

Trabajo Fin de Grado



Análisis comparativo del trastorno de ansiedad en una muestra de autóctonos e inmigrantes residentes en España

Autora
Olaya Quílez Félez

Director
Santiago Gascón Santos

Universidad de Zaragoza (Campus de Teruel)

Facultad de Ciencias sociales y Humanas

Grado en Psicología

2014

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Método	8
<i>Participantes.....</i>	9
<i>Instrumentos.....</i>	10
<i>Procedimiento.....</i>	10
<i>Análisis Estadístico.....</i>	10
Resultados	11
Discusión.....	16
Referencias	20

Resumen

El objetivo de este trabajo fue explorar la relación entre el trastorno de ansiedad y diferentes variables (sexo, tiempo de estancia en España, situación laboral, estado civil, reagrupación familiar, provincia y etnia), con la finalidad de conocer la posible existencia de diferencias entre personas autóctonas e inmigrantes, en una muestra de 3008 sujetos (N= 3008).

Diferentes estudios muestran que la situación estresante que supone la inmigración está en relación con la sintomatología ansiosa y depresiva que padecen los inmigrantes al llegar al país receptor (Hove y Magala, 2000). Además, existen múltiples variables que intervienen en esta situación como son: el apoyo social, la situación laboral, el tiempo de residencia en el país receptor, entre otras.

Los resultados no mostraron diferencias entre autóctonos e inmigrantes; no obstante, entre los diferentes grupos étnicos, así como, entre otras variables (apoyo social, tiempo en España, estado laboral, comunidad de residencia y tener una propiedad), sí que se dieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la prevalencia de trastorno de ansiedad.

Palabras clave: inmigración, ansiedad, apoyo social, trabajo, tiempo en España, autóctonos.

Abstract

The aim of this study was to explore the relationship between anxiety disorders with different variables (sex, month stay in Spain, state labor, marital status, family reunification, province and ethnicity), in order to know the existence of differences between native people and immigrants, in a sample of 3008 subjects (N=3008).

Different studies show that stressful situation caused by immigration is in relation to anxiety and depression symptomatology suffered by immigrants, upon arrival at the host country (Hove and Magala, 2000). In addition, there are many influencing variables in this situation: social support, employment status, residence time in the host country, etc. among others.

The results didn't show differences between natives and immigrants. However, there were statistically significant differences between different ethnic groups and other variables (social support, employment status, residence time in Spain, community and property) in the prevalence of anxiety disorder.

Keywords: immigration, anxiety, social support, work, time in Spain, native.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2013 definió la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo reconoce sus capacidades, puede superar los acontecimientos normales de la vida, trabaja de manera productiva y realiza contribuciones a su comunidad.

La salud mental y la prevalencia de las enfermedades mentales están muy relacionadas con las condiciones sociales, económicas y culturales. Por tanto, el incremento en la diversidad étnica y cultural, así como, el aumento en las tasas de migración está afectando en lo referido a la práctica psiquiátrica y los servicios de salud mental (Okasha, 2005).

Por inmigración se entiende a la movilidad geográfica de las personas que se desplazan, ya sea, de forma individual en pequeños grupos, o en grandes masas, suponiendo el abandono del lugar de residencia habitual para instalarse en otro diferente. Esto puede considerarse un problema de primer orden, ya que la inmigración en España ha ido en aumento en las últimas décadas, con los consiguientes problemas de adaptación que suponen, tanto para los inmigrantes, como para los autóctonos (Pertíñez, et al., 2002). Desde 1990 a 2005, un 89% de inmigrantes han ido hacia países desarrollados (Europa y América del Norte), entre los que se encuentra España, representando un 11% de estos datos (el segundo país del mundo tras Estados Unidos), en promedio anual de inmigrantes acogidos durante el periodo 2000-2005 (Tezanos, 2007). El Instituto Nacional de Estadística señala que desde mediados de los años 90 ha aumentado esta entrada de inmigrantes, sobre todo, en Cataluña que acogía a un 21,52% del total de inmigrantes en 2007.

El fenómeno migratorio supone poner en contacto a miembros de al menos, dos culturas diferentes, lo cual supone cambios en la propia persona, así como, en los grupos que se ponen en contacto (Moya y Puertas, 2008). Muchas de las interacciones, entre ambos grupos (inmigrantes y autóctonos), ocasionan ansiedad e incomodidad (Quiles, et al., 2006) ya que lo desconocido o extraño conlleva sentimientos de amenaza (Brewer y Miler, 1996). Los inmigrantes representan un colectivo heterogéneo, tanto, en relación a los patrones epidemiológicos de sus países de origen, como a su cultura y conocimiento del idioma, su nivel de educación/formación, edad, motivo de entrada, etc. (INE, 2007).

En definitiva, la inmigración representa un cambio drástico en la vida de la persona para su readaptación completa, lo que puede acarrear un proceso con altos niveles de estrés, llegando a superar la capacidad de adaptación de algunas de estas personas. García-Campayo y Sanz (2002) señalan que los problemas más frecuentes que se presentan en la población inmigrante son el trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión y somatizaciones.

La ansiedad y, en concreto, el trastorno de ansiedad generalizada puede encontrarse en muchos inmigrantes al llegar al país receptor. Según el DSM-IV-TR se entiende el trastorno de ansiedad generalizada como:

“Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses, causando un malestar clínicamente significativo.

La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):

1. *Inquietud o impaciencia.*
2. *Fatigabilidad fácil.*
3. *Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.*
4. *Irritabilidad.*
5. *Tensión muscular.*
6. *Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)”.*

Achotegui (2002) hace referencia al denominado *Síndrome de Ulises*, el cual constituye un cuadro clínico que presenta entre otros: depresión, síntomas relativos a la confusión, somatizaciones y ansiedad. Rozo (2008) también señala que, en los inmigrantes se pueden observar síntomas de tipo nervioso, tensión, preocupaciones excesivas y recurrentes, irritabilidad e insomnio, debido a esta situación negativa.

