



UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO - EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento

TESIS DOCTORAL

**Ajuste Psicológico y Salud Mental de la población inmigrante:
Influencia del Género y la Cultura**

Doctoranda:

Edurne Elgorriaga Astondo

Directora y Co-directora:

Cristina Martínez-Taboada Kutz

Ainara Arnoso Martínez

Donostia-San Sebastian, 2011

A mis padres,

A mi hermano

Y a Luis,

Zuentzat bihotz-bihotzez

AGRADECIMIENTOS

Mientras pienso en toda la gente que me ha ayudado a lo largo de estos años y valoro las experiencias vividas desde que me decidí a estudiar un doctorado, me doy cuenta de que el proceso que he vivido tiene muchos puntos en común con el proceso de aculturación que tanto he analizado. Si bien la intensidad de las emociones y de las situaciones es menor, la realización de una tesis doctoral también supone enfrentarse a multitud de cambios, novedades, dificultades y renunciaciones. Aunque por suerte, hay toda una serie de aspectos positivos que facilitan el camino y que hacen que todo el esfuerzo que requiere un trabajo como este merezca la pena. Sin duda, el apoyo y el afecto que la gente de alrededor me ha mostrado han sido dos de las cosas que con más cariño recuerdo.

Me gustaría empezar los agradecimientos con las personas que pertenecen a mi “nueva sociedad” y que de una manera u otra han contribuido a que me sienta cómoda en este nuevo espacio.

En primer lugar quiero dar las gracias a mi directora de tesis, Cristina Martínez-Taboada, y a mi codirectora, Ainara Arnoso, por la forma en que me recibieron y me acogieron cuando llegué al departamento. Con vosotras he tenido la oportunidad de aprender muchas cosas diferentes, tanto del ámbito académico como de los acontecimientos del día a día, que son más importantes. Gracias Cristina por haber confiado en mí desde el primer día que me conociste y por todos los ánimos y fuerza que me has transmitido a lo largo de estos años. Ainara, gracias por el apoyo y la ayuda que me has ofrecido a nivel académico, pero sobre todo muchas gracias por los consejos, las conversaciones, los momentos de desconexión..., en definitiva, por tu amistad.

También quiero agradecer a las y los investigadores y profesores del departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, que a través de diferentes proyectos de investigación o sustituciones laborales, me han prestado su ayuda y me han transmitido su experiencia y conocimiento. Igualmente, muchas gracias a Inés Marcos, por todas las facilidades que nos da y por haber sido tan atenta y cuidadosa todos estos años.

A mis compañeros y compañeras de departamento, gracias por vuestras palabras de ánimo y de comprensión. A lo largo de este tiempo son muchas las personas que he conocido y con las que he compartido diferentes vivencias. Desde aquí mando un saludo y agradecimiento a quienes vinieron de lejos y se marcharon tras terminar sus proyectos: Maciek, Andrea, Zornitza, Marian, Elza y Diana. Y como no, gracias a quienes siguen trabajando y luchando por sus ilusiones, y que de diferente manera me han ayudado y apoyado en esta recta final. Eskerrik asko Hiart, Ander, Magda, Karina, Serena, Lorena, Alicia y María José. No puedo terminar este párrafo sin nombrar a dos compañeras y amigas que han sido especialmente significativas durante este tiempo. Gracias a mi gran compañera Goretti por la ilusión y las ganas que pones en todos los proyectos consiguiendo así que el trabajo sea más llevadero y que en general todo parezca más fácil. Mila esker zure adiskidetasunagatik. Y

por último, muchas gracias a mi gran amiga Nagore porque siempre nuestra amistad ha estado por encima del trabajo, porque nunca me han faltado tus palabras de cariño y consuelo, y especialmente por todos los momentos de nuestras vidas que hemos compartido y que seguiremos compartiendo.

Para la realización de las entrevistas ha sido imprescindible la colaboración de diferentes personas, asociaciones e instituciones. A todas ellas muchas gracias por su interés, disponibilidad y ayuda. En este sentido, quiero destacar la importancia que Cruz Roja Guipúzcoa, por medio de Elena y de Nekane, ha tenido en la elaboración de este trabajo. Gracias a Elena por todas las facilidades e importancia que das a la investigación, y a Nekane muchísimas gracias por haber sido tan atenta y generosa conmigo. Asimismo, quiero agradecer a los alumnos y alumnas de licenciatura y de doctorado que me han ayudado en la distribución y realización de las entrevistas. Gracias especialmente a Maider, Maria José, Sandra y Félix.

