està interessat en treballar (Gaité et al., 2002; Marwaha i Johnson, 2004) i, per altra banda, pot haver un biaix en la resposta perquè l'entrevistadora és de la cultura autòctona i poden sentir-se coaccionats quan es pregunta sobre els serveis socials, educatius i mèdics de l'entorn.

Pel que fa a la comparació entre **sexes** no trobem diferències significatives a excepció a la **QV general**. Els homes consideren tenir significativament menys QV general que les dones. Aquest resultat es recolza amb que s'ha obtingut en altres estudis (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006; Malmusi, Collazos i Qureshi, 2014) realitzats al nostre país en que comproven que el nivell de salut mental ha baixat més en el col·lectiu immigrant, sobretot en el marroquí, i també més en els homes respecte les dones perquè són els col·lectius que més han patit la crisi econòmica espanyola (Malmusi, 2014).

La presència de simptomatologia psicològica es relacionarà amb menys satisfacció per l'estat de salut (una de les dimensions de la QV) i amb algunes de les variables sociodemogràfiques dels immigrants

Existeix una relació estadísticament significativa entre la majoria de les àrees de la simptomatologia psicològica i les dimensions de la QV. En concret, la dimensió de la **satisfacció per la salut** de la QV es relaciona **inversament** amb totes les àrees simptomatològiques excepte l'àrea de l'obsessió compulsiva, l'ansietat fòbica, el psicoticisme i la ideació paranoide. Per tant, **la primera part de la hipòtesi** formulada es confirma parcialment, de les deu àrees simptomatològiques es confirmen sis i en quatre no.

Aquests resultats estan en concordança amb el que altres estudis amb població general i immigrant de salut mental mostren (Achotegui, 2002; Agorastos, Haasen i Huber, 2012; Balkir i Bar-now, 2013; Bennegadi, 2009; Qureshi et al., 2013; Qureshi, Eiroa-Orosa i José, 2013; Salaberría, Sánchez i De Corral, 2009; Rajan i Rappaport, 2011; Shea, Yang i Leong, 2010), és a dir, que la presència de simptomatologia psicològica afecta a la percepció de la QV i, per tant, el sofriment psicològic representa un patiment que afecta a la majoria de les àrees de la vida d'una persona. En aquest sentit és important tenir en compte aquests resultats per la transcendència en la QV dels pacients de salut mental.

En relació a les **variables sociodemogràfiques** es troben relacions inverses entre parlar molt bé el **idioma espanyol** amb totes les àrees simptomatològiques; el fet de **tenir fills** es relaciona inversament amb totes les àrees simptomatològiques quan també es relacionen amb les dimensions de la **QV** en excepció de l'àrea obsessiva-compulsiva que només es relaciona amb la QV general i la QV psicològica. El fet de **no tenir fills** es relaciona inversament, sobretot, amb l'àrea **depressiva**. Els ingressos econòmics mensuals situats en la franja entre **550 i 1100€** obtenen relacions inverses amb totes les àrees simptomatològiques quan també es relacionen amb la QV, sent la depressió la que més relacions té (vuit de nou possibilitats) i l'**obsessió-compulsió** la que menys (tres de nou possibles relacions). Per tant, **la segona part de la hipòtesis** es confirma en relació a les variables sociodemogràfiques analitzades: tenir fills, el nivell d'ingressos econòmics i el nivell del idioma espanyol.

Els resultats del nivell d'ingressos són esperats ja que altres estudis realitzats amb població general i immigrant de salut mental han constatat que la precarietat econòmica es relaciona amb patiment psicològic (Alda, García i Sobradiel, 2010; Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006; Navarro-lashayas, 2014; Magaña i Hovey, 2003) i amb una baixa percepció de la QV (Quintanilla et al., 2009), que el domini de l'idioma es relaciona amb menor simptomatologia psicològica tant en la població immigrant general com en la de salut mental (Alda, García i Sobradiel, 2010; Navarro-Lashayas, 2014; Magaña i Hovey, 2003; Torres i Rollock, 2007) i, per últim, que el fet de tenir fills es relaciona amb menys simptomatologia psicològica i millor QV tot i que és una variable menys analitzada segons la literatura consultada (Pardo, Engel i Agudo, 2006).

Pel que fa a l'explicació sobre la no relació entre tres de les àrees psicopatològiques i la satisfacció per l'**estat de salut general**, entenem que, per una banda, dues d'elles són poc prevalents en

el nostre estudi (ansietat fòbica i psicoticisme) i, per altra banda, l'obsessió compulsiva no és l'àrea simptomatològica que, com altres estudis indiquen, està més relacionada amb la QV (Carpiniello, et al., 1997; Dickerson, Ringel i Parente, 1998; Franz, 2006; Heider et al., 2007; Holloway i Carson, 1999). Per altra banda, caldria estudiar més endavant, si com altres estudis indiquen (Bayram et al., 2007; Becerra et al., 2013), la percepció de la QV és millor en terceres generacions d'immigrants que en les primeres a causa de més incertesa pel futur, per la dificultat d'obtenir la documentació en regla i ser deportats en la primera generació d'immigrants.

Per altra banda, l'estudi de Pardo, Engel i Agudo (2006) mostra que la QV dels pacients empitjora després de passar els primers anys al país i es confirmaria en el present treball ja que el grup marroquí, el qual porta una mitjana d'anys significativament més elevada que el grup dels països de l'est, percep pitjor QV general.

Aquestes dades suggereixen que seria necessari investigar les edats més avançades en relació als anys viscuts al país ja que els estudis mostren (de Oca et al., 2011; Verhagen, Ros, Steunenbergh i Wit, 2014) que en la senectut els pacients immigrants puntuen pitjor en la QV relacionada amb la salut.

En relació a les explicacions sobre els resultats de les variables **sociodemogràfiques**, els autors constaten (Magaña i Hovey, 2003; Polek, Wöhrle i van Oudenhoven, 2010; Torres i Rollock, 2007), que un bon nivell del idioma del país receptor ajuda a la persona a interactuar en la societat i, sobretot, en la recerca de feina, el que es tradueix en uns millors ingressos econòmics, en un nivell més baix de simptomatologia psicològica i en una millor QV.

El fet de tenir fills pot facilitar la interacció en la societat, en concret, en la comunitat educativa i en els serveis de salut pel que la persona pot sentir-se més recolzada i vinculada el que pot protegir de la simptomatologia psicològica, sobretot de la depressiva, i percebre millor QV (Kilchmann, Bessler i Aebi, 2015; Ladin i Reinhold, 2013; Martínez, Garabato i Martínez, 2004; Rivera-Heredia et al., 2013; Pardo, Engel i Agudo, 2006).

En relació a la qüestió de no tenir fills que es relaciona inversament amb la simptomatologia psicològica, sobretot amb la depressiva, pot ser degut a que no representa una càrrega en moments d'estrès psicosocial i, per tant, pot ser un estat de la persona més alliberador psicològicament (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006).

Per últim, les poques relacions existents entre la simptomatologia obsessiva-compulsiva amb les variables sociodemogràfiques són esperades, en tant els estudis mostren que les àrees simptomatològiques més relacionades són la depressiva, l'ansiosa i la somàtica, com en el present estudi. L'explicació que es suggereix és que potser una simptomatologia relacionada amb aspectes interns i relacionals de la persona i, per tant, no queda subjecte a factors externs sociodemogràfics a diferència de la simptomatologia depressiva (Torres i Rollock, 2007).

La percepció sobre la qualitat de les relacions socials (QV) dels pacients immigrants es relacionarà positivament amb l'adaptació social

Després d'analitzar els resultats trobem resultats incoherents segons la literatura consultada.

Tot i que es troben relacions entre la qualitat de les **relacions socials** i en les altres dimensions de la **QV** (salut física, salut psicològica i de l'entorn) totes elles són inverses amb l'**adaptació social** (qüestionari SASS) el que indica que com millor adaptació social pitjor QV i els estudis mostren el contrari (Basabe et al., 2009; Lowenstein, Katz, 2005; Silveira, Allebeck, 2002; Pernice et al., 2000; Young 2001).

Probablement aquest resultat invers amb la QV pugui donar-se per les puntuacions de l'adaptació social les quals són molt altes i per tant indicatives de molt bona adaptació social. És a dir, no sembla del tot coherent la resposta dels participants de l'estudi o el instrument no és prou sensible per avaluar el constructe d'adaptació social amb la població immigrant de salut mental, el que seria necessari tenir-ho present en estudis futurs.

La percepció sobre la qualitat de vida psicològica (QV) dels pacients immigrants es relacionarà negativament amb l'estrès d'aculturació (discriminació, xoc cultural, nostàlgia i estrès psicosocial)

Analitzats els resultats podem observar que es donen 15 relacions, totes elles inverses, de les 24 possibles, entre aquests dos qüestionaris (BISS i WHOQOL). L'**estrès psicosocial (BISS)** és el factor que es relaciona amb totes les dimensions de la **QV**; el factor de **discriminació** es relaciona amb les dimensions (QV) de la salut psicològica, les relacions socials i l'entorn; el **xoc cultural** amb la dimensió de la salut psicològica, l'entorn, la QV general i la satisfacció amb la salut; i, per últim, el factor de **nostàlgia**, es relaciona amb l'entorn i la QV general. Per tant, la hipòtesi plantejada es confirma.

És un resultat esperat perquè altres estudis mostren com la intensitat de l'estrès d'aculturació és predictor de la QV, sobretot l'estrès psicosocial, en immigrants tant de la població general com de la salut mental (Hidalgo i Pérez-García, 2015; Hidalgo, Peralta, Robles, Vilar-López i Pérez-García, 2009; Mui, Kang, Kang i Domanski, 2007; Ng, Lee, Wong i Chou, 2015).

Una explicació d'aquests resultats seria considerar si els pacients pateixen la **Síndrome d'Ulisses (SU)** ja que segons Abuagilah (2014) els pacients amb la SU obtenen puntuacions altes en estrès psicosocial, estan indocumentats i no tenen xarxa social. En el cas dels participants del present treball coincidiria amb les puntuacions moderadament altes en la dimensió d'estrès psicosocial però no amb la situació sociojurídica (tenen els "papers" en regla) ni amb la xarxa social. Per tant, no sembla que els participants de l'estudi pateixin la SU. Tot i així aquesta interpretació s'hauria de contrastar amb estudis posteriors tenint en compte els criteris diagnòstics de la SU (Achetegui, 2000), el diagnòstic diferencial (Achetegui, 2008) i els diferents grups culturals.

1.6. L'estrès d'aculturació i el funcionament social

Existirà relació negativa entre l'adaptació social i la simptomatologia psicològica en els pacients immigrants

Analitzats els resultats podem apreciar que **l'adaptació social** es relaciona, de forma positiva, amb totes les dimensions de la simptomatologia psicològica en excepció de la **somatització** i **l'obsessió compulsió**. Tot i que existeix relació, és un resultat en absolut esperat perquè els estudis mostren que l'adaptació social és un factor protector de la salut mental (Rumbaut, 1985; Selten et al., 2001; Westermeyer, 1989). Per tant, la hipòtesi no es confirma.

Cal dir que la puntuació sobre l'adaptació social tampoc és l'esperada ja que aquestes són més altes respecte a altres mostres de població de salut mental en diferents contexts (De Arce, Jiménez-Arriero, Rodríguez-Calvin, Ruiz-Domingo, Cobaleda, Vieta i Grupo Sin-Depres, 2011; Masai, Pu, Yokoyama, Matsumura, Yamanashi, Itakura, Sugie, Miura, Nagata, Iwata i Kaneko, 2016; Sarisoy, Pazvantoğlu, Özturan, Ay, Yilman, Mor, Korkmaz, Kaçar i Gümüş, 2014; Pavan, Fusco, Gambaro, Granà, Marini, Padoani, Piovan i Semenzin, 2003;) i inclús també en la població general (Masai, et al., 2016; Sarisoy et al., 2014).

En la comparació realitzada amb la població general de salut mental de la comarca del Bages es troba una diferència estadísticament significativa, els pacients autòctons perceben pitjor adaptació social que els immigrants. Per tant, tot i que la puntuació es troba dins la normalitat (46,54 *DE* 8,12) s'acosta al llindar del interval considerat normal (≤ 52) acostant-se a la superadaptació patològica (a partir de 55). En la literatura consultada no s'ha trobat cap estudi on s'hagi estudiat l'adaptació social en els pacients immigrants de salut mental però si s'ha trobat un realitzat amb persones refugiades nord-koreanes als Estats Units (Park, 2012) el qual mostra unes puntuacions també més baixes que en el present estudi.

El que podem suggerir és que els pacients de salut mental immigrants tendeixen a mostrar o percebre millor adaptació social que la població autòctona de salut mental o que existeix un biaix cultural pel fet que la investigadora és de la cultura autòctona, en qualsevol cas s'haurà de seguir investigant en aquesta línia per replicar aquests resultats.

Per últim, et fet de que les dimensions simptomatològiques de somatització i d'obsessió compulsió no es relacionin amb l'adaptació social s'atribueix a que poden ser símptomes que els pacients immigrants identifiquen com un malestar que té poc a veure amb l'àrea relacional i social (George, Thomson, Chaze i Guruge, 2015).

Major nivell d'estrès d'aculturació (discriminació percebuda, tensió del contacte intercultural, nostàlgia i estrès psicosocial general) es relacionarà amb un menor nivell d'adaptació social en els pacients immigrants.

Analitzats els resultats d'ambdós qüestionaris podem afirmar que tan sols un dels factors de l'estrès d'aculturació, el factor **d'estrès psicosocial** (factor que inclou l'habitatge, la salut, les finances i la gestió de la vida quotidiana), es relaciona amb el nivell **d'adaptació social**. És un resultat no esperat perquè és el factor estressant que menys té a veure amb l'aspecte social de la persona en termes d'ajustament i, a més a més, és una relació positiva, per tant, el resultat indica que a més estrès psicosocial millor adaptació social i no hem trobat cap estudi que obtingui aquesta relació.

En el nostre cas, les puntuacions sobre l'estrès d'aculturació són considerades baixes o mo-

derades. En concret el factor que més baix puntua és el de **discriminació** i el que més el **d'estrès psicosocial**. Aquestes puntuacions són diferents d'altres estudis amb població general immigrant (Navarro-Lashayas, 2014) i semblants a altres realitzats en el territori espanyol (Revollo et al., 2001). El fet de que els participants del present estudi es trobin dins la legalitat (Navarro-Lashayas, 2014; Collazos et al., 2008; Saura et al., 2008) i portin més de tres anys al país receptor (Alda, García i Sobradí, 2010; Revollo et al., 2001; Sluzki, 1979) es considera que es disminueix els nivells d'estrès.

Tanmateix, tot i que les puntuacions del qüestionari sobre **l'adaptació social** (SASS) són considerades normals, no sembla un resultat fiable pel que mostren altres estudis (Arce et al., 2012; Park, 2012; Pavan et al., 2003; Sarisoy et al., 2014) i pel resultat obtingut de la comparació amb el grup de pacients autòcton. Per tant, podria ser que no estan tan adaptats como diuen o potser volen donar una imatge de superadaptació i, per aquest motiu, només es troba una relació entre aquestes dues variables (adaptació social i estrès d'aculturació), la qual, a més a més, és positiva. Com hem apuntat, anteriorment, es podria mirar, en estudis posteriors, si el qüestionari SASS és adequat en el col·lectiu immigrant perquè tot i que és un qüestionari molt utilitzat en la població de salut mental no ha estat emprat en el col·lectiu immigrant de salut mental. També seria interessant avaluar qualitativament l'adaptació social per comprendre millor la percepció des del punt de vista del immigrant de salut mental.

Com més xarxa social tinguin els pacients, millor serà llur adaptació social.

Prèviament a l'anàlisi de la hipòtesi comentem que la percepció de la xarxa social dels participants, entesa com la quantitat de persones que el pacient percep que pot comptar amb elles, resulta ser bastant alta en la meitat dels participants.

En relació a la hipòtesi formulada, podem afirmar que la percepció que tenen els participants de l'estudi sobre la **xarxa social** es relaciona positivament amb **l'adaptació social**. Tot i que pot semblar una obvietat aquesta relació ens sembla rellevant analitzar-la ja que la xarxa social l'hem mesurat amb un ítem de l'entrevista semiestructurada i perquè l'adaptació social mesura altres dimensions que van més enllà de la xarxa social. Per tant, en el cas del present estudi com en altres són aspectes que configuren el funcionament social de la persona (Barrera, 1981; Ruiz, 2012).

El nivell de discriminació percebuda serà diferent entre els grups culturals identificats.

Analitzats els resultats s'observa que no existeixen diferències significatives entre els dos grups culturals.

D'aquesta manera, es refuta la hipòtesi plantejada. És un resultat no esperat perquè diferents autors han plantejat que les persones immigrants que culturalment difereixen més de la cultura receptora o majoritària mostren més xoc cultural (Smith i Bond, 1993) i perceben més discriminació (Berry i Ward, 2006; Dandy i Pe-Pua, 2010; Navas i Cuadrado, 2003). En aquest sentit, tot i no obtenir diferències significatives, es pot observar que el grup d'immigrants marroquins puntua més

alt en els diferents factors de l'estrès d'aculturació, inclosa la **discriminació** percebuda que el grup d'immigrants dels països de l'est d'Europa però en cap cas aquestes diferències són significatives.

Aquest resultat pot ser degut a que la grandària de la mostra és petita però tampoc podem descartar que hi hagi un biaix cultural en la resposta degut al factor cultural i de gènere de la investigadora (Achotegui, 2002; Balbo, Pis-Diez, 2007; Bermann et al., 2009; Berlin i Fowkes, 1983; Collazos i Qureshi, 2011).

L'estrès d'aculturació (BISS, engloba 4 factors) es relacionarà amb les causes i les dimensions de les creences sobre la malaltia (IPQ-R) dels pacients immigrants

En aquest treball, el factor **d'estrès psicosocial** es relaciona positivament amb totes les dimensions de la percepció de la malaltia, el factor de **xoc cultural** es relaciona amb dues de les dimensions de la percepció de malaltia, les quals són: la comprensió global del problema psicològic i els sentiments que experimenten en relació al malestar psicològic i el factor de **nostàlgia** que només es relaciona amb les conseqüències que pot tenir el problema psicològic en llurs vides. En canvi la **discriminació** no es relaciona amb cap factor.

En el cas de les relacions entre les causes sobre la malaltia i l'estrès d'aculturació se'n troben poques i són febles. Les relacions més potents es troben en l'**envelliment** amb la **discriminació** i el **xoc cultural** i, en menys mesura, amb la **nostàlgia** i la causa de la **pròpia personalitat** amb la **discriminació**.

Per tant, la primera part de la hipòtesis plantejada es compleix completament en el factor de l'estrès psicosocial, en certa mesura en el factor de xoc cultural i de nostàlgia però gens en el de discriminació i la segona part de la hipòtesis es compleix en una petita part.

El resultat sobre l'**estrès psicosocial** relacionat amb les dimensions de les creences sobre la malaltia és esperat (Ibars, Toran, Segura, Corbella, Fernández i Arnau, 2014; Minas, Klimidis i Tuncer, 2007) però no el del xoc cultural i el de discriminació (Franz, Salize, Lujic, Koch, Gallhofer i Jacke, 2014) ni el de nostàlgia (Ibars, Toran, Segura, Corbella, Fernández i Arnau, 2014). Probablement aquest resultat es doni per les puntuacions altes en l'estrès psicosocial i en el xoc cultural i el de discriminació. Per tant, es va constatant que l'estrès psicosocial té un impacte en l'estat psicològic i, per tant, sobre les creences de malaltia. El fet que existeixen poques, febles o nul·les relacions entre el xoc cultural, la **nostàlgia** i la **discriminació** amb les creences sobre la malaltia pot ser degut a que porten una mitjana d'anys al país per sobre a la considerada adaptativa (Alda, García i Sobradie 2010; Sluzki, 1979) i no atribueixen el problema psicològic a aquestes qüestions.

Alguns autors constaten (Franz, Salize, Lujic, Koch, Gallhofer i Jacke, 2014) que quan el **xoc cultural** i la **discriminació** es perceben com a causa del malestar o trastorn l'impacte ètnic és major que quan els immigrants associen les creences sobre la percepció de malaltia amb els trets de la personalitat i, aquest fet, pot afectar a la confiança cap el tractament. En el nostre cas, aquesta explicació només es pot considerar en el factor de discriminació.

Diversos autors també observen (Ibars, Toran, Segura, Corbella, Fernández i Arnau, 2014;

Minas, Klimidis i Tuncer, 2007; Parry, 1984; Saravanan, et al., 2007) que els factors religiosos i sobrenaturals són subjacents a les creences sobre la malaltia en altres cultures però, tal i com hem comentat anteriorment, l'instrument emprat no valora aquestes creences i, per tant, no podem descartar que n'hi hagin.

Tot i que el factor de **nostàlgia** s'hagi relacionat amb les causes de malestar en altres estudis (Ibars, Toran, Segura, Corbella, Fernández i Arnau, 2014) en el cas del present treball només s'ha relacionat amb l'envelliment, amb alguna atenció mèdica en el passat i per la casualitat. En el cas de l'**envelliment**, alguns estudis (Achotegui, 2008; Falicov, 2002; Tizón, Salamero, Pellegrero, Sáinz, Achotegui, San José i Díaz-Munguira 1993) mostren que el pas dels anys fa ressorgir els dols migratoris que no han pogut estar prou elaborats i, per tant, activa els sentiments de nostàlgia els quals poden evidenciar les diferències culturals i experimentar més sentiments de discriminació. El fet que alguna **atenció mèdica** en el passat hagi influït en l'estat actual pot referir als malestors físics o somàtics més que en els pròpiament psicològics i pot activar els sentiments de discriminació i de xoc cultural per les diferències dels respectius sistemes sanitaris de cada país i els sentiments de nostàlgia per la pèrdua de salut degut a causes passades. Per últim, la **casualitat**, pot englobar altres factors no recollits explícitament en el instrument de mesura els quals poden remetre al passat amb els sentiments corresponents de nostàlgia.

En resum, creiem que malgrat els factors bàsics per viure (**estrès psicosocial**: l'habitatge, el nivell socioeconòmic, l'ocupació laboral, entre d'altres) són els més rellevants pel que fa a com perceben el seu malestar, el **xoc cultural** i la **nostàlgia** també tenen una influència però no la discriminació. En canvi, en les **causes** si que es troben relacions amb la **discriminació** com altres estudis han identificat (Caplan et al., 2013; Caplan et al., 2011; Chen et al., 2015; Ellis, 2015; Lin, 2013; Maupin i Ross, 2012; Olusesi, 2008; Tarakeshwar, 2013; Yang i Wonpat-Borja, 2012; Wolf, 2014).

Per últim, tenint en compte que el **procés d'aculturació** i l'estrès que se'n deriva tenen a veure amb la identitat de les persones i que és un diàleg viu entre les cultures i els individus, tant en els immigrants com en els individus de la societat receptora (Camilleri, 1996; Páez i Zlobina, 2007), potser que vagin variant al llarg del temps o, si més no, poden ser diferents en segones generacions com mostren altres estudis (Berry, 2003; Cantor-Graae i Selten, 2007; Phinney, Ong, 2002;).

Les àrees de simptomatologia somàtica i d'ideació paranoide seran majors en els pacients marroquins que en els pacients d'altres cultures

En el present treball, el factor de **simptomatologia somàtica** no presenta diferències significatives entre els grups culturals més nombrosos tot i que obté puntuacions lleugerament més altes en el grup de pacients **marroquins** que en el grup de pacients dels **països de l'est d'Europa**. En la literatura consultada els pacients marroquins puntuen més alt en la dimensió somàtica que en altres grups culturals (Ibars, Feixas, Segura, Muñoz, Toran, Arnau i Corbella, 2012; Paniagua, 2000) tot i que no s'han trobat estudis comparant aquesta variable amb els mateixos grups culturals que els nostres. Per tant, la hipòtesi queda refutada.

