

Asociación entre factores de riesgo relacionados con el proceso migratorio y la depresión en mujeres inmigrantes de la ciudad de Barcelona.

SAINZ ELÍAS, HELENA

PASCUA GARCÍA, MARÍA

BERGADÀ SÁNCHEZ, ESTHER

JARA IBÁÑEZ, LAURA

CRISTÓBAL NARVÁEZ, PAULA

Introducción

La migración es un proceso de movimiento de población a través de una frontera internacional o dentro de un país. Es un proceso heterogéneo, es por eso por lo que no todos los migrantes se enfrentan del mismo modo a experiencias similares antes o después de la migración (1). A nivel mundial, entre cinco y diez millones de personas cruzan una frontera internacional anualmente para establecerse en un país diferente, siendo un porcentaje más alto el de mujeres que el de hombres (2).

Los estudios que se han realizado en torno a la relación existente entre padecer un trastorno mental y migración aportan resultados contradictorios. Mientras que algunos autores afirman que la frecuencia de trastornos mentales en población inmigrante es mayor que en población autóctona, otros estudios aportan resultados opuestos, resaltando incluso que el hecho de pertenecer a una minoría étnica puede ser un factor protector frente a la presencia de psicopatología (3).

Aun así, es sabido que los estresores a los que están sometidos las personas inmigradas o refugiadas pueden ser una causa desencadenante para la aparición de diferentes tipos de patología psiquiátrica. Las investigaciones realizadas hasta la fecha apuntan que ambos grupos presentan un elevado

riesgo para presentar enfermedades mentales como depresión, ansiedad, trastorno por estrés post traumático y trastornos somatizados (2,3,4).

Teniendo en cuenta que las personas migrantes son un grupo vulnerables en cualquier población, es muy importante analizar los diferentes factores que pueden contribuir al mantenimiento (o incluso la mejora) o al deterioro de la salud mental (3).

La literatura destaca diferentes factores asociados con la presencia de trastornos mentales comunes en migrantes, los cuales se han agrupado la siguiente manera basándonos en la revisión de Jurado et al (3):

1. Factores individuales socio-demográficos y psicológicos

- Sexo (1, 2, 5, 6)
- Edad (1)
- Región de origen
- Estado civil
- Nivel educacional
- Estatus socioeconómico (2,6)
- Características psicológicas (2,6)

2. Factores relacionados con el proceso de migración

- Eventos traumáticos previos a la migración (4)
- Tipo de migración
- Motivos de la migración (1)
- Estado del visado
- Situación familiar en el país de destino (1,4)
- Proceso de aculturación (1,2)
- Conocimiento de la lengua (1,2,4)
- Tiempo de residencia en el país de destino

3. Factores relacionados con el rol social y ocupacional en el país de destino

- Apoyo social (2,4,6)
- Discriminación social percibida (2,4)
- Condiciones de empleo y ocupación (1,4)

En vista de los factores mencionados, hemos querido centrarnos en el sexo como factor individual que influye en el proceso de migración.

La evidencia de estudios apoya que hombres y mujeres parecen tener reacciones psicológicas diferentes ante el estrés migratorio (5), destacando que la probabilidad de experimentar un trastorno mental común es superior en mujeres inmigrantes que en hombres (1,3,5). Asimismo, mujeres y hombres pueden someterse a diferentes modificaciones en sus estilos de vida y a diferentes fases de aculturación (1).

Las personas migran por diferentes motivos, pero las mujeres acostumbran a tener sus propios motivos, incluyendo la reunificación familiar, incentivos económicos, oportunidades educacionales, así como huir de la discriminación basada en el género y/o la violencia política y ganar más independencia social (2,7).

A más a más, la identidad cultural de las mujeres inmigrantes puede moldear sus respuestas a la salud y la enfermedad mental, al influir en el acceso a los servicios, la estigmatización, las normas de comportamiento asociadas con el rol de género y el proceso de aculturación (2). En otras palabras: es necesario analizar las situaciones de desigualdad de las mujeres inmigrantes teniendo en cuenta los diferentes ejes de opresión que las generan: género, clase social y etnia (7).

Para entender la salud mental de las mujeres migrantes, tenemos que partir de la base que esta incluye las esferas emocionales, sociales, culturales, espirituales y físicas y, que a su vez, están influenciadas por el contexto social, político y económico así como por su biología (4).