En este proceso de adaptación a la nueva cultura y sociedad se han detectado diversos factores de riesgo y protectores de la salud como la distancia cultural, la mayor edad, nivel de instrucción, escasez de redes de apoyo, etc. (Salaberría, de Corral, Sánchez y Larrea, 2008). Algunos de los estresores, más destacados, en esta situación son:

Soledad: muchos de ellos llegan a España sin su familia y ningún tipo de apoyo social.

Duelo por el fracaso migratorio: según el Consejo Económico y Social, sobre inmigración en el año 2004, el principal motivo por el que los inmigrantes deciden abandonar su país de origen es económico, buscando en España unas mejores condiciones de vida. Pero, muchos de ellos, al llegar al país se encuentran con una situación diferente a la esperada, sintiéndose fracasados y engañados.

Lucha por la supervivencia: muchos de los inmigrantes, tienen que luchar por conseguir una vivienda y poder alimentarse. Este estresor es especialmente relevante en algunos de los subgrupos de inmigración, como los procedentes de África, que llegan a España en condiciones nefastas y sin ningún recurso.

Miedo: por los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio, pero también, el temor a sufrir abusos o ser expulsados.

Estas variables están presentes en mayor o menor medida, en todos los casos de inmigración, no obstante, las reacciones de la población inmigrante y receptora, varían en función de su cultura. Los problemas actuales de integración, se consideran a la luz de una doble óptica; por un lado, como un proceso que en bastantes casos, resulta fallido desde la perspectiva de acogida y, por otro, como algo que viene dificultado por conflictos étnico-culturales (Tezanos, 2007).

En cualquier caso, aunque la adaptación difiera de una cultura a otra, casi todos ellos, vienen motivados por una causa económica, en busca de mejores oportunidades de vida (Díez, 2005). Sin embargo, en los últimos cinco años, debido a la crisis, gran parte de los inmigrantes que vinieron atraídos por un trabajo, ahora se encuentran en desempleo, lo que ocasiona una situación de incertidumbre e inquietud, aumentando los síntomas ansiosos.

Deben luchar por sobrevivir, pero muchos de ellos no pueden acceder a una vivienda digna, ni a una buena alimentación, puesto que no disponen de los recursos necesarios. Entre estos recursos se encuentra el trabajo, en el cual suelen sufrir discriminación y dificultades para su acceso o condiciones laborales optimas. Esta área se convierte en una fuente potencial de estrés entre los inmigrantes, siendo la situación más crítica la ausencia de empleo y la necesidad de encontrarlo (García, Martínez y Martínez, 2005). Parella (2005) muestra cómo a la hora de reclutar, los empresarios lo hacen en función de los estereotipos y prejuicios que tienen que ver con el género y la etnia, por lo que se contraponen los grupos de autóctonos e inmigrantes a la vez que se discrimina, doblemente, a las mujeres inmigrantes.

El trabajo se convierte en un recurso vital por el que compiten inmigrantes y autóctonos (Moya y Puertas, 2008) en la situación actual, donde existen elevadas tasas de paro y de precariedad laboral en el conjunto de la población, con gran cantidad de personas al límite de la pobreza. No obstante, el hecho de disponer de trabajo no garantiza alcanzar los objetivos del proyecto migratorio ni la integración social en el nuevo país (García, et al., 2005). Esta situación lleva consigo consecuencias psicosociales, que pueden observarse en sintomatología psicopatológica entre las que podríamos encontrar el aumento de la ansiedad. Navarro y Rodríguez (2003) señalan que la situación sociocultural del inmigrante puede afectar a su estado de salud y ser una probable causa de alteraciones psicológicas y somatizaciones.

Además, las actitudes de las personas del país de acogida, también influyen en la adaptación de los inmigrantes. España se caracteriza por tener actitudes negativas hacia la inmigración, pero todavía más por la situación de crisis económica. Díez (2005), resume las actitudes hacia la inmigración con el “índice de xenofobia”, el cual varía entre 0 y 14 puntos.

En 2003, mostró que alrededor del 60% de la población española mayor de 18 años no es nada o poco xenófoba, pero una tercera parte muestra algún grado de racismo y un 8% un gran índice de éste. Otras investigaciones, también muestran que el porcentaje de personas que cree que la inmigración tiene consecuencias positivas es menor que el porcentaje de personas que cree que ésta tiene consecuencias negativa (Díez y Ramírez, 2001). Además, el grupo de edad que más negativamente ve la inmigración (en un 42,3%) es el más joven, entre 15-19 años (Moya y Puertas, 2008). En esta situación de choque entre culturas, los inmigrantes deben tomar la decisión de integrarse o no en el país de acogida, así como, por parte del país, acoger o no a estos inmigrantes. No todos los subgrupos de inmigración presentan el mismo grado de integración al llegar al país de origen. Zlobina, Basabe y Páez (2004), muestran que los grupos más distantes culturalmente de la sociedad española son: África subsahariana, Magreb, Latinoamérica y Europa del Este.

Algunas razones de este distanciamiento son claras: la lengua y la religión; en cambio, en el caso de Latinoamérica a pesar de compartir lengua y características culturales, el distanciamiento cultural es más grande de lo que cabría esperar (Rozo, 2008). En relación a estos factores, puede intuirse que las etnias con mayor distanciamiento tendrán mayor nivel de ansiedad que el resto. Sánchez y López (2008) muestran que los inmigrantes de nacionalidad marroquí padecen un nivel de ansiedad-estado (52,9%) ligeramente mayor que los inmigrantes latinoamericanos (42,3%).

No obstante, la situación estresante de inmigración puede ser amortiguada, tal y como señala Hernández, Pozo y Alonso (2004) por el apoyo social, el cual protege al individuo de los efectos negativos de ésta. En los inmigrantes el sistema de apoyo social lo configuran aquellos vínculos personales, a los que acuden para obtener ayuda en sus necesidades (García, et al., 2005). No obstante, en la actualidad, existen algunas investigaciones, que señalan inconsistencias en este efecto amortiguador del apoyo social. Barrera (1986) señala que, en situaciones de alto estrés (como la que nos ocupa), los efectos protectores del apoyo social, disminuyen. Es decir, la acción protectora del apoyo social se ve disminuida cuando la situación tiene un gran impacto estresante.