Pel que fa a la **simptomatologia paranoide**, la puntuació presenta el mateix valor en ambdós

grups culturals. Per tant, la consideració prèvia alhora de formular la hipòtesi, fruit de les diferents aparences en la vestimenta i l'aspecte físic les quals poden provocar sentir-se més observats i alhora més vigilats i, en conseqüència, poden accentuar la ideació paranoide, no es confirma en aquests resultats.

El factor de control personal de les creences de malaltia (poder fer alguna cosa per millorar l'estat de salut) serà major en pacients de l'est d'Europa que en els pacients marroquins.

Les puntuacions sobre el **control personal**, tot i que són lleugerament més altes en el grup de pacients de l'est d'Europa, no difereixen estadísticament del grup de marroquins. En aquest cas, doncs, aquesta hipòtesi no s'ha pogut confirmar.

Les puntuacions obtingudes són més altes que les mostrades en estudis realitzats amb població de salut mental immigrant (Franz et al., 2014) però més baixes que en l'autòctona de salut mental (Franz et al., 2014; Lobban, Barrowclough i Jones, 2005). La mostra estudiada obté un nivell mig de percepció d'autoeficàcia el que indicaria tenir una moderada capacitat per a atenuar els efectes del trastorn.

El fet de que tinguin concepcions culturals i religioses de la malaltia diferents però no s'obtingui una diferència en el factor de control personal, ens indica que ambdós grups tenen la creença moderada que poden fer alguna cosa per millorar el seu trastorn.

Aquest resultat és rellevant de cara a treballar en l'àmbit assistencial amb els pacients d'aquestes cultures però també suggerim que seria interessant fer estudis amb una mostra més àmplia per tal de contrastar aquest resultat.

1.7. Els models explicatius

En aquest subapartat s'analitzen els resultats del compliment de visites i es discuteixen segons les hipòtesis plantejades com s'ha fet al llarg del capítol. Per altra banda, a partir de l'anàlisi estructural, s'ha aprofundit en diferents relacions significatives per estudiar possibles models explicatius de la QV, les creences sobre la malaltia i l'adaptació social els quals es mostren a continuació del compliment de visites.

El compliment de visites

Les variables explicatives del compliment de visites seran l'estil d'aferrament segur, un alt nivell de simptomatologia clínica depressiva i ansiosa, la nostàlgia, el factor de control de tractament, la percepció de la durada de la malaltia, i la qualitat de vida física i psicològica.

Analitzats els resultats, no es troben variables explicatives del compliment de visites. És a dir les variables estudiades no són, en cap cas, explicatives del compliment de visites. Per tant aquesta hipòtesis queda refutada en tota la seva globalitat.

Tant pot ser que les variables estudiades no tinguin cap relació amb el compliment com que sigui insuficient la grandària de la mostra, pel que apuntem que seria interessant seguir investigant en aquesta línia per poder arribar a alguna conclusió. Idealment, també es podria intentar fer un estudi de seguiment qualitatiu per preguntar a les persones amb baix compliment les seves raons

Existiran diferències en el compliment de visites segons el grup cultural dels pacients, sent el grup dels països de l'est el que complirà millor que el marroquí.

En aquest cas, tampoc s'han constatat diferències significatives entre els grups culturals de pacients immigrants. Per tant, queda refutada la hipòtesis.

Tot i així, en les taules de contingència s'observa que: existeix més probabilitat que el grup de marroquins rebi l'alta que el grup de països de l'est; que existeix, lleugerament, més probabilitat que el grup dels països de l'est abandoni el tractament que el grup de marroquins; i, per últim, que el grup del Marroc mostra tenir lleugerament més probabilitat de continuar el tractament que el grup dels països de l'est d'Europa. A continuació s'exposen les explicacions d'aquestes probabilitats amb la finalitat de poder-les explorar en estudis posteriors.

Per una banda, els resultats podrien tendir a mostrar que el pacient marroquí està més vinculat als professionals i al centre de salut mental donat que obté més probabilitat de continuar el tractament que el pacient dels països de l'est. També podria ser que aquests últims fossin pacients més exigents amb el sistema de salut ja que estan més avesats per la semblança amb el del seu país (Vilnoiu i Abagiú, 2003).

D'altra banda, els pacients marroquins podrien ser més dependents del sistema de salut mental per una qüestió cultural, per l'autoritat que atorguen als professionals malgrat que les creences sobre malaltia poden diferir entre ambdós (Quintanilla et al., 2009). I, per aquest motiu, també rebrien més altes dels professionals. O bé, les altes també es podrien explicar per el biaix cultural dels professionals (Alda, García i Sobradí, 2010 Lewis, Croft-Jeffreys i Davis, 1990).

Existiran diferències en el compliment de visites entre el grup de pacients immigrant i el grup de pacients autòctons. El grup de pacients autòctons complirà millor les visites programades que el grup d'immigrants.

En aquest cas es troben diferències significatives del compliment de visites entre els grups de pacients immigrants i autòctons. S'observa que el grup d'immigrants rep més altes que el grup d'autòctons i continua menys el tractament que el grup d'autòctons. En canvi, el nivell d'abandonament és similar. Per tant, la hipòtesi es confirma almenys parcialment.

És un resultat esperat perquè altres estudis (Forcada et al., 2013; Matamala i Crespo, 2004; Ouellet-Plamondon, Rousseau, Nicole i Abdel-Baki, 2015) mostren que, tot i que l'adherència a tractaments llargs és baixa en pacients de salut mental, en el grup de pacients immigrants és pitjor que en el grup de pacients de la societat receptora.

El fet que continuïn menys el tractament i es produeixin més abandonaments per part dels

pacients immigrants els autors ho atribueixen a com més allunyada és la cultura de l'autòctona menys continuen el tractament però no és el cas del present estudi en que no existeixen diferències significatives entre els dos grups culturals més nombrosos i, en canvi, un d'ells és més semblant a l'autòcton (Forcada et al., 2013; Matamala i Crespo, 2004; Shim i Schwartz, 2008). De totes maneres no es descarta que existeixi diferències en una mostra més àmplia ja que, quan s'ha controlat la variable cultura, tant en aquest cas com en d'altres, s'observa que la tendència és que hi hagin més diferències entre ambdós grups culturals.

El fet que es produeixin més altes en els pacients immigrants també és un resultat concordant amb altres estudis (Alda, García i Sobradí, 2010). Alguns autors han identificat efectes deguts a un biaix cultural dels professionals (Alda, García i Sobradí, 2010; Lewis, Croft-Jeffreys i Davis, 1990), no obstant, no es pot descartar la presència d'altres factors com el de la problemàtica social subjacent al trastorn, tal i com mostren els resultats del present estudi, o la gravetat del trastorn que en el nostre cas no pot ser ja que el grup autòcton està aparellat quant a diagnòstics.

Aquest estudi pretén aportar elements per formular un model explicatiu de la qualitat de vida, l'adaptació social i les creences sobre la malaltia

La Qualitat de Vida

Les variables de la simptomatologia psiquiàtrica que aconseguixen un model més ajustat per explicar la QV són la depressió, la sensibilitat interpersonal i l'ansietat fòbica (59,90%); per a la dimensió de la **salut física**; la depressió i el psicoticisme (58,7%) per a la dimensió de la **salut psicològica**; les idees paranoïdes i l'ansietat fòbica (48,50) per a les **relacions socials**; la depressió i el psicoticisme per a la **salut de l'entorn** (37%) i, en menor mesura, la depressió per la pregunta sobre la **QV general** (29,8%) i la somatització per la pregunta sobre la **satisfacció per la salut** (22,6%).

El fet que la simptomatologia depressiva sigui la que té més poder explicatiu per la QV és un resultat esperat d'acord amb altres estudis amb població de salut mental amb diferents diagnòstics (Carpiniello, et al., 1997; Dickerson, Ringel i Parente, 1998; Franz, 2006; Heider et al., 2007; Hoffer et al., 2004; Holloway i Carson, 1999). En els estudis consultats sobre la QV en la població de salut mental immigrant no es troben models predictius, tot i que alguns autors (Bover et al., 2015) indiquen que la QV no difereix de la població autòctona sotmesa al mateix nivell d'estrès, explicació que no s'ha pogut constatar en el present estudi.

D'altra banda, quan s'analitzen els resultats en funció del grup cultural la depressió segueix tenint un bon nivell explicatiu però els models s'ajusten més en el grup de països de l'est d'Europa. És a dir, el factor cultural influencia en els models predictius sent el grup de marroquins el que mostra més variabilitat de resultats i dificulta un model explicatiu ajustat i, en canvi, el grup de països de l'est obtenen resultats que s'ajusten més al model. Tot i que en la literatura consultada no s'ha trobat comparatives entre aquests dos grups culturals, el present estudi recolza el que diuen altres sobre el factor de la distància cultural com a variable que s'ajusta menys als models explicatius (Berry et al., 1987; Cuellar, 2000; Roura, Domingo, Leyra-Moral i Poll, 2015; Smith i Bond, 1998).

Adaptació social

Pel que fa a l'adaptació social, recorrem a l'anàlisi per cultures perquè s'observa que el model explicatiu que s'ajusta millor és la simptomatologia **hostil i depressiva** amb un 80% en el grup dels països de l'est. En canvi, en el grup de marroquins, el model té menys poder predictiu amb un 36,1% en la simptomatologia **psicòtica**.

Tot i que les puntuacions de l'adaptació social no han recolzat altres estudis, els models predictius si, sobretot en la simptomatologia depressiva (Bosc, Dubini i Polin, 1997; Helms et al., 2014; Martínez et al., 2001; Nova, 2014) però també en la psicòtica i la d'hostilitat (Selten et al., 2001). En aquest cas també és el grup de països de l'est que millor s'ajusta el model, per tant, és va constatant, un perfil de pacient més fàcil de predir en relació a la cultura receptora, la qual cosa recolza el que diuen alguns autors que els processos d'adaptació i d'aculturació varien segons la cultura (Berry et al., 1987 Navas et al., 2004) i aquella més propera a l'autòctona més diluïda pot quedar (Blanco, 2000; Checa i Arjona, 2009) i, en aquest sentit, més possibilitat d'èxit en la integració socioeconòmica com s'observa en el present estudi, possiblement, per com és percebuda per la societat d'acolliment (Checa i Arjona, 2009).

Per altra banda, la simptomatologia depressiva en la població immigrant es va constatant que té poder explicatiu en el benestar del pacient i en l'adaptació social i, en aquest sentit, els tractaments focalitzats en la millora d'àrea depressiva, poden millorar la QV i les relacions socials (Chou, Ma i Yang, 2014).

Creences sobre malaltia

En relació a les creences sobre la malaltia, es troben models poc ajustats i, per tant, amb poc poder explicatiu. L'àrea simptomàtica que s'ajusta més és la **depressiva** en la durada (24,7%) i en la representació emocional (26%).

Per tant, guarda coherència amb els models de la QV en que també és l'àrea depressiva la que millor explica la variable.

Tenint en compte que la simptomatologia **depressiva** pot estar associada a diferents factors estressants crònics (Achotegui, 2000; Ali, 2002; Fassaert, et al., 2009; Tarricone et al., 2014), que el treball representa una de les necessitats bàsiques (Maslow, 1943) i que la mostra estudiada té un índex d'atur elevat, es suggereix que la simptomatologia depressiva pot explicar aquest problema subjacent, font de preocupació i inclús de desesperació per la falta de treball i de recursos econòmics i coincidiria amb el que mostren alguns autors que l'àrea depressiva és la que més es relaciona amb una percepció de llarga durada del problema psicològic i una de les que més repercussions té en la vida de la persona (Quintanilla et al., 2009).

Per un altre costat, quan s'analitzen els resultats en funció del grup cultural, observem que

en aquest cas els dos grups es ceneixen per un igual, inclús, el grup de marroquins obté el model amb més poder predictiu el qual es troba en la dimensió de **control personal** associat a la simptomatologia d'**hostilitat** (53,5%). Per tant, en aquest cas no es troba el model més ajustat en el grup cultural més proper a l'autòcton (Berry et al., 1987) però els resultats anirien d'acord amb altres treballs (Collazos et al., 2008; Martínez i Martínez, 2006; Navarro-Lashayas, 2014) en que en l'estudi de la població immigrant els resultats solen ser poc homogenis per diferents motius com poden ser les diferències ètniques, el context on s'estudia, els factors pròpiament migratoris i els instruments que s'utilitzen, entre d'altres.

El fet que la simptomatologia hostil expliqui amb cert poder el **control personal** en el grup marroquí i també en el grup dels països de l'est (51,4%) podria ser degut a que saben identificar la font del seu malestar i com millorar-lo el que pot provocar enuig o hostilitat probablement per els sentiments de desesperació o d'impotència. Per altra banda, la **coherència de malaltia** s'explica amb més consistència en el grup de marroquins per la simptomatologia somàtica pel que d'acord amb altres estudis (Caplan et al., 2013; Caplan et al., 2011; Chen et al., 2015; Ellis, 2015; Lin, 2013; Maupin i Ross, 2012; Olusesi, 2008; Tarakeshwar, 2013; Wolf, 2014; Yang i Wonpat-Borja, 2012;) la **coherència de malaltia** (la comprensió global de la malaltia) estaria més vinculada al factor cultural i religió i, **el control personal**, al factor de trets de caràcter (Franz et al., 2014).

Per altra banda, recolzant el que diuen diversos autors, la **somatització** és una simptomatologia prevalent en pacients immigrants, sobretot de societats col·lectivistes (Choi i Park, 2006; Gureje, Simon, Ustun i Goldberg, 1997), i aquesta sol estar vinculada al simbolisme cultural i a les creences religioses (Acholegui, 2000, 2004) i, en aquest sentit, el sistema de creences dels pacients immigrants i els dels professionals poden xocar donant significats diferents al problema psicològic (Ward i Kennedy, 1999). Per tant, la somatització és en part explicativa de la comprensió que tenen els participants del seu malestar psicològic (**coherència de malaltia**).

El fet que la simptomatologia **depressiva** tingui menys poder de predicció en el col·lectiu marroquí es pot explicar perquè són més freqüents les **queixes somàtiques** com a forma d'expressió dels problemes afectius (Balbo i Pis-Diez, 2007). Els pacients poden manifestar sentiments de decepció i d'ofensa però no pas d'entristiment i són més habituals els estats d'agressivitat el que coincidiria amb la simptomatologia hostil i la simptomatologia somàtica.

1.8. Consideracions Finals

En aquest apartat es comenten les troballes més destacades en base als resultats, les hipòtesis comentades en la discussió i les teories i els treballs comentats en la part teòrica.

El procés d'aculturació i la salut mental

En el seu conjunt, els participants immigrants de salut mental s'acosten a la considerada mitjana d'edat tot i que hi ha una alta diversitat d'edats, porten al voltant de 12 anys a Catalunya, més

de la meitat estan casats i tenen fills i tots es troben dins la legalitat en l'Estat espanyol. Aquestes dades són diferents a altres estudis realitzats amb població immigrant la qual no és tan homogènia en quant “els papers” en regla i el nombre d'anys al país (Basabe, Zlobina, Páez, 2004; Elgorriaga, Arnoso, Martínez-Taboada, Otero, 2009) però s'equipara als estudis amb població immigrant de salut mental (Ibars et al., 2012; Sendra-Gutiérrez, Beltrán, Iribarren i Aragón, 2012).

D'altra banda, les dades sociodemogràfiques comentades recolzen els resultats obtinguts sobre **l'estrès d'aculturació** del present treball que són catalogats com a baixos, excepte, **l'estrès psicossocial** el qual és moderat, probablement, per la manca d'ocupació i per els ingressos econòmics mensuals que se situen en menys de 550€. En relació al idioma, se sap que el coneixement del idioma permet una adequada comunicació i és una eina que facilita l'adquisició de recursos socials i l'adaptació sociolaboral (Swami et al., 2010) i, en el present treball, tot i que més de la meitat dels participants tenen un bon nivell d'una de les dues llengües oficials, la resta té alguna o moltes dificultats el que pot repercutir alhora de trobar ocupació i habitatge. A més a més s'observa que tenir un bon nivell del idioma espanyol millora la simptomatologia psicològica.

En aquest sentit, és important tenir en compte la implicació que el malestar pot tenir en la salut mental. Tant des de la perspectiva dels successos vitals, com des de la transaccional es defensa que la vulnerabilitat que produeix l'estrès pot tenir com a resultat la presència de simptomatologia. Segons alguns autors (Dohrenwend, Dohrenwend, Dodson i Shrout, 1984) la salut mental s'ha d'explicar tenint en compte els esdeveniments que es viuen, les característiques personals i les condicions socials. Aquestes variables també es recullen en els models proposats per explicar el procés migratori i la seva vinculació amb la salut mental (Beiser i Hou, 2008; Ward, Bochner i Furnham, 2001), tot i que en aquests, s'afegeix la importància de les valoracions personals (Lazarus i Folkman, 1984) i la durada dels estímuls estressants (Achoategui, 2000). En aquesta línia, els treballs que mostren que el procés migratori té un efecte negatiu sobre les persones i que produeix estrès han comprovat que aquest grau de tensió s'associa a majors problemes de salut mental (Achoategui, 2006; Berry, 1997; Ritsner et al., 1996; Ward, 1996). Els resultats del present treball recolzen els models anteriors tenint en compte la relació entre la simptomatologia psicològica i el nivell d'estrès d'aculturació considerat moderat. Per altra banda, els resultats també són coherents amb la simptomatologia somàtica (cefalea, fatiga i insomni- IPQ-R) associada a la migració i caracteritzada per l'estrès crònic (Achoategui, 2008), la qual pot anar acompanyada de la diagnòsi de la Síndrome de Ulisses o d'altres quadres clínics com el depressiu, l'ansios o l'adaptatiu.

Respecte les característiques del recolzament social, el qual és un dels considerats factors protectors de salut mental, observem que la xarxa social (persones amb les que pot comptar, com amics, família, entre d'altres) que percep el grup de marroquins és més bona que el grup de països de l'est, probablement perquè el grup de marroquins porta significativament més anys viscuts a Catalunya, resultat que coincideix amb les dades del padró de l'Ajuntament de Manresa (2012) però discrepa d'altres estudis realitzats al nostre entorn (Elgorriaga, 2011; Orayen, 2013) en que el col·lectiu magrebí percep un baix recolzament social.

Pel que fa a l'adaptació social, és considerada normal en ambdós grups, acostant-se al valor considerat de superadaptació patològica, valors que discrepen d'altres treballs realitzats amb població general de salut mental i de salut mental immigrant (Rumbaut, 1985; Selten et al., 2001; Westermeyer, 1989). De la mateixa manera les relacions positives entre l'adaptació social i la simp-

tomatologia psicològica no queden recolzades per altres treballs que mostren que l'adaptació és protectora de salut mental (Bosc, Dubini i Polin, 1997; Jon, 1998; Xu i Chi, 2013). Probablement, aquest resultat estigui sobredimensionat per causa de voler donar una bona imatge a l'entrevistadora o per el instrument que potser no és prou sensible per recollir la percepció sobre l'adaptació social dels pacients immigrants (Barrera, 1981).

En relació a la discriminació, que les persones immigrants perceben per part de la població autòctona, és baixa. Per tant, sembla que els participants senten proximitat respecte la societat receptora. Tenint en compte l'elevada pràctica religiosa el que es tradueix en un manteniment de les seves costums, podem pensar que, per bona part dels participants, l'estratègia d'aculturació que utilitza és la d'integració com han mostrat altres estudis (Berry, 1997; Bourhis et al., 1997; Navas et al., 2004) i, a més, alguns estudis han comprovat que la identificació amb la cultura d'origen funciona com a protector de salut mental (Asvat i Malcame, 2009; Gupta, Leong, Valentine i Canada, 2013).

La salut mental i la qualitat de vida

Els models teòrics i les investigacions han mostrat que existeixen aspectes universals (ètics) de la QV (Brown, Schalock i Brown, 2009; Power, Bullinger, Harper i WHOQOL Group 1999) però també que existeixen determinants culturals (ètics), els quals impacten diferent en la percepció de la QV com són: les relacions socials, el sentit de comunitat, els valors culturals, la identitat personal, els drets humans, la conscienciació pública, el nombre d'habitants, la ciència, la tecnologia, l'espiritualitat, la ciutadania, l'educació, la política, la inclusió social, entre d'altres (Keith, Heal i Schalock, 1996; Verdugo, Jenaro i Schalock, 2006; Verdugo i Sabeh, 2002). En aquest sentit, el present treball recolza, en part, els treballs anteriors en tant que el col·lectiu de salut mental marroquí percep pitjor QV general que el dels països de l'est, probablement perquè porta més anys al país (Malmusi, Collazos i Qureshi, 2014), però en la resta de dimensions, no existeixen diferències entre els dos grups culturals majoritaris el que recolzaria el que mostren altres autors que a nivells d'estrès similars i nivells patològics iguals no difereix la QV entre els diferents grups culturals si guin immigrants o autòctons (Bover et al., 2015).

Per altra banda, segons la teoria del "immigrant sa", la salut d'aquests es deteriora a mesura que transcorre el temps d'assentament en el país d'acolliment (Cuellar, 2000; De La Rosa, 2002; Malmusi, Collazos i Qureshi, 2014) així com també ho fa la percepció sobre la QV (Muenning i Fahs, 2002; Sundquist, 2001). Els nostres resultats són coincidents només en la percepció de la QV general, en que el grup de marroquins puntua significativament més baix i és el col·lectiu que més anys porta a la societat receptora com ja hem apuntat. En relació a la població general de salut mental del Bages també existeixen diferències en la percepció de la QV general i la satisfacció de la salut respecte el grup d'immigrants, però no se'n troben en les diferents dimensions com mostren altres autors (Bover et al., 2015).

Els autors (Alba, Fernández i Martínez, 2013; Zarza, María i Sobrino Prados, 2007) coincideixen en expressar una preocupació sobre els efectes que pot tenir la crisi econòmica en la salut física

i mental de la població (Bartoll, 2013; Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006). D'acord amb les qüestions plantejades, es podria pensar que en el context de la crisi econòmica l'augment de la inestabilitat laboral, la precarietat laboral, el treball irregular i la desocupació poden produir un empitjorament de la salut mental i la QV de moltes persones en edat de treballar però l'evidència científica sobre el impacte que la crisi econòmica pugui tenir sobre la salut general i mental en aquest col·lectiu és escassa. En el present estudi, la simptomatologia psicològica està catalogada com moderada sent les dimensions de depressió, ansietat i somatització les més altes i la d'ansietat fòbica i psicoticisme les més baixes d'acord amb altres estudis sobre la salut mental dels immigrants (Achotegui, 2003; Asvat i Malcarne, 2009; Donnelly i Kim, 2008; Elgorriaga et al., 2007; Hoover, 1999; Navara i James, 2005; Mak i Zane, 2004; Ristner i Ponizovsky, 2003; Ritsner, Ponizovsky, Kurs i Modai, 2000; Shiroma i Alarcon, 2011). Per altra banda, els trastorns mentals més prevalents són l'afectiu, el trastorn adaptatiu i el trastorn d'ansietat (16%). Trastorns que es manifesten, en part, amb la simptomatologia esmentada.

Per últim, en les anàlisis realitzades de l'adaptació social per predir la QV de la població de salut mental immigrant expliquen al voltant d'un 50%, tal i com indicaven altres treballs (Basabe et al., 2009; Vohra i Adair, 2000), sent el model dels països de l'est més potent que el dels marroquins.

L'estil d'aferrament

En el seu conjunt les investigacions sobre l'aferrament reforcen la hipòtesi de Bowlby (1980) que proposa que el grau desenvolupat en l'estil d'aferrament influeix sobre la salut mental al llarg del cycle vital. En concret, un aferrament segur actuaria com a mecanisme protector front a problemes d'ajustament emocional (Santelices, Guzmán i Garrido, 2011) i els resultats del present estudi són compatibles amb aquesta tesi.