La literatura apoya que las mujeres pueden experimentar posiciones sociales desfavorecidas debido al rol de género, al racismo, el nivel socioeconómico y la victimización (2,7). También se pueden enfrentar a muchas dificultades para acceder al sistema social y sanitario debido a barreras comunicativas,

psicológicas, sociales, espirituales y religiosas, estructurales, económicas y culturales (2).

Además, se ha observado que en los hombres de los países no occidentales la integración social está asociada positivamente con la salud mental mientras que no resulta así en el caso de las mujeres. Esto se puede asociar al hecho de que los roles tradicionales de la mujer en los países no-occidentales se ven más modificados por la integración dentro de la cultura occidental que en el caso de los hombres (6).

En relación con la presencia de síntomas de depresión, también se observan diferencias debido al género, obteniendo las mujeres medias más elevadas que los hombres (5).

Bibliografía previa que relaciona el estrés con la depresión, muestra que el estrés referido por los inmigrantes es significativamente más elevado en las mujeres en comparación con los hombres (1,3,5). Destacando que las variables más diferenciadoras entre géneros aluden a que las mujeres se sienten más afectadas que los hombres por sucesos inesperados y creen controlar en menor medida sus vidas.

Por otro lado, se observa que la disponibilidad de apoyo social es muy importante en la prevención de síntomas depresivos (1,4).

Una de las principales diferencias entre hombres y mujeres es que las mujeres con estrés tienden a utilizar estrategias evitativas, las cuales inciden al mismo tiempo en los síntomas de depresión. Asimismo, se relaciona con una mayor tendencia a la internalización por parte del género femenino y con la percepción de que no serán capaces de cambiar por sí solas los acontecimientos (mayor locus de control externo). Esto produce que intenten regular su estado emocional negativo en vez de intentar eliminar la fuente de estrés (5). Entre los factores estresantes, la literatura destaca algunos que pueden tener potencialmente un efecto negativo sobre la salud de las mujeres: encontrar un empleo y establecer un fuente de ingresos, establecerse en un

nuevo hogar, sentimientos de pérdida del estatus social, soledad y aislamiento social (muchas veces agravado por la barrera idiomática) (1,4).

La depresión está íntimamente relacionada con las pérdidas: de estatus social, de apoyo social, y de relaciones significantes, las cuales pueden aumentar la sensación de duelo y dolor (1).

En definitiva, el proceso de migración en sí mismo no se limita a ser una fase, sino una serie de eventos que, a su vez, están influenciados por numerosos factores a lo largo de un prolongado periodo de tiempo, y estas fases también están influenciadas al mismo tiempo por otros factores a nivel tanto social como individual (1).

Objetivos

El principal objetivo del estudio es evaluar la asociación existente entre diferentes factores de riesgo relacionados con el proceso migratorio y la depresión en las mujeres inmigrantes en la ciudad de Barcelona.

Los objetivos específicos son:

- Cuantificar la prevalencia de depresión en las mujeres inmigrantes que acuden a atención primaria de salud y otros centros de atención a inmigrantes.
- Cuantificar la asociación entre la depresión con las situaciones experimentadas antes, durante y después de la migración y otros factores de riesgo sociodemográficos y vitales.

En referencia a la hipótesis, en base a estudios previos (3), se espera que:

H1. Los factores de riesgo relacionados con el proceso migratorio, tales como la discriminación y el estrés proximal y distal incrementan el riesgo de depresión en mujeres.

Metodología

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal a partir de una muestra representativa de las mujeres inmigrantes y refugiadas que acuden a los servicios sanitarios en atención primaria y otros servicios de atención ciudadana como asociaciones.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se ha llevado a cabo en población general, en concreto los datos que se presentan hacen referencia a mujeres recién llegadas en la ciudad de Barcelona.

PERIODO DE ESTUDIO

El estudio se inició a principios de 2018 y finalizó a principios de 2019.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población objeto de estudio está formada por mujeres que llegaron a la ciudad de Barcelona en 2018 o que llevaran un periodo no superior a 5 años. Se han seleccionado las 8 áreas básicas con mayor proporción de inmigrantes, las cuales no especificamos siguiendo la normativa del congreso; y una muestra representativa del resto.

Criterios de inclusión:

- Personas inmigrantes que llevaran menos de 5 años en España
- Mayores de 18 años

Criterios de exclusión:

- Personas que no tuvieran conocimiento suficiente de alguna de las 5 lenguas en que se realizaba la entrevista del estudio (inglés, urdú, chino, árabe, español)

MUESTRA

Se ha analizado una muestra de 978 mujeres que han acudido a los servicios sanitarios de atención primaria, así como entidades o asociaciones de atención a los inmigrantes.

