

---

# SUCESOS VITALES MAYORES Y ESTRÉS: EFECTOS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS AL CAMBIO POR MIGRACIÓN

R. M. Valiente, B. Sandín, P. Chorot, M. A. Santed, J. L. González de Rivera

---

## Resumen

El objetivo de este estudio ha consistido en investigar las posibles manifestaciones psicopatológicas y sintomatología somática asociadas a la emigración intra (dentro de la Unión Europea) e intercontinental. La emigración supone una ruptura con las rutinas diarias y se acompaña de cambios significativos en el contexto social, siendo generalmente considerada como un suceso vital mayor, a veces particularmente traumático, pudiendo provocar incrementos de las quejas psicósomáticas y de la ansiedad interpersonal e, incluso, dar lugar a la aparición de psicopatologías diversas. Completaron los cuestionarios Hopkins Symptoms Check List-Revised (SCL90-R; Derogatis, 1983; versión española de González de Rivera et al., 1988) y Escala de Síntomas Somáticos (ESS; Sandín y Chorot, 1991) 30 españoles residentes en el sur de Alemania y 15 hindúes residentes en Madrid, así como también un grupo de control compuesto por 40 españoles residentes en Madrid. Se encontró que los emigrantes mostraron mayor grado de alteración psicopatológica que los no emigrantes, obteniéndose diferencias significativas estadísticamente para la mayoría de las subescalas del SCL-90-R (excepto para las escalas de somatización y hostilidad). Los resultados indican también que, aunque los emigrantes tienden a obtener puntuaciones más elevadas en la ESS, que los no emigrantes, las diferencias sólo son estadísticamente significativas con respecto a los sistemas genitourinario (al comparar grupos de emigrantes/no emigrantes), inmunológico general y reproductor femenino (al comparar subgrupos de mujeres). Se discuten estos resultados desde el punto de vista del posible impacto de estrés psicosocial inducido por la emigración intra- e intercontinental.

**Palabras clave:** Migración. Estrés. Sucesos vitales. Psicopatología. Síntomas somáticos.

## Abstract

### Major life events and stress: psychopathology and migration

The purpose of this research was to study possible psychopathological disturbances associated to intercontinental migration, as well as related to intra European Union migration. Migration disrupts daily routines and is accompanied by significant changes in social context, being usually considered as a specially traumatic major life event, and it can also induce increased psychosomatic complaints and interpersonal distress, as well as being associated with development of different psychopathological phenomena. Thirty Spanish migrants residents in South Germany, fifteen Indian residents in Madrid, and a control group of forty Spanish residents in Madrid, completed the Hopkins Symptoms Check List-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1983; Spanish version by González de Rivera et al., 1988) and the Escala de Síntomas Somáticos (ESS; Sandín y Chorot, 1991). We found that migrants displayed more psychopathological indicators than non migrants, with significant differences on every subscales of the SCL-90-R (except on Somatization and Hostility) questionnaire. Even though migrants tend to obtain higher scores on ESS, differences were only significant on Genital-Urinary, on General Immunology and on Female Reproductive System. These results are discussed in terms of a possible impact of psychosocial stress related to intra and intercontinental migration.

**Key words:** Migration. Stress. Life events. Psychopathology. Somatic symptoms.

---

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

\* Fundación Jiménez Díaz

## Introducción

Los cambios de residencia, a menudo a otra ciudad o país, son considerados habitualmente como sucesos vitales mayores que pueden estar asociados a experiencias con efectos adversos para la salud (e.g., Holmes y David, 1989). En la conocida escala de sucesos vitales de Holmes y Rahe (1967) sobre estrés reciente, el ítem relacionado con el "cambio de residencia" ocupa el número treinta y dos, en cuanto a grado de impacto (nivel de cambio vital asociado), entre los 43 ítems incluidos en el cuestionario. Otros sucesos vitales frecuentes, tales como los relacionados con cambios económicos, actividades sociales, tipo de trabajo, etc., suelen estar relacionados y/o producirse a consecuencia del cambio de residencia. La emigración generalmente ha sido considerada como un suceso vital de especial envergadura (mayor) ya que, además del cambio de residencia, puede acarrear otros sucesos vitales.

Algunas investigaciones efectuadas en el campo del estrés psicosocial han sugerido que la *emigración*\* es un suceso vital mayor importante, puesto que lleva consigo una ruptura de las rutinas diarias, y suele ir acompañada de cambios significativos en el contexto social y familiar, con abandono y/o creación de nuevas redes sociales (Luo y Cooper, 1990). Se ha sugerido que la migración provoca sentimientos de ansiedad, incertidumbre, pérdida de control y de estatus social, reducción del apoyo social percibido y desafíos diversos que ponen en marcha varias estrategias de afrontamiento necesarias para restablecer la rutina diaria y reducir los estados emocionales aversivos (Plante, Manuel, Menéndez y Marcotte, 1995).

Por otra parte, la migración ha sido asocia-

da a incrementos en las quejas psicósomáticas y malestar interpersonal, además de relacionarse con el desarrollo de diferentes estados psicopatológicos (Sandín, 1989, 1993). Así mismo, no debe olvidarse la influencia que los sucesos mayores pueden ejercer sobre la aparición de sucesos menores, es decir, sobre un incremento del estrés diario (Santed, Chorrot, Sandín, Jiménez y García-Campayo, 1994; Sandín, 1993, 1995).