D'altra banda, el model proposa que la persona té una tendència en la regulació de la seguretat en les relacions properes i, per tant, els individus tenen més d'un patró que modula la seva conducta envers les relacions i segons el context (Bartholomew, Kwong i Hart, 2001) i aquests poden ser modificats en determinades circumstàncies (Yárnöz et al., 2001). En aquest sentit el resultat obtingut sobre el model de si mateix negatiu podria ser utilitzat com un indicador de presència de simptomatologia psicopatològica com altres autors han mostrat (Bartholomew, 1990; Shaver et al., 1996) ja que la persona amb aquest tipus d'estil es caracteritza per presentar un alt nivell d'inseguretat i evitar les relacions íntimes per desconfiança i por al maltractament i pot tenir subjacent la simptomatologia posttraumàtica (Muller et al., 2000) sobretot entre les persones immigrants amb baix nivell socioeconòmic (Baron-Epel i Kaplan, 2009; Kilchmann, Bessler i Aebi, 2015).

Per últim, l'estil d'aferrament s'ha estudiat com a variable predictora del compliment de visites en la població general de salut mental (Alfonso, 2011; Bazzazian i Besharat, 2011; Ciechanowski, et al, 2004) però en el present estudi no s'ha pogut demostrar tot i que s'observa que l'aferrament segur tendeix a obtenir millors nivells de compliment de visites i menys abandonaments.

Les creences sobre la malaltia

Per explicar la conducta de les persones en relació a la salut i la malaltia, el model d'autorregulació del sentit comú (Leventhal, Meyer i Nerenz, 1980) proposa que un estímul (un símptoma) genera tant una representació cognitiva com una representació emocional de la malaltia i una conseqüent amenaça per a la salut. Aquestes representacions guien l'establiment d'objectius de les accions i l'execució d'aquestes i, en conseqüència, l'adopció de diversos comportaments o estratègies d'afrontament generant un procés autorregulador que permet l'adaptació a curt i llarg termini davant situacions de malaltia. D'altra banda, les creences pròpies de cada cultura, la medicina popular i les creences religioses influeixen en el sistema de creences sobre la salut i la malaltia d'una població (Casado i Valenzuela, 2007; Casas, Collazos i Qureshi, 2009). En el present estudi, tot i que no s'ha realitzat un disseny qualitatiu per estudiar en profunditat la influència religiosa sobre les creences de malaltia, s'observa un nivell de creences i pràctica religiosa elevada, sobretot en la religió musulmana en el col·lectiu, globalment, marroquí i es relaciona amb la causa de la pròpia conducta (IPQ-R) com a causa percebuda de malaltia el que recolzaria el que mostren altres autors (Casado i Valenzuela, 2007; Casas, Collazos i Qureshi, 2009). D'altra banda, la causalitat, és una de les tres primeres causes identificades del problema mental, amb una mitjana aritmètica més alta en el grup de marroquins, tenint en compte que és la causa més atzarosa i fora del control de l'individu podria explicar-se per les causes religioses o sobrenaturals.

En relació al model de malaltia (Leventhal, Meyer i Nerenz, 1980), els participants perceben que el seu problema psicològic tendeix a correspondre's a un model crònic, causat per múltiples factors, sobretot per l'estrès, en que el curs és bastant llarg, amb conseqüències per llurs vides i, per últim, perceben alguns moments d'alleugeriment simptomàtic.

En relació als símptomes identificats (cefalea, insomni i fatiga) són comuns a la població immigrant general i de salut mental sotmesa a nivells d'estrès crònic (Achetegui, 2008), causa que rep més puntuació entre els participants de l'estudi i, tenint en compte que l'estrès psicosocial obté la puntuació més elevada (BISS) i està associada amb una major presència de simptomatologia psicològica s'apunta que un dels motius que origina més patiment en els participants del present estudi és el relatiu als estressors socioeconòmics i laborals.

S'ha constatat que les estratègies d'afrontament (Lazarus i Folkman, 1984 Janz i Becker, 1984; Rosentock, Strecher i Becker, 1988) s'activen quan apareix un símptoma i en el conjunt de la mostra de l'estudi es troben múltiples símptomes associats al malestar psicològic i una creença de que serà moderadament de llarga durada, amb alguns moments d'alleugeriment simptomàtic però amb conseqüències en les seves vides. En contrapartida, s'observa que el patró adaptatiu que posen en marxa amb la perspectiva de que el curs serà llarg està condicionat per la presència d'una confiança moderada en ells mateixos per contribuir en la seva millora, una confiança més positiva en el tractament que reben en el centre de salut mental i una moderada comprensió global del conjunt de símptomes que presenten.

Per últim, en les anàlisis realitzades per predir les creences sobre la malaltia a partir de la simptomatologia psicològica s'observa que l'àrea que obté més poder explicatiu, tot i que són models poc ajustats, és la depressió per la dimensió de la durada del tractament i la representació

emocional conseqüent del problema psicològic. L'àrea depressiva coincideix amb una de les més prevalents del present estudi com en altres treballs amb població immigrant (Barro et al., 2004; Irfaeya, Maxweill i Krämer, 2008), les quals, estan directament relacionada amb els factors estressants psicosocials (Revollo et al., 2011; Tomás-Sábado et al., 2007).

La influència del gènere

En relació al gènere s'esperaven obtenir més diferències en l'expressió emocional en base a la majoria de treballs anteriors en que les dones tenen més prevalença de simptomatologia psicològica, sobretot en l'àrea depressiva i d'ansietat, que els homes tant en població autòctona com en l'immigrant (Alcalá et al., 2006; Bartoll, 2013; Becerra et al., 2013; Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006; Haro et al., 2006). En el present treball només es troba una en l'àrea de somatització més elevada en dones, resultat que recolza estudis anteriors (Ahotegui, 2003; Ristner et al., 2000) sent una simptomatologia prevalent en dones immigrants, sobretot magrebines i subsaharianes (Ibars et al., 2012; Paniagua, 2000), però també en altres ètnies (Borrel et al., 2006; Livingston, Neita i Riviere, Livingston, 2007; Stimpson et al., 2007). Probablement aquest fet es doni perquè les dones expressen més fàcilment les emocions, sobretot les relacionades amb la tristesa, mentre els homes mostren més l'ira (Alcalá et al., 2006) i els símptomes somàtics s'observen en les patologies reactives o d'adaptació els quals solen indicar una problemàtica de tipus relacional, social o de recursos materials (Seguí, 2005).

En relació als rols familiars i socials se sap que són diferents entre homes i dones però aquests es modifiquen en els processos migratoris. Primerament, el perfil de l'immigrant era de sexe masculí i marxava sol estigués solter o casat. A partir de la meitat dels anys 80, augmenta la reagrupació familiar i augmenta la migració femenina tant individual i soltera com amb fills, sobretot procedent del Marroc (Khachani, 2003). Aquest fet sumat a les diferències en les normes, els rols, les creences, els valors amb la societat receptora produeixen un xoc cultural (Oberg, 1954) però també un canvi d'identitat que comporta més o menys estrès i acostuma a ser més acusat en les dones immigrants que són les que tradicionalment tenen cura de la família però també han de treballar en el nou projecte migratori (Quintanilla et al., 2009) pel que s'ha comprovat que el canvi de rols en el treball i en les responsabilitats familiars en la societat d'acolliment comporta problemes de salut mental (Chandola, 2004; Smith i Bond, 1993).

En aquest sentit, les dones del present treball, a diferència dels homes, identifiquen com una de les causes del seu malestar els problemes familiars. Per altra banda, el rol dels homes més vinculat a l'economia i el treball fora de casa, en el context de la crisi econòmica, queda alterat fet que comporta una situació d'estrès i està comprovat que augmenten els problemes psicològics i s'equiparen als nivells de salut mental de les dones (Bartoll, 2013; Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006). Aquesta situació, present en la recollida de les dades del present treball, pot explicar la poca diferència entre la simptomatologia psicològica entre el sexe. En el cas dels participants homes identifiquen l'alcohol com una de les causes del seu malestar a diferència de les dones, dada coincident amb altres treballs que mostren que els homes tendeixen a inhibir algunes de les seves emocions (Alcalá et al.,

2006) o recorren a altres formes d'expressió com el consum d'alcohol o altres substàncies (Caro, 2001).

La influència de la cultura

A l'analitzar el perfil psicosocial de la població immigrant, s'ha demostrat que les trajectòries migratòries són heterogènies (Goldlust i Richmond, 1974) i que existeixen diferents factors que condicionen les situacions, les circumstàncies i les oportunitats que les persones viuen en la immigració. L'origen cultural és un dels aspectes que influeixen significativament en el procés d'aculturació i en l'estrès que se'n deriva (Arnosó, Elgorriaga, Martínez-Taboada i Otero, 2009a; Gregorio, 1997; Solé, 2000; Ward i Kennedy, 1999) pel que s'esperaven més diferències entre els dos grups majoritaris del present treball i, en conseqüència, no s'ha pogut confirmar la majoria de les hipòtesis plantejades en aquest àmbit. Tot i així, quan s'ha aprofundit en les anàlisis estadístiques, controlant la variable cultura, els resultats mostren una creixent tendència en les diferències pel que no es descarta que en mostres més àmplies es pugui constatar amb més fermesa.

Per altra banda, els resultats obtinguts recolzen als obtinguts en altres treballs (Martín et al., 2003; Nielsen i Krasnik, 2010) els quals mostren diferències en la percepció de la salut entre els diferents grups d'immigrants i conclouen que el lloc de naixement constitueix un eix de desigualtat sobre l'estat de salut. En aquest sentit, en el present treball existeix significativament millor formació i nivell de rendes en el grup de països de l'est que en el grup del Marroc.

Per tant, com a síntesi, s'observa que una de les causes que provoquen més malestar psicològic en el conjunt de la mostra és tot el referit a l'estrès d'aculturació psicosocial (BISS) que engloba, les finances, la vivenda, la gestió de la vida diària, entre d'altres, el qual queda recolzat pel 39% dels participants que està a l'atur i la causa percebuda sobre el problema psicològic és l'estrès o preocupacions (IPQ-R) d'acord amb altres estudis (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006; García-Herrero et al., 2013; Malmusi, Collazos i Qureshi, 2014). Probablement, per aquest motiu és la simptomatologia depressiva la que explica millor la dimensió de durada i els sentiments negatius que es deriven del problema psicològic (IPQ-R). Però, en particular, qui manifesta més vulnerabilitat (en quant a nivell de formació i rendes mensuals) i pitjor QV general és el grup del Marroc. Resultats que coincideixen amb altres treballs realitzats en el nostre entorn (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006; Ibars et al., 2012; Orayen, 2013). En aquest sentit, segons els models explicatius, les dimensions de la salut psicològica, física i de l'entorn de la QV, tenen poder explicatiu quan els pacients presenten simptomatologia depressiva i, en el cas dels marroquins, també la simptomatologia paranoide, l'ansietat fòbica i la sensibilitat interpersonal en la QV de les relacions socials. Fet que va constatant que el grup de marroquins és més complex alhora de comprendre llur manifestació psicològica i els factors que influeixen en la QV.

Comparació amb la població autòctona

Se sap que existeixen diferents factors que influeixen en la salut mental i, alguns d'ells, són propis dels processos migratoris però d'altres són circumstancials del país receptor, com el mo-

ment econòmic i polític (Beiser i Hou, 2008). En concret, els estudis realitzats en el nostre entorn mostren que la població espanyola ha empitjorat la seva salut mental però encara més el col·lectiu immigrant coincidint amb la crisi econòmica i senyalen que els àmbits del treball i l'economia són factors que influeixen en l'estat de salut física i psíquica (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006; Malmusi, Collazos i Qureshi, 2014). De fet, la taxa d'atur dels participants de l'estudi és superior a la taxa d'atur de Catalunya els anys 2012 i 2013 (Instituto Nacional de Estadística, 2016). En el present treball, partint de la base que s'han controlat les variables diagnòstic, sexe i edat, s'observa que les diferències entre el grup d'immigrants i d'autòctons se situa en un nivell més baix de percepció de la QV general i de l'estat de salut per part dels pacients immigrants i, en concret, dels marroquins, dada que recolza a altres estudis (Ibars et al., 2012; Nielsen i Krasnik, 2010). Probablement, s'expliqui perquè els immigrants amb més distància cultural respecte el país receptor tendeixen a patir més problemes de salut mental a causa del xoc cultural (Berry i Ward, 2006; Dandy i Pe-Pua, 2010; Navas i Cuadrado, 2003) o perquè hi ha un desajust entre les expectatives premigratòries en l'àmbit laboral i social amb les després viscudes en el país receptor (Mähöven, Tuuli i Jasinskaja-Lahti, 2013; Murphy i Mahaligam, 2006) com manifesta el 22% dels participants que consideren, que a partir de l'any 2008-2010, el seu estatus socioeconòmic ha empitjorat respecte el seu país.

Pel que fa a la relació assistencial, es coneix (Bhui i Bhugra, 2002; McCabe i Priebe, 2004) que les persones quan estan ateses per un professional sanitari que comparteix el mateix sistema de creences, tant a nivell de malaltia com de tractament, se senten més satisfetes qüestió que pot explicar el perquè el col·lectiu immigrant té més baix nivell de compliment dels tractaments tant en altres estudis (Ouellet-Plamondon, Rousseau, Nicole i Abdel-Baki, 2015; Shim i Schwartz, 2008) com en el present (Matamala i Crespo, 2004) o perquè, el fet que el immigrant econòmic s'estima més no arriscar la feina ja que la família del país d'acolliment i d'origen depenen d'ell (Gentil, 2002). Explicacions que s'ajusten, en part, al present treball. Per un costat si que existeix una diferència significativa respecte el compliment de visites però, per l'altre, s'observa que el percentatge d'abandonament és semblant entre els pacients autòctons i els immigrants.

Per últim, tot i que els estudis, de forma homogènia, mostren que l'adaptació social es relaciona amb un bon estat de salut (Ritsner et al., 2000) tant si aquest prové de la família (Rivera, 2007) com si es rep per part d'altres persones (Martínez et al., 2001; Helms et al., 2014; Nova, 2014) i, al contrari, l'absència d'aquest recolzament explica la presència de símptomes psicològics (Chou, 2009) i té un efecte sobre l'estrès (Jon, 1998; Xu i Chi, 2013), en el present estudi els resultats no són prou clars com ja hem comentat i també s'evidencia per la diferència obtinguda amb el grup de pacients autòctons, el qual puntua pitjor en adaptació social de la mateixa manera que ocorre en altres estudis (De Arce et al., 2011; Masai et al., 2016; Pavan et al., 2003; Sarisoy et al., 2014). Però, en contrapartida, el model explicatiu mostra de forma potent que la simptomatologia hostil i depressiva expliquen l'adaptació social dels pacients dels països de l'est.

1.9. Limitacions de l'estudi

Alhora de realitzar el treball s'han detectat una sèrie de limitacions que s'han de tenir en compte alhora de llegir i interpretar els resultats i que s'haurà de tenir present en el disseny d'estudis posteriors.

En primer lloc, s'han trobat un conjunt de dificultats amb la **mostra** de l'estudi en relació a la seva grandària i les característiques sociodemogràfiques. Per una banda, el fet d'accedir a la població objecte d'estudi en només un centre de salut mental ha resultat que són pocs els participants per una metodologia quantitativa i, per tant, poder realitzar anàlisis de regressions amb moltes variables predictores. Per aquest motiu, es va decidir fer un grup d'aparellament per avaluar el compliment de visites i es va incloure un nombre considerable de variables per compensar la grandària petita de la mostra.

Per altra banda, les característiques sociodemogràfiques són molt homogènies (la documentació en regla, el nivell de comprensió del idioma, entre d'altres) i resulta difícil precisar les diferències culturals.

Tot i així, seguint amb les línies d'estudi proposades per altres autors i els resultats del present treball és important realitzar estudis sobre immigració i salut mental en les diferents regions i països perquè les investigacions han evidenciat resultats divergents. Per altra banda, tot i ser un estudi de mostra reduïda i els resultats no es poden extrapolar, és un dels pocs que hi ha realitzats en un centre de salut mental i, per tant, considerem que són uns resultats rellevants.

En segon lloc, s'han trobat algunes limitacions en les variables i escales que conformen el **qüestionari** sobre la percepció de creences sobre malaltia. Tot i ser un instrument validat en diferents cultures, no hi ha cap variable que avaluï les creences sobrenaturals o religioses. En contrapartida, és un qüestionari que s'entén bé i és fàcil respondre, els quals van ser criteris per triar aquest qüestionari. Per altra banda, després de revisar els instruments existents en el moment d'elaborar el disseny de la recerca no vam trobar cap traduït i validat en població espanyola.

Per últim, tot i que s'han utilitzat escales que han sigut validades en diferents països i amb diferents poblacions, no es pot obviar que les diferències culturals i d'idioma poden en ocasions atribuir-se estils de resposta diferents (Páez, Vergara, 2000).

En tercer lloc, s'han trobat limitacions en el **tipus de disseny** per establir relacions causals entre els estils d'aferrament i el grau d'ajustament socioemocional perquè, aquest, és de caràcter transversal i correlacional, és a dir, ens indica associacions entre ambdues variables però no a generar models de causalitat. Per avançar en aquesta línia, seria necessari desenvolupar estudis longitudinals que, a més a més, considerin la comparació transcultural dels resultats.

En quart lloc, estarien les limitacions referents al **procediment**, en concret les qüestions sobre la forma de recollir la informació i a la interacció entre la persona que recull la informació i administra els qüestionaris i els participants de l'estudi (Van de Vijver, 2002). El tipus de relació que s'estableix en l'entrevista pot condicionar la resposta i, per tant, s'ha de tenir en compte alhora d'interpretar els resultats. En el present estudi, però, és una variable bastant controlada perquè només una persona ha realitzat les entrevistes i ha administrat els qüestionaris, exceptuant cinc casos que s'ha necessitat l'ajuda d'un familiar per traduir algunes preguntes tant en el grup magrebí com en el grup dels països de l'est d'Europa. En contrapartida, pot haver existit biaix cultural per no ser una persona immigrada, fet que pot condicionar la sinceritat d'algunes respostes.

Per acabar, no hi ha hagut un grup control de **població autòctona** de salut mental el que no ha permès la comparació de les variables, en excepció, de l'adaptació social, la qualitat de vida i el compliment de visites.

2. PROPOSTES DE FUTUR

A partir dels resultats obtinguts en aquest estudi es poden proposar accions de futur relatives a la investigació i a la intervenció. Aquestes qüestions s'haurien d'aprofundir o tenir en compte en properes investigacions. També es plantegen propostes per la intervenció professional amb la població immigrant.

2.1. Propostes de recerca

En estudis sobre els impactes dels processos migratoris en les persones, el procés d'aculturació, l'ajustament psicològic i social i, en general, la salut mental de la persona immigrant, destaquem el següent:

En primer lloc, seria interessant completar la informació quantitativa del present estudi amb **informació qualitativa** mitjançant entrevistes en profunditat o grups de discussió amb persones immigrants que representessin les característiques de la mostra de l'estudi. Sobretot destaquem la conveniència d'aprofundir en tres qüestions: les creences del pacient immigrant sobre el problema mental, la relació assistencial i el procés d'elaboració dels dols migratoris. Sabem que els dols es reactiven depenent de la situació o l'esdeveniment vital (per exemple el naixement d'un fill). El dol és un procés dinàmic que es va modificant al llarg de la vida i amb entrevistes en profunditat es pot accedir a aquestes qüestions i analitzar les seves repercussions en la salut mental de les persones immigrants que fa com a mínim deu anys que està a la mateixa societat i s'ha establert en ella.

En segon lloc, seria interessant avaluar el punt de vista del **professional de la salut mental** per aprofundir en les dificultats en la relació assistencial amb els pacients immigrants.

En tercer lloc, seria convenient **augmentar la mostra** d'aquest estudi per obtenir grups estadísticament més adequats. Tanmateix, en aquesta línia, realitzar estudis multicèntrics per augmentar la grandària de la mostra i permetre comparacions entre variables, centres i territoris diferents.

En quart lloc, tenint en compte els resultats obtinguts, seria interessant replicar-los amb la **població autòctona** ja que part del malestar dels participants de l'estudi hem comprovat que ve determinada per la situació de crisi econòmica la qual ha afectat, de forma general, a tota la població.

En cinquè lloc, tenint en compte els resultats, seria necessari aprofundir en les següents variables: la **QV** en **segones generacions** i en pacients que porten més anys en la societat receptora; sobre les causes més prevalents del malestar o trastorn: la causa **problemes familiars** tant en el país d'origen com en el receptor, sobre la causa de l'**estrès** i l'**estat d'ànim**; i, per últim, sobre l'**ajustament social**.

Per acabar, relacionar i fer traspàs de coneixements entre la pràctica clínica i la recerca a través de **programes específics per immigrants** que sabem que és un col·lectiu amb les seves particularitats.

2.2. Propostes d'intervencions

Seguint l'última proposta de recerca, seria interessant dissenyar programes preventius i de col·laboració entre els Ajuntaments (oficines d'acolliment) de les ciutats i els serveis de salut mental. Hem constatat que hi ha desconeixement entre els dos dispositius però, en canvi, intervenen de forma complementària.

En aquest sentit, seria interessant també potenciar el model ja present de col·laboració entre les àrees bàsiques de salut (ABS) i els centres de salut mental (CSM). Aprofitant aquest vincle directe seria interessant dissenyar i avaluar programes sobre el procés d'adaptació i ajustament psicològic així com dur a terme programes preventius en famílies per detectar i tractar traumes transgeneracionals i conflictes intergeneracionals (Sluzki, 1979).

Tenint en compte els recursos limitats del sistema sanitari i els beneficis dels grups terapèutics i psicopedagògics seria interessant tenir en compte aquesta modalitat de tractament, tot i que, en el col·lectiu immigrant amb estructures socials col·lectivistes i amb distància generacional s'ha de tenir present alhora de dissenyar els grups per tal que es puguin formar i tinguin èxit. Amb l'objectiu també de prevenir no cronificar quadres clínics no greus.

Per altra banda, tenint en compte els resultats, proposem dissenyar tractaments amb l'objectiu d'augmentar la comprensió del trastorn mental, no només donant informació del què representa la simptomatologia que pateix, sinó ajudar a les persones immigrants a identificar i reconèixer allò que els passa i puguin desplegar els seus recursos personals per millorar el seu estat. Aquest procés també estaria en la línia d'estalviar a la persona i al sistema sanitari tractaments farmacològics en la mesura que es pugui.

Un altre objectiu en el disseny dels tractaments psicològics en pacients immigrants, és la de millorar els estils d'aferrament que, com hem vist en els resultats, l'estil evitatiu-temorenc és el més prevalent i segons els autors (Brent, Holt, Keshavan, Seidman, Fonagy, 2014; Lorenzini, Fonagy, 2013) amb tractaments psicoterapèutics individuals o de grup es poden millorar (Strauss et al., 2011) o, inclús, modificar. A més a més, està comprovat que la millora dels estils d'aferrament es tradueix també en la millora o remissió de la simptomatologia psicopatològica (Strauss et al., 2011).

En relació a les diferències entre el gènere obtingudes sobre les causes de malaltia seria interessant tenir-la en compte per enfocar, des de la perspectiva de gènere, el tractament psicològic.

A nivell de salut pública (macro), tenint en compte les limitacions que existeixen per establir noves polítiques i canvis socials i de vida des de la comunitat científica i des de l'agència de la salut pública proposem equips multidisciplinars incloent investigadors i persones representants dels teixits associatius i ONGs que abasten a un conjunt ampli de la població general i específica de la

immigrant amb o sense patologia mental per tal d'establir intervencions petites però coherents i efectives produint un diàleg entre diferents estaments i disciplines, donar resposta a les necessitats i afavorir l'emergència de factors protectors de salut física i mental i de millora de la qualitat de vida, com el del suport social entre d'altres, que els diferents estudis identifiquen com protectors de salut mental (Elgorriaga Arnosó, Martínez-Taboada i Otero, 2009; Luo i Hsieh, 1997; Polek et al., 2008; Schaefer, Loyne i Lazarus, 1981; Xu i Chi, 2013) i tanmateix evitar els biaixos interpretatius així com els d'intervenció.

Aquesta proposta té com a base els treballs realitzats per la *La red Atenea* i el GRITIM.