VARIABLES

A pesar de que el estudio inicial constaba más variables, en la presente comunicación nos centramos en analizar las siguientes:

Datos del participante:

- Años de residencia en España
- Distrito dónde vive

Características sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- País de origen
- Conocimiento lengua (español)

Factores relacionados con el proceso de migración:

- Años que lleva en España
- Tipo de migración
- Razón de la inmigración
- Visa: Permiso de residencia/ sin permiso de residencia
- Ambiente social
- Apoyo social
- Discriminación social percibida: esta variable se mediará mediante la escala Everyday Discrimination Scale (EDS)
- Características psicológicas individuales:
- Autoestima: esta variable se mediará mediante la escala Rosenberg Self- Esteem (RSS)

Descriptores del estado de salud

- Depresión: esta variable se medirá mediante el Composite International Diagnostic Interview (CIDI)
- Estrés
- Trauma durante la infancia-adolescencia: esta variable se mediará mediante la escala Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
- Eventos estresantes: esta variable se mediará mediante la escala List of Threatening Experiences (LTE)
- Estrés percibido: esta variable se mediará mediante la escala Perceived Stress Scale (PSS)

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Uno de los retos del estudio ha sido la dificultad idiomática. Por ello, el trabajo de campo lo han realizado varios entrevistadores que conocen los idiomas principales de la población inmigrada. Se ha traducido el consentimiento informado, la hoja explicativa del estudio y la entrevista a los diferentes idiomas (inglés, árabe, urdú y chino).

Las entrevistas se han realizado en una única sesión a la muestra seleccionada y ha incluido la administración personal de los siguientes instrumentos:

Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (8): es un cuestionario psiquiátrico estructurado desarrollado a nivel internacional a partir del Diagnostic Interview Schedule y auspiciado por la OMS. Es administrado por personal no profesional entrenado y certificado y permite evaluar mediante algoritmos de respuesta la presencia de síntomas psiquiátricos, su duración, periodicidad e intensidad. En concreto hemos medido la depresión.

Cuestionario de variables sociodemográficas: se utilizarán las variables estandarizadas incluidas en las encuestas rutinarias (p.ej., la Encuesta Nacional de Salud).

Autoestima (Rosenberg self-esteem (RSES)) (9): Escala de 10 ítems que mide la autoestima global, evaluando sentimientos tanto positivos como negativos sobre uno mismo. Se trata de una escala unidimensional. Todos los elementos se contestan utilizando un formato de escala Likert de 4 puntos que va desde muy de acuerdo a muy en contra.

Discriminación Social Percibida (Everyday Discrimination Scales (EDS)) (10): esta escala es un instrumento de autoinforme de 9 ítems, que mide las creencias y percepciones subjetivas de los encuestados, acerca de la discriminación social.

Escalas para valorar acontecimientos vitales estresantes: se ha recogido información sobre:

- La percepción de estrés en la vida diaria (Perceived Stress Scale (PSS))(11): Es una escala estructurada, autoaplicada, que proporciona una medida global de estrés percibido en el último mes evaluando el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes por las personas. Concretamente: el grado de control subjetivo sobre las situaciones impredecibles o inesperadas y el malestar que acompaña a la falta de control percibido. Originalmente consta de 14 ítems (algunos de los cuales se formulan en negativo).
- Experiencias traumáticas en la infancia (Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)) (12): es un inventario de autoinforme estandarizado que mide la gravedad de cinco tipos diferentes de traumas infantiles y la tendencia de los participantes a denunciar el maltrato de forma insuficiente.
- Acontecimientos vitales estresantes (List of Threatening Experiences (LTE)) (13). Cuestionario frecuentemente utilizado para conocer la presencia de acontecimientos vitales estresantes. Está compuesto por 12 ítems enfocados en los eventos adversos estresantes que han ocurrido en el último año. Ha sido recomendada para el uso en psiquiatría, psicología y estudios sociales en los que los recursos no permiten el uso de extensas medidas para valorar el estrés durante las entrevistas.

ANÁLISIS DE DATOS

Se ha utilizado estadística descriptiva para los análisis generales de prevalencia y factores de riesgo. Todos los análisis han tenido en cuenta los pesos para ajustar por la no respuesta. Se han desarrollado modelos estadísticos que han permitido el análisis comparativo considerando varios factores de riesgo o situaciones simultáneas y su efecto en los estados de salud mental, calidad de vida y bienestar de la población.