No puedo olvidar las facilidades que la doctora Marie Rose Moro me dio para que realizara una estancia científica en la Universidad 13 de París y en el Hospital de Avicenne y de Cochin. Gracias a todo el equipo por la acogida que me dio a mi llegada al servicio, y especialmente gracias Marie Rose por enseñarme una forma de trabajar con la población inmigrante llena de respeto y de ilusión. Gracias también a Tahar Abbal, por el entusiasmo con el que me explicó y mostró su trabajo.

Además de las personas que forman parte del entorno laboral, han sido muy importantes aquellas que pertenecen a mi vida personal, a mi “sociedad de origen”. Familiares y amigos-as que sin entender muy bien a lo que me dedicaba o por qué pasaba tanto tiempo trabajando, siempre han respetado mis encierros y han estado a mi lado.

Desde aquí quiero recordar a mis amigos y amigas de la carrera, al “movimiento octubre 98” y al “Walden III”, porque aunque hayan pasado los años y el contacto sea menor, siempre tienen palabras de cariño y de ánimo. Gracias porque siempre que nos juntamos hacéis que vea las cosas desde diferentes perspectivas, porque conseguís que relativice muchas de mis preocupaciones, y porque me recordáis lo importante y divertido de la vida.

A mis amigas de toda la vida, a mis “Xarbotak”, muchísimas gracias por preocuparos por mí y por permitir que os hable de cuestiones lejanas a vuestra realidad. Siempre me habéis mostrado comprensión y apoyo en mis decisiones laborales. Sin embargo, mi mayor agradecimiento se debe a todos los momentos en los que lo social cobra importancia sobre lo profesional, y olvidamos el trabajo para dar importancia a las bromas, a las cenas y a los planes que hacemos cuando estamos juntas.

Gracias a los de casa, tanto a los de siempre como a mi nueva familia, por preocuparos por mí, por entender mis ausencias y silencios, y por animarme cuando más lo necesitaba. A mi hermano Txomin, muchas gracias porque siempre estas dispuesto a ayudarme en lo que necesite, sin preguntas y sin esperar nada a cambio. Gracias también porque mis caprichos académicos y mi forma de vida te han obligado a cumplir funciones que me correspondían a mí. Muchas gracias a mi

padre y a mi madre por la educación y los valores que nos han transmitido. Sin duda vuestro esfuerzo, vuestras prioridades y vuestra forma de ver la vida han sido los que han motivado la realización y la temática de esta tesis. Gracias a vosotros, por enseñarme a ver el mundo desde diferentes puntos de vista. Y gracias a mi madre, por mostrarme la importancia de la autonomía y la igualdad.

Gracias Luis porque sin tu paciencia, comprensión, respeto y ayuda nunca habría logrado terminar este proyecto. Baina batez ere, mila esker lortzen duzulako bizitza polita, erreza eta interesgarriagoa izatea.

Finalmente, muchas gracias a todas las mujeres y los hombres inmigrantes y autóctonos que han estado dispuestos a colaborar y que han compartido una parte de su historia y de su experiencia conmigo. Sin vuestro tiempo y ayuda este trabajo no habría sido posible. Muchas gracias, شكرا لجهودكم, Eskerrik asko.

INDICE

INTRODUCCIÓN	17
CAPITULO I. MOVIMIENTOS MIGRATORIOS: CONTEXTO DE ORIGEN Y CONTEXTO DE RECEPCIÓN	21
1 INTRODUCCIÓN.....	23
1.1 Cultura y Género en los procesos migratorios.....	24
2 CONTEXTUALIZACIÓN DE LAS SOCIEDADES DE ORIGEN Y RECEPTORA.....	30
2.1 Contexto de origen, lugar de partida.....	31
2.2 Contexto receptor	38
CAPITULO II. PROCESO DE ACULTURACIÓN.....	45
1 INTRODUCCIÓN.....	47
2 DUELO MIGRATORIO.....	48
2.1 Características del duelo migratorio	50
2.2 Elaboración del duelo migratorio	51
2.3 Duelo migratorio: influencia del género y de la cultura	52
3 CHOQUE CULTURAL	57
3.1 Modelos de transición y ajuste cultural a lo largo del tiempo.....	59
3.2 Choque cultural: influencia del género y de la cultura	62
4 PROCESO DE ACULTURACIÓN.....	65
4.1 Definición del proceso de aculturación	65
4.2 Actitudes de aculturación.....	68
4.3 Modelos de cambio comportamental.....	76
CAPITULO III. AJUSTE PSICOLÓGICO: Estrés y satisfacción con la vida.....	85
1 INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DEL AJUSTE PSICOLÓGICO.....	87
2 ESTRÉS: ORIENTACIONES TRADICIONALES Y ESTRÉS DE ACULTURACIÓN.....	88
2.1 Orientaciones tradicionales del Estrés.....	89
2.2 Estrés de aculturación: Estrés desde la orientación de la psicología transcultural.....	95
3 BIENESTAR SUBJETIVO: SATISFACCIÓN CON LA VIDA	117
3.1 Introducción al concepto de bienestar	118
3.2 Satisfacción con la vida	119
CAPITULO IV. SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE	133
1 INTRODUCCIÓN.....	135
2 SALUD MENTAL	135
2.1 Definición de la salud mental.....	135