Por tanto, aunque por lo general se muestra una relación clara entre el apoyo social y el efecto amortiguador del estrés y muchas investigaciones confirman su función protectora, algunos autores señalan, que cuando el estrés es elevado y continuado, no se puede observar este efecto (Ritsner, Modai y Ponizovsky, 2000). En relación con todos estos factores, cuanto mayor sea el tiempo de estancia en el país receptor, el inmigrante estará más adaptado a su entorno, con mayor apoyo social, menos estresores y, por tanto, la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada será menor.

En algunos estudios destacan que los inmigrantes, que puntúan alto en ansiedad llevan menos de dos años en el país de origen, mientras que aquellos que llevan más tiempo (más de tres o cuatro años), presentan menor nivel de ansiedad (Navarro y Rodríguez, 2003). García-Gómez y Oliva, (2009) señalan que las diferencias en el estado de salud entre población autóctona e inmigrante, disminuyen a medida que aumenta el tiempo de residencia en el país receptor. Por último, otras investigaciones muestran cómo el nivel de ansiedad es mayor cuanto mayor es la percepción de diferencias entre el endogrupo y exogrupo, aunque estos grupos nunca hayan interactuado, ya que asumen que existen diferencias entre ellos (Quiles, et al., 2006). Estos resultados son coincidentes con los resultados que muestran que a mayor tiempo de residencia en el país receptor, menores son los síntomas de ansiedad mostrados, ya que posiblemente, a mayor tiempo de contacto entre ambos grupos, menor es la diferencia percibida entre estos.

En definitiva, la migración se trata de un suceso vital impactante, suponiendo un riesgo para la salud física y psicológica. Puede entenderse como un duelo por la pérdida de la lengua, cultura, familia, estatus social, etc. y en ella destacan diferentes variables que influyen en un resultado más o menos exitoso y, por tanto, en la presencia de trastornos mentales (Pertíñez, et al., 2002).

El objetivo de este estudio trata de poner a prueba las siguientes hipótesis planteadas:

1. El trastorno de ansiedad generalizada será más prevalente en población inmigrante que autóctona, puesto que comparando la situación de ambos grupos, las variables que acompañan a la situación migratoria configuran una realidad más estresante.
2. Variables como el desempleo, falta de apoyo social (medido a través del reagrupación familiar y estado civil) y ausencia de hogar, incrementarán el impacto de estrés, lo que incidirá negativamente, aumentando la prevalencia del trastorno de ansiedad.
3. Existirá una relación entre tiempo de estancia en España y la presencia de trastorno de ansiedad. Siendo menor la prevalencia de trastorno de ansiedad, en los inmigrantes con mayor tiempo de estancia en España.

Método

Participantes

En el presente estudio se trabajó con una base de datos procedente de una investigación multicéntrica, observacional y transversal llevada a cabo en los centros de atención primaria, de Aragón y Cataluña. El estudio total contó con un total de 3008 sujetos (N=3008), que se reclutaron entre enero de 2006 y diciembre de 2007, mediante entrevistas.

Para seleccionar la muestra, se invitó a participar a los sujetos que cumplían los criterios de inclusión, hasta que el número requerido estratificado por grupos étnicos, género y edad se cumplió. Los criterios requeridos para participar en dicho estudio fueron: ser mayor de 18 años, tener al menos un mínimo nivel de comprensión del español, haber nacido fuera de España y ser de alguna de las siguientes zonas: América, Norte de África, el sur del Sahara, Europa del Este y Asia, en el caso de los inmigrantes. En el caso de los españoles: además de ser mayor de 18 años, poseer la nacionalidad española y no pertenecer a la etnia gitana.

Finalmente, se contó con una muestra de 1504 inmigrantes, de Aragón (N=695) y de Cataluña (N=809). La composición de esta muestra fue de: 236 magrebíes, 207 europeos del este, 234 subsaharianos, 614 latino-americanos y 213 asiáticos, en el caso de los extranjeros, los cuales llevaban una media de 44,15 meses de estancia en España, desde su llegada. El resto de sujetos de la muestra (1504), fueron españoles.

Esta muestra de españoles fue equiparable a la muestra de inmigrantes, en cuanto a las variables de género, edad y lugar de residencia. El conjunto de toda la muestra se compuso de 1163 hombres (38,7%) y 1844 mujeres (61,3%), con una media de edad de 32,5 años. Además, solamente, el 22,5% de ésta (677 sujetos) no estaban activos.

En cuanto al apoyo social, que se midió a través del estado civil y reagrupación familiar (en el caso de los inmigrantes), para no aumentar el número de cuestionarios utilizados. No obstante, estas variables pueden ser buenas indicadoras del apoyo social (real y percibido) en el caso de los inmigrantes, ya que la familia es el único círculo social, en el que la persona puede apoyarse al llegar a un país nuevo. El análisis de estas variables mostraban que el 41,2% de los participantes estaban casados; el 43,1 era soltero y el porcentaje restante se trataba de sujetos viudos, divorciados u otros estados no especificados. Por otro lado, en el caso de los inmigrantes, nos encontramos, que independientemente de su estado civil, el 59,8% de la muestra no se encuentra con su familia actualmente, y solamente el 36,8% se encuentra en situación de reagrupación familiar.

Instrumentos

Para obtener la información sobre las variables de interés el instrumento principal fue la entrevista estructurada. Se administraron diferentes cuestionarios y escalas, con el fin de obtener información acerca de las siguientes variables: 1. Sociodemográficas: edad, género, estado civil, educación, salario, grupo étnico, estado de salud percibido, etc. 2. Salud mental (trastornos psiquiátricos) medida a través de la versión 19, en español, de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Neuropsiquiátrica MINI (Ferrando, et al., 1998), la cual es utilizada para diagnosticar los trastornos del eje I del DSM-IV-TR. También se utilizó la entrevista estandarizada SPPI: Standardized Polyvalent Psychiatric Interview (Lobo, et al., 1993), la cual fue desarrollada para la evaluación multiaxial de la morbilidad psiquiátrica en pacientes. En ella se utilizan diferentes criterios, incluyendo algunos del DSM-IV y CIE-10.