Se ha utilizado el programa estadístico R. El análisis de la relación entre las distintas variables será llevado a cabo por medio de técnicas de regresión logística.

CONTROL DE CALIDAD

Se realizó un control estricto del proceso llevado a cabo durante el estudio, permitiendo asegurar la calidad y fiabilidad de los datos obtenidos. Los responsables principales de la investigación supervisaron en todo momento el trabajo de campo en todo momento. Llevando a cabo gestiones como las siguientes:

- Todas las personas encargadas de recoger la información recibieron un entrenamiento ofrecido por los responsables de la investigación.
- Guía y monitorización de la muestra y supervisión de las rutas de campo. Los entrevistadores entregaron informes de forma periódica, facilitando el registro de cada uno de los contactos realizados en las entidades o asociaciones de interés.
- Se revisaron las hojas de ruta realizadas, realizando un contacto telefónico con un 10% de los participantes para comprobar la fiabilidad de las respuestas y asegurar que la entrevista se realizó según los procedimientos establecidos. Además, se revisaron informáticamente las respuestas recopiladas para la detección de posibles inconsistencias o de datos incompletos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para formar parte del estudio, todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito. El investigador es responsable de asegurar que todos los participantes comprendan plenamente la naturaleza y el propósito de dicha investigación. Los participantes dispusieron de una copia de información del estudio, que describe el objetivo del estudio, los procedimientos, riesgos y beneficios, así como también una copia del formulario de consentimiento firmado.

Todos los datos recogidos en este estudio se han mantenido en la más estricta confidencialidad. El acceso a los archivos de los participantes no se permitirá a ninguna persona que no sea personal autorizado del estudio. Así mismo, sólo el personal investigador involucrado en el reclutamiento de participantes y la recogida de datos conoce la identidad de los mismos.

La investigación incluye el uso de cuestionarios con fines informativos y no implica el uso de fármacos u otros dispositivos de investigación. Por tanto, no hay riesgos relacionados o conocidos con desarrollo del estudio. No obstante, el participante será libre de compartir tanta información como estime oportuna durante la entrevista.

Al terminar la entrevista, el investigador le hizo entrega al participante de un pequeño obsequio como muestra de agradecimiento por su colaboración.

Desarrollo

RESULTADO 1: DESCRIPCIÓN MUESTRA GENERAL MUJERES CON DEPRESIÓN

De la muestra poblacional de 978 mujeres, las cuales presentaban una edad media de 35 años y llevaban viviendo en España una media de 24,7 meses. Se detectó que 115 mujeres sufrían depresión (11,76%).

En referencia al estado civil, 42 mujeres (36,5%) eran solteras, 56 (48,5%) tenían pareja y 14 (14,8%) estaban separadas o eran viudas.

En cuanto al nivel educacional, 51 (44,3%) habían realizado estudios secundarios o inferiores y 64 (55,7%) tenían estudios posteriores.

En cuanto al permiso de residencia, 66 (57%) si tenían visado y 49 (42,6%) no.

En cuanto a la evolución del estatus social, en el caso de 26 mujeres (22,6%) era igual, en 69 (60%) peor y en 20 (17,4%).

En referencia al tipo de migración, 97 (84,3%) lo hicieron de forma voluntaria y 18 (15,7%) forzosamente. En cuanto a las razones, 1 (0,87%) lo hizo por catástrofes naturales, 12 (11,3%) por motivos políticos, 43 (37,4%) por motivos socioeconómicos, 3 (2,61%) por motivos culturales, 18 (15,7%) por motivos educacionales, 25 (21,7%) por motivos familiares y 12 (10,4%) por otros motivos sin especificar.

En cuanto a la compañía cuando acudieron a España, 53 (46,15%) acudieron solas, 55 (47,8%) acompañadas de familiares y 7 (6,09%) acompañadas de amigos.

En referencia al conocimiento de la lengua, 68 (59,1%) ya sabían castellano previamente, 15 (13%) han aprendido y 32 (27,8%) no han aprendido.

En cuanto al apoyo social, 34 (29,6%) disponían de apoyo, 48 (41,7%) disponían de algo de apoyo y 33 (28,7%) no disponían de apoyo.

En referencia a la discriminación social percibida, 66 (57,4%) habían percibido en algunas ocasiones y 49 (42,6%) casi no habían percibido discriminación.