2.2	Sintomatología Psicológica.....	137
3	AJUSTE PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL.....	140
3.1	Estrés y salud mental	141
3.2	Bienestar y salud mental.....	148
4	SALUD MENTAL Y PROCESOS MIGRATORIOS	150
4.1	Hipótesis o Modelos de salud mental e inmigración	151
4.2	Salud mental en la población inmigrante	154
4.3	Influencia del género y de la cultura	160
4.4	Factores explicativos de Salud Mental	164
CAPITULO V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y FORMULACIÓN DE LOS ESTUDIOS		167
1	INTRODUCCIÓN.....	169
2	PRINCIPALES ASPECTOS TEÓRICOS	169
2.1	Proceso de aculturación	169
2.2	Ajuste psicológico y Salud mental en la población inmigrante.....	173
CAPITULO VI. METODOLOGIA		181
1	INTRODUCCIÓN.....	183
2	SESGOS Y CRITERIOS ÉTICOS	183
2.1	Dificultades en las investigaciones transculturales	183
2.2	Aspectos éticos.....	187
3	INSTRUMENTO	191
3.1	Introducción	191
3.2	Descripción del Instrumento	191
4	PLANTEAMIENTO DE LOS ESTUDIOS	200
4.1	ESTUDIO 1.....	200
4.2	ESTUDIO 2.....	203
4.3	ESTUDIO 3.....	204
CAPITULO VII. ESTUDIO 1: PERFILES PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE		209
1	INTRODUCCIÓN.....	211
2	ESTUDIO 1: Perfiles psicosociales de la población inmigrante.....	212
2.1	Características sociodemográficas y personales.....	214
2.2	Perfiles psicosociales de la población inmigrante: género y distancia cultural	226
3	RESUMEN.....	232
CAPITULO VIII. ESTUDIO 2: AJUSTE PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE		235

1	NIVEL DE AJUSTE PSICOLÓGICO.....	238
1.1	Descripción del ajuste psicológico.....	238
1.2	Proceso de aculturación y ajuste psicológico.....	240
1.3	Influencia del género y la cultura en el ajuste psicológico.....	249
2	RELACIÓN ENTRE EL AJUSTE PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL.....	258
2.1	Análisis de correlación.....	259
2.2	Modelo estructural.....	259
3	NIVEL DE SALUD MENTAL.....	261
3.1	Descripción de la salud mental.....	261
3.2	Proceso de aculturación y salud mental.....	263
3.3	Influencia del género y la cultura en la salud mental.....	270
4	RESUMEN.....	281
4.1	Ajuste psicológico.....	281
4.2	Relación entre el ajuste psicológico y la salud mental.....	284
4.3	Salud mental.....	285
CAPITULO IX. ESTUDIO 3: AJUSTE PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL: población inmigrante y autóctona.....		
289		
1	CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA.....	292
1.1	Características sociodemográficas y situacionales.....	293
2	NIVEL DE AJUSTE PSICOLÓGICO DE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA.....	300
2.1	Descripción del ajuste psicológico.....	300
2.2	Perfil psicosocial y ajuste psicológico.....	303
2.3	Influencia del género en el ajuste psicológico de la población autóctona.....	307
3	RELACIÓN ENTRE EL AJUSTE PSICOLOGICO Y LA SALUD MENTAL.....	310
3.1	Análisis de correlación.....	310
3.2	Path analysis.....	311
4	NIVEL DE SALUD MENTAL.....	312
4.1	Descripción de la salud mental.....	312
4.2	Perfil psicosocial y salud mental.....	314
4.3	Influencia del género en la salud mental de la población autóctona.....	318
5	AJUSTE PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL: población inmigrante y autóctona.....	322
5.1	Ajuste psicológico de la población autóctona e inmigrante.....	322
5.2	Salud mental.....	325
5.3	Variables explicativas del ajuste psicológico y de la salud mental: población inmigrante y autóctona.....	327
6	RESUMEN.....	335
6.1	Ajuste psicológico y salud mental de la población autóctona.....	335
6.2	Comparación del ajuste psicológico y salud mental: población autóctona e inmigrante.....	339