Aunque la necesidad de analizar los efectos de la migración sobre la salud mental surge desde antiguo, es sólo a partir del desarrollo de la línea basada en el estrés psicosocial cuando su estudio recobra gran importancia (Tizón et al., 1988). Algunos trabajos han venido demostrando que los emigrantes suelen ser propensos a diversos tipos de manifestaciones psicopatológicas (Fisher, 1986). Sin embargo, los resultados en este campo no son muy claros, quizá, como han sugerido Roth y Ekblad (1993), debido a problemas metodológicos y teóricos asociados a la multiplicidad de factores y compleja relación que parece existir entre la migración y la salud.

Se sabe, no obstante, que no todos los sucesos son igualmente relevantes o perniciosos para las diferentes personas. Un acontecimiento particular, por ejemplo la emigración, puede ser positivo para un sujeto y ampliamente negativo para otro, en función de diversas variables sociodemográficas, como, p. ej., el sexo o la edad (Gmelch y Gmelch, 1995) y personales, tales como la valoración cognitiva, las estrategias de afrontamiento y otros tipos diferentes de variables moduladores (véase Sandín, 1995).

Por otra parte, se ha sugerido la particular relevancia que parecen jugar los factores interpersonales, como por ejemplo las redes sociales en que está involucrado el individuo, en cuanto determinantes de la respuesta personal al estrés. En los últimos años ha aumentado considerablemente la investigación sobre los efectos que el apoyo social puede tener en relación con el mantenimiento de la salud. Algunos estudios han puesto de manifiesto que los lazos sociales, no sólo pueden actuar como so-

---

\* Usaremos indistintamente los términos *migración* y *emigración*, teniendo en cuenta que el primero se refiere de manera más general al cambio de residencia a otra ciudad o país, mientras que el segundo, matiza el hecho de la salida de la propia residencia para establecerse en otra, generalmente en el extranjero, frente al de la *inmigración* o llegada a un país para establecerse en él. Como puede apreciarse, un individuo que *emigre* de su país, será considerado como *inmigrante* en el país de acogida.

porte para mantener la salud, sino que también pueden prevenir un desajuste psicológico en momentos de estrés asociados a la aparición de determinados acontecimientos vitales. Un individuo integrado en su ambiente social debería gozar de mayor bienestar psicológico, tanto por las experiencias positivas, la estabilidad y la autoestima que le proporcionan unas adecuadas relaciones sociales, como debido a que la integración en una red social puede ayudar también a evitar experiencias negativas que incrementarían la aparición de trastornos psicológicos o físicos (Buendía, 1989).

Al margen del efecto modulador que puedan producir estos factores, todo cambio de una cultura a otra induce en la persona una ruptura o disonancia entre las experiencias pasadas del individuo y las exigencias del nuevo ambiente, siendo esta discontinuidad sociocultural un fenómeno que puede contribuir al desarrollo de trastornos psicológicos y somáticos en la población emigrante (Hong y Holmes, 1973). Cuanto mayor sea esta discontinuidad, por ejemplo cuanto más diferentes sean las culturas, el efecto de riesgo psicopatológico debería ser mayor ya que, en términos de Oberg (1954), se produciría mayor "shock cultural", o también porque las diferencias reales y percibidas entre el ambiente familiar (antiguo) y el nuevo ambiente son mayores cuando más grandes sean las diferencias entre ambos contextos socioculturales (el de origen y el de acogida) (Louden, 1995). Se asume por tanto que, aparte de otros factores importantes asociados al fenómeno de la emigración (p.ej., factores personales, apoyo social, desempleo, racismo, etc.), cuanto más diferentes sean las culturas (p.ej., migraciones intercontinentales) mayor es el nivel de cambio e impacto que se genera en el emigrante.

Algunos estudios que han analizado la relación entre las migraciones y los trastornos mentales han referido evidencia empírica indicativa de que la salud de los emigrantes es más débil que la de la población receptora, y que la emigración, en sí misma, tiene efectos nocivos sobre la salud mental y física, quizá debido a los factores de selección y a las experiencias

vitales estresantes (Louden, 1995). En este sentido, algunos autores como Malzberg y Lee (1940) plantearon la existencia de una correlación negativa entre el sentido de pertenencia a una comunidad y la incidencia de depresión y esquizofrenia. Otros, como Durkheim (1951), pusieron de manifiesto que la pérdida de integración social era opuesta al bienestar psicológico. Más recientemente, Creed (1987) y Louden (1995) han defendido que el estrés provocado por la emigración predispone al desarrollo de enfermedades psicóticas. Además, otros trabajos han constatado tasas elevadas de depresión y de sentimientos de indefensión en personas emigrantes (Fisher, 1986; Malzberg y Lee, 1940; Odegaard, 1932). Por otra parte se ha señalado que los emigrantes poseen mayor vulnerabilidad incluso a la enfermedad física; en particular a los trastornos cardiovasculares, gastrointestinales y a enfermedades infecciosas, cuyas tasas son más elevadas en estos grupos que en los de la comunidad de acogida (Fisher, 1986), debido quizá a la influencia del estrés psicosocial sobre la respuesta del sistema inmunitario y diversos sistemas neuroendocrinos.