En cuanto a los eventos estresantes, 37 (32,2%) habían vivido algunos de tipo general, 73 (63,5%) de tipo económico y 5 (4,35%) de tipo familiar.

En relación a las condiciones de empleo y ocupación, por un lado, se valoró si tenían contrato laboral: 102 (88,7%) no y 13 (11,3%) sí; y por otro si habían trabajado con remuneración económica desde que habían llegado a España, donde se observó que 70 (60,9%) no lo habían hecho y 45 (39,1%) sí.

A posteriori, realizando un modelo logístico para observar los factores relacionados con el proceso de migración, en relación con las características psicológicas individuales, se ha observado que la autoestima, está asociada negativamente con la depresión (OR: 0,89; IC: 0,81-0,97; p: 0,012). Por otro lado, en referencia al ambiente social, se ha observado que la discriminación social percibida, presenta una asociación positiva con la depresión (OR: 2,25; IC: 1,44-3,54; p: <0,001). Entre los descriptores del estado de salud destacamos aquellos relacionados con el estrés proximal y distal, en primer lugar, el estrés percibido, presenta una asociación positiva con la depresión (OR: 1,19; IC: 1,10-1,29; p: <0,001), en segundo, hemos observado una asociación positiva con la depresión en el caso de aquellos factores estresantes relacionados con motivos económicos (OR: 3,54 ; IC: 2,21-5,72; p: <0,001), en tercero, haber sufrido un trauma en la infancia y/o adolescencia se asocia positivamente con la depresión (OR: 1,02; IC: 1,01-1,04; p: 0,003). Por último, hemos observado que tener permiso de residencia (variable visado: sí) se asocia con un menor riesgo de padecer depresión (OR: 0,56; IC: 0,34-0,91; p:0,022).

RESULTADO 2: MUJERES CON DEPRESIÓN, CLASIFICACIÓN POR CONTINENTES

De la selección de 115 mujeres con depresión, observamos que 15 (13%) provenían de Europa, 66 (57,4%) de América, 19 (16,5%) de Asia y 15 (13%)

de África. Asimismo, se realizó un análisis individual en función del continente de origen.

EUROPA

Entre las procedentes de Europa, se observó que 15 mujeres (7,69%) presentaban depresión. Presentaban una edad media de 35,5 años y llevaban viviendo en España una media de 32,3 meses.

En referencia al estado civil, 6 mujeres (40%) eran solteras, 8 (53,3%) tenían pareja y 1 (6,67%) estaba separadas o era viudas.

En cuanto al nivel educacional, 7 (46,7%) habían realizado estudios secundarios o inferiores y 8 (53,3%) tenían estudios posteriores.

En cuanto al permiso de residencia, 6 (40%) si tenían visado y 9 (60%) no.

En cuanto al a la evolución del estatus social, en el caso de mujeres 5(33,3%) era igual, en 5(33,3%) peor y en 5(33,3%) mejor.

En referencia al tipo de migración, 12 (80%) lo hicieron de forma voluntaria y 3 (20%) forzosamente. En cuanto a las razones, 2 (13,3%) lo hicieron por motivos políticos, 7 (46,7%) por motivos socioeconómicos, 2 (13,3%) por motivos culturales, 1 (6,67%) por motivos educacionales y 3 (20%) por motivos familiares.

En cuanto a la compañía cuando acudieron a España, 8(53,3%) acudieron solas, 6 (40%) acompañadas de familiares y 1(6,67%) acompañada de amigos.

En referencia al conocimiento de la lengua, 2 (13,3%) ya sabían castellano previamente, 6 (40%) han aprendido y 7(46,7%) no han aprendido.

En cuanto al apoyo social, 6(40%) disponían de apoyo, 4(26,7%) disponían de algo de apoyo y 5(33,3%) no disponían de apoyo.

En referencia a la discriminación social percibida, 8(53,3%) habían percibido en algunas ocasiones y 7(46,7%) casi no habían percibido discriminación.

En cuanto a los eventos estresantes, 9(60%) habían vivido algunos de tipo general y 6(40%) de tipo económico.

En relación a las condiciones de empleo y ocupación, por un lado, se valoró si tenían contrato laboral: 12(80%) no y 3(20%) sí; y por otro si habían trabajado con remuneración económica desde que habían llegado a España, donde se observó que 7(46,7%) no lo habían hecho y 8(53,3%) sí.