CAPITULO X. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	343
1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	345
1.1 Proceso de aculturación	345
1.2 Ajuste psicológico.....	351
1.3 Salud mental.....	357
1.4 Influencia del género y de la cultura	363
1.5 Población autóctona e inmigrante.....	369
2 LIMITACIONES	374
3 PROPUESTAS DE FUTURO	377
3.1 Investigación.....	378
3.2 Intervención	379
CAPITULO XI. DISCUSSION ET CONCLUSIONS.....	385
1 DISCUSSION ET CONCLUSIONS	387
1.1 Processus d'acculturation.....	387
1.2 Ajustement psychologique.....	391
1.3 Santé mentale.....	396
1.4 Influence du genre et de la culture.....	402
1.5 Population autochtone et immigrante	407
CAPITULO XII. RESUMÉE.....	413
1 APPROCHE THÉORIQUE	415
2 MÉTHODOLOGIE	422
3 LES PRINCIPAUX RESULTATS	425
BIBLIOGRAFIA	433
ANEXO	463
1 CUESTIONARIOS.....	465
1.1 Población inmigrante	465
1.2 Población autóctona	475

FIGURAS

Figura 1. Modelo de estrés de aculturación, factores moderadores (de Berry y cols., 1987)	99
Figura 2. Modelo de estrés de aculturación Berry (1997).....	100
Figura 3. Modelo sobre el proceso de aculturación, Ward, Bochner y Furnham, 2001. Adaptado de Ward 1996101	
Figura 4. Estrés, factores protectores y salud mental de población refugiada. Beiser (1999).	147
Figura 5. Modelo empírico sobre la relación entre el ajuste psicológico y la salud mental.....	260
Figura 6. Modelo estadístico sobre la relación entre el ajuste psicológico y la salud mental	260
Figura 7. Correlaciones entre el ajuste psicológico y la salud mental	311

Figura 8. Correlaciones entre el ajuste psicológico y la salud mental 312

TABLAS

Tabla 1. Diseño muestral..... 201

Tabla 2. Distribución de la muestra final de la población inmigrante..... 201

Tabla 3. Distribución de la muestra de la población local..... 206

Tabla 4. Distribución de las muestra en función del sexo y del grupo cultural 213

Tabla 5. Variables sociodemográficas de las mujeres y hombres del Magreb y de Latinoamérica..... 216

Tabla 6. Variables personales anteriores a la aculturación 219

Tabla 7. Factores de integración social..... 222

Tabla 8. Redes sociales y familiares 224

Tabla 9. Identidad étnica y situación de minoría cultural 225

Tabla 10. Matriz de componentes rotados (55,16% de la varianza explicada)..... 239

Tabla 11. Nivel de ajuste psicológico 240

Tabla 12. Correlaciones con las variables sociodemográficas 241

Tabla 13. Correlaciones con las variables premigratorias 242

Tabla 14. Correlaciones con las variables de integración socioeconómica..... 244

Tabla 15. Correlaciones con las variables de redes sociales y familiares..... 245

Tabla 16. Correlaciones con las variables de percepción de minoría e identidad 246

Tabla 17. Resumen del modelo: Estrés..... 247

Tabla 18. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Estrés 248

Tabla 19. Resumen del modelo: Satisfacción con la vida 249

Tabla 20. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Satisfacción con la vida..... 249

Tabla 21. Variables sobre la dimensión psicológica 251

Tabla 22. Nivel de ajuste psicológico 252

Tabla 23. Nivel de satisfacción con la vida..... 252

Tabla 24. Análisis de regresión sobre el estrés percibido: género y cultura 256

Tabla 25. Análisis de regresión sobre la satisfacción con la vida: género y cultura 258