Actualmente se habla de la emigración como un problema social importante, no sólo a nivel de mercado de trabajo, ya que también afecta a otras esferas importantes tales como la educación, las relaciones sociales y culturales, la política interior, los asuntos extranjeros, la xenofobia, etc. Sin embargo, la mayoría de los trabajos publicados acerca de la emigración son de naturaleza intercontinental, siendo escasos los realizados en el contexto de la Unión Europea y, en particular, los centrados en emigrantes españoles. El presente trabajo ha sido diseñado con objeto de estudiar las posibles manifestaciones psicopatológicas y somáticas asociadas a la migración en población española residente en Alemania, así como también poder comparar, sobre la base de tales manifestaciones, con emigrantes extranjeros (intercontinentales) residentes en España.

Partimos de la hipótesis general de que los sujetos que han tenido que abandonar su país

de origen presentarán mayor riesgo de alteración mental y/o física que los otros sujetos equivalentes no emigrantes; y por tanto, mostrarán mayores niveles de sintomatología psicológica y somática. Asimismo, esperamos que exista mayor nivel de alteración en los emigrantes intercontinentales (i.e., hindúes en España) que en los emigrantes intra-Unión Europea (i.e., españoles en Alemania), ya que en los primeros debería existir mayor ruptura social y cultural (mayor nivel de cambio) debido a que en ellos serían mayores las diferencias entre el ambiente de la cultura original y el del nuevo contexto. Puesto que las diferencias culturales asociadas a la emigración constituyen un factor esencial en la génesis de las experiencias de estrés implicadas en el deterioro de la salud (Louden, 1995), los emigrantes hindúes, al suponer mayor grado de cambio que los emigrantes españoles, mostrarán, así mismo, mayores niveles de sintomatología psicológica y somática que éstos.

Si bien la finalidad de este trabajo se centra en aspectos psicopatológicos básicos, también podría tener importantes implicaciones para decidir sobre la pertinencia de llevar a cabo posibles acciones de prevención y/o intervención destinadas a paliar los posibles efectos de la emigración.

## Método

### Sujetos

La muestra estuvo constituida por un total de 85 sujetos. Se estableció un grupo de 30 emigrantes españoles residentes en Stuttgart-Alemania- (15 hombres y 15 mujeres) de edades comprendidas entre 19 y 68 años (media = 34,03 años, DT = 12,37), un grupo de control de 40 sujetos, equiparado aproximadamente en edad, sexo y estatus socioeconómico (rango de edad = 18-55 años; media = 26,35 años, DT = 8,23) y, finalmente, un grupo de 15 mujeres hindúes residentes en Madrid (rango de edad = 19-29 años, media = 23,07 años, DT = 3,06). El nivel sociocultural fue predominantemente medio-bajo para todos los sujetos. En la actualidad, el 82% de los emigrantes españoles que

compusieron nuestra muestra trabajan como empleados en cadenas de producción o en empresas de limpieza, y el resto pertenece al sector servicios. El 100% de las hindúes estudian para religiosas en un convento de Madrid. Todos los sujetos participaron voluntariamente en el estudio.

### Instrumentos

Todos los participantes completaron los cuestionarios SCL-90-R (una medida sobre psicopatología general) y ESS (una prueba de sintomatología somática).

*Cuestionario SCL-90-R (Hopkins Symptoms Checklist-90-Revised; Derogatis, 1983).* Aplicamos la versión española del cuestionario (González de Rivera y De las Cuevas, 1988). El SCL-90-R es un inventario multidimensional de autoevaluación de síntomas, diseñado para medir el malestar psicológico general a partir de síntomas relacionados con varias dimensiones psicopatológicas. Consta de 90 ítems a los que el sujeto debe responder marcando el grado en el cual ese síntoma le ha causado molestias en las últimas semanas, incluyendo el día en que se completa, según una escala que varía entre 0 (nada en absoluto) y 4 (de forma extrema). El SCL-90-R refleja el malestar psicológico en términos de las siguientes nueve subescalas que suministran una evaluación de la intensidad del diestrés percibido:

Somatización (SOM; p.ej., "dolores de cabeza"), Obsesión-compulsión (OBS; p.ej., "pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente"), Sensibilidad Interpersonal (SI; p.ej., "sentirse inferior a los demás"), Depresión (DEP; p.ej., "sentirse bajo de energía o decaído"), Ansiedad (ANS; p.ej., "nerviosismo o agitación interior), Hostilidad (HOS; p.ej., "sentirse fácilmente irritado o enfadado"), Ansiedad Fóbica (FOB; p.ej., "sentir miedo a los espacios abiertos o en la calle"), Ideación Paranoide (PAR; p.ej., "tener la impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás"), y Psicoticismo (PSI; p.ej., "tener pensamientos que no son suyos"). Además, el SCL-90-R permite obtener los dos

índices globales de malestar siguientes: Índice global de gravedad (IGG; sumatorio de todos los ítems), y Total de síntomas positivos (TSP; frecuencia o número total de síntomas con puntuación mayor que cero). Datos sobre la validez de la versión española del cuestionario han sido presentados por González de Rivera et al. (1990). Los coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach) calculados para el presente estudio han resultado ser suficientemente elevados (véase Tabla I).