Procedimiento

Esta investigación siguió las normas de Bioética de la Convención de Helsinki y sus modificaciones posteriores, así como, las normas Éticas de la Asociación Mundial de Psiquiatría de Madrid. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de investigación de ambas comunidades, en concreto el comité de la Vall d'Hebron y del Hospital Universitario Miguel Servet.

El procedimiento a seguir en los diferentes centros de salud de Aragón y Cataluña, fue: la invitación a participar en el estudio a todos aquellos que cumplían los criterios de inclusión. Se les entregó la información del proyecto y firmaron el consentimiento informado todos ellos, que finalmente participarían. Una vez que firmaron este documento, se realizaron las entrevistas en español (aunque hubiera sido preferible, realizarlas en el idioma nativo de cada persona), por lo que, aquellas que no entendían bien el español eran excluidas. Con todos los datos recogidos, se comenzó a realizar el análisis estadístico con el programa estadístico SPSS.

Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 19.0, utilizando un intervalo de confianza del 95%, para todas las pruebas estadísticas. En primer lugar, se analizaron las variables cualitativas, sociodemográficas, a través de una tabla de frecuencias, con el fin de hacer un análisis descriptivo de nuestra muestra.

Posteriormente, se trabajó con la variable relativa al trastorno de ansiedad, junto con la procedencia de nuestra muestra, la reagrupación familiar, el tiempo de estancia en España y la situación laboral de estos.

Para comprobar las diferencias entre ambos grupos (inmigrantes y autóctonos), en cuanto a la prevalencia de trastorno de ansiedad (variable dicotómica si/no) se realizó una tabla de contingencia. Una vez obtenidos estos resultados, se continuó trabajando solamente con la parte de la muestra inmigrante.

En primer lugar, para comprobar esta prevalencia en la etnia, para ver en qué grupo de inmigrantes era más prevalente el trastorno, se utilizó el estadístico *Chi-cuadrado*, a través una tabla de contingencia. Por otro lado, para comprobar si existen variables, que pueden ser más o menos estresantes y, por tanto suponer más ansiedad en la situación de inmigración, se realizaron tablas de contingencias con esas variables.

Por último, siguiendo trabajando con población inmigrante, se comprobó en qué medida se relacionan los meses de estancia en el país receptor, para la presencia del trastorno de ansiedad. En este caso, al tratarse de una variable cuantitativa y otra cualitativa, el análisis cambió y se realizó una diferencia de medias utilizando, por tanto, el estadístico: *T-Student*.

Resultados

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el trastorno de ansiedad y una serie de variables como: procedencia de la muestra, apoyo social, tiempo de estancia en España y situación laboral (Activo/No activo), en una muestra de 3008 sujetos inmigrantes y autóctonos, reclutados en Aragón y Cataluña, para comprobar la diferencia entre ambos.

Fueron analizadas las variables correspondientes a: trastorno de ansiedad generalizada actual y sus síntomas. Mientras solamente 240 sujetos (8%) presentan trastorno de ansiedad generalizada actual, otros presentaban solamente algunos de los síntomas constitutivos del trastorno de ansiedad: 519 sujetos indicaron haberse sentido preocupados casi todos los días, 251 les resultaba difícil controlar sus preocupaciones y, además, en los últimos 6 meses, 230 sujetos, frente a los 45 que señalaron que no habían estado ansiosos o se sentían inquietos.

En cuanto a la sensación de cansancio, concentración, irritabilidad y problemas para dormir durante los últimos seis meses, el porcentaje que señaló estos síntomas era mayor, al porcentaje que los negaba. Por tanto, aunque el trastorno de ansiedad generalizada se encuentra en un porcentaje mínimo, en esta muestra, es cierto que los síntomas de ansiedad son bastante comunes. Tras el análisis de estas variables, se procedió a realizar una tabla de contingencia con la procedencia de los sujetos (autóctono/inmigrante) y el trastorno de ansiedad. Los resultados de este análisis indican que, aunque, en el grupo de autóctonos hay menos sujetos con trastorno de ansiedad (7,5% autóctonos y 8,4% inmigrantes), esta diferencia no es significativa ($p=0.341$).

Aunque estas diferencias no resultaron significativas, es cierto que en cuanto a la presencia de síntomas ansiosos, sí que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, presentando en mayor medida, los inmigrantes, los siguientes síntomas: “Se ha sentido preocupado o angustiado en los 6 últimos meses” ($p=0.008$), “Ha estado ansioso se sentía inquieto en los últimos 6 meses” ($p=0.008$) y “Ha estado ansioso se sentía tenso” ($p=0.004$).

Pese a que los resultados, no mostraron una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la prevalencia del trastorno de ansiedad, se realizaron varias tablas de contingencia, para analizar la relación entre el trastorno y las variables: etnia, estado civil, reagrupación familiar, sexo, propiedad, estado laboral y comunidad autónoma de residencia. En este momento se comenzó a trabajar solamente con la muestra inmigrante. En primer lugar, la variable etnia, mostró una relación estadísticamente significativa ($p<0.05$), cuyos resultados se observan en la Tabla 1. Tal y como se muestra, la etnia asiática es la que menos prevalencia de ansiedad presenta.