Tabla 26. Correlaciones entre el ajuste psicológico y la salud mental..... 259

Tabla 27. Percepción de salud antes y después de emigrar 262

Tabla 28. Sintomatología psicológica 262

Tabla 29. Correlaciones entre las variables sociodemográficas y la sintomatología 263

Tabla 30. Correlaciones entre las variables premigratorias y la sintomatología 264

Tabla 31. Correlaciones entre las variables de integración socioeconómica y la sintomatología..... 265

Tabla 32. Correlaciones entre las variables de redes sociales y la sintomatología..... 265

Tabla 33. Correlaciones entre las variables de identidad y percepción de minoría y sintomatología..... 265

Tabla 34. Resumen del modelo: Sintomatología depresiva 266

Tabla 35. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Sintomatología depresiva..... 267

Tabla 36. Resumen del modelo: Sintomatología ansiosa..... 267

Tabla 37. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Sintomatología ansiosa 268

Tabla 38. Resumen del modelo: Sintomatología somática..... 268

Tabla 39. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Sintomatología somática	269
Tabla 40. Percepción de salud antes y después de emigrar	270
Tabla 41. Sintomatología psicológica	271
Tabla 42. Salud mental: cultura y género	272
Tabla 43. Interacción género y cultura	272
Tabla 44. Análisis de regresión sobre la sintomatología depresiva: género y cultura	276
Tabla 45. Análisis de regresión sobre la sintomatología ansiosa: género y cultura.....	278
Tabla 46. Análisis de regresión sobre la somatización: género y cultura	281
Tabla 47. Variables sociodemográficas de las mujeres y hombres autóctonos	295
Tabla 48. Variables sociodemográficas de las mujeres y hombres autóctonos	297
Tabla 49. Relaciones con la población inmigrante	298
Tabla 50. Redes sociales de la población autóctona.....	299
Tabla 51. Matriz de componentes rotados (55,81% de la varianza explicada).....	301
Tabla 52. Variables sobre la dimensión psicológica.....	302
Tabla 53. Correlaciones con las variables sociodemográficas	303
Tabla 54. Correlaciones con las variables situacionales	304
Tabla 55. Correlaciones con las redes sociales	305
Tabla 56. Resumen del modelo: Estrés.....	306
Tabla 57. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Estrés percibido.....	306
Tabla 58. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Satisfacción con la vida.....	307
Tabla 59. Análisis de regresión sobre el estrés: hombres y mujeres.....	309
Tabla 60. Análisis de regresión sobre la satisfacción: hombres y mujeres.....	309
Tabla 61. Correlaciones entre el ajuste psicológico y la salud mental.....	310
Tabla 62. Variables sobre la salud mental de la población autóctona	313
Tabla 63. Correlaciones entre las variables sociodemográficas y sintomatología.....	314
Tabla 64. Variables de integración socioeconómica y correlación con la sintomatología.....	315
Tabla 65. Correlaciones entre las redes sociales y el estrés y la satisfacción	315
Tabla 66. Resumen del modelo: Depresión	316
Tabla 67. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Depresión	316
Tabla 68. Resumen del modelo: Ansiedad.....	317
Tabla 69. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Ansiedad	317
Tabla 70. Resumen del modelo: Somatización	317
Tabla 71. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Somatización.....	318
Tabla 72. Análisis de regresión sobre la sintomatología depresiva: género.....	320
Tabla 73. Análisis de regresión sobre la sintomatología ansiosa: género.....	321
Tabla 74. Análisis de regresión sobre la sintomatología somática: género.....	321
Tabla 75. Sintomatología en la población autóctona e inmigrante	323
Tabla 76. Nivel de ajuste psicológico de la población autóctona e inmigrante	324
Tabla 77. Ajuste psicológico en la población autóctona e inmigrante.....	324
Tabla 78. Sintomatología en la población autóctona e inmigrante	325
Tabla 79. Sintomatología en la población autóctona e inmigrante	326

Tabla 80. Nivel de ajuste psicológico de la población autóctona e inmigrante	327
Tabla 81. Salud mental de la población autóctona e inmigrante	327
Tabla 82. Análisis de regresión sobre el estrés percibido: género y cultura	329
Tabla 83. Análisis de regresión sobre la satisfacción: género y cultura	331
Tabla 84. Análisis de regresión sobre la sintomatología depresiva: género y cultura	332
Tabla 85. Análisis de regresión sobre la sintomatología ansiosa: hombres y mujeres.....	333
Tabla 86. Análisis de regresión sobre la sintomatología somática: hombres y mujeres.....	335

INTRODUCCIÓN

En la última década la inmigración se ha convertido en uno de los fenómenos de máxima actualidad y novedad en nuestra sociedad. Aunque los movimientos migratorios han existido siempre, las características de las últimas migraciones así como de sus protagonistas han hecho que sea un tema que despierte gran interés a nivel académico, y que provoca diferentes respuestas a nivel social.