**TABLA I**

**Coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach) obtenidos para la muestra total (N=85) en cada una de las variables del SCL-90-R.**

| <i>Subescala del SCL-90-R</i>   | <i>Coefficiente alfa</i> |
|---------------------------------|--------------------------|
| Somatización (SOM)              | 0,8096                   |
| Obsesión-Compulsión (OBS)       | 0,8227                   |
| Sensibilidad Interpersonal (SI) | 0,8229                   |
| Depresión (DEP)                 | 0,8862                   |
| Ansiedad (ANS)                  | 0,8749                   |
| Hostilidad (HOS)                | 0,7455                   |
| Ansiedad Fóbica (FOB)           | 0,8873                   |
| Ideación Paranoide (PAR)        | 0,6914                   |
| Psicoticismo (PSI)              | 0,7943                   |
| Índice global de gravedad (IGG) | 0,9694                   |

*Escala de Síntomas Somáticos.* (ESS; Sandín y Chorot, 1991). La ESS es una escala de 54 ítems desarrollada para evaluar diversas quejas somáticas y problemas de salud. Los sujetos deben contestar a cada ítem señalando la frecuencia con que lo hayan experimentado durante el pasado año, de acuerdo con un rango de respuesta de 1 ("Nunca") a 5 ("Más de una vez al mes"). La ESS contiene las siguientes subescalas: Inmunológico General (IG; p.ej.; "catarros o resfriados comunes"), Cardiovascular (CV; p.ej., "palpitaciones, percepción exagerada del latido cardíaco"), Respiratorio (RS; p.ej., "respiración dificultosa o molesta"), Gastrointestinal (GL; p.ej., "molestias o dolor

de estómago"), Neurosensorial (NS; p.ej.; "sensaciones de mareo"), Piel y alergia (PA; p.ej., "picores de la piel con necesidad de rascarse"), Musculoesquelético (ME; p.ej., "dolores de cabeza con sensación de tirantez o tensión"), Genitourinario (GU; p.ej., "dificultades para orinar") y Reproductor Femenino (RF; p.ej., "dolor antes de la menstruación"). Datos sobre fiabilidad y validez de la ESS han sido presentados por los autores (Sandín y Chorot 1991).

**Procedimiento**

En primer lugar se efectuó la selección de la muestra de acuerdo con los siguientes pasos: a) constitución del grupo de emigrantes españoles, b) selección del grupo de control y c) selección del grupo de emigrantes hindúes. El grupo de emigrantes españoles se seleccionó en la antigua República Federal de Alemania (región de Baden-Württemberg), de entre los diversos grupos de trabajadores españoles que allí residen, con o sin cualificación profesional, con un nivel socioeconómico medio-bajo. No fueron incluidos en el grupo aquellos españoles que durante estos últimos años han obtenido puestos laborales (generalmente bien cualificados) en Alemania como consecuencia de la entrada de España en la Unión Europea.

El grupo de control se seleccionó a partir de españoles residentes en Madrid. El grupo se equiparó aproximadamente en sexo, edad y nivel socioeconómico, con respecto al grupo de españoles emigrantes en Alemania.

Por último, establecimos el tercer grupo de sujetos formado por emigrantes hindúes procedentes de regiones del Sur de la India y residentes en Madrid. Todos los sujetos de este grupo eran mujeres.

Tras contactar con los sujetos, se procedió a realizar una entrevista en el domicilio particular de cada sujeto, aplicándose de forma individual los cuestionarios SCL-90-R y ESS, siendo estos contrabalanceados. Cada sujeto recibió la misma información acerca del objetivo del estudio y la forma de contestar a los cuestionarios. Las preguntas de ambos cuestionarios fueron leídas a los sujetos, efectuándose

las aclaraciones pertinentes cuando fue necesario, y rellenando ellos mismos las respuestas. Las condiciones de aplicación de las pruebas fueron semejantes para todos los sujetos.

## Resultados

Para contrastar nuestras dos hipótesis centrales comparamos las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios SCL-90-R y ESS entre los diferentes grupos de sujetos. En un primer grupo de análisis calculamos las diferencias entre grupo control mediante análisis de covarianza (ANCOVA) para cada una de las variables dependientes (variables del SCL-90-R y ESS), siendo la variable independiente una variable

intergrupo (emigrantes españoles vs. grupo de control), e incluyendo como covariante la variable edad.

Aunque los grupos se equipararon de forma aproximada en edad, puesto que el rango de edad de la muestra era amplio se aplicaron ANCOVAs para eliminar un posible efecto contaminador de la edad. No obstante, en ningún análisis resultó significativo el efecto de dicha variable.