Tabla 1: Tabla de contingencia trastorno de ansiedad generalizada y etnia

		Etnia					Total	
		Magrebí	Europeo	Subsahariano	Latino-americano	Asiático		
		del este						
Trastorno de ansiedad generalizada actual	No	Recuento	218	183	211	552	203	1367
		% dentro de TAG Actual	15,9%	13,4%	15,4%	40,4%	14,9%	100%
		% dentro de Etnia	93,6%	88,4%	90,9%	90%	97,1%	92%
	Si	Recuento	15	24	21	61	6	127
		% dentro de TAG Actual	11,8%	18,9%	16,5%	48%	4,7%	100%
		% dentro de Etnia	6,4%	11,6%	9,1%	10%	2,9%	8,5%
	Total	Recuento	233	207	232	613	209	1494
		% dentro de TAG Actual	15,6%	13,9%	15,5%	41,%	14%	100%
		% dentro de Etnia	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Posteriormente, para el resto de variables se realizaron tablas de contingencia, con las que se comprueba el valor estadístico *Chi-cuadrado*, ya que las variables utilizadas son dicotómicas. A continuación se detallan los resultados de estos análisis con cada una de las variables utilizadas:

1. Reagrupación familiar: Esta variable indica si la persona vive con su familia en el país receptor o no. Se utilizó para comprobar si el apoyo social real, tiene relación con la presencia de un trastorno de ansiedad, durante la situación estresante de inmigración. No obstante, no resultó estadísticamente significativa ($p= 0.277$), en cuanto a la presencia de trastorno de ansiedad (Tabla 2).

Tabla 2: Tabla de contingencia entre reagrupación familiar y trastorno de ansiedad, en inmigrantes

		Reagrupación familiar			
		no	si	Total	
Trastorno de ansiedad generalizada actual	No	Recuento	810	508	1318
		% dentro de TAG Actual	61,5%	38,5%	100,0%
		% dentro de reagrupación familiar	90,7 %	92,4%	91,3%
	Si	Recuento	83	42	125
		% dentro de TAG Actual	66,4%	33,6%	100,0%
		% dentro de reagrupación familiar	9,3%	7,6%	8,7%
Total		Recuento	893	550	1443
		% dentro de TAG Actual	61,9%	38,1%	100,0%
		% dentro de reagrupación familiar	100,0 %	100,0%	100,0%

2. Estado civil: Esta variable, utilizada también para medir el apoyo social de la persona, sí que resultó estadísticamente significativa, con una $p=0.003$. Se observó que las personas solteras son las que más prevalencia de trastorno de ansiedad presentaba, dentro del grupo de trastorno de ansiedad, mientras que las viudas, las que más, en comparación con el resto de estados civiles (Tabla 3). Además, recodificando estas variables en una nueva, con dos categorías (con pareja/sin pareja), estos resultados también resultan significativos ($P<0.005$), siendo menor la prevalencia de trastorno de ansiedad, en la muestra emparejada.

Tabla 3: Tabla de contingencia entre estado civil y trastorno de ansiedad, en inmigrantes

		Estado civil					
		Divorciado/					
		Casado	Soltero	Viudo	separado	Otros	Total
Trastorno de ansiedad generalizada actual	Recuento	691	483	19	84	73	1350
	No	% dentro de TAG actual	51,2%	35,8%	1,4%	6,2%	5,4% 100,0%
		% dentro de Estado civil	93,8%	88,0%	86,4%	93,3%	94,8% 91,5%
	Recuento	46	66	3	6	4	1225
	Si	% dentro de TAG actual	36,8%	52,8%	2,4%	4,8%	3,2% 100,0%
		% dentro de Estado civil	6,2%	12,0%	13,6%	6,7%	5,2% 8,5%
Total	Recuento	737	549	22	90	77	1475
		% dentro de TAG actual	50,0%	37,2%	1,5%	6,1%	5,2% 100,0%
		% dentro de Estado civil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0% 100,0%

3. Sexo (Tabla 4): Las diferencias entre el trastorno de ansiedad, en población inmigrante en cuanto al sexo, no son estadísticamente significativas ($p=0.094$). Por tanto, no puede afirmarse que el trastorno de ansiedad sea más prevalente en un sexo u otro.

Tabla 4: Tabla de contingencia entre el trastorno de ansiedad y sexo, en inmigrantes

Trastorno de ansiedad generalizada actual	No	Sexo del paciente			
		Varón	Mujer	Total	
		Recuento	534	833	1367
	% dentro de TAG Actual	39,1%	60,9%	100,0%	
	% dentro de sexo del paciente	93,0%	90,5%	91,5%	
	Si	Recuento	40	87	127
	% dentro de TAG Actual	31,5%	68,5%	100,0%	
	% dentro de sexo del paciente	7,0%	9,5%	8,5%	
Total	Recuento	574	920	1494	
	% dentro de TAG Actual	38,4%	61,6%	100,0%	
	% dentro de sexo del paciente	100,0%	100,0%	100,0%	

4. Propiedad: la diferencia en presencia de trastorno de ansiedad, en inmigrantes con un hogar o sin él, presenta diferencias estadísticamente significativas ($p=0.001$), tal y como se observa en la Tabla 5.

Tabla 5: Tabla de contingencia entre el trastorno de ansiedad y propiedad/alquiler, en inmigrantes

Trastorno de ansiedad generalizada actual	No	Propietario o alquilador de casa			
				Total	
		No	Si		
	Recuento	506	850	1356	
	% dentro de TAG Actual	37,3%	62,7%	100,0%	
	% dentro de Propietario o alquilador de casa	88,5 %	93,4%	91,5%	
	Si	Recuento	66	60	126
	% dentro de TAG Actual	52,4%	47,6%	100,0%	
	% dentro de Propietario o alquilador de casa	11,5%	6,6%	8,5%	
Total	Recuento	572	910	1482	
	% dentro de TAG Actual	38,6%	61,4%	100,0%	
	% dentro de Propietario o alquilador de casa	100,0%	100,0%		

5. Estado laboral: la siguiente tabla (Tabla 6) muestra que el hecho de padecer trastorno de ansiedad, en relación al hecho de estar activo o parado, no presenta diferencias estadísticamente significativas ($p=0.620$).

Tabla 6: Tabla de contingencia entre el trastorno de ansiedad y estado laboral, en inmigrantes.