*La red Atenea*³ fundada l'any 2010 per Achotegui (Universitat de Barcelona), Castañeda (Public Health of the University of California at Berkeley) i Bennegadi (University V Paris) amb el propòsit d'ajudar en la salut i específicament en la salut mental dels immigrants en situacions de risc duen a terme diferents tipus d'actuacions que van des de la recerca, les intervencions i el intercanvi internacional d'experiències en aquestes àrees.

El GRITIM⁴ (Grup de recerca internacional sobre immigració de la Universitat Pompeu Fabra) treballa des de les ciències socials i polítiques amb equips multidisciplinars amb l'objectiu de fer recerca sobre la immigració, la ciutadania, els moviments migratoris, entre d'altres, per anar establint línies definitòries i d'actuació en aquest àmbit.

Per resumir la última proposta que, d'alguna manera engloba les anteriors, es proposa establir un diàleg vertical entre els agents de salut pública i científica fins arribar a les associacions més properes de la ciutadania i a les necessitats concretes, per tant, anar des d'una visió més global a una més específica. I un diàleg més transversal entre disciplines i col·lectius de salut, socials i polítics, per tal d'establir homogeneïtats que facilitin la gestió dels recursos i amplii llur visió sobre les problemàtiques relatives en l'àrea social, familiar, econòmica política i de salut. En aquesta línia estariem d'acord amb el que diu el sociòleg Bauman (2013) que els problemes globals requereixen de solucions globals però també s'han de buscar solucions locals a problemes produïts globalment.

3. CONCLUSIONS

El present treball s'ha realitzat amb l'objectiu de conèixer el perfil psicosocial dels pacients de salut mental immigrants, analitzar les creences que tenen sobre el trastorn psicològic, els estils d'aferrament i la qualitat de vida atenent llurs influències culturals i de gènere i, per últim, comparar el compliment de visites, l'adaptació social i la QV amb els pacients autòctons.

A partir dels resultats més destacats que hem comentat en l'apartat de discussió arribem a les següents conclusions d'acord amb els objectius plantejats:

- ❖ Els pacients immigrants que es visiten al CSMA del Bages són, fonamentalment, del Marroc i de Romania, tenen la situació jurídica en regla però es troben amb una precària situació laboral i econòmica. La comunitat xinesa, tot i ser la tercera nacionalitat més nombrosa a la

3 <http://laredatenea.com/>

4 <https://www.upf.edu/gritim/>

comarca del Bages, no es troba gaire representada en els pacients de salut mental.

- ❖ Les diagnòsisi psiquiàtriques més prevalents són el trastorn afectiu, l'adaptatiu i el d'ansietat. Aquestes diagnòsisi engloben la simptomatologia prevalent (depressiva, somàtica i ansiosa).
- ❖ L'estil d'aferrament més predominant és l'evitatiu temorenc caracteritzat per evitar les relacions íntimes per desconfiança i per al maltractament, sent la inseguretat personal rellevant.
- ❖ Les creences de malaltia més prevalents identificades en la mostra corresponen a un model tendent a crònic, de llarga durada, amb conseqüències per llurs vides i amb alguns moments d'alleugeriment simptomàtic, causat per múltiples factors sobretot per l'estrès.
- ❖ Les valoracions de les dimensions de la QV estan al voltant del considerat entre poc i normal essent la més alta la dimensió física i la més baixa la psicològica.
- ❖ La qualitat de vida (QV) es relaciona amb la simptomatologia psicològica i amb l'estrès psicosocial general (les finances, l'ocupació, la salut, la gestió de la vida diària, l'habitatge, la legalitat al país).
- ❖ Es constata que l'àrea depressiva és la que està més relacionada amb les variables sociodemogràfiques i l'àrea obsessiva-compulsiva la que menys.
- ❖ L'estrès d'aculturació del conjunt de la mostra és catalogat entre baix i moderat.
- ❖ Els factors de l'estrès d'aculturació que pitjor perceben són el psicosocial i el de nostàlgia factors associats a la simptomatologia depressiva, somàtica i ansiosa, i a les cefalees, la fatiga i el insomni.
- ❖ El conjunt de la mostra percep un molt bon ajustament de l'adaptació social, resultat superior al que s'observa en altres poblacions clíniques de diferents indrets i cultures i en població general,
- ❖ La condició de tenir fills és protectora de la QV i la simptomatologia psicològica, sent la salut psicològica la que més es beneficia i la salut de l'entorn la que menys. En el cas de la simptomatologia psicològica, l'àrea depressiva és la que més en surt beneficiada i la que menys l'àrea obsessiva-compulsiva però el fet de no tenir fills és igual de protector respecte la simptomatologia depressiva.
- ❖ Els ingressos mensuals entre 550 i 1100€ milloren la QV i la simptomatologia psicològica respecte els que cobren menys de 550€.
- ❖ El fet de tenir un bon nivell del idioma espanyol millora la simptomatologia psicològica.
- ❖ Els pacients de salut mental tant autòctons com immigrants no difereixen en la percepció sobre les dimensions de la QV social, psicològica, física i de l'entorn. Però el grup de marroquins sí que difereix del grup d'autòctons i del grup de països de l'est en la satisfacció per la salut i la QV general que són més baixes. Per tant, la QV és una variable que es percep de forma similar en els pacients de salut mental del Bages tant siguin immigrants o autòctons tot i que hi ha una valoració global més negativa per part dels marroquins.
- ❖ El grup cultural que presenta més vulnerabilitat és el marroquí per el seu nivell d'ingressos

- i de formació, ambdues variables significativament més baixes que en el grup de països de l'est d'Europa.
- ❖ Els grups culturals presenten nivells semblants en els factors d'estrès d'aculturació i d'adaptació social percebuda, independentment dels anys d'assentament.
 - ❖ El grup d'immigrants rep significativament més altes dels professionals que el grup d'autòctons però no es troben diferències entre els grups en quant l'abandonament o la continuïtat de les visites.
 - ❖ Si es contempla el factor cultural s'observa un augment del coeficient de correlació entre l'estrès d'aculturació i l'adaptació social el que indica que amb una mostra més àmplia les diferències entre els grups culturals serien majors.
 - ❖ En relació a les diferències significatives entre el sexe en trobem només tres en tot l'estudi: la simptomatologia somàtica més elevada en dones; la percepció sobre la causa de malaltia (els problemes familiars i l'estat emocional en les dones i l'alcohol en els homes); i per últim, la confiança en el tractament que és més elevada en homes.
 - ❖ No s'han trobat variables explicatives per el grau de compliment de visites.
 - ❖ La simptomatologia depressiva i la d'hostilitat són les que millor expliquen la QV dels pacients immigrants dels països de l'est obtenint models més ajustats que el grup de marroquins, els quals la simptomatologia explicativa es troba en la depressiva, la psicòtica i, en menor mesura en l'ansiosa.
 - ❖ En relació a la QV de les relacions socials i l'adaptació social (SASS) l'àrea depressiva és explicativa en el grup de països de l'est i en el grup de Marroc, l'àrea psicòtica és la que coincideix per explicar ambdues dimensions del funcionament social. La simptomatologia depressiva i la d'hostilitat són les que millor expliquen les creences de la malaltia en el grup de països de l'est, en canvi en el grup de marroquins és la simptomatologia somàtica, l'ansiosa i la d'hostilitat. Així que es confirma que els pacients marroquins no manifesten el seu malestar psicològic entristint-se o amb sentiments de culpabilitat presents en la simptomatologia depressiva.

Referències Bibliogràfiques

- Aaronson, C. J., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G. i John, G. (2006). Comparasion of Attachment Styles in Borderline Personality Disorder and Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Psychiatric Quarterly*, 77(1), 69-80.
- Abuagilah, M. E. (2014). *Síndrome de Ulises, Aculturación y Personalidad en una población de inmigrantes árabes* (tesi doctoral no publicada). Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración. *Jano. Psiquiatría y humanidades*, 184, 15-19.
- Achotegui, J. (2001). Migrar: duelo y dolor. *Associació Catalana per la Infància Maltractada*, 24, 8-15.
- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: Una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Achotegui, J. (2003). *Ansiedad y depresión en los inmigrantes*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, 21, 39-52.
- Achotegui, J. (2011). Por i migració. El dol per la integritat física en la síndrome d'Ulisses. *Revista Catalana de Psicoanálisi*, 28(2), 9-23.
- Achotegui, J. (2012). La crisis como factor agravante del Síndrome de Ulises (Síndrome del duelo migratorio extremo). *Temas de Psicoanálisis*, 3, paginació no especificada. Recuperat de:
<http://www.temasdepsicoanalisis.org/la-crisis-como-factor-agravante-del-sindrome-de-ulises-sindrome-del-duelo-migratorio-extremo1/>
- Achotegui, J., Llopis, M. M. i Espeso, D. (2012). Cefaleas en inmigrantes. Estudio de 1.043 casos. Análisis comparativo entre cefaleas en inmigrantes con Síndrome de Ulises y otros diagnósticos. *Norte de Salud Mental*, 44, 34-42.
- Achotegui, J. (2015). *Intervención psicológica y psicosocial con inmigrantes, minorías y excluidos sociales. Los efectos dde la discriminación, la desigualdad y la indefensión en la intervención terapéutica*. Llançà: Ediciones El mundo de la mente.
- Adebimpe, V. R. (1981). Overview: white norms and psychiatric diagnosis of black patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 279-285.
- Adshead, G., Brodrick, P., Preston, J. i Deshpande, M. (2012). Personality disorder in adolescence. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18(2), 109-118. Recuperat de:
<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/APT-2012-Adshead-109-18.pdf>
- Adshead, G. i Sarker, J. (2012). The nature of personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18, 162-172.
- Agorastos, A., Haasen, C., Huber i Christian, G. (2012). Anxiety disorders thourgh a transcultural Perspective Implia-

tions for migrants. *Psychopathology*, 45 (2), 67-77.

Aichberger, M. C., Schouler-Ocak, M. i Heinz, A. (2008). Transcultural aspects of depression. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*, 51(4), 436-442.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters i E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N. J: Erlbaum.

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.

Ajuntament de Barcelona (2013). *Guia d'Acollida i Acompanyament a Barcelona*. Ajuntament de Barcelona. Recuperat de:

http://www.bcn.cat/novaciudadania/pdf/ca/GuiaAcollida2013_ca.es.pdf

Ajuntament Manresa (2012). Padró Municipal. *Anàlisi semestral de la població immigrada*. Manresa: Progama d'Acollida.

Ajuntament Manresa (2015). Padró Municipal. *Anàlisi semestral de la població immigrada*. Manresa: Progama d'Acollida.

Alarcón, A. M, Vidal, A. I Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131, 1061-1065. Recuperat de:

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n9/art14.pdf>

Albrecht, G. L. i Fitzpatrick, R., (1994). A sociological perspective on healthrelated quality of life research. A: Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R. (Eds.), *Quality of life in health care* (pp. 1-21). Greenwich: Jai Press.

Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J. i Ibáñez, E. (2006). Afectos y género. *Psicothema*, 18(1), 143-148.

Alda, M., García, J. i Sobradie, N. (2010). Diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes y españoles: un estudio controlado. *Actas Sociedad Española de Psiquiatría*. 38(5) 262-269.

Alderete, E., Vega, W.A., Kolody, B. i Aguilar-Gaxiola, S. (1999). Lifetime prevalence of an risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California. *American Journal of Public Health*, 90(4), 608-614.

Alegria et al., (2008). Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant U. S. Latino groups. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 359-369.

Alfonso, C. A. (2011). Understanding the Psychodynamics of Nonadherence. *Psychiatric Times*, May, 22-23.

Ali, J. (2002). Mental Health of Canada's Immigrants. *Supplement to Health Reports*, 13.

Al-Issa, I. (2000). The mental health of Muslim immigrants in Europe. A: Al-Issa, I. (Ed), *Al-Junun: Mental illness in the Islamic world* (pp. 253-274). Madison, CT, US: International Universities Press.

Alonso, E. (2002). Gestión de la diversidad cultural en atención primaria. *Cuadernos de Gestión*, 2(8), 49-53

Alonso, E. i Lizana, T. (2009). Los sistemas sanitarios en nuestro entorno. A: Casas, M., Collazos, F., Qureshi, A. (Co-

ords). *Mediación Intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Obra Social “la Caixa”. Barcelona: Fundación “la Caixa”.

Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M., Sainz de Muerieta, L. i Yáñez, S. (2001). Apego en adultos y percepción en los otros. *Anales de psicología*, 17(2), 159-170.

Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., Shaver, P.R. i Gillath, O. (2008). Psychometric properties of the Spanish and American versions of the ECR adult attachment questionnaire: A comparative study. *European Journal of Psychological Assessment*, 24, 9-13.

Amit, K. i Litwin, H. (2010). The subjective well-being of immigrants aged 50 and older in Israel. *Social Indicators Research*, 98(1), 89-104.

Angermeyer, M. C. i Kilian, R. (1997). Theoretical models of quality of life for mental disorders. A: Katschnig, H., Freeman, H., Sartorius, N. (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 19-30). New York: Wiley.

Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W. i Merikangas, K. R. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14 (2), 68-75.

Arnosó, A., Martínez-Taboada, C., Elgorriaga, E. i Otero, N. (2009a). Inmigración y convivencia: la percepción de proceso y su abordaje grupal y comunitario. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 27.

Anagnostopoulos, D. C., Triantafyllou, D., Xylouris, G., Bakatsellos, J. i Giannakopoulos, G. (2016). Migration mental health issues in Europe: The case of Greece. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1), 119-122.

Anderson, I. M. i Tomenson, B. M. (1995). Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants: a meta-analysis. *BMJ*, 310, 1433-1438.

Arduini, L., Kalyvoka, A., Stratta, P., Rinaldi, O. i Daneluzzo, E. (2003). Insight and neuropsychological function in patients with schizophrenia and bipolar disorder with psychotic features. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 338-341.

Asociación de Psiquiatría Americana (APA). (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Cuarta edición (DSM-IV). Barcelona: Masson,

Asvat, Y. i Malcarne, B.L. (2009). Acculturation and depressive symptoms in Muslim university students: Personal-family acculturation match. *International Journal of Psychology*, 43(2), 114-124.

Awad, G. (2008). Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica. *Revista Psiquiatría Uruguay*, 72 (2), 121-129.

Award, A. G., Voruganti, L. N. P. (2000). Intervention research in psychosis: signs related to the assessment of quality of life. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 557-564.

Azurmendi, M.J., Bourhis, R.Y., Ros, M. i García, I. (1998). Identidad etnolingüística y construcción de ciudadanía en las comunidades autónomas bilingües (CAB) de España. *Revista de Psicología Social*, 13(3), 559-589.

Badía, X. i Baró, E. (2001). Cuestionarios de salud en España y sus usos en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 28(5), 349-356.

Bailey, C. i Shelton, D. (2014). Self-reports of faulty parental attachments in childhood and criminal psychopathy in

an adult-incarcerated population: An integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 365-374.

Baines, T. i Wittkowsk, A. (2012). A Systematic Review of the Literature Exploring Illness Perceptions in Mental Health Utilising the Self-Regulation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 263-274.

Baird, A. A., Veague, H. B. i Rabbitt, C. E. (2005). Developmental precipitants of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 1-19.

Bak-Klimek, A., Karatzias, T., Elliott, L. i Maclean, R. (2015). The determinants of well-being among international economic immigrants: A systematic literature review and meta-analysis. *Applied Research in Quality of Life*, 10(1), 161-188.

Bakermans-Kranenburg, M. J. i van Ijzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11(3), 223-263.

Balanzó, X., Faixedas, T., Guayta, R. et al. (2003). *Quaderns de la bona praxi 16. Els immigrants i la salut*. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona: Barcelona.

Balbo, E. i Pis-Diez, G. (2007). El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes. *Archivos de Psiquiatría*, 70(3), 173-188.

Balkir, N. i Barnow, S. (Eds.) (2013). *Cultural variations in psychopathology: From research to practice*. Cambridge: Hogrefe Publishing.

Ballesteros, A. M., Anaya, J. A., Cámara, M. A., López, J., Pagan, E. i Ghelichkhani, M. (2005). El paciente inmigrante. ¿Una realidad diferente?. *Semergen: revista española de medicina de familia*, 11, 516-520.

Baron-Epel, O. i Kaplan, G. (2009). Can subjective and objective socioeconomic status explain minority health disparities in Israel? *Social Science & Medicine*, 11, 69(10), 1460-1467.

Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment and Human Developmental*, 581, 64-77.

Barone, L., Fossati, A., Guiducci, V. (2011). Attachment states and inferred pathways of development in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attachment and Human Development*, 13(5), 451-469.

Barry, M. M. i Crosbi, Ch. (1996). Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, 210-216.

Basabe, N., Páez, D., Aierdi, X. i Jiménez-Aristizabal (2009). *Salud e inmigración. Aculturación, bienestar subjetivo y calidad de vida*. Ikuspegi. Observatorio Vasco de Inmigración.

Bartholomew, K (1990). Avoidance of intimacy. An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-148.

Bartholomew, K. i Horowitz, L.M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. Recuperat de:

<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>

- Bartholomew, K., Kwong, M. J. i Hart, S. D. (2001). Attachment. A *W. J. Livesley (Ed.), Handbook of personality disorders: Theory, research and treatment* (pp. 196-230). New York: Guilford Press.
- Bartoll, X., Palència, L., Malmusi, D., Suhreke, M. i Borrell, C. (2013). The evolution on mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 23 (5), 732-736.
- Bartz, J. Simeon, D., Hamilton, H., Kim, S. Crystal, S, Braun, A. i Hollander, E. (2011). Oxytocin can hinder trust and cooperation in borderline personality disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6(5), 556-563. Recuperat de: <http://scan.oxfordjournals.org/content/6/5/556.full.pdf+html>
- Bayran, N., Thorburn, D., Demirhan, H. i Bligel, N. (2007). Quality of life among Turkish immigrants in Sweden. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 10; 16(8), 1319-1333.
- Barro, S., Saus, M. i Barro, A. (2004). Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Atención Primaria*, 34(9), 504-505.
- Basabe, N., Páez, D., Valencia, J., Rimé, B., Pennebaker, J., Diener, E. i González, J.L. (2000). Social factors predicting subjective experience of emotion: a collective level analysis. *Psicothema*, 12, Supl., 55-69.
- Basabe, N., Zlobina, A. i Páez, D. (2004). Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural. *Migraciones*, 15, 43-84.
- Bauman, Z. (2013). *Vidas Desperdiciadas. La Modernidad y Sus Parias*. Barcelona: Paidós.
- Bazzazian, S. i Besharat, M.A. (2011). An explanatory model of adjustment to type I diabetes based on attachment, coping, and self-regulation theories. *Psychological Health Med* 41(5), 1-12.
- Behrens, K.Y. i Hesse, E. (2007). Mothers' attachment status as determined by the Adult Attachment Interview predicts their 6-year-responses: A study conducted in Japan. *Developmental Psychology*, 11; 43(6), 1553-1567.
- Becerra, D., Androff, D., Cimino, A., Wagaman, A. i Blanchard, K. (2013). The impact of perceived discrimination and immigration policies upon perceptions of quality of life among Latinos in the United States. *Race and Social Problems*, 5(1), 65-78.
- Bech P, Lucas R, Amir M, Bushnell DI, Martin M, Buesching D, i the LIDO Group (2003). Association between clinically depressed subgroups, type of treatment and patient retention in the LIDO Study. *Psychological Medicine*, 33, 1051-1059.
- Beeney, J. E., Stepp, S. D., Haliquist, M. N., Scott, L. N., Wright, A. G. C., Ellison, W. D., Nolf, K. A. i Piconis, P. A. (2015). Attachment and Social Cognition in Borderline Personality Disorder: Specificity in Relation to Antisocial and Avoidant Personality Disorders. *Personality Disorders: Theory Research and Treatment*. Recuperat de: file:///C:/Users/usuari/Downloads/per_2015-07285-001.pdf
- Beiser, M., Hou, F., Hyman, I. i Tousignant, M. (2002). Poverty, Family Process, and the Mental Health of Immigrant Children in Canada. *Journal of Public Health*, 92(2), pp. 220-2227.
- Beiser, M. i Hou, F. (2008). Ethnic identity, resettlement stress and depressive affect among Southeast Asian refugees in Canada. *Social Science and Medicine*, 63(1), 137-150.

- Belizaire, L.S. (2007). *Attachment, coping, acculturative stress, and quality of life among Haitian immigrants*. US: ProQuest Information & Learning.
- Belizaire, L. i Fuertes, J. (2011). Attachment, coping, acculturative stress and quality of life among Haitian immigrants. *Journal of Counseling and Development*, 89(1), 89-97.
- Benish-Weisman, M. i Shye, S. (2011). Life quality of Russian immigrants to Israel: Patterns of success and of unsuccess. *Social Indicators Research*, 10 (3), 461-479. Recuperat de:
<http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1007/s11205-010-9664-x>
- Bennegadi, R. (2009). Cultural competence and training in mental health practice in Europe: Strategies to Implement Competence and Empower Practitioners. A: Peiro, M. J. (Eds.), Peiro, J. (Eds.) *Assisting Migrants and Communities: Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities*. International Organization for Migration: Brussels. Recuperat de:
[http://www.migrant-health-europe.org/files/Mental%20Health%20Practice_Background%20Paper\(1\).pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/Mental%20Health%20Practice_Background%20Paper(1).pdf)
- Berlin, E. A. i Fowkes, W. C. (1983). A Teaching Framework for Cross-cultural Health. Care Application in Family Practice. *Western Journal of Medicine*, 139(6), 934-938. Recuperat de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011028/pdf/westjmed00196-0164.pdf>
- Bermann, S., Collazos, F., Lahoz, S. Marxen, E., Sanjuan, L. i Visiers, C. (2009). Epistemología y hermenéutica de la atención en salud mental a los inmigrantes. Retos para los profesionales. En: Comellas, J.M., Allué, X., Bernal, M., Fernández-Rufete, J., Mascarella, L. (Comps.), *Antropología Médica. Migraciones y salud*, (pp. 71-90). Tarragona: Universitat Rovira i Virgili publicacions. Recuperat de:
file:///C:/Users/usuari/Downloads/AM01_editora_257_100_1.pdf
- Beléndez, M., Bermejo, R. M. i García, M. D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17(2), 318-324. Recuperat de: <http://www.psicothema.com/pdf/3106.pdf>
- Berra, S., Elorza, J. M., Bartomeu, N., Hausmann, S., Serra-Sutton, V. i Rajmil, L. (2004). *Necessitats en salut i utilització dels Serveis Sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- Berry, J. W. i Annis, R. C. (1974). Acculturative stress: the role of ecology, culture and differentiation. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 5(4), 382-406.
- Berry, J. W., Kim, V., Minde, T. i Mok, D. (1987). Comparative Studies of Acculturative Stress. *International Migration Review*, 21(3), 491-511.
- Berry, J. W. (1992). *Cross-Cultural Psychology. Research and Applications*. Cambridge: University Press.
- Berry, J. W. (1990). Psychology of Acculturation. In J. Berman (Ed.), *Cross-cultural perspectives: Nebraska symposium on motivation* (pp. 457-488). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Berry, J. W., Kalin, R. i Taylor, D. M. (1977). *Multiculturalism and ethnic attitudes in Canada*. Ottawa: Supply and Services.

- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: an international review*, 46(1), 5-68.
- Berry, J. W. (2003). *Conceptual approaches to acculturation*. In Chun, K., Balls Ortanista, P., Marin, G. (Eds). *Acculturation: Advances in theory, measurement and applied research* (pp. 17-37). Washington, DC: APA Press.
- Berry, J. W. (2005). Acculturation: living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697-712.
- Berry, J. W. i Ward, C. (2006). Commentary on “Redefining interactions across cultures and organizations”. *Group Organization Management*, 3(1), 64-77.
- Berry, K., Barrowclough, Ch. i Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: Unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, 27, 458-475.
- Bhui, K. i Bhugra, D. (2002). Explanatory models for mental distress: implications for clinical practice and research. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 6-7.
- Bischoff, A. i Wanner, P. (2007). The self-reported health of immigrant groups in Switzerland. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10(4), 325-335.
- Blanco, C. (2000). *Las migraciones contemporáneas*. Madrid: Alianza.
- Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T., Cornominas, A., Adan, A., Sánchez, J. et al. (1999). Validación de la versión española de la Escala de Adaptación Social en pacientes depresivos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(2), 71-80.
- Bobes, J. i González, M. P. (2000). Calidad de vida en la esquizofrenia. A: Katschnig, H., Freeman, H., Sartorius, N. (Eds.), *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 157-169). Barcelona: Masson.
- Borrel, L.N., Kiefe, C.I., Williams, D.R., Diez-Roux, A.V. i Gordon-Larsen, P. (2006). Self-reported health, perceived racial discrimination, and skin color in African Americans in the CARDIA study. *Social Science and Medicine*, 63(6), 1415-1427.
- Borrell, C., Ballesteros, A. i Plaza, A. (2006). *La població vulnerable a Barcelona*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona. Recuperat de: http://www.aspb.cat/quefem/docs/InfoVulnerable_web.pdf
- Bosc, M., Dubini, A., i Polin, U. (1997). Developmental and Validation of social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacology*, 7(11), 57-70.
- Boss, P. (2002). *Family Stress Management: a contextual approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bourhis, R.Y., Moïse, L.C., Perreault, S. i Senécal, S. (1997). Towards an interactive acculturation model: a social psychological approach. *International Journal of Psychology*, 32(6), 369-386.
- Bover, A., Taltavull, J. M., Gastaldo, D., Luengo, R., Izquierdo, M. D., Juanjo-Prats, C., Sáenz de Ormijana, A. i Robledo, J., (2015). Calidad de vida de trabajadoras inmigrantes latinoamericanas como cuidadoras en España. *Gaceta Sanitaria*, 29(2), 123-126.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Boyce, C. A., Cain, V. S. (2007). Disentangling Health Disparities Through National Surveys. *American Journal of Public Health*, 97(1), 10. Recuperat de:
<http://www.child-support-europe.com/fileManager/file/DOC%2075.pdf>
- Boyd, M. (1989). Family and Personal Networks in International Migration: Recent Developments and New Agendas. *International Migration Review*, 23 (13), 638-670.
- Braca, M. Berardl, D., Mencacci, E., Murri, M. B., Mimmi, S., Allegri, F., Mazzi, F., Menchetti, M. I Tarricone, I. (2014). Understanding psychopathology in migrants: A mixed categorial-dimensional approach. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(3), 243-253.
- Brent, B. K., Holt, D. J., Keshavan, M. S., Seidman, L. J. i Fonagy, P. (2014). Mentalization-based treatment for psychosis: linking and attachment-based model to the psychotherapy for impaired mental state understanding in people with psychotic disorders. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. Vol. 51 (1), 17-24.
- Brink, P. J. i Saunders, J. M. (1976). Culture shock: theoretical and applied. A: Brink, P. J. (Ed), *Nursing: A book of readings*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Brown, R. I., Schalock, R. L. i Brown, I. (2009). Quality of Life: Its Application to Person With Intellectual Disabilities and Their Families. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(1), 2-6.
- Brooks, M.V. (2008). Health-related hardiness in individuals with chronic illnesses. *Clinical Nursing Research*, 17, 98-117.
- Buck, N. M. L., Leenaars, P. E. M., Emmelkamp, P. M. G. i van Marle, H. J. C. (2014). Personality traits are related to intimate partner violence among securely attached individuals. *Journal of Family Violence*, 29(3), 235-246.
- Caballero, L., Iruela, L., Muñoz, P. E. i Baca, E. (1990). A propósito de un caso de Koro descrito en España. *Medicina Clínica*, 95, 519.
- Camilleri, C. (1996). Différence et cultures en Europe. *Revue Européene des Migrations Internationales*, 12(2), 297-299.
- Cantor-Graae, E. (2007). The contribution of social factors to the development of schizophrenia: a review of recent findings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 275-276.
- Carpiniello, B., Lai, G. L. Pariante, C. M., Carta, M. G. i Rudas, N. (1997). Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenia and depressed outpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 235-241.
- Caplan, S., Escobar, J., Paris, M., Alvidrez, J., Dixon, J. K., Desai, M. M., Scahill, L. i Whittemore, R. (2011). Correlates of religious, supernatural and psychosocial causal beliefs about depression among Latino immigrants in primary care. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(6), 589-611.
- Caplan, S., Escobar, J., Paris, M., Alvidrez, J., Dixon, J. K., Desai, M. M., Scahill, L. i Whittemore, R. (2013). Cultural influences on causal beliefs about depression among Latino immigrants. *Journal of Transcultural Nursing*, 24(1), 68-77.
- Carlson-Aburto, J. i Jané, C. (2001). Salud mental infantojuvenil en inmigrantes. *Psiquiatría.com*, 5(4). Recuperat de:

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/415/397/>

Carnelley, K., Pietromonaco, P. i Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 127-140.

Caro, I. (2001). *Género y salud mental*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Carrasco, M. A., Sánchez, V., Ciccotelli, H. i del Barrio, V. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción Psicológica*, 2(2), 149-161.

Casadó, L. (2009). *Sobre la construcción cultural de las emociones: los malestares de las mujeres inmigrantes marroquíes de un municipio*. A: Comelles et al. (Eds.), *Migraciones y salud* (99, 405-420). Tarragona: Publicaciones de la Universidad Rovira i Virgila.

Casado, I. i Valenzuela, H. (2007). Representaciones de la salud en poblaciones musulmanas: una aproximación etnográfico-comparativa de inmigrantes pakistaníes e imazighen de Marruecos. A: Piella, A. (Coord.), Sanjuán, L. (Coord.), Valenzuela, H. (Coord.). *Construyendo intersecciones: aproximaciones teóricas y aplicadas en las relaciones entre los ámbitos del parentesco y la atención a la salud en contexto intercultural*, (pp. 41-63). Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i el GRAFO: Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperat de:

<http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/antropologia/11/08/08041063.pdf>

Casas, M., Collazos, F. i Qureshi, A. (Coords.) (2009). La salud mental en los pacientes de origen magrebí. A: *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. (Capítulo 20, pp. 327-340). Barcelona: Fundación Obra Social “La Caixa”. Recuperat de:

https://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/inmigracion/Mediacion_intercultural_es.pdf

Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and «stress»: theoretical formulation. *International Journal of Health Services*, 4(3), 471-482.

Cervantes, R. C., Cardoso, J. B. I Goldbach, J. T. (2015). Examining differences in culturally based stress among clinical and nonclinical Hispanic adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 21(3), 458-467.

Chandola, T., et al. (2004). Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan and the UK. *International Epidemiological Association*, 3(4), 884-893.

Chávez, J. C. (2004). *Introducción*. En J.C. Chávez (Comp.), *Perspectiva de género* (pp. 9-12). México.

Chavez, N. R. i French, S.E. (1998). Ethnicity-related stressors and mental health in Latino Americans: the moderating role of parental racial socialization. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(9), 1974-1998.

Checa y Olmos, F., Checa, J. C. i Arjona, A. (2009). *Las migraciones en el mundo. Desafíos y esperanzas*. Barcelona: Icaria.

Checa, J. C. i Arjona, A. (2009). La integración de los inmigrantes de “segunda generación” en Almería. Un caso de pluralismo fragmentado. *Revista Internacional de Sociología*. 67 (3), 701-727.

Chen, J., Hung, G. Ch-L, Parkin, S., Fava, M. i Yeung, A. S. (2015). Illness beliefs of Chinese American immigrants with major depressive disorder in a primary care setting. *Asian Journal of Psychiatry*, 13, 16-22.

- Chia-Chih, D.C. (2005). *Cultural ideal of secure adult attachment: A comparison of three cultural groups (Taiwan, China, United States)*. US: ProQuest Informations & Learning.
- Choi, J.W., Miller, A. i Wilbur, J.E. (2009). Acculturation and depressive symptoms in Korean immigrant women. *Journal of Immigrant and Minority Health, 11*(1), 13-19.
- Choi, N. i Park, C.G. (2006). Understanding adolescent depression in ethnocultural context: updated with empirical findings. *Advances in Nursing Science, 29*(4), E1-E12.
- Chou, K. L. (2009). Pre-migration planning and depression among new migrants to Hong Kong: The moderating role of social support. *Journal of Affective Disorders, 114* (1-3), 85-93. Recuperat de:
<http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1016/j.jad.2008.06.005>
- Chou, F. H., Chen, P. C., Liu, R., Ho, C. K., Tsai, K. Y., Ho, W. W., Chao, S. S., Lin, K. S., Shen, S. P. i Chen, C. C. (2010). A comparison of quality of life and depression between female married immigrants and native married women in Taiwan. *Social Psychiatry Epidemiology, 45*(9), 921-930.
- Ciechanowski, P, S., Katon, W. J., Russo, J. E., Walker, E. A. (2001). The Patient-Provider Relationship: Attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes. *Am. Journal of Psychiatry, 158*, 29–35.
- Chou; Ch. Y., Ma, M. Ch. i Yang, T. T. (2014). Determinants of subjective health-related quality of life (HRQoL) for patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 154*, 83-88.
- Ciechanowski, P., Russo, J. Katon, W., Von Korff, M., Ludman, E., Lin, E. i Simon, G., Bush, T. (2004). Influence of Patient Attachment Style on Self-care and Outcomes in Diabetes. *Psychosomatic Medecine, 66*, 720-728.
- Cochrane, R. i Stopes-Roe, M. (1981). Psychological Symptom Levels in Indian Inmmigrants to England- A comparison with the Native English. *Psychological Medicine, 11*, 319-327.
- Cohen, S. i Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology, 13*, 99-125.
- Cohen S. I Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-57.
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M. i Tomás-Sabado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo, 29*(3), 307-315.
- Collazos, F. i Qureshi, A. (2011). The intercultural and interracial therapeutic relationship: Challenges and recommendations. *International Review of Psychiatry 23*(1), 10-19.
- Collazos, F., Ghali, K., Ramos, M. i Qureshi, A. (2014). Salud mental de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública, 88*, 755-761. Recuperat de:
http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol88/vol88_6/RS886C_FCS.pdf
- Coob, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38* (5), 300-314.
- Costa, A. L., Sphia, E. C., Sanches, C., Tavares, H. i Ziberman, M. L. (2015). Pathological jealousy: Romantic relationship characteristics, emotional and personality aspects and social adjustment. *Journal of Affective Disorders, 174*,

38-44.

Crespo, M. C. (2011). *Avaluació de l'estrès i la qualitat de vida en cuidadors de malalts psiquiàtrics greus i depredicadors d'adaptació*. Fundació Althaia: Divisió de Salut Mental, Manresa.

Cuéllar, I. (2000). Acculturation and mental health: Ecological transactional relations of adjustment. A: Cuéllar, I., Paniagua, F. A. (Eds.), *Handbook of multicultural mental health: assessment and treatment of diverse populations* (pp. 45-62). San Diego, CA: Academic Press.

Cuéllar, I. (2002). *Mexican-origin migration in the US and mental health consequences*. JSRI Occasional Paper #40. The Julian Samora Research Institute Michigan State University East Lansing, Michigan.

Cuéllar, I., Bastida, E., Braccio, S. M. (2004). Residency in the United States, subjective well-being, and depression in an older Mexica-origin sample. *Journal of Aging and Health, 16*(4), 447-466.

Cyranowsky, J., Bookwala, J., Feske, U. et al. (2002). Adult attachment profiles, interpersonal difficulties and response to interpersonal therapy in women with recurrent major depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*, 191-217.

Czernikiewicz, A. i Gorecka, J. (2003). Comparison of subjective and objective quality of life in a group of schizophrenic patients. *Polish Psychiatry, 37*, 669-681.

Dalgaard, N. T., Todd, B. K., Daniel, S. I. F. i Montgomery, E. (2016). The transmission of trauma in refugee families: Associations between intra-family trauma communication style, children's attachment security and psychosocial adjustment. *Attachment and Human Development, 18*(1), 69-89.

Dandy, J. i Pe-Pua, R. (2010). Attitudes to multiculturalism, immigration and cultural Diversity: comparison of dominant and non-dominant groups in three Australian states. *International Journal of Intercultural Relations, 34*(1), 34-46.

Davison, M. K., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E. i Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment, 4*, 259-276.

Dealberto, M. J. (2010). Ethnic origin and increased risk for schizophrenia in immigrants to countries of recent and longstanding immigration. *Acta psychiatrica Scandinavica, 121*(5), 321-324.

De Arce, R., Jiménez-Arriero, M. A., Rodríguez-CALVIN, J. L., Ruiz-Domingo, S., Cobaleda, S., Vieta, E., i Grupo Sin-Depres (2011). Subsyndromal Depressive Symptoms in Bipolar II Disorder: a Community Mental Health Services Cohort Study (SIN-DEPRES). *Revista Colombiana de Psiquiatría, 40* (2011), pp. 13-49. Recuperat de: <http://www.elsevier.es>

De Figueiredo, J. M., Boerstler, H. i O'Connell, L. (1988). Conditions not attributable to a mental disorder: an epidemiologic study of family problems. *American Journal Psychiatry, 148*, 780-783.

De la Rosa, ;M. (2002). Acculturation and Latino adolescents' substance abuse: a research agenda for the future. *Substance Use and Misuse, 37*(4), 429-485.

De Oca, V., García, M., Ramírez, T., Sáenz R. i Guillén, J. (2011). The linkage of life course migration health and

- aging: Health in adults and elderly Mexican migrants. *Journal of Aging and Health*, 23(7), 1116-1140.
- Departament de Salut (2006). *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut (2006). *Els serveis per a la salut: mirant cap el futur. Els criteris de planificació de serveis*. Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut (2010). *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions 2010*. Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut (2010). *Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Els 5 eixos estratègics que articulen les polítiques de salut*. Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut (2012). *Pla de Salut de Catalunya 2011-2015*. Generalitat de Catalunya.
- Derivois, D. (2015). Globality as a clinical posture. *International Journal of Culture and Mental Health*, 8(3), 300-315.
- De Vito, C. (2014). *The Link Between Insecure Attachment and Depression: Two Potential Pathways*. Tesis doctoral no publicada. University of Massachusetts, Massachusetts.
- De Vylder, J., Jordan, E., Oh, H., Yang, Y., Lawrence, H., Cabassa, L. Chen, F. i Lukens, E. (2013). Acculturative stress and psychotic like experiences among Asian and Latino immigrants to the United States. *Schizophrenia Research*, 150(1) 223-228.
- Dickerson, F. B., Ringel, N. B. i Parente, F. (1998). Subjective quality of life in outpatients with schizophrenia: clinical and utilization correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 124-127.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Dion, K. i Dion, K. (2001). Gender and cultural adaptation in immigrant families. *Journal of Social Issues*, 57, 511-521.
- Dohrenwend, B. S., Dohrenwend, B. P., Dodson, M. i Shrout, P. E. (1984). Symptoms, hassles, social supports and life events: The problem of confounded measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 220-230.
- Donnelly, P.L. i Kim, K.S. (2008). The patient health questionnaire (PHQ-9K) to screen for depressive disorders among immigrant Korean American elderly. *Journal of Cultural Diversity*, 15(1), 24-29.
- Dozier, M., Stovall, K. i Albus, K. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. Cassidy, J., Shaver, P. (eds) *A: Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford.
- Ebata, K. (2011). Cross-cultural adaptation and mental disorders. *Seishin Shinkeigakn Zasshi*, 113(2).
- Efron, B. (1979). Bootstrap methods: Another look at the jackknife. *The Annals of Statistics*, 7, 1-26.
- Efron, B. i Tibshirani, R. (1993). *An Introduction to the Bootstrap*. Chapman and Hall: New York.
- Eisenman, D.P., Gelberg, L., Liu, H. i Shapiro, M.F. (2003). Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence. *JAMA*, 290(5), 627-634.
- Eisenbruch, M. (1984). Cross-cultural aspects of bereavement. II: A conceptual framework for comparative analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8(3), 283-309.

- Eitinger, L. (1959). The incidence of mental disease among refugees in Norway. *Journal of Mental Science*, 105, 326-338.
- Ekman, P. i Friesen, W. V. (1969). The repertoire of nonverbal behavior: Categories, origins, usage, and coding. *Semiotica*, 1, 49- 98.
- El banco mundial (2014). Clasificación de países. Recuperat de:
<http://datos.bancomundial.org/quienes-somos/clasificacion-paises>
- Elgorriaga, E., Martínez-Taboada, C. i Arnosó, A. (2007). Inmigración, afrontamiento psicosocial y emoción. A: Etxeberria, I. et al., (Coords.), *Emoción y Motivación. Contribuciones actuales* (Vol. I, pp. 289-298). Astigarraga, Gipuzkoa: Artes gráficas Michelena.
- Elgorriaga, E., Arnosó, A., Martínez-Taboada, C. i Otero, N. (2009). Estrés, salud mental y satisfacción con la vida en la población inmigrante; influencia del género y la cultura. *Actas del XI Congreso Nacional de Psicología Social. Sociedad, Trabajo y Medio Ambiente. Área temática, psicología comunitaria, calidad de vida y bienestar social* (pp. 301- 307).
- Elgorriaga, E. (2011). Ajuste psicológico y salud mental de la población inmigrante: Influencia del género y la cultura (tesi doctoral no publicada). Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco, San Sebastian.
- Ellis, H. A. (2015). Obeah-illness versus psychiatric entities among Jamaican immigrants: Cultural and clinical perspectives for psychiatric mental health professionals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(2), 83-89.
- Escobar, J.I., Hoyos, C. i Gara, M.A. (2000). Immigration and mental health: mexican americans in the United States. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(2), 64-72.
- Esteban, M. M. (2001). Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes «sin papeles» en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Atención Primaria*, 27(1), 25-28.
- Esteban-Vasallo, M. D., Domínguez-Berjón, M. F., Astray-Mochales, J., Gènova-Maleras, R., Pérez-Sania, A., Sánchez-Perruca, Aguilera-Guzmán, M. i González-Sanz, F. J. (2009). Prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas en población inmigrante y autóctona. *Gaceta Sanitaria*, 23(6), 548-552. Recuperat de: file:///C:/Users/usuari/Downloads/S0213911109002295_S300_es.pdf
- Evans, D. (2002). *Emoción. La ciencia del sentimiento*. Madrid: Santillana ediciones generales.
- Falicov, C. J. (2002). Ambiguous loss: Risk and resilience in Latino families. A: Suárez-Orozco, M., Páez, M. (Eds). *Latinos: Remaking America* (pp. 274-288). Berkeley University of California Press.
- Familiar, I., Borges, G. Orozco, R. i Medina-Mora, M.E. (2011). Mexican migration experiences to the US and risk for anxiety and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 83-91.
- Fassaert, T., Wit, M., Verhoeff, A., Tuinebreijer, W., Gorissen, W., Beekman, A. i Dekker, J. (2009). Uptake of health services for common mental disorders by first-generation Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *BMC Public Health*, 9, 307.
- Fernández, L. J., Berrios, G. E. i Yániz, B. (2012). *Las psicosis atípicas o transitorias: de la epistemología al tratamiento*. UNED ciencias de la salud.

- Fernández, I., Carrera, P., Sánchez, F. i Páez, D. (2002). Prototipos emocionales desde una perspectiva cultural. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 3, 115-125.
- Fernández, I., Zubieta, E. i Páez, D. (2001). Emocionarse en Latinoamérica. *International Journal of Social Sciences and Humanities*, 11(1), 29-53.
- Finch, B.K. i Vega, W.A. (2003). Acculturation stress, social support, and self-rated health among Latinos in California. *Journal of Immigrant Health*, 5(3), 109-117.
- Flaskerud, J. H. i Hu, L. T. (1992). Relationship of ethnicity to psychiatric diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 296-302.
- Flórez, I., Aguirre, I. i Ibarra, O. (2009). Salud mental en un colectivo de emigrantes en Palma de Mallorca. *Medicina Balear*, 23(2), 27-31.
- Fonagy, P., Luyten, P. i Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47-69. Recuperat de:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/imhj.20283/pdf>
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G. i Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: *A theory and some evidence*. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459. doi:10.1080/07351692309349042.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M. et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Forcada, I., Pera, V., Cruz, I., Pifarré, J., Serna, C., Rué, M. i Galván, L. (2013). Comparison of immigrant and native-born population adherence to antipsychotic treatment in a Spanish health region. *Community Mental Health Journal*, 49(2), 199-205.
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., Maffei, C. i Somma, A. (2015). The DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders from the perspective of adult attachment: A study in community-dwelling adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(4), 252-258.
- Fossati, A., Feeney, J., Donati, D, et al. (2003). Personality disorders and adult attachment domains in a mixed psychiatric sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 30-37.
- Fowler, J. C., Groat, M., Ulanday, i M. (2013). Attachment style and treatment completion among psychiatric inpatients with substance use disorders. *The American Journal on Addictions*, 22(1), 14-17.
- Fundació Althaia (2014). *Memoria Anual. Fets i Dades 2014*. Recuperat de:
http://www.althaia.cat/transparencia/wp-content/uploads/2015/06/2014_memoria.pdf
- Furhham, A. i Bochner, S. (1986). *Culture shock psychological reactions to unfamiliar environments*. London: Methuen.
- Frankenberg, R. (2003). Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 11-27. Recuperat de:

file:///C:/Users/usuari/Downloads/Unidas%20por%20la%20diferencia,%20divididas%20por%20la%20semejanza-%20la%20alegremente%20dolorosa%20posibilidad%20de%20la%20cola.pdf

Franz, M. (2006). Possibilities and limitations of the use quality of life as outcome-indicator in schizophrenia patients. *Psychiatric Praxis*, 33, 317-322.

Franz, M., Salize, H. J., Lujic, C. Koch, E. Gallhofer, B. i Jacke, C. O. (2014). Illness perceptions and personality traits of patients with mental disorders: the impact of ethnicity. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 129, 143-155.

Freixa, M., Barrios, M., Carreras, V., Cosculluela, A., Guàrdia, J., Honrubia, L., Però, M., Rifà, X. i Turbany, J. (2003). Estudi sobre el grau d'integració dels immigrants en la província de Barcelona. *Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya i Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament de la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona*.

Freund, J.B. (2000). *Estadística matemática con aplicaciones*. Mèxic: Pearson Educación.

Friedman, M. D. (2008). Adult attachment and self-construal: A cross-cultural analysis. *US: ProQuest Information & Learning*.

Galindo, P. i Vicente, P. (2004). Calidad de vida relacionada con la Salud: un constructo multidimensional dinámico. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Suplemento*, 219-227.

Gaona, C. (2014). Sujetos del dolor, territorio de la dignidad. Methaodos. *Revista de ciencias sociales*, 2(2), 227-243. Recuperat de: <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v2i2.54>

García-Campayo, J. (2002). Salud mental e inmigrantes: un nuevo desafío. *Medicina Clínica*, 118(5), 187-191.

García-Herrero, S., Mariscal, M. A., Gutiérrez, J. M., Dale, O. i Ritzel. (2013). Using Bayesian networks to analyze occupational stress caused by work demands: Preventing stress through social support. *Accident Analysis and Prevention*. 57(8), 114-123.

Gaudet, S., Clément, R. i Deuzeman, K. (2005). Daily hassles, ethnic identity and psychological adjustment among Lebanese-Canadians. *International Journal of Psychology*, 40(3), 157-168.

Gavino, A. i Godoy, A. (1993). Motivos del abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(66), 511-536.

Gentil, I. (2002). Estudio socio-sanitario en población inmigrante marroquí. *Cultura de los Cuidados*, VI(12).

Generalitat de Catalunya (2011). *Pla de Govern 2011-2014*. Generalitat de Catalunya.