En un segundo grupo de análisis comparamos mediante la prueba de Kruskal-Wallis ( $\chi^2$ ) las puntuaciones en los cuestionarios entre los grupos, incluyendo además el de emigrantes hindúes. Puesto que el grupo de hindúes estaba

**TABLA II**

**Medias y desviaciones típicas (DT) en las variables de los cuestionarios SCL-90-R y ESS, para el grupo de emigrantes españoles en Alemania y el grupo de control. Diferencias según análisis de covarianza, controlando el efecto de la edad (covariante)**

| Variable                        | Grupos     |       |         |       | F (69) | P      |
|---------------------------------|------------|-------|---------|-------|--------|--------|
|                                 | Emigrantes |       | Control |       |        |        |
|                                 | Media      | DT    | Media   | DT    |        |        |
| <b>SCL-90-R</b>                 |            |       |         |       |        |        |
| Somatización (SOM)              | 11,89      | 8,18  | 9,03    | 7,66  | 1,13   | NS     |
| Obsesión-Compulsión (OBS)       | 11,89      | 6,68  | 11,31   | 7,19  | 0,73   | NS     |
| Sensibilidad Interpersonal (SI) | 12,07      | 5,72  | 6,90    | 5,29  | 7,54   | <0,001 |
| Depresión (DEP)                 | 18,39      | 11,29 | 12,38   | 8,25  | 3,06   | <0,05  |
| Ansiedad (ANS)                  | 11,24      | 8,77  | 7,79    | 5,33  | 2,45   | <0,09  |
| Hostilidad (HOS)                | 6,24       | 3,83  | 4,79    | 4,83  | 1,58   | NS     |
| Ansiedad Fóbica (FOB)           | 4,41       | 5,59  | 1,10    | 1,87  | 5,80   | <0,01  |
| Ideación Paranoide (PAR)        | 7,86       | 3,75  | 4,56    | 3,76  | 6,36   | <0,01  |
| Psicoticismo (PSI)              | 7,85       | 5,70  | 3,03    | 3,52  | 8,45   | <0,001 |
| Índice global gravedad (IGG)    | 92,96      | 52,00 | 60,95   | 37,31 | 4,06   | <0,05  |
| Total síntomas positivos (TSP)  | 52,65      | 21,99 | 36,84   | 17,62 | 5,51   | <0,01  |
| <b>ESS</b>                      |            |       |         |       |        |        |
| Inmunológico General (IG)       | 9,17       | 2,13  | 8,51    | 1,91  | 1,36   | NS     |
| Cardiovascular (CV)             | 8,92       | 4,55  | 9,23    | 3,66  | 0,05   | NS     |
| Respiratorio (RS)               | 9,00       | 4,46  | 9,13    | 3,51  | 0,35   | NS     |
| Gastrointestinal (GI)           | 11,84      | 3,93  | 10,85   | 2,94  | 0,53   | NS     |
| Neurosensorial (NS)             | 10,27      | 3,92  | 9,13    | 3,63  | 0,70   | NS     |
| Musculoesquelético (ME)         | 13,15      | 4,39  | 11,79   | 3,68  | 0,90   | NS     |
| Piel-alergia (PA)               | 9,77       | 2,41  | 10,82   | 4,17  | 1,88   | NS     |
| Genitourinario (GU)             | 9,77       | 3,46  | 8,18    | 2,62  | 4,27   | <0,05  |
| Reproductor Femenino (RF)       | 8,00       | 7,10  | 9,93    | 5,43  | 0,58   | NS     |
| ESS-Total (ESS-T)               | 81,13      | 20,13 | 76,95   | 18,93 | 0,63   | NS     |

\*Los grados de libertad para la variable RF son 29, debido a que sólo se refiere a los sujetos femeninos.

integrado exclusivamente por mujeres, únicamente se emplearon en estos análisis los subgrupos de mujeres del grupo de emigrantes españoles y del grupo de control. Se aplicó esta prueba no paramétrica debido al reducido número de sujetos en cada grupo o subgrupo.

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el programa SPSS/PC+, versión 4.0 (Norusis, 1986).

En la Tabla II referimos las medias y desviaciones típicas pertenecientes al grupo de emigrantes españoles y al grupo de control, así como también los resultados de los ANCOVAs (F y probabilidad).

Como puede verse, aunque en general los emigrantes tienden a obtener puntuaciones más

elevadas en la ESS que los no emigrantes, las diferencias sólo son estadísticamente significativas con respecto al sistema genitourinario (GU).

Sin embargo, sí se obtienen diferencias significativas para la mayoría de las subescalas del SCL-90R. Los emigrantes parecen poseer mayor sensibilidad interpersonal ( $p < .001$ ), mayor nivel de depresión ( $p < .05$ ), más ansiedad ( $p < .09$ ), más ansiedad fóbica ( $p < .01$ ), mayor grado de ideación paranoide ( $p < .01$ ), y más psicoticismo ( $p < .001$ ). También los emigrantes poseen mayor índice global de gravedad ( $p < .05$ ) y mayor frecuencia de síntomas positivos ( $p < .01$ ) que los individuos del grupo de control (véase Tabla II).

**TABLA III**

**Medias y desviaciones típicas (DT) en las variables de los cuestionarios SCL-90-R y ESS, para los subgrupos de mujeres (emigrantes españolas, emigrantes hindúes y grupo de control). Diferencias según prueba de Kruskal-Wallis ( $\chi^2$ ): Las medidas que comparten superíndices no son significativamente diferentes entre sí.**