		Activo SI/NO			
			No	Si	Total
Trastorno de ansiedad generalizada actual	No	Recuento	382	980	1362
		% dentro de TAG Actual	28,0%	72,0%	100,0%
		% dentro de Activo SI/NO	92,0%	91,2%	91,5%
	Si	Recuento	33	94	127
		% dentro de TAG Actual	26,0%	74,0%	100,0%
		% dentro de Activo SI/NO	8,0 %	8,8%	8,5%
Total		Recuento	415	1074	1489
		% dentro de TAG Actual	27,9%	72,1%	100,0%
		% dentro de Activo SI/NO	100,0%	100,0%	100,0%

6. Comunidad autónoma: la última variable con la que se realizó una tabla de contingencia fue con la comunidad autónoma en la que se encuentran estos inmigrantes (Aragón o Cataluña). Los resultados (Tabla 7) indican que existen diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$) entre la residencia en una u otra comunidad autónoma, en cuanto a la prevalencia de trastorno de ansiedad.

Tabla 7: Tabla de contingencia entre el trastorno de ansiedad y comunidad autónoma, en inmigrantes.

		Comunidad autónoma			
			Cataluña	Aragón	Total
Trastorno de ansiedad generalizada actual	No	Recuento	778	589	1367
		% dentro de TAG Actual	56,9%	43,1%	100,0%
		% dentro de Comunidad autónoma	97,0%	85,1%	91,5%
	Si	Recuento	24	103	127
		% dentro de TAG Actual	18,9%	81,1%	100,0%
		% dentro de Comunidad autónoma	3,0%	14,9%	8,5%
Total		Recuento	802	692	1494
		% dentro de TAG Actual	53,7%	46,3%	100,0%
		% dentro de Comunidad autónoma	100,0%	100,0%	100,0%

Por último, se comprobó la diferencia de medias entre trastorno de ansiedad y meses de residencia en España (Tabla 8). Este análisis se realizó mediante una prueba *T-Student* ya que se analizó la diferencia de la media de meses (variable cuantitativa), en relación a una variable dicotómica (trastorno de ansiedad). Para ello, se continuó trabajando solamente con el grupo de inmigrantes, de la muestra, dando lugar a los siguientes resultados (Tabla 8), estadísticamente significativos ($p=<0.05$). Mientras que los sujetos que no poseían trastorno de ansiedad llevaban una media de 45,86 meses en España, los sujetos que sí poseían trastorno de ansiedad, este periodo disminuía a 25,34 meses.

Tabla 8: Comparación de medias: trastorno de ansiedad y tiempo en España, en inmigrantes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias					
	F	Sig.	t	gl	Sig.	Diferencia (bilateral)	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	Inferior	Superior
Tiempo que lleva en España (meses)	Se han asumido varianza s iguales	41,949	,000	4,736	1486	,000	20,520	4,333	12,021	29,019

Discusión

Tras el análisis de la muestra, recogida de manera aleatoria y estratificada, en dos comunidades autónomas de España, se concluye, que no todos los resultados obtenidos apoyan a todas las hipótesis planteadas desde un principio:

La primera hipótesis, que señalaba que el trastorno de ansiedad sería más prevalente en el caso de la muestra inmigrante, que autóctona debido a la situación de inmigración, tal y como indican muchos resultados de otras investigaciones, no se mantiene. En estos resultados, son más prevalentes algunos de estos síntomas, que el trastorno de ansiedad generalizada, el cual no muestra diferencias estadísticamente significativas. Por tanto, aunque se defiende que la ansiedad está presente en la mayoría de los inmigrantes, en este caso no es así. No obstante, entre los diferentes subgrupos de inmigración, sí que se encontraron diferencias estadísticamente significativas. La población latinoamericana es el subgrupo que más porcentaje de trastorno de ansiedad presenta, del conjunto de TAG. Mientras que, los europeos del este son los que más ansiedad presentan, en relación al resto de etnias. Esto puede ser, porque tal y como afirman otros estudios, el hecho de que exista población de la misma etnia, en el país receptor y poder crear un círculo social con estas personas, mejora la adaptación.

Los latinos, al ser más abiertos, se relacionan con más personas del país de acogida. Aunque parece que esta característica puede mejorar la adaptación e integración en el país receptor, como confirman otros estudios, al no crear un grupo social de su misma etnia, la adaptación es menor. En cambio, los asiáticos presentan menos trastorno de ansiedad, lo que puede ser explicado porque suelen emigrar por regiones y cuando llegan a una ciudad tienen un círculo social de familiares o conocidos y menos relación con la población de acogida.

El hecho de no encontrarse solos en el país de acogida permite que resuelvan más rápido, que otros inmigrantes, el proceso de encontrar trabajo y alojamiento. Se puede decir, que debido a esta razón este grupo de inmigrantes tiene más apoyo social y mejor capacidad adaptativa. Es importante destacar el distanciamiento cultural, mayor en el caso de los asiáticos que en el de los latinoamericanos, produce un mayor nivel de integración en los latinos, que en los asiáticos (Díez y Ramírez, 2001). Aunque esta afirmación puede parecer contraria a los resultados encontrados. Puede explicarse por el hecho de que cuanta más diferencia cultural existe entre las culturas, como es el caso de los asiáticos, la sintomatología y la expresión de ésta, también será diferente. Fernández, Zubieta y Páez (2000) explican que la investigación transcultural ha demostrado que hay fenómenos culturales que pueden favorecer la sintomatología alexitimica (incapacidad de verbalizar los sentimientos).

Mientras que las culturas colectivistas (China, India y Japón) subrayan la importancia de las relaciones interpersonales, las culturas individualistas se centran en sus síntomas físicos y psicológicos. Las culturas individualistas (latinos, españoles, etc.) valoran y enfatizan más, los sentimientos internos, por lo que su expresión verbal es mayor que en las culturas colectivistas (Páez, Fernández y Mayordomo, 2000). Las emociones, en muchas culturas colectivistas, como por ejemplo en China, no sirven para obtener fines sociales y tienen poca importancia, por lo que la ausencia de expresión verbal es irrelevante (Russell y Yik, 1996). Marsella (1980) explica que las culturas asiáticas no aceptan la expresión de las emociones por lo que los individuos tienden a ocultar sus sentimientos por pudor, en cambio, las culturas latinas aceptan la expresión de estas emociones. Por tanto, esta diferencia cultural podría ser la causa explicativa de los resultados encontrados en este estudio.