George, U., Thomson, M. S., Chaze i F., Guruge, S. (2015). Immigrant Mental Health, A Public Health Issue: Looking Back and Moving Forward. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 13624-13648. Recuperat de: [file:///C:/Users/usuari/Downloads/ijerph-12-13624-v2%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuari/Downloads/ijerph-12-13624-v2%20(1).pdf)

Gigantesco, A., Picardi, A Chiaia, E., Balbib, A. i Morosini, P. (2002). Satisfacción de los pacientes y los familiares con los servicios psiquiátricos en un área grande de captación en Roma. *European Psychiatry Journal, Ed. Española*, 9, 430-440. Recuperat de:

<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/europeanpsy2002/7/430-440.pdf>

Gitlin, L. N., Chemett, N. L., Dennis, M. P. i Hauck. W. W. (2012). Identification of and beliefs about depressive symp-

- toms and preferred treatment approaches among community-living older African Americans. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 973-984.
- Golding, J. i Buman, A. (1990). Stress and social support as predictors of depressive symptoms in Mexican American and non-Hispanic whites. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 9, 268-286.
- Goldlust, J. i Richmond, A.H. (1974). A multivariate model of immigrant adaptation. *International Migration Review*, 8(2), 193-225.
- Gómez-de-Regil, L. (2015). Insight and illness perception in Mexican patients with psychosis. *Schizophrenia Research: Cognition*, 2, 33-38. Recuperat de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215001315000037>
- González, V. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social*, 7, 77-97.
- González, H.M., Haan, M.N. i Hinton, L. (2001). Acculturation and the prevalence of depression in older Mexican Americans: baseline results of the Sacramento area Latino study on aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(7), 948-953.
- Gracia, D. Lázaro, J. (1992). Historia de la psiquiatría. A: Ayuso, J. L., Salvador, I. (Eds.), *Manual de psiquiatría* (pp. 17-31). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
- Greenwood, N., Key, A., Burns, T., et al. (1999). Satisfaction with inpatient psychiatric services. Relationship to patient and treatment factors. *British Journal of Psychiatry*, 174, 159-163.
- Gregorio, C. (1997). El estudio de las migraciones internacionales desde la perspectiva del género. *Migraciones*, 1, 145-175.
- Griffin, D. W. i Bartholomew, K. (1994a). The metaphysics of measurement: the case of adult attachment. A: Bartholomew, K. i Perlman, D. (Eds.), *Advances in Personal Relationships*. Vol. 5: Adult Attachment Relationships, (pp. 17-52). London: Jessica Kingsley.
- Groben, S. i Hausteiner, C. (2011). Somatoform disorders and causal attributions in patients with suspected allergies: Do somatic causal attributions matter?. *Journal of Psychosomatic Research*, .70, 229-238.
- Grup de recerca interdisciplinari sobre immigració (GRITIM-Universitat Pompeu Fabra, UPF). Última consulta: 2/05/2016. Recuperat de: <https://www.upf.edu/gritim/>
- Grzywacz, J.G., Hovey, J.D., Seligman, L.D., Arcury, T.A. i Quandt, S.A. (2006). Evaluating short-form versions of the CES-D for Measuring depressive symptoms among immigrants from Mexico. *Hispanic Journal of Behavioural*,. 28(3), 404-424.
- Gupta, A., Leong, F., Valentine, J. i Canada, D. (2013). A meta-analytic study: The relationship between acculturation and depression among Asian Americans. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(2-3), 372-385.
- Gureje, O., Simon, G.E., Ustun, T.B. i Goldberg, D.P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 989-995.
- Haberfeld, M., Klockars, C., Ivkovic, S. i Pagnon, M. (2000). Police officer perceptions of the disciplinary consequences of police corruption in Croatia, Poland, Slovenia, and the United States. *Police Practice and Research*, 1, 42-72.

- Hambleton, R. K. (2005). Cross-Cultural Adaptation of Educational and Psychological Tests: Theoretical and Methodological Issues. A: Hambleton, R. K., Merenda, P. F., Spielberg, CH. D. (Eds.). *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment* (pp. 3-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 429, 46-50.
- Haro, J. M., Palacín, C. V., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. i Grupo ESEMeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados al estudio ESEMeD-España. *Originales de Medicina Clínica*, 126(12), 445-451. Recuperat de <http://public-files.prbb.org/publicacions/e144ec9a-b14a-4cfd-bc18-56bf5c447ae6.pdf>
- Hâvâs, E., Svartberg, M. i Ulvenes, P. (2015). Attuning to the unspoken: The relationship between therapist nonverbal attunement and attachment security in adult psychotherapy. *Psychoanalytic psychology*, 32(2), 235-254.
- Hazan, C. i Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hedelmalm, A., Schaufelberger, M. i Ekman, I. (2010). Reported Adherence and Social Support Among Immigrants Compared to Native Swedes. *Journal Immigrant Minority Health*, 12, 124-131.
- Heider, D., Angermeyer, M. C., Winkler, I., Schomerus, G., Bebbington, P. E., Brugha, T., Azorin, J. i Tourni, M. (2007). A prospective study of quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophrenia Research*, 93, 194-202.
- Helms, H., Heather, M., Supple, A. J., Jinni, Su., Rodriguez, Y., Cavanaugh, A. M. i Hengstebeck, N. (2014). Economic pressure cultural adaptation stress and marital quality among Mexican-origin couples. *Journal of Family Psychology*, 28(1), 77-87.
- Hernández, S., Pozo, C., Alonso, E. i Martos, J. M. (2005). Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. *Anales de Psicología*, 21(2), 304-315.
- Herrero, J. i Musitu, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13, 195-203.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis and empirical studies. In Cassidy, J., Shaver, P. R. (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed.), (pp.552-598). New York: Guilford Press.
- Hidalgo, N., Peralta, M. I, Robles, H., Vilar-López, R., Pérez-García, M. (2009). Estrés y psicopatología en mujeres inmigrantes: Repercusiones sobre la calidad de vida. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 17(3), 595-607.
- Hidalgo, N. i Pérez-García, M. (2015). Estrés y psicopatología en mujeres inmigrantes. Repercusiones sobre la calidad de vida. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17(3), 595-607.
- Hiott, A.E., Grzywacz, J.G., Davis, S.W., Quandt, S.A., Arcury, T.A., (2008). Migrant farmworker stress: mental health implications. *Journal of Rural Health*, 24(1), 32-39.

- Hofer, A., Kemmler, G., Eder, U., Edlinger, M., Hummer, M. i Fleischhacker, W. (2004). Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication and side effect. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*, 932-939.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and Organizations. Software of the mind*. Londres: McGraw-Hill.
- Hofstede, G. (1995). Multilevel Research of Human Systems: Flowers, Bouquet and Gardens. *Human Systems Management*, *14*, 207-217. Recuperat de: <http://geerthofstede.eu/media/667/Multilevel%20research.pdf>
- Hofstede, G. (1999). *Culturas y Organizaciones. El software mental*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hollander, A-C., Bruce, D., Burström, B. i Ekblad, S. (2011). Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants. A cross-sectional register-based study. *BMC Public Health*, *11*, 180-188.
- Hollander, A. C. (2013). Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden epidemiological studies of register data. *Global Health Action*, *6*. Recuperat de: http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/21059/pdf_1
- Holloway, F. i Carson, J. (1999). Subjective quality of life, psychopathology, satisfaction with care and insight: an exploratory study. *International Journal of Social Psychiatry*, *45*, 259-267.
- Holmes, T.H. i Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*(2), 213-218.
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and Borderline Personality Disorder: A clinical perspective. *Attachment and Human Development*, *6*(2), 181-190.
- Hoover, C. R. (1999). Somatization disorders. A: Kramer, E. J., Ivey, S. L. Ying, Y. W. (Eds.), *Immigrant women's health: problems and solutions* (pp. 233-241). San Francisco: Jossey-Bass.
- House, J. S., Landis, K. R. i Umberson, D. (1988). Hovey, J. D. (2000). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation in Mexican immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *6*, 134-151.
- Hovey, J.D. i Magaña, C.G. (2000). Acculturative stress, anxiety, and depression among Mexican immigrant farmworkers in the Midwest United States. *Journal of Immigrant Health*, *2*(3), 119-131.
- Hovey, J. D. i Magaña, C. G. (2002). Psychosocial predictors of anxiety among immigrant Mexican migrant farmworkers: Implications for prevention and treatment. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *8*(3), 274-289.
- Huppert, J. i Smith, T. E. (2001). Longitudinal Analysis of Subjective Quality of Life in Schizophrenia: Anxiety as the Best Symptom Predictor. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*, 669-675.
- Ibars, A., Feixas, G., Segura, J., Muñoz, L., Toran, P., Arnau, J. i Corbella, S. (2012). Malestar psicològic i somatització en els pacients immigrants africans, a les consultes d'atenció primària. *Aloma: Revista de psicologia, ciències de l'educació i de l'esport*, *30*(2), 53-62.
- Imran, N., Azeem, M. W., Chaudhry, M. R. i Butt, Z. (2015). Illness perceptions in adolescents with a psychiatric diagnosis in Pakistan. *Psychiatric Bulletin*, *39*, 174-178.

Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) (2015). *Població estrangera a Catalunya*. Recuperat de:

<http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=6>

Instituto de Salud Pública de Madrid (2005). *Estudio de salud de la ciudad de Madrid. Análisis de resultados relativos a la población inmigrante*. Comunidad de Madrid.

Instituto Nacional de Estadística (2016). Encuesta de población activa (EPA). Recuperat de: http://www.ine.es/prensa/epa_tabla.htm

Ilceto, P., Pompili, M., Candilera, G., Borges, G., Lamis, D., Gianluca, S. i Giraldi, P. (2013). Suicide risk and psychopathology in immigrants: A multi-group confirmatory factor analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1105-1114. Recuperat de:

<http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1007/s00127-012-0608-4>

Irfaeya, M., Maxwell, A. E. i Krämer, A. (2008). Assessing psychological stress among Arab migrant women in the city of Cologne/Germany using the community oriented primary care (COPC) approach. *Journal of Minority health*, 10(4), 337-344.

Izard, C.E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.

James, C. C., Carpenter, K., Peltzer, K.A. i Weaver, S. (2014). Valuing psychiatric patients' stories: Belief in and use of the supernatural in the Jamaican psychiatric setting. *Transcultural Psychiatry*, 51(2), 247-263.

Jang, Y., Chiriboga, A., Kim, G. i Cho, S. (2009). Changes in perceived health and depressive symptoms: a longitudinal analysis with older Korean Americans. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11(1), 7-12,

Jansá, J. M. (1998). Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 165-168.

Janz, N. K. i Becker, M. (1984). The Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47. Recuperat de:

http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/66877/10.1177_109019818401100101.pdf

Jarvin, H. i Hansson, L. (2004). Adult quality of life and associated factors in adolescent onset schizophrenia and affective psychotic disorders. *Social Psychiatry Epidemiology*, 39, 725-729.

Jarvis, E. (1998). Schizophrenia in British immigrants: recent findings, issues and implications. *Psychiatry Transcription*, 35, 39-74.

Jilek, W. G. (1995). Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 245(4-5), 231-239.

Jo, T. i Almao, S. (2007). Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica. *Revista Electrónica de Portales Médicos.com*, 2-14. Recuperat de:

<http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandonotratamiento/index.htm>.

Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Samiles, E. M. i Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases the risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600-606.

- Jon, S. H. (1999). Consequences of acculturative stress and social support on depression among adult Korean immigrants. *Dissertation Abstracts International. The Science and Engineering*, 58(7-B), 3558.
- Karjalainen, K., Malmivaara, A., Van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H. i Koes, B. (2008). Rehabilitacion biopsicosocial multidisciplinaria para el dolor de cuello y hombro en adultos en edad activa. *Biblioteca Cochrane Plus*, 3. Recuperat de: www.update-software.com
- Karow, A., Moritz, S., Lambert, M. Schoder, S. i Krausz, M. (2005). PANSS Syndroms and Quality of Life in Schizophrenia. *Psychopathology*, 38, 320-326.
- Keeley, R. D., Smith, J. L. Nutting, P. A., Dickinson, L. M., Dickinson, W. P. i Rost, K. M. (2004). Does a depression intervention result in improved outcomes for patients presenting with physical symptoms? *Journal of General Internal Medicine*, 19, 615-623.
- Keith, K. D., Heal, L. i Schalock, R. L. (1996). Cross-cultural measurement of critical quality of life concepts. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 21, 273-293.
- Keller, Ch. J. (2007). Career indecision between White American and Asian American students; The influence of psychological separation and adult attachment orientation. *US: ProQuest Information & Learning*.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Ofson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, M. P., Wells, K. B. i Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence amb Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352 (24), 2515-2523.
- Keyes, C.L.M. i Ryff, C. D. (2003). Somatization and mental health: a comparative study of the idioma of distress hypothesis. *Social Science and Medicine*, 57(10), 1833-1845.
- Khachani, M. (2004). La cuestión migratoria en las relaciones euromagrebíes. A Aubarell, G. I Zapata, R. (Eds). *Inmigración y procesos de cambio: Europa y el Mediterráneo en el contexto global*, (pp. 105-132). Barcelona: Icaria.
- Kilchmann, L., Bessler, C. i Aebi, M. (2015). Psychosocial adversities and mental health problems of immigrant and non-immigrant juvenile offenders. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*. 9(1), 47-56.
- Kirkcaldy, B.D., Siefen, R.G., Wittig, U., Schüller, A., Brähler, E. i Merbach, M. (2005). Health and emigration: subjective evaluation of health status and physical symptoms in Russian-speaking migrants. *Stress and Health*, 21(5), 295-309.
- Kirmayer, L. J. i Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine, Vol. 60 (4)*, pp. 420-430.
- Kjøllestad, V. T., Ihlebaek, C. M., Børge, B., Eriksen, H R. i Høstmark, A. T. (2011). Health-related quality of life subjective health complaints, psychological distress and coping in Pakistani immigrant women with and without the metabolic syndrome; The InnaDib-DEPLAN study on Pakistani immigrant women living in Oslo, Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(4), 732-741. Recuperat de: <http://dx.doi.org/sire.ub.edu/10.1007/s10903-010-9409-6>
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model of the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12, 85-93. Recuperat de:

<http://www.wpic.pitt.edu/education/CPSP/3%20%20VIC2%20-%20Kleinman.pdf>

Kleinman, A., Eisenberg, L. i Good, B. (1978). Culture, Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.

Koneru, V.K., Weisman de Mamani, A.G., Flynn, P.M. i Betancourt, H. (2007). Acculturation and mental health: current findings and recommendations for future research. *Applied and Preventive Psychology*, 12(2), 76-96.

Kraepelin, E. (2000). Comparative Psychiatry, 1904. In: *Cultural Psychiatry & Medical Anthropology*. Edited by Roland Littlewood and Simon Dein. London: The Athlone Press.

Krieger, N. i Sidney, S. (1996). Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA study of young black and white adults. *American Journal of Public Health*, 86 (10), 1370-1378.

Kyei, J. J., Dueck, A., Indart, M. J. i Nyarko, N. Y. (2014). Supernatural belief systems, mental health and perceptions of mental disorders in Ghana. *International Journal of Culture and Mental Health*, 7(2) 137-151.

Klüber-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.

Kunicata, H., Mino. i Nakajima, K. (2005). Quality of life of schizophrenic patients living in the community: The relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(2), 163-169.

Kunst, J. i Sam, D. (2013). Relationship between perceived acculturation expectations and Muslim minority youth's acculturation and adaptation. *International Journal of Intercultural Relations*. 37, 477-490.

Lacasa, F., Mitjavila, M., Ochoa, S. i Balluerka, N. (2015). *Anales de psicología*, 31(2), 422-432. Recuperat de: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/169711/175081>

Ladin, K. i Reinhold, S. (2013). Mental health of aging immigrants and native-born men across 11 European countries. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 68B (2), 298-308.

Landrine, H. i Klonoff, E. A. (1992). Culture and health-related schemas: a review and proposal for interdisciplinary integration. *Health Psychology*, 11(4), 267-276.

La red Atenea. Online (última consulta: 2/05/2016). Recuperat de: <http://laredatenea.com/home.html>

Larson, H. J. (1992). Introducción a la teoría de probabilidades e inferencia estadística. Mèxic: Limusa.

Lasa, J. J. i Martínez, P. (1970). *Síndromes Psicopatológicos condicionados por la inmigración y emigración*. San Sebastián: Imprenta de la Diputación Foral de Guipúzcoa.

Lasalvia, A., Ruggeri, M. i Santolini, N. (2002). Subjective quality of life: its relationship with clinician-rated and patient-rated psychopathology. The South-Verona Project 6. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 275-284.

Lau, R. R., Hartman, K. A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2(2), 167-185.

Lazarus, R. S., i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

- Leão, T. S., Sundquist, J., Frank, G., Johansson, L. M., Johansson, S. E. i Sundquist, K. (2006). Incidence of schizophrenia or other psychoses in first-and-second-generation immigrants: a national cohort study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(1), 27-33.
- Lebel, V. i Normandin, L. (2015). Troubles de la personnalité à l'adolescence: État des connaissances et facteurs de risque. *Canadian Psychology*, Vol. 56(2), 242-252.
- Ledesma, R. , Macbeth, G. i Cortada de Kohan, N. (2008). Tamaño del efecto: revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico Vista. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40, 425-439.
- Lee, E. K.. O. (2007). Religion and spirituality as predictors of well-being among Chinese American and Korean American older adults. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, 19(3), 77-100.
- Lee, J. S. i Koo, H. J. (2015). The relationship between adult attachment and depression in Korean mothers during the first two years postpartum: A moderated mediation model of self-esteem and maternal efficacy. *Personality and Individual Differences*, 79, 50-56.
- Lehman, A. F. (1996). Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Social Psychiatry and Epidemiology*, Vol. 31, pp. 78–88.
- Leman, J. i Gailly, A. (1991). *Thérapies interculturelles*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Leuw, E. (1997). Delinquency and Ethnic Miroities: A Criminological Analysis. *National Criminal Justice Reference Service*, 167983, 65.
- Levenson, J. (2013). Incorporating trauma-informed care into evidence-based sex offender treatment. *Journal of Sexual Aggression*, 1-14. DOI: 10.1080/13552600.2013.861523
- Leventhal, H., Diefenbach, M. i Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L. i Chantal R. (1997). Illness Representation: Theoretical foundations. A Weinman (Eds.), J. & Petrie, K. (Eds.) *Perceptions of Health and illness* (19-45), London: Harwood Publishers. Recuperat de:
- file:///C:/Users/usuari/Downloads/_189_Illness_representations-_theoretical_foundations__H._Leventhal__Perceptions_of_Health_and_Ilness__1997.pdf
- Levin, Ch. (2015). Memory reconsolidation, repeating and working through: Science and culture in psychotherapeutic research and practice. *Behavioral and Brain Sciences*, 38(11).
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, D., Lori, N. i Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 193-203. Recuperat de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.20756/epdf>
- Lewis, G., Croft-Jeffreys, C. i Davis A. (1990). Are British psychiatrist racist?. *British Journal of Psychiatry*, 157, 410-405.
- Lin, N., Woelfel, M. W. i Light, S. C. (1985). The buffering effect of social support subsequent to an important life event. *Journal Health Social Behaviour*, 59(8), 745-751.
- Lin, S. (2013). Beliefs about causes, symptoms and stigma associated with severe mental illness among 'highly accul-

- turated' Chinese-American patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(8),745-751.
- Litwin, H. (1995). The social networks of elderly immigrants: An analytic typology. *Journal of Aging Studies*, 9 (2),155-174.
- Livingston, I. L., Neita, M., Riviere, L. i Livingston, S. L. (2007). Gender, acculturation stress and Caribbean immigrants' health in the United States of America: an exploratory study. *West Indian Medical Journal*, 56(3), 213-222.
- Lloyd, K., i Moodley, P. (1992). Psychotropic medication and ethnicity: an inpatient survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 95-101.
- Lobban, F., Barrowclough, Ch. i Jones, S. (2005). Assessing cognitive representations of mental health problems. I. The illness perception questionnaire for schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 147-162.
- López, A. i Becoña, E. (2006). Dependencia de la cocaína y la psicopatología a través del SCL-90-R. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1), 13-20.
- López, S. R. i Guarnaccia, P. J. (2016). Cultural dimensions of psychopathology. The social world's impact on mental disorders. A Maddux, J., Winstead, B. A. (Eds.). *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (4th ed.), (pp. 59-75). New York: Routledge/Taylor & Francis Group, xii, p.494.
- Lorenzini, N. i Fonagy, P. (2013). Attachment and personality disorders: A short review. *Personality Disorders*, 11(2), 155-166.
- Lowenstein, A. i Katz, R. (2005). Living arrangements, family solidarity and life satisfaction of two generations of immigrants in Israel. *Ageing and Society*, 25(5), 749-767.
- Lozano, C., Ortiz, A. i González, R. (2011). Análisis comparativo de los pacientes con y sin trastorno mental dianosticable. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 31(111), 421-435. Recuperat de:
<http://www.redalyc.org/pdf/2650/265020921003.pdf>
- Lucas, C.R. (1998). *Versión Española del WHOQOL*. División de Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Ergon.
- Luo, L i Hsieh, Y. H. (1997). Demographic Variables, Control, Stress, Support and Health among the Elderly. *Journal Health Psychology*. 2(1), 97-106.
- Magaña, C. G. i Hovey, J. D. (2003). Psychosocial stressors associated with Mexican migrant farm workers in the Midwest United States. *Journal of Immigrant Health*, 5(2), 75-86.
- Mähönen, T., Tuuli, A. i Jasinskaja-Lahti, I. (2013). Acculturation expectations and experiences as predictors of ethnic migrants' psychological well-being. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(5), 786-806.
- Mak, W. W. i Zane, N. W. (2004). The phenomenon of somatization among community Chinese Americans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 967-974.
- Markus, H. i Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.
- Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C. i Verbeek, J. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Coc-*

hrane Database System Review, 18(4).

Malmusi, D. (Coord.). (2014). *Estado de Salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012*. Subprograma de Inmigración y Salud CIBERESP. Instituto de Salud Carlos III.

Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.

Masai, M., Pu, S., Yokoyama, K., Matsumura, H., Yamanashi, T., Itakura, M., Sugie, T., Miura, A., Nagata, I., Iwata, M. i Kaneko, K. (2016). Residual Symptoms Were Differentially Associated with Brain Function in Remitted Patients with Major Depressive Disorders. *Yonago Acta médica*, 59, 15-23.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396. Recuperat de:

<http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>

Martín Ortiz, R., Godoy, C., Moro López, A. i Hernández Monsalve, M. (2003). Pacientes somatizadores en Atención Primaria. Del reconocimiento del síntoma a la intervención sin yatrogenia (II). *Semergen*, 29(8), 420-434.

Martín, G. (2001). ¿Supuesta confrontación Islam y Occidente o el problema de la supremacía occidental? *Revista Internacional de Filosofía Política*, 17, 101-116

Martínez, M. F., García, M. i Maya, I. (2001). Una tipología analítica de las redes de apoyo social en inmigrantes africanos en Andalucía. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 95, 99-124.

Martínez, M. F., García, M. i Maya, I. (2002). Social support and locus of control as predictors of psychological well-being in Moroccan and Peruvian immigrant women in Spain. *International Journal of Intercultural Relations*, 26(3), 287-310.

Martínez, C. (2005). Evaluación del Apego en el Adulto: Una revisión. *Psyque*, 14(1), 181-191.

Martínez, M., Garabato, S. i Martínez, L. (2004). Inmigración, Salud y Sistema Sanitario. La perspectiva de la población inmigrante. *Documentos Técnicos de Salud Pública*. Instituto de Salud Pública: Madrid. Recuperat de: <http://www.madrid.org/sanidad>

Martínez, M. i Martínez, A. (2006). Patología psiquiàtrica en el inmigrante. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (1), 63-74.

Martínez-Taboada, C., Arnosó, A. i Elgorriaga, E. (2005). Inmigración, duelos, encuentros y cultura. *Boletín Sociedad Española de Psicoterapia y técnicas de grupo*, 23, 99-113.

Matamala, P. i Crespo, A. (2004). Pacientes inmigrantes en un centro de salud mental comunitario. Comunicació del VII congreso virtual de psiquiatría. Resum recuperat de: www.interpsiquis.com

Matsumoto, D. (2001). Culture and emotion. A: Matsumoto (Ed.), *The handbook of culture and psychology* (pp. 171-194). New York Oxford University Press.