A posteriori, realizando un modelo logístico para observar los factores relacionados con el proceso de migración en mujeres europeas, en relación

con las características psicológicas individuales, se ha observado que la autoestima, está asociada negativamente con la depresión (OR: 0,60; IC: 0,42-0,79; p: 0,001). Por otro lado, en referencia al ambiente social, se ha observado que la discriminación social percibida, presenta una asociación positiva con la depresión (OR: 1,25; IC: 1,05-1,51; p: 0,018). Por último, el tiempo (en meses) en España, también se asociaba positivamente con la depresión (OR: 1,04; IC: 1,00-1,09; p: 0,036).

AMÉRICA

Entre las procedentes de América, se observó que 66 mujeres (12,35%) presentaban depresión. Presentaban una edad media de 36,3 años y llevaban viviendo en España una media de 25,1 meses.

En referencia al estado civil, 24 mujeres (36,4%) eran solteras, 29 (43,9%) tenían pareja y 13 (19,7%) estaban separadas o eran viudas.

En cuanto al nivel educacional, 22 (33,3%) habían realizado estudios secundarios o inferiores y 44 (66,7%) tenían estudios posteriores.

En cuanto al permiso de residencia, 26 (39,4%) si tenían visado y 40 (60,6%) no.

En cuanto al a la evolución del estatus social, en el caso de 10 (15,2%) era igual, en 48 (72,7%) peor y en 8 (12,1%) mejor.

En referencia al tipo de migración, 53 (80,3%) lo hicieron de forma voluntaria y 13 (19,7%) forzosamente. En cuanto a las razones, 1 (1,52%) lo hizo por catástrofes naturales, 11(16,7%) por motivos políticos, 23 (34,8%) por motivos socioeconómicos, 1 (1,52%) por motivos culturales, 10 (15,2%) por motivos educacionales, 12 (18,2%) por motivos familiares y 8 (12,1%) por otros motivos sin especificar.

En cuanto a la compañía cuando acudieron a España, 31 (47%) acudieron solas, 31 (47%) acompañadas de familiares y 4 (6,06%) acompañadas de amigos.

En referencia al conocimiento de la lengua, 63 (95,5%) ya sabían castellano previamente y 3 (4,55%) han aprendido.

En cuanto al apoyo social, 16 (24,2%) disponían de apoyo, 32 (48,5%) disponían de algo de apoyo y 18 (27,3%) no disponían de apoyo.

En referencia a la discriminación social percibida, 27 (40,9%) habían percibido en algunas ocasiones y 39 (59,1%) casi no habían percibido discriminación.

En cuanto a los eventos estresantes, 20 (30,3%) habían vivido algunos de tipo general, 44 (66,7%) de tipo económico y 2 (3,03%) de tipo familiar.

En relación a las condiciones de empleo y ocupación, por un lado, se valoró si tenían contrato laboral: 57 (86,4%) no y 9 (13,6%) sí; y por otro si habían trabajado con remuneración económica desde que habían llegado a España, donde se observó que 35 (53%) no lo habían hecho y 31 (47%) sí.

A posteriori, realizando un modelo logístico para observar los factores relacionados con el proceso de migración de las mujeres americanas, en relación con las características psicológicas individuales, se ha observado que la autoestima, está asociada negativamente con la depresión (OR: 0,85; IC: 0,74-0,98; p: 0,022). Por otro lado, en referencia al ambiente social, se ha observado que la discriminación social percibida, presenta una asociación positiva con la depresión (OR: 1,67; IC: 1,05-2,68; p: 0,030). Entre los descriptores del estado de salud destacamos aquellos relacionados con el estrés, en primer lugar, el estrés percibido, presenta una asociación positiva con la depresión (OR: 1,20; IC: 1,07-1,34; p: 0,002), en segundo, hemos observado una asociación positiva con la depresión en el caso de aquellos factores estresantes relacionados con motivos económicos (OR: 3,17; IC: 1,67-6,11; p: <0,001), en tercero, haber sufrido un trauma en la infancia y/o adolescencia se asocia positivamente con la depresión (OR: 1,02; IC: 1,01-1,04; p: 0,037).

ASIA

Entre las procedentes de Asia, se observó que 19 mujeres (12,35%) presentaban depresión. Presentaban una edad media de 34,5 años y llevaban viviendo en España una media de 19,5 meses.

En referencia al estado civil, 5 mujeres (42,1%) eran solteras y 14 (73,7%) tenían pareja.

En cuanto al nivel educacional, 8 (42,1%) habían realizado estudios secundarios o inferiores y 11 (57,9%) tenían estudios posteriores.