| Variable                        | Grupos               |       |                     |       |                    |       | $\chi^2$ (44) | P      |
|---------------------------------|----------------------|-------|---------------------|-------|--------------------|-------|---------------|--------|
|                                 | Emigrantes españolas |       | Emigrantes hindúes  |       | Control            |       |               |        |
|                                 | Media                | DT    | Media               | DT    | Media              | DT    |               |        |
| <b>SCL-90-R</b>                 |                      |       |                     |       |                    |       |               |        |
| Somatización (SOM)              | 12,60                | 8,40  | 14,07               | 5,20  | 11,87              | 9,02  | 0,82          | NS     |
| Obsesión-Compulsión (OBS)       | 11,67 <sup>a</sup>   | 5,55  | 21,33 <sup>b</sup>  | 4,15  | 11,47 <sup>a</sup> | 7,02  | 19,81         | <0,001 |
| Sensibilidad Interpersonal (SI) | 12,20 <sup>a</sup>   | 3,36  | 16,27 <sup>b</sup>  | 6,27  | 6,80 <sup>c</sup>  | 4,18  | 19,00         | <0,0   |
| Depresión (DEP)                 | 19,27                | 8,56  | 17,47               | 9,84  | 13,80              | 9,35  | 4,08          | NS     |
| Ansiedad (ANS)                  | 11,93 <sup>a,b</sup> | 7,22  | 17,27 <sup>b</sup>  | 7,22  | 9,57 <sup>a</sup>  | 6,15  | 7,23          | <0,05  |
| Hostilidad (HOS)                | 7,53                 | 4,05  | 6,00                | 3,18  | 4,60               | 4,12  | 4,30          | NS     |
| Ansiedad Fóbica (FOB)           | 4,00 <sup>a</sup>    | 3,82  | 11,33 <sup>b</sup>  | 6,49  | 0,53               | 1,36  | 29,38         | <0,001 |
| Ideación Paranoide (PAR)        | 7,47 <sup>a</sup>    | 3,11  | 9,33 <sup>a</sup>   | 3,46  | 3,60 <sup>b</sup>  | 2,90  | 16,57         | <0,001 |
| Psicoticismo (PSI)              | 7,54 <sup>a</sup>    | 5,11  | 11,00 <sup>a</sup>  | 5,40  | 2,80 <sup>b</sup>  | 2,68  | 17,26         | <0,001 |
| Índice global gravedad (IGG)    | 95,00 <sup>a</sup>   | 37,41 | 124,07 <sup>a</sup> | 35,01 | 65,86 <sup>b</sup> | 36,85 | 12,78         | <0,001 |
| Total síntomas positivos (TSP)  | 5,62 <sup>a</sup>    | 18,24 | 63,27 <sup>a</sup>  | 12,19 | 38,79 <sup>b</sup> | 15,75 | 14,03         | <0,001 |
| <b>ESS</b>                      |                      |       |                     |       |                    |       |               |        |
| Inmunológico General (IG)       | 8,92 <sup>a,b</sup>  | 2,02  | 10,00 <sup>b</sup>  | 1,73  | 8,33 <sup>a</sup>  | 2,19  | 6,14          | <0,05  |
| Cardiovascular(CV)              | 10,69                | 5,75  | 8,27                | 1,87  | 10,33              | 4,37  | 0,94          | NS     |
| Respiratorio (RS)               | 10,25                | 5,97  | 10,73               | 5,19  | 10,13              | 4,05  | 1,26          | NS     |
| Gastrointestinal (GI)           | 11,08                | 3,99  | 10,60               | 2,67  | 12,13              | 3,29  | 2,28          | NS     |
| Neurosensorial (NS)             | 11,92                | 4,92  | 9,07                | 2,40  | 10,47              | 4,32  | 2,77          | NS     |
| Musculoesquelético (ME)         | 14,69                | 4,46  | 11,87               | 4,19  | 13,73              | 3,95  | 3,60          | NS     |
| Piel-alergia (PA)               | 9,54                 | 2,57  | 11,27               | 2,91  | 11,67              | 5,19  | 1,91          | NS     |
| Genitourinario (GU)             | 10,46                | 3,78  | 8,60                | 1,88  | 8,47               | 2,29  | 3,32          | NS     |
| Reproductor Femenino (RF)       | 8,00 <sup>a</sup>    | 7,10  | 13,27 <sup>b</sup>  | 3,31  | 9,93 <sup>a</sup>  | 5,43  | 5,71          | <0,05  |
| ESS-Total (ESS-T)               | 87,75                | 22,76 | 80,40               | 14,59 | 85,27              | 23,00 | 0,53          | NS     |

La Tabla III muestra las puntuaciones medias y las desviaciones típicas correspondientes a los subgrupos constituidos por mujeres emigrantes (españolas residentes en Stuttgart e hindúes residentes en Madrid) y al subgrupo de control (mujeres españolas residentes en Madrid) para las diferentes variables dependientes (variables del SCL-90-R y ESS). Observamos que ambos tipos de emigrantes tienden a presentar puntuaciones más elevadas que los sujetos de control en la mayoría de las variables del SCL-90-R, no resultando significativas las diferencias relativas a las variables de la ESS.

Tras la aplicación de la prueba de Kruskal-Wallis se evidencia que existen diferencias significativas estadísticamente para todas las escalas del SCL90-R, excepto para las escalas de Somatización Depresión y Hostilidad. Con respecto a la ESS se obtienen diferencias significativas para las variables Inmunológico general y Reproductor femenino (Tabla III).

Con objeto de conocer las posibles diferencias entre pares de grupos aplicamos un contraste de medias de los grupos dos a dos (Martínez-Arias, Maciá y Pérez, 1995). Al comparar las puntuaciones medias de las emigrantes hindúes con las de las emigrantes españolas se observan diferencias significativas para las variables del SCL-90-R siguientes: OBS, SI y FOB.