Maupin J. N. i Ross, N. (2012). Expectations of similarity and cultural difference in conceptual models of illness: A

- comparison of medical staff and Mexican immigrants. *Human Organization*, 71(3), 306-316.
- McCabe, R. i Priebe, S. (2004). Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *Britain Journal Psychiatry*, 185, 25-30.
- Mceberg, G. A. (1998). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.
- Metzger, S. Erdman, P. I Ng, K. (2010). Attachment in cultural contexts. In: Ng, K., editor. *Attachment: Expanding the cultural connections*. New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group; pp.3-12.
- Mezzich, J. E., Kleinman, A, Fábrega, H. i Parron, D. L. (1996). Culture & psychiatric diagnosis. A DSM-IV perspective. *Washington: American Psychiatric Press*.
- Michaëlis, C., Kristiansen, M. i Norredam, M. (2016). Quality of life and coping strategies among immigrant women living with pain in Denmark: a qualitative study. *BMJ open*, 5. Recuperat de:
<http://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e008075.full.pdf+html>
- Miller, A. M., Sorokin, O., Wang, E., Feetham, S., Choi, M. i Wilbur, J. (2006). Acculturation, social alienation, and depressed mood in midlife women from the Former Soviet Union. *Research in Nursing and Health*, 29(2), 134-146.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Centro de Publicaciones*, Madrid.
- Minas, H., Klimidis, S. i Tuncer, C. (2007). Illness causal beliefs in Turkish immigrants. *BMC Psychiatry*, 7:34 7-34.
- Miranda, J., Siddique, J., Belin, T. R. i Kohn-Wood, L. P. (2005). Depression prevalence in disadvantaged young Black women: African and Caribbean immigrants compared to US-born African Americans. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 40 (4), 253-258.
- Montgomery, S. A., i Kasper, S. (1995). Comparison of compliance between serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants : a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 9(4), 33-40.
- Morawa, E. i Erim, Y. (2015). Health-related quality of life and sense of coherence among Polish immigrants in Germany and indigenous poles. *Transcultural Psychiatry*, 52(3), 376-395.
- Moreno, R. (2009). *Estilos de apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Moreno, E. i Gil, J. (2003). El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91-109. Recuperat de:
http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9599/El_modelo_de_creencias.pdf?sequence=2
- Mortensen, P. B., Cantor-Graae, E. i McNeil, T. F. (1997). Increased rates of schizophrenia among immigrants: some methodological concerns raised by Danish findings. *Psychological Medicine*; 27, 813-820.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. i Buick, E. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.
- Moussaoui, D. (2007). Psychiatry and mental health in Morocco. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. 191(4-

5), 781-782

- Moussaoui, D. (2007). Comprender el paciente marroquí. A: Moussaoui, D. (Eds.), Casas, M. (Eds.) *Salud mental en el paciente Magrebi* (pp. 67-79). Hospital de la Vall d'Hebró, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Barcelona: Editoria Glosa.
- Muennig, P. i Fahs, M. C. (2002). Health status and hospital utilization of recent immigrants to New York City. *Preventive Medicine*, 35(3), 225-31.
- Mui, A. C., Kang, S. Y., Kang, D. i Domanski, M. D. (2007). English language proficiency and health-related quality of life among Chinese and Korean immigrant elders. *Health Social Work*, 32(2), 119-27.
- Muller, R., Sicoli, L. i Lemieux, D. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 321-332.
- Murphy, E. J. i Mahalingam, R. (2006). Perceived congruence between expectations and outcomes: implications for mental health among Caribbean immigrants. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 120-127.
- Narchal R, (2007). Migration: Destruction and reconstruction of the Self. *Journal of Applied Psychology*, 3(1), 55-64.
- Navara, G. S. i James, S. (2005). Acculturative stress of missionaries: Does religious orientation affect religious coping and adjustment?. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(1), 39-58.
- Navarro-Lashayas, M. A. (2014). Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 711-723.
- Navarro, J. C., Rodríguez, W. (2003). Depresión y ansiedad en inmigrantes: un estudio exploratorio en Granada (España). *Investigación en Salud*, 5(3), 173-176.
- Navas, M. S. i Cuadrado, I. (2003). Actitudes hacia inmigrantes africanos y gitanos: un estudio comparativo. *Apuntes de Psicología*, 21(1), 29-49.
- Navas, M. S., et al. (2004). *Estrategias y actitudes de aculturación: la perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Navas, M., García, C., Rojas, A., Pumares, P i Cuadrado, I., (2006). Actitudes de aculturación y prejuicio: la perspectiva de autóctonos e inmigrantes. *Psicothema*, 18(2), 187-193.
- Nazroo, J.Y. (1997). *Mental Health and Ethnicity: Findings from a National Community Survey*. London: Policy Studies Institute.
- Nesterko, E., Braehler, G. Grande, G., Glaesmer, H. Life satisfaction and health-related quality of life immigrants and native-born Germans: The role of immigration-related factors. *Quality of Life*, 22(5), 1005-1013.
- Neto, F. (2001). Satisfaction with life among adolescents from immigrant families in Portugal. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(1), 53-67.
- Newhill, C. E. (1990). The role of culture in the development of paranoid symptomatology. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 176-185.

- Nielsen, S. S. i Krasnik, A. (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 55(5), 357-371.
- Ng, I. F. S., Lee, S-Y., Wong, W. K. F. i Chou, K-L. (2015). Effects of perceived discrimination on the quality of life among new Mainland Chinese immigrants to Hong Kong: A longitudinal study. *Social Indicators Research*, 120(3), 817-834.
- Noh, S. i Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health*, 93(2), 232- 238.
- Nova, C. (2014). The psychological implications of stress related to immigration and citizenship status among Mexican-origin adults living in California. *The Sciences and Engineering*, 74(7-B(E)), Pàgines no especificades.
- Nussbaum, M. i Sen, A. (Eds.) (1996). *La calidad de vida*. México: FCE- The United Nations University.
- Oberg, K. (1954). Culture shock. *Presentation to the Women's Club of Rio de Janeiro*, Brazil, August 3, 1-9.
- Odegaard O. (1945). The distribution of mental diseases in Norway. *Acta Psychiatry Neurology*; 20, 247-252.
- Olusesi, O. A. (2008). The relationship between causal beliefs about mental illness and marital instability and help-seeking preferences of Nigerian immigrants. *Humanities and Social Sciences*, 69(2-A), 756.
- <http://mac.iom.int/cms/es/sites/iom/home/about-migration/key-migration-terms-1.html>
- Orayen, E. (2013). *Desigualdades en salud en los grupos de inmigrantes viviendo en la comunidad autónoma del País Vasco* (Tesis Doctoral no publicada). Departamento Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá de Henares, Madrid.
- Organista, P. B., Organista, K. C. i Kurasaki, K. (2002). The relationship between acculturation and ethnic minority-mental health. En K.M. Chun, R. B. Organista, y G. Marine (Eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research* (pp. 139-161). Washington, DC: American Psychological Association.
- Organització Internacional del Treball (OIT). (2010). *World of Work Report 2010. From one crisis to the next?*. Geneve: International Institut of Labour Studies. Recuperat de:
- http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/worldwork_2010.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1992). Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.
- Oshri, A., Sutton, T. Clay-Warner, J. i Miller, J. D. (2015). Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. *Personality and Individual Differences*, 73, 127-133.
- Oshri, A., Schwartz, S. J., Unger, J. B., Kwon, J. A., Des Rosiers, S. E., Baezconde-Garbanati, L., Lorenzo-Blanco, E, I., Córdova, D., Soto, D. W., Lizzi, K. M., Villamar, J. A. i Szapocznik, J. (2014). *Journal of Youth and Adolescence*, 43(12), 2054-2068.
- Ouellet-Plamondon, C. Rousseau, C., Nicole, L. i Amal, A. B. (2015). *Psychiatric Services*, 66(7), 757-759.
- Pacheco (2011). *Medida de percepción de enfermedades crónicas. Adaptación cultural de los cuestionarios Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) y Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) para la población española*. Tesis doctoral, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona.

- Pacheco-Huergo, V. (2007). *Validación de un cuestionario de percepción de enfermedad: Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) and Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)*. Proyecto financiado por el fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (FIS PI031649).
- Paniagua, F. A. (2000). Culture-bound syndromes, cultural variations, and psychopathology. A: Cuellar, I., Paniagua, F. (Eds.), *Handbook of Multicultural mental health* (pp. 142-167). Orlando: Academic Press.
- Pantzer, K., Rajmil, L., Tebé C., Codina, F., Serra-Sutton, V. Ferrer, M. et al. (2006). Health related quality of life in immigrants and native school aged adolescents in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 08, 60(8), 694-698.
- Pardo, J. L., Engel, S. i Agudo, S. (2006). Percepción de la salud en población inmigrante procedente de África subsahariana I. *Semergen* 32(10), 484-489. Recuperat de:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13095728&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=35&accion=L&origen=zonaelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v32n10a-13095728pdf001.pdf
- Parella, S. (2003). La inserción de la mujer inmigrante en los servicios de proximidad en Cataluña. *Revista Internacional de Sociología*, 36, 85-113. Recuperat de:
<file:///C:/Users/usuari/Downloads/315-567-2-PB.pdf>
- Park, Y. S. (2012). *A study of social injustice and forgiveness in the case of north Korean refugees*. Tesis Doctoral no publicada. Liberty University, Virginia.
- Parr, M. (2003). Group-Based Approaches to Training Non-Mental Health Professionals to Support Parent-Infant Relationships Signal. *Newsletter of the World Association for Infant Mental Health*, 11(3). Recuperat de:
http://www.waimh.org/Files/Signal/Signal_2003_11_3.pdf
- Parry, K. (1984). Concepts from Anthropology for Clinicians. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 64(6), 929-933.
- Patiño, C., Kirchner, T. (2010). Stress and psychopathology in Latin-American immigrants. The role of coping strategies. *Psychopathology*, 43(1), 17-24.
- Pavan, L., Fusco, E., Gambaro, F., Granà, S., Marini, M., Padoani, W., Piovan, C. i Semenzin, M. (2003). Open trial on crisis psychotherapy in Padova, Italy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(1), 37-46.
- Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum Journal*. 377, 50-58.
- Pérez, P. (2004). *Psicología y Psiquiatría Transcultural. Bases prácticas para la acción*. Bilbao: Desclee.
- Pérez, M. M., Baca, E., Quintero, J., Burguillo, F., Saiz, D., Lozano, M., Botillo, C., Díaz, M. i González de Rivera, J. L. (2005). Psychiatric care and immigration. Preliminary findings in a hospital in Madrid, Spain. *European Journal Psychiatry*, 19, 107-111.
- Perlman, J. i Waldinger, R. (1997). Second generation decline? Children of immigrants, past and present. A reconsideration. *International Migration Review*, 31, 1415-1430.

- Pernice, R., Trlin, A., Henderson, A. i North, N. (2000). Employment and mental health of three groups of immigrants to New Zealand. *New Zealand Journal of Psychology*, 29(1), 24-29.
- Pertíñez, J., Viladás, L., Clusa, T., Menacho, I., Nadal, S. i Muns, M. (2002). Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria*, 29(1), 6-13.
- Picardi, A., Fagnani, C, Nisticò, L. i Stazi, M. A. (2011). A Twin Study of Attachment Style in Young Adults. *Journal of Personality*, 79(5), 965-992.
- Ponizovsky, A., Ritsner, M. i Modai, I. (2000). Changes in psychological symptoms during the adjustment of recent immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 41(4), 289-294.
- Polanco-Roman, L. i Miranda, R. (2013). Culturally related stress, hopelessness and vulnerability to depressive symptoms and suicidal ideation in emerging adulthood. *Behaviour Therapy*, 44(1), 75-87.
- Polek, E., Oudenhoven, J. P. i Berge, J. M. F. (2008). Attachment styles and demographic factors as predictors of sociocultural and psychological adjustment of Eastern European immigrants in the Netherlands. *International Journal of Psychology*, 10;43(5), 919-928.
- Polek, E., Wöhrle, J. i van Oudenhoven, J. P. (2010). The role of attachment styles, perceived discrimination and cultural distance in adjustment of German and Eastern European immigrants in the Netherlands. *Cross-Cultural Research: The Journal of Comparative Social Science*, 44(1), 60-88.
- Porcel, M. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*, 14, 1-16.
- Portes, A. i Rumbaut, R. (2006). *Immigrant in America. A portrait*. California: University of California.
- Power, M., Bullinger, M., Harper, A. i WHOQOL Group (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: Test of the universality of quality of life in 15 different cultural groups world-wide. *Health Psychology*, 18(5), 495-505.
- Puerta, C., Domínguez, A. L., Miranda, M. D., Pedrero, E. i Pérez, M. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 10(2), 112-120.
- Puthooppambal, S., Bjerneld, M. i Källestål, C. (2015). Quality of life among immigrants in Swedish immigration detention centres: a cross-sectional questionnaire study. *Global Health Action*, 8. Recuperat de: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/28321>
- Quiceno, J. M. i Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*. 25, 56-83.
- Quiles, Y., Terol, M. C., Tirado, S. i Beléndez, M. (2007). Estructura factorial de la versión española del “cuestionario de percepción de enfermedad revisado” (IPQ-R) en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario y sus familiares. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 82.; 9-22.
- Quintanilla, M. A., Villas, E., Mabry, S., Calvo, D., Gracia-García, P., Argemí, M., Casanova, N., Latorre, J. I. i García-Gómez, M. A. (2009). Conductas suicidas en población inmigrante: Un enfoque cultural. *Psiquiatría.com*, 13(2). Recuperat de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/699/674/>

- Qureshi, A., Collazos, F., Sobradie, N., Eiroa-Orosa, F. J., Febrel, M., Revollo-Escudero, H. W., Andrés, E., Ramos, M., Roca, M., Cassas, M., Serrano-Blanco, A., Escobar, J. i García-Campayo, J. (2013). Epidemiology of psychiatric morbidity among migrants compared to native born population in Spain: A controlled study. *General Hospital Psychiatry, 35*(1), 93-99.
- Qureshi, A. i Eiroa-Orosa, F. J. (2013). Training for overcoming health disparities in mental health care: Interpretative-relational cultural competence. Barnow, S., Balkir, N. (Eds.), *Cultural variations in psychopathology: From research to practice* (pp. 248-269). Cambridge: Hogrefe Publishing.
- Rajan, A. i Rappaport, N. (2011). "When can I see you again?". The immigration experience, insecure attachment and psychotherapy. *Adolescent Psychiatry, 1*(1), 35-45.
- Reis, S. i Grenyer, B. (2004). Fear of intimacy in women. Relationship between attachment styles and depressive symptoms. *Journal of Psychopathology, 18*, 299-303.
- Retolaza, A. (2004). ¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. *Norte de Salud Mental, 19*, 49-57.
- Revollo, H.W., Qureshi, A., Collazos, F., Valero, S. i Casas, M. (2011). Acculturative stress as a risk factor of depression and anxiety in the Latin American immigrant population. *International Review of Psychiatry, 23*(1), 84-92.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Kurs, R. i Modai, I. (2000). Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *American Journal of Psychiatry, 153*(3), 385-392.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Nechamkin, Y., Modai, I. (2001). Gender differences in psychosocial risk psychological distress among immigrants. *Comprehensive psychiatry, Vol. 42* (2), pp. 151-160.
- Ritsner, M. i Ponizovsky, A. (2003). Age differences in stress process of recent immigrants. *Comprehensive Psychiatry, 44*(2), 135-141.
- Rivera, F. I. (2007). Contextualizing the experience of young latino adults: acculturation, social support and depression. *Journal of Immigrant and Minority Health, 9*(3), 237-244.
- Rivera-Heredia, M. E., Martínez-Servín, L. G. i Obregón-Velasco, N. (2013). Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes Michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud Mental, 36*(2), 115-122.
- Robles, J. I., Andreu, J. M. i Peña, M. E. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos españoles clínicos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 2*(1), 5-19.
- Rodríguez, E., Lanborena, N., Errami, M., Rodríguez, A., Pereda, C., Vallejo, G. i Moreno, G. (2009). Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco. *Gaceta sanitaria, 23*(1), 29-37.
- Rodríguez, E., Lanborena, N., Martín, U. i Bacigalupe, A. (2011). *Encuesta de salud en la población inmigrante en el País Vasco 2009. Población del Magreb, Senegal, Latinoamérica, China y Pakistán residiendo en Bizkaia*. IMSATE, Bilbao.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. A. i López Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema, 3*, 349-372.

- Romano, V., Fitzpatrick, M. i Janzen, J. (2008). The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and sessions exploration in psychotherapy. *Journal Counselling Psychology*, 55(4), 495-504.
- Romero Escobar, E. M. (1999). *Adult attachment in Guatemalan university students: Styles and dimensions*. Tesis doctoral no publicada. Universidad del Valle de Guatemala.
- Rosentock, I., Strecker, V. J. i Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 75-183. Recuperat de:
<http://sjmse-library.sch.ng/E-Books%20Phil/health%204.pdf>
- Roura, M., Domingo, A., Leyra-Moral, J. M. i Poll, R. (2015). Hispano-Americans in Europe: what do we know about their health status and determinants? A scoping review. *BMC Public Health*, 15, 472.
- Ruggeri, M., Warner, R., Bisoffi, G. i Fontecedro, L. (2001). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric. 3 years follow-up of treated prevalent cases. *British Journal of Psychiatry*, 184, 48-57.
- Ruggeri, M., Nosé, M., Bonetto, Ch., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Salvi, G., et al. (2005). Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 187, 121-130.
- Ruiz, M. C. (2012). Inmigración y salud psicosocial: creando puentes, formando redes. *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 13, 253-273.
- Rumbaut, R. G. (1985). *Mental Health and the Refugee Experience: A Comparative Study of Southeast Asian Refugees*. A: Owan, T. C. (Ed.), *Southeast Asian Mental Health: Treatment, Prevention, Services, Training and Research* (pp. 433-486). Rockville: National Institute of Mental Health.
- Rumbaut, R. G. i Weeks, J. R. (1996). Unraveling a public health enigma: why do immigrants experience superior health outcomes? *Research in the Sociology of Health Care*, 13(B), 337-391.
- Sabatier, C. i Berry, J. W. (1996). *Inmigración y aculturación*. A: Bourhis, R., Leyens, J. P. (Eds.), *Estereotipos, discriminación y relación entre grupos* (pp. 217-240). Madrid: McGraw-Hill.
- Saiz, D., Rodríguez, M., García, C., Prieto, R. i Saiz, J. (2009). Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: síntomas somáticos y calidad de vida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(3), 119-127.
- Salaberria, K., Sánchez, A. i De Corral, P. (2009). Eficacia de un programa de apoyo psicológico a mujeres inmigrantes: Un estudio de casos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 153-164.
- Salas-Wright, C. P., Vaughn, M. G., Clark, I. T., Terzis, L. D. i Córdova, D. (2014). Substance use disorders among first- and second- generation immigrant adults in the United States: evidence of an immigrant paradox?. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(6), 958-967. Recuperat de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211337/>
- Salinero, M. A. (2013). *Autopercepción de la salud, apoyo social y salud mental en Atención Primaria: diferencias entre población autóctona e inmigrante* (Tesi doctoral no publicada). Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.
- Salinero, M. A., Gómez, P., Bragado, C., Abánades, J. C., Jiménez, R, de Burgos, C, et al. (2015). HealthRelated Quality of Life of Latin-American Immigrants and Spanish-Born Attended in Spanish Primary Health Care: Socio-Demographic and Psychosocial Factors. *Plos One*. Recuperat de:

file:///C:/Users/usuari/Downloads/journal.pone.0122318.PDF

Salman, E., Carrasco, J. L., Liebowitz, M., Díaz, M., Prieto, R., Jusino, C., et al. (1997). Los «ataques de nervios»: un estudio de caracterización diagnóstica. *Actas Luso-Espñolas de Neurología y Psiquiatría*; 25, 285-289.

Salomé, F., Petitjean, F., Germain, C. i Demant, J. C. (2004). The subjective quality of life of patients of psychopathology and patients' expectations. A comparative study. *Encephale*, 30 (1), 60-68.

Sánchez, R. O. i Ledesma, R. D. (2009). Análisis psicométrico del inventario de síntomas revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, XVIII (3), 265-274.

Sánchez, G. i López, M.J. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Apuntes de psicología*, 26(3), 399-410.

Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. i Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicohema* 2008, 20(2), 290-296.

Santana, L. i Fontenelle, L. F. (2011). A review of studies concerning treatment adherence of patients with anxiety disorders. *Patient Preference and Adherence*, 5, 427-439. Recuperat de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3176182/pdf/ppa-5-427.pdf>

Santelices, M. P., Guzmán, M. i Garrido, L. (2011). Apego y psicopatología: estudio comparativo de los estilos de apego en adultos con y sin sintomatología ansioso-depresiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* XX, 49-55. Recuperat de: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921807004.pdf>

Santiago-Rivera, A. L., Arredondo, M. P. i Gallardo-Cooper, M. (2005). *Counseling Latinos and la familia: A practical guide*. Thousand Oaks, C. A.: Sage.

SAPPPIR (2012) *Memòria 2012*. Barcelona: Sant Pere Claver. Recuperat de:

<http://www.spccsalut.org/memoria2012/que-fem/sm-sapppir.php>

Saraga, M., Gholam-Rezaee, M. i Preisig, M. (2013). Symptoms, comorbidity and clinical course of depression in immigrants: Putting psychopathology in context. *Journal of Affective Disorders*, 15(12), 795-799.

Saravanan, B., Jacob, K. S., Johnson, S., Prince, M., Bhugra, D. i David, S.A. (2007). Belief models in first episode schizophrenia in South India. *Social Psychiatry Epidemiology*, 42(6), 446-451.

Sarisoy, G., Pazvantoğlu, O., Özturan, D. D., Ay, N. D., Yilman, T., Mor, S. Korkmaz, I. Z., Kaçar, O. F. i Gümüş, K. (2014). Defence styles and social adaptation during a depressive episode: bipolar depression vs. major depression. *Journal of Psychiatry*, 17, 492-497.

SATMI (2014). *Programa d'Atenció a la Salut Mental dels Immigrants*. Parc Sanitari de Sant Joan de Déu. En línia. Última consulta setembre 2015:

[http://www.pssjd.org/ca-es/xarxadeServeis/Areas/Paginas/Programa-Atenci%C3%B3-a-la-Salut-Mental-de-les-persones-Immigrades-\(SATMI\).aspx](http://www.pssjd.org/ca-es/xarxadeServeis/Areas/Paginas/Programa-Atenci%C3%B3-a-la-Salut-Mental-de-les-persones-Immigrades-(SATMI).aspx)

Sayed-Ahmad Beirutí, N. (2008). La inmigración en la encrucijada de la adaptación. *Norte de Salud Mental*, 32, 61-70.

Seguí, M. (2005). El inmigrante en la consulta del médico de cabecera. *SEMERGEN*, 31, 505-507.

- Selten, J. P., Slaets, J. P.J i Kahn, R. S. (1997). Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to the Netherlands: evidence of an increased incidence. *Psychological Medicine*, 27, 807-11.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, June 17, 1383-1392. Recuperat de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038162/pdf/brmedj03603-0003.pdf>
- Schaefer, C., Coyne, J. C. i Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal Behaviour Medicine*, 4(4), 381-406.
- Schalock, R. L. i Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schalock, R. L. i Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38(4), 21-36.
- Schalock, R. L., Bonham, G. S. i Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31(2), 181-190.
- Scharfe, E. i Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships*, 1(1), 23-43.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Strack, M. i Dinger, U., (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(2), 193-202. Recuperat de: http://www.uibk.ac.at/psychologie/mitarbeiter/buchheim/docs/therapist-attachment-representations_-influence-on-outcome.pd-kopie.pdf
- Shiroma, P. R. i Alarcon, R. D. (2011). Time for Healing Somatization Chronically Mentally Ill Immigrants. *Journal of Diversity*, 18 (1).
- Scholotz, W. i Philips, D. I. W. (2009). Fetal origins of mental health: Evidence and mechanisms. *Brain, Behavior and Immunity*, 23 (7), 905-916.
- Shmitt, D. P., Alcalay, L., Echegaray, M., Eremsoy, E., Euler, E., Arif, M.,, Braeckman, J., Moya, M., Weiss i P., Zupanèiè, A. (2004). Patterns and universals of adult attachment across 62 cultural regions. Are Models of Self and Others Pancultural Constructs? *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35(4), 367-402.
- Siddique, C. M., Aubry, T. D. i Mulhall, D. (1996). The burden of conditions not attributab le to mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1489-1491.
- Silveira, E.R.T. i Allebeck, P. (2002). Migration, ageing and mental health: an ethnographic study on perceptions of life satisfaction, anxiety and depression in older Somali men in east London. *International Journal of social welfare*, 10(4), 309-320.
- Singhammer, J. i Bancila, D. (2009). Associations between stressful events and self-reported mental health problems among non-western immigrants in Denmark. *Journal of Immigrant Minority Health*. Recuperat de: <http://www.springerlink.com/content/a6212lg78w55u466>
- Selten, J. P., Veen, N. D., Feller, W., Bloom, J. D., Schols, D., Camoieniè, W., Oolders, J., van der Velden, M., Hoek, H.