La segunda hipótesis se comprobó analizando una serie de variables, que pueden influir en la presencia de trastorno de ansiedad en inmigrantes. Tener una propiedad o alquiler es estadísticamente significativo en cuanto a que la prevalencia de ansiedad es menor en el grupo que tiene un hogar. Esto se puede explicar a que el hecho de tener un hogar da mayor seguridad y protección a la persona, lo cual amortiguará la ansiedad e incertidumbre de esta situación. Además, puede relacionarse con una mejor situación económica de esa persona, ya que si posee una propiedad es porque económicamente se pueden cubrir esos gastos y eso, disminuirá más la ansiedad. También, hay que señalar, que, la percepción de arraigo a un lugar será mayor si la persona tiene una propiedad en él. Este sentimiento, podría estar relacionado con el hecho de llevar más tiempo en ese lugar y con una menor ansiedad, pero, este aspecto no ha sido valorado en esta investigación, por lo que sería necesario medirlo y estudiarlo, más exhaustiva y concretamente para llegar a resultados válidos y fiables.

En cuanto al apoyo social hay que comentar que, la variable reagrupación familiar no es estadísticamente significativa, en la presencia de trastorno de ansiedad, mientras que el estado civil, sí (viudos y solteros son los que más ansiedad presentan). Es decir, un inmigrante puede que no esté con su familia, pero sentirse mejor, que un inmigrante que vive con su familia y no percibe ese apoyo social que tiene. Estos resultados parecen mostrar que el hecho de percibir el apoyo de la familia o pareja, aunque no estén físicamente juntos, tiene más efecto positivo que el hecho de tenerla. Se podría relacionar con los diferentes tipos de apoyo social: el percibido y el real, teniendo, en este caso, más beneficios el apoyo social percibido. No obstante, para llegar a estas conclusiones habría que estudiar mejor estas variables, midiendo esta variable con algún test específico.

Otras variables analizadas fueron: el sexo, el cual no resultó estadísticamente significativo. Este resultado no apoya las conclusiones de otros estudios que defienden que las mujeres de muchas culturas tienen un rol más vulnerable y desprotegido que el hombre, por lo que supone más ansiedad una situación como esta. Murphy (1968) explica que el mayor índice de alteración psicopatológica en mujeres inmigrantes se debe a que la toma de decisiones respecto al acto de emigrar recae sobre los hombres y éstas deben limitarse a secundar dicha decisión.

La comunidad autónoma, cuyos resultados muestran que existen más casos de trastorno de ansiedad en los inmigrantes de Aragón que de Cataluña, lo que puede explicarse por las diferentes condiciones de ambas comunidades. Mientras que Aragón es una comunidad pequeña y con tradición de emigración hacia otros lugares más urbanos; Cataluña se caracteriza por ser una comunidad urbana, con más salidas laborales y receptora de inmigrantes, lo que puede ser la causa una mayor facilidad de adaptación.

El estado laboral, el cual no resultó estadísticamente significativo, puede deberse a la inseguridad e incertidumbre actual, que sufre toda la población en esta área. Se posea o no un trabajo, existe un gran malestar, puesto que las condiciones laborales cada vez son peores y la incertidumbre acerca de la permanencia en el puesto es mayor. Por tanto, aunque no se confirma la hipótesis planteada en un principio, puede ser debido a la situación social actual.

La última hipótesis acerca del tiempo de estancia en España en la que se encuentran estos inmigrantes, tienen una relación negativa y estadísticamente significativa con el trastorno de ansiedad. Estos resultados apoyan la hipótesis que indica que llevar más tiempo en España disminuye la ansiedad, así como, el hecho de tener una vivienda o un hogar. No obstante, la media de meses en España es de 44 (3-4 años), lo cual puede ser el causante de que haya un porcentaje tan pequeño de inmigrantes con TAG, ya que alrededor de los dos años, el índice en esta sintomatología disminuye.

Aunque este estudio está realizado bajo unos criterios y condiciones óptimas, hay que señalar algunas limitaciones que presenta. Las condiciones sociales y económicas, sobre todo, en España han cambiado bastante, debido a la crisis económica que se está afectando, actualmente. Pese a esta situación, la inmigración sigue siendo una de las preocupaciones de primer orden, ya que España es un país de pase hacia el resto de países de la Unión Europea y, por lo tanto, seguimos recibiendo inmigrantes. No obstante, las condiciones que se viven aquí, en la actualidad, son peores que hace 7 años. Por esto, los datos recogidos hoy en día, comparados con los datos de esta investigación podrían variar, mostrando mayor porcentaje de sintomatología, tanto, física, como psíquica, no solo en inmigrantes, sino que también, en población autóctona.

El pequeño porcentaje de trastorno de ansiedad, existente en esta investigación puede ser debido, por un lado a que la media de estancia en España es bastante elevada (alrededor de los cuatro años), por lo que los niveles de ansiedad pueden haber disminuido respecto al momento en el que inmigraron, ya que al haber transcurrido cuatro años, la adaptación puede ser completa. Pero también, puede explicarse por el hecho de que muchos de estos inmigrantes no acuden al médico por el miedo a ser deportados o sufrir abusos. Además, también existen culturas más expresivas que otras, lo cual puede explicar las diferencias en esta sintomatología entre las diferentes etnias.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, sería importante seguir investigando sobre las diversas patologías, que sufren los grupos de inmigrantes y con qué variables están relacionadas (abuso de alcohol, tabaco, salud física, etc.), así como, cuáles son las que mejor predicen la presencia de TAG. Será necesario tener en cuenta el momento actual que está viviendo el país de acogida y la comunidad o ciudad en la que viven, ya que parece influir.

En definitiva, habrá que tener en cuenta todos factores (personales, sociales, cultura, etc.), presentes en la situación de inmigración. Con nuevas investigaciones y resultados se podrá intervenir de manera más efectiva e, incluso, prevenir los efectos negativos de la inmigración, tanto, en la población inmigrante, como, en la población autóctona del país de acogida.