A pesar de que exista un renovado interés por estudiar los movimientos migratorios las investigaciones sobre este tema no son novedosas. Diferentes ciencias como la antropología, sociología, psicología, economía, ciencias políticas o medicina han estudiado las causas, características y consecuencias de la inmigración, tanto en sus protagonistas como en las sociedades que reciben a la población inmigrante. En Psicología, y en concreto en Psicología Social, los estudios sobre discriminación, prejuicio y relaciones intergrupales, han sido y siguen siendo un clásico del área. A estos estudios, hay que añadir la importancia que la Psicología Transcultural ha tomado en los últimos años y con ella, los trabajos en los que se analiza la influencia de la cultura en los diferentes procesos psicológicos. En todos estos trabajos se pone de manifiesto la importancia que adquieren las características de las sociedades en contacto y se señala la necesidad de realizar estudios específicos en cada contexto cultural. Sin embargo, las conclusiones sobre las diferentes variables de estudios, tales como las actitudes de aculturación, las implicaciones en la salud de la población inmigrante o las reacciones de la población autóctona, por mencionar algunas, no van siempre en la misma dirección. Estos motivos, unidos a la importancia que ha obtenido la inmigración en el País Vasco, justifican que se continúe con la investigación sobre el fenómeno migratorio.

La temática específica a abordar puede centrarse en la población autóctona, en la población inmigrante o en la interacción que se produce entre los dos grupos culturales. Sin duda, el estudio de todas las partes permitirá tener una visión más real del fenómeno y de sus consecuencias. Sin embargo, en este trabajo nos centraremos exclusivamente en las situaciones que vive la población inmigrante. Pensar y analizar la inmigración desde el punto de vista de sus protagonistas supone acercarse de una forma directa a lo que conlleva emigrar y ayuda a comprender lo dura que es la experiencia que viven las personas inmigrantes. Desde esta posición es fácil imaginar las diferentes historias que están detrás de cada persona que se instala en nuestra sociedad y llegar a sentir el conjunto de emociones negativas y positivas derivadas de la cantidad de novedades, compliaciones y pérdidas, así como de oportunidades y ganancias que se viven en este proceso.

Para entender el dolor y las dificultades que estas personas tienen que afrontar no es necesario haber pasado por una experiencia similar. Es evidente que quien ha vivido lejos de su casa puede empatizar más fácilmente con la población inmigrante, sin embargo cualquiera que valore su

hogar y su tierra, y que conozca la importancia de tener a su familia y a sus amistades cerca, puede entender lo que supone dejar todo eso atrás e instalarse en un entorno en el que hay que comenzar de cero y en el que por lo general no se tienen grandes apoyos. Pero además, más allá del hecho concreto de la emigración existe otro tipo de viaje que todo el mundo realiza y que podrían suponer un punto en común o de identificación con la población inmigrante. Se trata de los proyectos de vida en los que las personas nos movemos queriendo cumplir unos objetivos, buscando respuestas, anhelando situaciones..., unos proyectos que en cierta manera guardan un paralelismo con las situaciones y emociones que se viven en la inmigración y que podrían definirse como las migraciones internas o individuales que hacemos cada persona. En este sentido, la realización de esta tesis no sólo me ha permitido tener un conocimiento objetivo del proceso de aculturación, si no que me ha posibilitado la realización de otro tipo de viaje más introspectivo en el que he podido conocer y entender aspectos más profundos de mi persona.

El objetivo principal del trabajo que se presenta a continuación trata de conocer las características psicosociales de las personas latinoamericanas y magrebíes que nos rodean y de analizar la repercusión que el proceso de aculturación tiene en su ajuste psicológico y en su salud mental. Todos estos aspectos serán analizados teniendo en cuenta el origen cultural y el género de las personas participantes. En esta investigación, además de seguir profundizando en el estudio de la inmigración y el bienestar psicológico, se pretende determinar los aspectos de mayor vulnerabilidad social de cara a mejorar o diseñar programas de prevención e intervención psicosocial con la población inmigrante.