- W., Vladar Rivero, V. M., van der Graaf, Y. i Kahn, R. S. (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 178, 367-372.
- Selten, J.P., Van Os, J. i Nolen, W.A. (2003). First admissions for mood disorders in immigrants to the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 547-550.
- Sendra-Gutiérrez, J. M., Beltrán, P. F., Iribarren, M. i Aragón, L.V. (2011). Asistencia psiquiátrica ambulatoria en la población inmigrante de Segovia (2001-2008): estudio descriptivo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 173-182.
- Senba, E., Imbe, H. i Okamoto, K. (2008). Descending facilitation in chronic stress and chronic pain state. *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi*, 28, 29-35.
- Seyle, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.
- Shaver, P. R., Mikulincer, M. Alonso-Arbiol, I. i Lavy, S. (2010). Assessment of adult attachment across cultures: Conceptual and methodological considerations. In: Ng, K., editor. *Attachment: Expanding the cultural connections*. New York, NYUS: Routledge/Taylor & Francis Group, 89-108.
- Shah, P. E., Fonagy, P. i Stratharn, L. (2010). Is attachment transmitted across generations? The plot thickens. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 329-345.
- Shea, M., Yang, L. H. i Leong, F. T. (2010). Loss, psychosis and chronic suicidality in a Korean American immigrant man: Integration model and multicultural case conceptualization. *Asian American Journal of Psychology*, 1(3), 212-223. Recuperat de: <http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1037/a0020951>
- Shim, Y. R. i Schwartz, R.C. (2008). Degree of acculturation and adherence to Asian values as correlates of psychological distress among Korean immigrants. *Journal of Mental Health*, 17(6), 607-617.
- Shiroma, P. R. i Alarcon, R. D. (2011). Time for healing: somatization among chronically mentally ill immigrants. *Journal Cultural Diversity*, 18(1), 3-7.
- Sibcy, G. A. (2000). *Adult Attachment Styles and Psychopathology in a Clinical Sample* (Tesis doctoral no publicada). Liberty University, Lynchburg, Virginia.
- Silveira, E. R. T., i Allebeck, P. (2002). Migration, ageing and mental health: an ethnographic study on perceptions of life satisfaction, anxiety and depression in older Somali men in east London. *International Journal of social welfare*, 10(4), 309-320.
- Sirin, S., Gupta, T., Ryce, P., Katsiaficas, D., Suárez-Orozco, C. i Rogers-Sirin, L. (2013). Understanding the role of social support in trajectories of mental health symptoms for immigrant adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 34(5), 199-207.
- Sirvent, C. (2009). Fracaso, abandon y cumplimiento terapéutico. *Norte de Salud Mental*, 33, 51-58.
- Sitko, K., Bentall, R. Shevlin, M., O'Sullivan, N. i Sellwood, W. (2014). Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Psychiatry Research*, 217(3), 202-209.
- Skevington, S. M. (2001). Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life Research*, 11, 1354-144.

- Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A., i WHOQOL group (2004). The World Health Organization's WHO-QOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310.
- Sluzki, C. (1979). Migration and family conflict. *Family Process*, 18(4), 379-390.
- Smith, P. B. i Bond, M. H. (1998). *Social Psychology across cultures*. (2nd. edició) London: Prentice-Hall.
- Solé, C. (2000). Inmigración interior e inmigración exterior. *Papers*, 60, 211-224.
- Spinhoven, P. i Van Der, J. W.(1999). Conditions not attributable to a mental disorder in Dutch psychiatric outpatients. *Psychological Medicine*, 29, 213-220.
- Stimpson J. P., Eschbach, K. i Peek, M. K. (2007). Effect of immigrant status on risk of depressive symptoms associated with spouse's chronic conditions. *Journal of Immigrants and Minority Health*, 9(1), 29-34.
- Stompe, T. (2006). *Future directions of transcultural psychiatry*. WPA-TPS Conference. Vienna, 2006.
- Strauss, B., M., Mestel, R. i Kirschmann, H. A. (2011). Changes of attachment status among women with personality disorders undergoing inpatient treatment. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(4), 275-283.
- Sullivan, P. W., Nelson, J. B., Mulani, P. M. i Sleep, D. (2006). Quality of life as a potential predictor for morbidity and mortality in patients with metastatic hormone-refractory prostate cancer. *Quality Life Research*, 15(8), 1297-306.
- Sundquist, J., (2001). Migration, equality and access to health care services. *Journal of Epidemiological Community Health*, 55(10), 691-692.
- Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L. Allik, J., Anderson, D., Andrianto, S., et al., (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: results of the international body project I. *Society for Personality and Social Psychology*, 36(3), 309-325.
- Tang, S. S. i Fox, S. H. (2001). Traumatic experiences and the mental health of Senegalese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(8), 507-512.
- Tarakeshwar, N. (2013). APA handbook of psychology, religion and spirituality: Context, theory and research. A Paragament, K. I. (Eds), Exline, J. J. (Eds), Jones, J. W., *APA handbook of psychology, religion and spirituality* (Vol 1, pp. 653-664). Washington, DC: American Psychological Association, XXVII.
- Tarricone, I, Braca, M., Allegri, F., Barrasso, G., Bellomo, A., Berlincioni, V. Carpiniello, B., Ceregato, A., Conforti Donati, M. Defilippi, S., Del Vecchio, V., De Rosa, C., Ferrannini, L., Ferrari, S., Furio, M., Gramaglia, C. La Cascia, C., Luciano, M. Mulè, A., Nardini, M. Podavini, F., Primavera, D., Reggianini, C., Rigatelli, M. Todarello, O., Turella, E., Ventriglio, A., Zeppegno, P., Fiorillo, A. i Berardi, D. (2014). First-episode psychosis and migration in Italy (PEP-Ita migration): A study in the Italian mental health services. *BMC Psychiatry*, 14(186).
- Teal, C. R i Stret, R. L. (2008). Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: A review and model. *Social Science and Medicine*, XXX, 1-11. Recuperat de:
<http://www.houston.va.gov/docs/research/Teal.pdf>
- Thakker, J. i Ward, T. (1998). Culture and classification: The cross-cultural application of the DSM- IV. *Clinical Psychology Review*, 18, 501-529.

- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health Social Behaviour*, 23(2), 145-159.
- Thompson, M. i Crul, M. (2007). The second generation in Europe and the United States: how is the transatlantic debate relevant for further research on the European second generation?. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 33, 1025-1041.
- Tinghög, P. i Carstensen, J. (2010). Cross-Cultural Equivalence of HSCL-25 and WHO (ten) Wellbeing Index: Findings From a Population-Based Survey of Immigrants and Non-Immigrants in Sweden. *Community Mental Health Journal*, 46(1), 65-67.
- Tizón, J. L., Salamero, M., Pellegrero, N., San-José, J., et al. (1992). Migraciones y salud mental: una revisión empíricadel tema desde una población asistencialmente delimitada. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática*, 13(4), 37-55.
- Tizón, J. L., Salamero, M., Pellegrero, N., Sáinz, F. Atxotegui, J., San José, J. i Díaz-Munguira, J. M. (1993). *Migraciones y salud mental: Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada en Catalunya*. Barcelona: PPU.
- Tomás-Sábado, J., Qureshi, A., Antonin, M. i Collazos, F., (2007). Construction and Preliminary Validation of the Barcelona Immigration Stress Scale. *Psychological Reports*, 100, 1013-1023.
- Torres, L., i Rollock, D. (2007). Acculturation and depression among hispanics: The moderating effect of intercultural competence. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(1), 10-17.
- Tribalat, M. (1996). *De l'immigration à l'assimilation*. París.
- Trimble, J. E. (2002). Introduction: social change and acculturation. En, K.M. Chun, P.B. Organista, y G. Marín (Eds.), *Advances in theory, measurement, and applied research* (pp.3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Turk, D. C., Rudy, T. E. i Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(5), 453-474.
- George, U. Thomson, M. S., Chaze, F. i Guruge, S. (2015). Immigrant Mental Health, A Public Health Issue: Looking Back and Moving Forward. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 13624-13648.
- Utsey, S.O. i Payne, Y.A. (2000). Differential psychological and emotional impacts of face-related stress. *Journal of African American men*. 5, 56-72.
- Valderas, J. M., Ferrer, M., Mendivil, J., Garin, O., Rajmil, L.,..... i Hardman, M. (2008). Development of EMPRO: A Tool for the Standardized Assessment of Patient-Reported Outcome Measures. *Value Health*, 11(4), 700-708.
- Valiente, R. M., Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A. i González de Rivera, J. L. (1996). Sucesos vitales mayores y estrés: efectos psicopatológicos asociados al cambio por migración. *Psiquis, Vol. 17(5)*, pp. 211-230.
- Van der Hofstadt, C. i Rodríguez-Marín, J. (1997). Adaptación de un cuestionario para la medida de la representación de la enfermedad. *Psicothema*, 9(2), 237-245.
- Van Ijzendoorn, M. H. i Bakermans-Kranenburg, M. (2010). Invariance of adult attachment across gender, age, culture, and socioeconomic status? *Journal of Social and Personal Relationships*, 03; 27(2), 200-208.
- Vega, W. A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R. i Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime

prevalence of *DSM-III-R* psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California.

Archives of General Psychiatry, 55(9), 771-778.

Veling, W., Selten, J. P., Veen, N., Laan, W., Blom, J. D. i Hoek, H. W. (2006). Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: A four-year first-contact study. *Schizophrenia research*, 86, 189-193.

Verdugo, M. A. i Sabeh, E. (2002). Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, 14, 86-91.

Verdugo, M. A., Jenaro, C. i Schalock, R. L. (2006). Estudio transcultural de la calidad de vida. A: M. A. Verdugo (Ed.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 251-270). Salamanca: Amarú.

Verhagen, I., Ros, W., Steunenbergh, B. i de Wit, N. (2014). Ethnicity does not account for differences in the health related quality of life of Turkish, Moroccan, and Moluccan elderly in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 138.

Vicente, A. i Berdullas, S. (2007). Radiografía de la salud mental en España. ¿Qué posición ocupamos en Europa?. *InfoCOP*. Recuperat de: <https://www.cop.es/infocop/pdf/1641.pdf>

Walitzer, K. S., Dermen, k. H. i Connors, G. J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment. *A review Behaviour Modification*, 23(1), 129-151.

Wang, C. D. C. i Mallinckrodt, B. S. (2006). Differences between Taiwanese and U.S. cultural beliefs about ideal adult attachment. *Journal of Counseling Psychology*, 04; 53(2), 192-204.

Wang, C. D. C. i Song, Y. S. (2010). Adult attachment reconceptualized: A Chinese perspective. In: Ng, K. editor. *Attachment: Expanding the cultural connections*, (pp. 15-33). New York, NYUS: Routledge/Taylor & Francis Group.

Ward, C. i Kennedy, A. (1999). The measurement of sociocultural adaptation. *International Journal of Intercultural Relations*, 23(4), 659-677.

Ward, C. A. (2001). *The psychology of culture shock*. Hove, UK: Routledge.

Ware, J. E. Jr, Gandek, B., Kosinski M, et al. (1988) The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1167-70.

Waters, E., Hamilton, C. E. i Weinfield, N. S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early childhood. *Child Development*, 71(3), 678-683.

Weiss, J.M. (1972). Psychological factors in stress and disease. *Scientific American*, 226, 104-113.

Westen, D., Nakash, O., Thomas, C. i Bradley, R. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1065-1085.

Westermeyer J. (1989). *Mental Health for Refugees and Other Migrants: Social and Preventive Approaches*. Springfield: Chas. C. Thomas Publishers.

WHOQOL group (1995). The World of life assessment (WHOQOL). *Position Paper from the World Health Organization*. *Social Science Medicine*, 41(10), 1403-1409.

WHOQOL group (1997). Measuring Quality of Life. The World Health Organization Quality of Life Instruments (The WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF). *Division of mental health and prevention of substance abuse: World Health Organization (WHO)*. Recuperat de:

http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Widiger, T. A., Huprich, S. i Clarkin, J. (2011). Proposals for DSM-5: Introduction to special section of Journal of Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 135.

Wiltgen, A. Adler, H. Smith, R. Rufino, K. Frazier, C., Shepard, Ch., Booker, K., Simmons, D., Richardson, L. Allen, J. G. i Fowler, J. Ch. (2015). Attachment insecurity and obsessive-compulsive personality disorder among inpatients with serious mental illness. *Journal of Affective Disorders*, 174, 411-415.

Windle, C., Thompson, J. W., Goldman, H. H. et al. (1988). Treatment of patients with no diagnosable mental disorders in CHMCs. *Hospital Community Psychiatry*, 39, 753-758.

Wolf, K. M. (2014). Somali immigrant perceptions of mental health and illness: An ethonouring study. *The Sciences and Engineering*, 75(3-B(E)).

World Health Organization (1951). *Annual Report of the Director-General to the World Health Assembly and the United Nations*. Officials Records of the World Health Organization. Geneve. Recuperat de:

https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/85609/1/Official_record30_eng.pdf

World Health Organization (1973). *The International Pilot Study of Schizophrenia*. Geneve, World Health Organization.

World Health Organization (1996). WHOQOL-Bref. Introduction, Administration, Scoring and Generic version of the Assessment. *Programme of mental health*. Geneve, World Health Organization. Recuperat de:

http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

World Health Organization (2000). Gender disparities in mental health. *Department of mental health and substance dependence. World Health Organization*. Recuperat de:

http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf

World Health Organization (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

World Health Organization (2002). Final Report. Department of Mental Health and Substance Dependence: Geneve. Recuperat de: http://www.who.int/mental_health/media/en/400.pdf

World Health Organization (2006). Mental Health System in Morocco. *A report of the assessment of the mental health system in Morocco using the World Health Organization-Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*. Rabat, WHO and Ministry of Health Morocco. Recuperat de:

http://www.who.int/mental_health/evidence/morocco_who_aims_report.pdf

World Health Organization (2015). *Mental Health Atlas 2014*. World Health Organization: Geneve.

Xu, L. i Chi, I. (2013). Acculturative stress and depressive symptoms among Asian immigrants in the United States:

- The roles of social support and negative interaction. *Asian American Journal of Psychology*, 4(3), 217-226.
- Yalçinkaya, A. Rapoza, K. i Malley-Morrison, K. (2010). Adult attachment in cross-cultural and international research: Universality issues. In: Ng, K., editor. *Attachment: Expanding the cultural connexions*, (pp. 197-209). New York, NYUS: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Yang, L. H. i Wonpat-Borja, A. J. (2012). Causal beliefs and effects upon mental illness identification among Chinese immigrant relatives of individuals with psychosis. *Community Mental Health Journal*, 48(4), 471-476.
- Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Yárnóz, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M. i Sainz de Murieta, L. M. (2001). Apego en adultos y percepción en los otros. *Anales de psicología*. 17(2), 159-170.
- Yárnóz, S. i Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, 8(2), 67-85.
- Yoon, E., Lee, R. M. i Goh, M. (2008) Acculturation, social connectedness, and subjective well-being. *Cultural Diversity Ethnic Minority Psychology*, 14(3), 246-55.
- Young, M.Y. (2001). Moderators of stress in Salvadoran refugees: the role of social and personal resources. *International Migration Review*, 3 (3), 840-869.
- Zandi, T. (2013). Possible misclassification of psychotic symptoms among Moroccan immigrants in the Netherlands. In Barnow, S., Balkir, N. (Eds.). *Cultural variations in psychopathology: From research to practice* (pp. 219-229). Cambridge: Hogrefe Publishing.
- Zarza, M. J. i Sobrino Prados, M. I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos vs España: Una revisión bibliográfica. *Anales de psicología*, 23(1), 2-84.
- Zastrow, A., Faude, V., Seyboth, F., Niehoff, D., Herzog, W. i Löwe, B. (2007). Risk factors of symptom underestimation by physicians. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(5), 543-551.
- Zheng, L., Chai, H., Chen, W., Yu, R., He, W., Jiang, Z. i Wang, W. (2011). Recognition of facial emotion and perceived parental bonding styles in healthy volunteers and personality disorder patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(7), 648-654.
- Zilber, N., Lerner, Y., Eidelman, R. i Kertes, J. (2001). Depression and anxiety disorders among Jews from the former Soviet Union five years after their immigration to Israel. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(10), 993-999.
- Zolkowska, K., Cantor-Graae, E. i McNeil, T. F. (2001). Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis?. *Psychological Medicine*, 31(4) 669-678.
- Zubieta, E., Fernández, I., Vergara, A. I., Páez, D., Candia, L. i Martínez, M. D. (1998). Cultura y emoción en América. *Boletín de Psicología*, 61, 65-89.

ANNEX I: Certificat del Comitè Ètic d'Investigació Clínica



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Dr. Jaume Plana, com a Secretari del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la FUNDACIÓ UNIO CATALANA HOSPITALS

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la seva reunió del dimarts, 28 de juliol, ha avaluat:

La proposta d'Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa, per que es realitzi l'estudi que porta per títol: "Qualitat de vida, afeccionament i creences de malaltia del pacient immigrant de la Catalunya central. Juny 2011." CEIC 11/54, i considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d'idoneïtat del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i que estan justificats els riscos i les molèsties previsibles per al subjecte.

La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són apropiats per portar a terme l'estudi.

Són adequats tant el procediment per obtenir el consentiment informat com la compensació prevista per als subjectes per danys que es puguin derivar de la seva participació a l'estudi.

Que aquest comitè accepta que aquest estudi es dugui a terme al centre Xarxa Assistencial de Manresa amb la Marta Figueras com investigadora principal.

I que l'investigador principal no ha estat present en les deliberacions i aprovació d'aquest estudi.

MEMBRES DEL CEIC DE LA FUNDACIÓ UNIO CATALANA D'HOSPITALS

Dra. Imma Guasch Jordan	President	Metge
Dr. Jaume Plana Rodríguez	Secretari	Metge
Dr. Andreu Fenellosa	Vocal	Metge
Dr. Miquel Nolla Salas	Vocal	Metge
Dra. Rosa Morros Pedrós	Vocal	Farmacòloga Clínica
Dr. Jaume Trapé Pujol	Vocal	Farmacèutic
Dra. Maria Immaculada Torre	Vocal	Farmacèutica
Dra. Concha Antolin	Vocal	Farmacèutica
Sra. Elisabet Juan Badia	Vocal	Infermera
Sra. Judith Noguera	Vocal	Infermera
Sr. Joan Pi Comellas	Vocal	Psicòleg
Sr. Josep M Bosch Vidal	Vocal	Advocat
Sra. Vanessa Massó Marigot	Vocal	C. Empresarials

Barcelona, 28 de juliol de 2011



Dr. Jaume Plana
Secretari del CEIC

ANNEX II: Consentiment informat pacient

Consentimiento Informado del paciente para participar en el estudio

“Calidad de vida, creencias sobre enfermedad y apego del paciente inmigrante de la Cataluña Central”

El Sr./Sra. *(nombre y apellidos)*accedo a participar en la investigación **“Calidad de vida, creencias sobre enfermedad y apego del paciente inmigrante de la Cataluña Central”**

y declaro que:

1. He recibido y comprendido la información sobre el estudio en el que me proponen participar.
2. He recibido una hoja informativa que explica las características del estudio.
3. He sido informado de los objetivos y de los beneficios derivados de la participación.
4. Soy consciente de que la participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo desee sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

De conformidad con lo que establece la L.O. 15/1999, de 13 Diciembre y de Protección de Datos de Carácter Personal (artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2005), declaro haber sido informado:

1. De la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.
2. De la identidad y dirección del responsable del fichero de datos.
3. De la disponibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y oposición dirigiéndome por escrito al titular del fichero de datos.

Y consiento que los datos clínicos referentes a mi enfermedad sean almacenados en un fichero automatizado, cuya información podrá ser manejada exclusivamente para fines científicos y referentes a este estudio.

Y he expresado estar de acuerdo en participar en el estudio.

(Firma del paciente)

(Firma del investigador)

A. _____, de _____ 2011

ANNEX III: Entrevista semiestructurada

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES I CLÍNIIQUES

Fecha de nacimiento _____
Edad _____
Viene acompañado a la entrevista _____

Datos sociodemográficos

1. País de Origen _____
2. País de origen de los padres _____
3. Años que lleva en España _____
4. Años que lleva en la CA _____
5. Nacionalidad _____
6. Sexo _____

7. Documentación: Permiso residencia y trabajo Permiso residencia Permiso(s) en
trámite Pasaporte
 Nacionalidad española Nacionalidad EU
 Tarjeta sanitaria Sin ninguna documentación
 Solicitante de asilo
 Otros. Especificar _____

8. Idioma(s) materno(s): _____

9. Entiende el español (*criterio del investigador*)

1	2	3	4
Nada	Algo	Bastante	Mucho

10. Habla el español (*criterio del investigador*)

1	2	3	4
Nada	Algo	Bastante	Mucho

12. Herencia o Tradición Religiosa:

- 1- Musulmana Sunita
- 2- Musulmana Chfita
- 3- Cristiana Católica
- 4- Cristiana Ortodoxa
- 5- Cristiana Protestante, Evnagélica, Metodista, otros...
- 6- Budista, Hinduista u otras orientales (no musulmanas)
- 7- Animista, creencias/ritos africanos
- 8- Ateo/a
- 9- Otras _____
- 10- NS/NC

13. ¿ Es usted practicante de su religión?

- 0) No
1) Si

14.Red social (Familiares/amigos/asociaciones con los que puede contar)

- 0) nada
- 1) poco
- 2) regular
- 3) bastante
- 4) mucho

15.Estado civil

- 1-soltero
- 2-casado
- 3-viviendo en pareja
- 4-separado-divorciado
- 5-viudo
- 6-Otros
- 9-NS/NC

16.Estudios

- 1- Analfabeto
- 2- Primarios (hasta 12 años)
- 3- Secundarios (de 12 a 16 años)
- 4- Bachillerato (16 a 18 años)
- 5- Formación Profesional
- 6- Universitarios
- Completados 0) No 1) Si
- 9- NS/NC

17.Cambio en el estatus socioeconómico con la migración: *(aquí respecto allí, opinión del paciente)*

- 1. igual
- 2. mejor
- 3. peor
- 4. desde los años 2008-2010 peor

18.¿ Esta Trabajando?

NO

- 0) Ama de Casa
- 1) Desempleo
- 2) Baja Laboral
- 3) Pensionista

SI

- 0) Con Contrato
- 1) Sin Contrato
- 2) Autónomo

19. Nivel de rentas en base a SMI
(Salario Mínimo Interprofesional-550€/mes)

- 0) Sin ingresos
- 1) < 550 euros/mes
- 2) Entre 550-1100 euros/mes
- 3) >1100 euros/mes

20.En las condiciones económicas en que vive actualmente, ¿Están sus necesidades cubiertas?:

- 1) Ninguna
- 2) Algunas
- 3) Bastantes
- 4)Todas

21. Orientación diagnóstica

22. Ha acudido a terapeutas tradicionales sí no

23. Nivel asistencial

Hospitalización Aguda

Hospitalización Parcial

Rehabilitación

Ambulatoria

24. Importancia de la cultura en esta entrevista (*según investigador*)

1 2 3 4
Nada Algo Bastante Mucho