Agradecimientos: a Francisco José Eiroa Orosa y a todo el grupo de investigación del Dr. García-Campayo, en especial, a Javier García-Campayo, a mi tutora de prácticas: M^a Cruz Pérez Yus y a mi tutor académico: Santiago Gascón Santos.

Referencias

- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Mayo.
- Brewer, M. y Miller, N. (1996). *Intergroup relations*. Buckingham: Open University Press.
- Consejo Económico y Social (2004). *La inmigración y el mercado de trabajo en España. Sesión del Pleno de 28 de abril de 2004*. Madrid: Colección de Informes. Número 2/2004.
- Díez Nicolás, J. (2005). *Las dos caras de la inmigración*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Díez Nicolás, J. y Ramírez Lafita, M. J. (2001). *La inmigración en España: Una década de Investigaciones*. Madrid: IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- DSM-IV-TR. *Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada*. Recuperado el 11 de marzo de 2014, de <http://www.psicommed.net/dsmiv/dsmiv7.html>
- Extranjeros en España (2007). Recuperado el 9 de marzo de 2014, de <http://www.extranjeros.es/mapa-de-sitio.php>
- Fernández, I., Zubieta, E. y Páez, D. (2000). Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. En D. Páez y M. M. Casullo, *Cultura y Alexitimia: ¿cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp. 73-98). Buenos Aires: Paidós
- Ferrando, L., Franco, A. L., Soto, M., Bobes, O., Franco, L. y Gibert, J. (1998). *Mini International Nuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0*. Madrid: Instituto IAP.
- García-Campayo, J. y Sanz, C. (2002). Salud mental en inmigrantes el nuevo desafío. *Medicina Clínica 118*, 187-191.
- García-Gómez, P. y Oliva, J. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud en población emigrante en edad productiva. *Gaceta Sanitaria 23*, 38-46.

- García Ramírez, M., Martínez, J. y Martínez García, M. F. (2005). Procesos migratorios. En F. Expósito y M. C. Moya Morales. *Aplicando la psicología social* (pp.255-279). España: Pirámide.
- Hernández, S., Pozo, C. y Alonso, E. (2004). Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes ¿efectos directos o amortiguadores? *Boletín de psicología* 80, 79-96.
- Hovey, J. D. y Magaña, C. (2000). Acculturation stress, anxiety and depression among immigrant farmworkers in the midwest. *Journal of Immigrant Health* 2, 119-131.
- Instituto Nacional de Estadística. *Series de población. Cifras oficiales de la revisión anual del padrón municipal a 1 de enero de cada año*. Recuperado el 8 de marzo de 2014 en, www.ine.es
- Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta nacional de inmigrantes 2007*. Recuperado el 8 de marzo de 2014, de www.ine.es
- Lobo, A., Campos, R., Pérez-Echeverría, M.J., Izuzquiza, J., García-Campayo, J., Saz, P. y Marcos, G. (1993). A new interview for the multiaxial assessment of psychiatric morbidity in medical setting. *Psychological Medicine* 23, 505-510.
- Marsella, A. J. (1980). Depressive experience and disorder across cultures. En Triandis H., Drauguns J, *Handbook of cross-cultural Psychology Volumen V*. Boston: Allyn & Bacon.
- Moya, M. y Puertas, S. (2008). Estereotipos, inmigración y trabajo. *Papeles del psicólogo* 29, 6-15.
- Murphy, H. B. M. (1968). Socio-cultural factors in schizophrenia. En A. Zubin y V. Freyhan. *Social Psychiatry* (pp. 74-92). New York: Grune and Stralon.
- Navarro Barrios, J. C. y Rodríguez González, W. (2003). Depresión y ansiedad en inmigrantes: un estudio exploratorio en Granada. *Investigación en salud* 3, 1-6.
- Okasha, A. (2005). Globalización y salud mental: una perspectiva de la WPA. *World Psychiatric Association* 3, 1-2.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 10 de marzo de 2014, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

- Páez, D., Fernández, I. y Mayordomo, S. (2000). Alexitimia y cultura. En D. Páez y M. M. Casullo, *Cultura y Alexitimia ¿cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp.51-71). Buenos Aires: Paidós.
- Parella, S. (2005). Reclutamiento de trabajadoras inmigrantes en las empresas de servicios de proximidad en el Área Metropolitana de Barcelona. *Reis 108*, 179-198.
- Pertíñez Mena, J., Viladàs Jené, L., Clusa Gironella, T., Menacho Pascual, I., Nadal Gurpegui, S. y Muns Solé, M. (2002). Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención primaria 29*, 6-13.
- Quíles, M. N., Rodríguez, A., Navas, M., Rodríguez, R., Betancor, V. y Coello, E. (2006). Variables moderadoras y mediadoras de la relación percepción de diferencias-ansiedad intergrupal. *Psicothema 18*, 105-111.
- Russell, J. y Yik, M. (1996). Emotion among the Chinese. En M.H. Bond, *The Handbook of Chinese Psychology* (pp. 166-188). Hong kong: Oxford University Press.
- Ritsner, M., Modai, I. y Ponizovsky, A. (2000). The stress-support patterns and psychological distress of immigrants. *Stresss Medicine 16*, 139-147.
- Rozo Castillo, J. A. (2008). Efectos del duelo migratorio y variables socioculturales en la salud de los inmigrantes. *Revista Eclecta 5*, 1-9.
- Salaberría, K., de Corral, P., Sánchez, A. y Larrea, E (2008). Características sociodemográficas, experiencias migratorias y salud mental en una unidad de apoyo psicológico a inmigrantes. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud 4*, 5-14.
- Sánchez, G. y López, M. J. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en población inmigrante. *Apuntes de psicología 26*, 399-410.
- Tezanos, J. F. (2007). Nuevas tendencias migratorias y sus efectos sociales y culturales en los países de recepción. Doce tesis sobre inmigración y exclusión social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas 17*, 11-34.
- Zlobina, A., Basabe, N. y Páez, D. (2004). Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural. *Revista Migraciones 15*, 43-84.