En todos los casos estas diferencias se producen en el sentido de que las mayores puntuaciones corresponden a las emigrantes hindúes residentes en Madrid.

Por otra parte, tanto las hindúes como las emigrantes españolas presentan niveles más elevados que los sujetos de control en las variables SI, FOB, PAR, PSI, IGG y TSP. Con respecto a las variables OBS y ANS, sólo las hindúes diferían significativamente de las mujeres del grupo control.

Finalmente, en relación con las variables de la ESS, las emigrantes hindúes exhibieron mayor nivel sintomatológico que las españolas (tanto emigrantes como no emigrantes) en la variable RF, y mayor puntuación en la variable IG que las mujeres españolas no emigrantes

(ver Tabla III). No existen diferencias significativas entre las emigrantes españolas y las mujeres del grupo de control.

## Discusión

Según esperábamos, los emigrantes mostraron mayor grado de alteración psicopatológica que los no emigrantes, obteniéndose diferencias significativas estadísticamente para casi todas las subescalas del SCL-90-R (excepto para las escalas de somatización y hostilidad). Estos resultados son consistentes con los obtenidos por Plante et al. (1995). Como vimos, ambos grupos de emigrantes presentan una mayor sensibilidad interpersonal, es decir, mayores sentimientos de inadecuación e inferioridad personal en comparación con otros individuos (confirman los trabajos de Odegaard, 1932; Malzberg y Lee, 1940 y Fisher, 1986). Esto quizá podría deberse, entre otras causas, a los problemas relacionados con la adaptación a la nueva cultura y al nuevo idioma.

Las mayores tasas de depresión y ansiedad encontradas en los emigrantes son perfectamente congruentes con los resultados reflejados en otros trabajos (Malzberg y Lee, 1940; Durkheim, 1951), que asocian estas manifestaciones psicopatológicas con el estrés psicosocial provocado por los sucesos vitales.

También se descubre una mayor ansiedad fóbica, evidenciada mediante miedos a los viajes, a los espacios abiertos, o a las actividades sociales. Los signos de ideación paranoide y psicoticismo también son superiores en los emigrantes, lo cual está en línea con lo afirmado por Creed (1987), y más recientemente por Loudon (1995).

Parece que otros indicadores de psicopatología están presentes en el grupo de mujeres hindúes en mayor medida que en el grupo de emigrantes españolas. Bien es cierto que habría que interpretar de forma provisional nuestros resultados dado el tamaño de la muestra. Se ha sugerido que entre los predictores generales más útiles de adaptación se encuentra la experiencia previa con otras culturas, el dominio de la lengua, el estatus socioeconómico, la baja afiliación y el tipo de sociedad de origen



(Scott y Scott, 1985). Este último podría ser el principal determinante de las diferencias encontradas en nuestro estudio entre ambos grupos de mujeres, emigrantes españolas en Alemania y emigrantes hindúes en España. España y Alemania, aunque difieren en gran medida en sus costumbres, son países comunitarios con mayores posibilidades de contacto y áreas de cultura afines, mientras que España y la India pertenecen incluso a continentes distintos y comparten menos aspectos culturales. De aquí que las diferencias encontradas entre los dos grupos de emigrantes considerados quizá dependan no sólo de que correspondan a países de origen muy distintos, sino también de condiciones de acogida igualmente diversas: el grupo de mujeres hindúes residentes en Madrid posee una red de apoyo social cerrada, y posiblemente más limitada que la del grupo de mujeres emigrantes españolas en Stuttgart, dado que este último vive cada día en contacto con la sociedad de acogida y con el grupo de emigrantes españoles (numeroso en Stuttgart), mientras que el primero sólo tiene contacto con las personas de la comunidad y las que visitan el convento. Esta podría ser la causa de los mayores índices psicopatológicos encontrados en este grupo de emigrantes hindúes.

Aunque los emigrantes tendieron también a obtener puntuaciones más elevadas en la ESS que los no emigrantes, las diferencias sólo son estadísticamente significativas con respecto al sistema genitourinario (GU), mostrando los emigrantes mayor vulnerabilidad a exhibir síntomas de este tipo que los no emigrantes. Además, al comparar subgrupos de mujeres, las emigrantes hindúes mostraron mayor sintomatología asociada al sistema inmunológico general (IG) y al reproductor femenino (RF). Esto no permite confirmar un mayor riesgo general de enfermedad física en los emigrantes que en los no emigrantes (conforme con los resultados obtenidos en la escala de Somatización del SCL-90-R, que tampoco mostraba diferencias significativas entre los distintos grupos), aunque sí parece que las emigrantes hindúes tienden a ser menos resistentes a la enfermedad y a las irregularidades neuroendocrinas

(síntomas asociados al sistema reproductor femenino).

La mayoría de los trabajos desarrollados en este campo enfatizan la necesidad de diseñar servicios comunitarios de apoyo al inmigrante, así como programas de formación para las empresas que acojan a los trabajadores inmigrantes y que podrían prevenir o amortiguar en cierta medida los efectos que la emigración, como suceso vital mayor, podría ejercer sobre la salud de los sujetos.