En cuanto al permiso de residencia, todas las mujeres (19-100%) tenían visado.

En cuanto al a la evolución del estatus social, en el caso de mujeres 6 (31,6%) era igual, en 10 (52,6%) peor y en 3 (15,8%) mejor.

En referencia al tipo de migración, 18 (94,7%) lo hicieron de forma voluntaria y solo 1 (5,26%) lo hizo forzosamente. En cuanto a las razones, 4 (21,1%) lo hicieron por motivos socioeconómicos, 7 (36,8%) por motivos educacionales, 4 (21,1%) por motivos familiares y 4 (21,1%) por otros motivos sin especificar.

En cuanto a la compañía cuando acudieron a España, 5 (26,3%) acudieron solas, 13 (68,4%) acompañadas de familiares y solo 1 (5,26%) lo hizo acompañada de amigos.

En referencia al conocimiento de la lengua, 2 (10,5%) ya sabían castellano previamente, 2 (10,5%) han aprendido y 15 (78,9%) no han aprendido.

En cuanto al apoyo social, 6 (31,6%) disponían de apoyo, 6 (31,6%) disponían de algo de apoyo y 7 (36,8%) no disponían de apoyo.

En referencia a la discriminación social percibida, 14 (73,7%) habían percibido en algunas ocasiones y 5 (26,3%) casi no habían percibido discriminación.

En cuanto a los eventos estresantes, 7 (36,8%) habían vivido algunos de tipo general y 12 (63,2%) de tipo económico.

En relación a las condiciones de empleo y ocupación, por un lado, se valoró si tenían contrato laboral: 18 (94,7%) no y 1 (5,26%) sí; y por otro si habían trabajado con remuneración económica desde que habían llegado a España, donde se observó que 15 (78,9%) no lo habían hecho y 4 (21,1%) sí.

A posteriori, realizando un modelo logístico para observar los factores relacionados con el proceso de migración en las mujeres asiáticas, en relación con las características psicológicas individuales, se ha observado que la autoestima, está asociada negativamente con la depresión (OR: 0,72; IC: 0,54-0,92; p: 0,013). Por otro lado, en referencia al ambiente social, se ha observado que la discriminación social percibida, presenta una asociación positiva con la depresión (OR: 10,36; IC: 2,52-59,60; p: 0,003). Entre los descriptores del estado de salud destacamos aquellos relacionados con el estrés, en concreto haber sufrido un trauma en la infancia y/o adolescencia se asocia positivamente con la depresión (OR: 1,14; IC: 1,07-1,23; p: <0,001).

ÁFRICA

Entre las procedentes de África, se observó que 15 mujeres (17,64%) presentaban depresión. Presentaban una edad media de 32,8 años y llevaban viviendo en España una media de 21,4 meses.

En referencia al estado civil, 7 mujeres (46,7%) eran solteras, 5 (33,3%) tenían pareja y 3 (20%) estaban separadas o eran viudas.

En cuanto al nivel educacional, 14 (93,3%) habían realizado estudios secundarios o inferiores y solo 1 (6,67%) tenía estudios posteriores.

En cuanto al permiso de residencia, todas las mujeres (15-100%) tenían visado.

En cuanto a la evolución del estatus social, en el caso de mujeres 5 (33,3%) era igual, en 6 (40%) peor y en 4 (26,7%) mejor.

En referencia al tipo de migración, 14 (93,3%) lo hicieron de forma voluntaria y solo 1 (6,67%) lo hizo forzosamente. En cuanto a las razones, 9 (60%) lo hicieron por motivos socioeconómicos y 6 (40%) por motivos familiares.

En cuanto a la compañía cuando acudieron a España, 9 (60%) acudieron solas, 5 (33,3%) acompañadas de familiares y solo 1 (6,67%) acompañada de amigos.

En referencia al conocimiento de la lengua, solo 1 (6,67%) ya sabía castellano previamente, 4 (26,7%) han aprendido y 10 (66,7%) no han aprendido.

En cuanto al apoyo social, 6 (40%) disponían de apoyo, 6 (40%) disponían de algo de apoyo y 3 (20%) no disponían de apoyo.

En referencia a la discriminación social percibida, 6 (40%) habían percibido en algunas ocasiones y 9 (60%) casi no habían percibido discriminación.

En cuanto a los eventos estresantes, 1 (6,67%) había vivido algunos de tipo general, 11 (73,3%) de tipo económico y 3 (20%) de tipo familiar.

En relación a las condiciones de empleo y ocupación, por un lado se valoró si tenían contrato laboral y se observó que ninguna mujer (15(100%)) había tenido; y por otro si habían trabajado con remuneración económica desde que habían llegado a España, donde se observó que 13 (86,7%) no lo habían hecho y 2 (13,3%) sí.

A posteriori, al realizar el modelo logístico para observar los factores relacionados con el proceso de migración en las mujeres africanas, únicamente hemos observado una asociación positiva con la depresión en el caso de aquellos factores estresantes relacionados con motivos económicos (OR: 9,16; IC: 1,57-238; p: 0,010).

Conclusiones

A pesar de que la migración puede aportar muchos beneficios, vivir en una nueva sociedad aún presenta grandes retos para las mujeres inmigrantes y refugiadas, los cuales influyen directamente en su salud mental.

Tras el análisis de los datos obtenidos, si nos centramos en la muestra general (las 115 mujeres que padecían depresión, sin especificar el continente de procedencia) se puede observar que existen diversos factores, tanto de riesgo como protectores, que inciden y están relacionados con la depresión en las mujeres migrantes. En primer lugar, destacamos como factores protectores la autoestima, en tanto que se ha observado que cuanto más elevada sea la autoestima hay menor depresión, y tener permiso de residencia se asocia con un riesgo menor de padecer depresión.

En segundo lugar, en referencia a los factores de riesgo destacamos aquellos relacionados con el estrés distal y proximal. Por un lado, en referencia al estrés distal observamos que haber sufrido un trauma en la infancia o la adolescencia, así como haber padecido eventos estresantes o traumáticos durante el último año (entre los cuales remarcamos aquellos relacionados con motivos económicos), está relacionado con un mayor riesgo de depresión. Por otro lado, en referencia al estrés proximal, destacamos que el estrés percibido en su vida diaria (evaluado en el último mes), también está relacionado con un mayor riesgo de depresión.

La asociación entre estos factores nos ofrece una oportunidad para entender el impacto cultural, social y emocional como protector o perjudicador para la salud mental. Asimismo, el conocimiento obtenido con este estudio nos puede ayudar a formular unos servicios de salud y promoción de la salud que sean relevantes y apropiados para las mujeres.

En definitiva, conocer y cuantificar la prevalencia del trastorno depresivo en la población inmigrante femenina, puede ayudar a los profesionales sanitarios a mejorar la atención de salud mental de los migrantes, en concreto de las

mujeres, realizando un adecuado abordaje y diseñando estrategias eficaces culturalmente, ajustando la organización de los servicios asistenciales.

Mediante estrategias adecuadas de detección, gestión y prevención, destacando la importancia de una atención desde un equipo multidisciplinar donde la enfermera cobra un papel muy importante aportando una visión holística del cuidado, podremos atender a las mujeres de una forma más especializada e individualizada: con más perspectiva de género e interculturalidad.

Bibliografía

1. Bhugra D. Migration and Mental health. *Acta Psychiatr Scand.*2004; 109:243-258.
2. Delara M. Social Determinants of Immigrant Women's Mental Health. Hindawi Publishing Corporation. 2016.
3. Jurado D, Alarcón RD, Martínez-Ortega JM, Mendieta-Marichal Y, Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M. Factores asociados al malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Rev Psiquiatría Salud Ment (Barc).* 2017; 10:45-58.
4. Meadows M, Thurston W, Melton C. Immigrant women's health. *Social Science & Medicine.*2001; 52:1451-1458.
5. Patiño C, Kirchner T. Estrés migratorio y sintomatología depresiva: rol mediador del afrontamiento. *Revista Mexicana de Psicología.* 2011; 28(2): 151-160.
6. Steffen O, Bahadur S. Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health.* 2007;3:24.
7. Pavón E. Feminismo, Género e Inmigración. Grupo de Investigación Igualdad y Género (Universidad de la Rioja). 2014; 101-118.
8. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha T, de Girolamo G, Guyer M, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO

World Mental Health surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2006; 15:167-180.

9. Rosenberg M. Self-Report Measures for Love and Compassion Research. *Society of the adolescent self-image*. 1965;11(2).

10. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med*. 2009; 32(1):20-47.

11. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Ansiedad y estrés*. 2001; 7(2-3): 195-201.

12. Bernstein D, Stein J, Newcomb M, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*. 2003; 27: 169-190

13. Brugha T, Cragg D. The List of Threatening Experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1990; 82: 77-81.