Este estudio es uno de los primeros en investigar los efectos psicopatológicos y físicos asociados al cambio por migración dentro de la Unión Europea. Los resultados obtenidos corroboran en parte nuestras hipótesis iniciales, aunque deben ser tomados con cautela debido al tamaño de nuestra muestra.

De nuestros datos, no obstante, parecen derivarse ciertas implicaciones prácticas, tales como la precisión de diseñar posibles vías de prevención y actuación que se concreten en programas que respondan a las necesidades de los emigrantes. Esto, en la actualidad, debería ser uno de los objetivos fundamentales de nuestra cultura, ya que cada día es más frecuente la movilidad de los sujetos y la desaparición de límites fronterizos entre los países, lo cual, en vista de todo lo expuesto, no está libre de graves perjuicios para la salud de los individuos.

## Bibliografía

- BUENDIA, J.: *Apoyo social y salud*. En J. Buendía (Ed.). *Psicología clínica y salud: desarrollos actuales*. Murcia. Universidad de Murcia, 1989.
- CREED, F.: *Immigrant stress*. *Stress Medicine*, 1987; 3:185-192.
- CHOROT P.; SANDIN, B.: *Life events and stress reactivity as predictors of cancer, coronary heart disease and anxiety disorders*. *International Journal of Psychosomatics*, 1994; 41:34-40.
- DEROGATIS, L. R.: *SCL-90-R. Administration, scoring procedures manual-11*. *Towson: Clinical Psychometric Research*. 1983.

- DURKHEIM, E.: *Suicide: a study in sociology*. Glencoe: The Free Press. 1951.
- FISHER, S.: *Stress and strategy*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates. 1986.
- GMELCH, G.; GMELCH, G. B.: *Gender and migration: the readjustment of women migrants in Barbados, Ireland and Newfoundland*. *Human Organization*, 1995; 54:470-473.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L.; DE LAS CUEVAS, C.: *Versión española del cuestionario Symptoms Check List (ISCL-90-R)*. Manuscrito no publicado. 1988.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L.; DE LAS CUEVAS, C.; GRACIA-MARCO, R.; MONTERREY, A. L.; RODRIGUEZ-PULIDO, F.; HENRY-BENITEZ, M.: *Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife*. *Psiquis*, 1990; 11:1-9.
- HONG, KEM.; HOLMES, T. H.: *Transient diabetes mellitus associated with culture change*. *Archives of General Psychiatry*, 1973; 29:633-687.
- HOLMES, T.; DAVID, E. M. (Eds.): *Life change, life events and illness: Selected papers*. Nueva York: Praeger, 1989.
- HOLMES, T.; RAHE, R.: *The social readjustment rating scale*. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967; 11:213-218.
- LUO, L.; COOPER, C. L.: *Stress of job relocation: progress and prospect*. *Work and Stress*, 1990; 4:121-128.
- LOUDEN, D. M.: *The epidemiology of schizophrenia among Caribbean-born and first- and second-generation migrants in Britain*. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 1995; 4:237-253.
- MALZBERG, B.; LEE, E. S.: *Migration and mental disease: a study of first admissions to hospital for mental disease*. New York: Social Science Research Council. 1940.
- MARTINEZ-ARIAS, M. R.; MACIA, M. A.; PEREZ, J. A.: *Psicología Matemática II*. Madrid: UNED. 1995.
- NORUSIS, M. J.: *Manual of SPSS/PC+*. Michigan: SPSS Inc. 1986.
- OBBERG, K.: *Culture shock*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- ODEEGARD: *Emigration and insanity: a study of mental disease among the Norwegian born population of Minnesota*. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. 1932, Supplement 1,4.
- PLANTE, T. G.; MANUEL, G. M.; MENENDEZ, A. V.; MARCOTTE, D.: *Coping with stress among Salvadoran immigrants*. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 1995; 17:471-479.
- ROTH, G.; EKBLAD, S.: *Migration and mental health: Current research issues*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1993; 47:185-189.
- SANDIN, B.: *Estrés, coping y alteraciones psicológicas*. En B. Sandín y J. Bermúdez (Eds.), *Procesos emocionales y salud*. Madrid: UNED. 1989.
- SANDIN, B.: *Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física*. En J. Buendía (Ed.), *Estrés y Psicopatología*. Madrid: Pirámide. 1993.
- SANDIN, B.: *El estrés*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill, 1995. (Vol. 2).
- SANDIN, B.; CHOROT, P.: *Escala de Síntomas Somáticos (ESS)*. Manuscrito no publicado. UNED. Madrid. 1991.
- SANTED, M. A.; CHOROT, P.; SANDIN, B.; JIMENEZ, P.; GARCIA-CAMPAYO, J.: *Effects of daily stress on health: Implication of negative affect in the relationship between both variables*. 7th. European Conference on Personality. Madrid, 12-16 de Julio, 1994; 221-222 (Actas de Congreso).
- SCOTT, WA.; SCOTT, R.: *Some predictors of migrant adaptation available at selection time*. *Australian Psychologist*, 1985; 20: 313-343.
- TIZON, J. L.; ATXOTEGI, J.; SAN JOSE, J.; SAINZ, F.; PELLEGERO, N.; SALAMERO, M.: *La migración como factor de riesgo psicosocial y somático*. *Jano*, 1988; 816 (34):51-76.