En los primeros cuatro capítulos de la tesis se presentan las principales bases teóricas y empíricas para explicar el proceso de aculturación, el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante. En el Capítulo I se realiza una contextualización de las sociedades de origen, la latinoamericana y la magrebí, y de la sociedad de recepción. Asimismo, se describen se describen dos conceptos que aparecen transversalmente a lo largo de la tesis: el género y la cultura.

En el Capítulo II se trata el tema del proceso migratorio, definiendo las situaciones y fenómenos que la población inmigrante vive al salir de su país e instalarse en la sociedad receptora. En primer lugar se profundiza en el duelo migratorio que surge como consecuencia de las pérdidas que se producen al dejar la sociedad de origen. Y en segundo lugar, se analizan las implicaciones de contactar con una nueva cultura, se definen los diferentes conceptos utilizados para explicar este fenómeno, como son el choque cultural y la aculturación, y se presentan los modelos y clasificaciones disponibles para estudiar las situaciones que se originan en el proceso de adaptación a un nuevo entorno.

A continuación, en el Capítulo III se desarrolla el tema del ajuste psicológico, para lo cual se trabaja sobre los conceptos de estrés y de bienestar. En este sentido, se define el estrés y se presentan los modelos propuestos desde las teorías tradicionales, para a continuación profundizar en el estrés específico de la población inmigrante o estrés de aculturación. En segundo lugar, se

describe el bienestar, analizando las dos principales perspectivas que estudian este concepto y profundizando en el bienestar subjetivo, y en concreto, en la satisfacción con la vida.

Y para finalizar con la parte teórica, en el Capítulo IV se estudia la salud mental en general y vinculada a los procesos migratorios. Se definen los modelos e hipótesis explicativas de la salud mental de la población inmigrante, se analiza la relación entre el ajuste psicológico y la salud mental, y se recogen los principales trabajos y resultados obtenidos sobre este tema en investigaciones anteriores.

En un segundo bloque, se sitúan los capítulos que profundizan en los objetivos del estudio y en la forma de llevar a cabo la investigación. Así, el Capítulo V se dedica al planteamiento del problema y a la presentación de los tres estudios que se van a realizar para analizar los planteamientos de la investigación. En el Capítulo VI se describen los aspectos éticos y los problemas que surgen en las investigaciones transculturales y se detalla la metodología utilizada. Se especifican los objetivos de cada estudio, la muestra, los instrumentos y el procedimiento utilizado.

Los siguientes tres capítulos se destinan para la presentación de los estudios empíricos y de los análisis y resultados de la investigación. En el Capítulo VII se describe el perfil psicosocial de la población inmigrante atendiendo a las diferencias y similitudes que se producen en función del género y de la cultura. En el Capítulo VIII se analiza el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante. Se analiza el nivel y la prevalencia de estrés, satisfacción y sintomatología psicológica, y se examina la influencia que el género y la cultura tienen en estas variables. Asimismo, se especifican los factores explicativos del ajuste psicológico y de la salud mental de las mujeres y hombres de Latinoamérica y del Magreb. Por último, en el Capítulo IX se realiza una comparación entre la situación psicológica de la población inmigrante y autóctona. De este modo se presentan las puntuaciones y prevalencia de estrés, satisfacción y sintomatología psicológica de ambos grupos, así como los factores predictores.

Y por último, en el Capítulo X se lleva a cabo una discusión de los principales resultados obtenidos, señalando las limitaciones más importantes y las futuras líneas de trabajo, tanto en el ámbito de la investigación como en el ámbito de la intervención.

**CAPITULO I. MOVIMIENTOS MIGRATORIOS:
CONTEXTO DE ORIGEN Y CONTEXTO DE
RECEPCIÓN**

1 INTRODUCCIÓN

Los movimientos migratorios son inherentes a los seres vivos, y en particular a los seres humanos. A lo largo de los siglos, las personas se han trasladado de un lugar a otro, movidas por conflictos políticos o por la necesidad de encontrar alimento. Libros tan antiguos como la Biblia y el Corán, o, en cualquier estudio sobre las civilizaciones antiguas, pueden encontrarse ejemplos que ilustran estos traslados.

Los tiempos han cambiado, y la tecnología y la globalización han hecho que tierras que antes eran desconocidas o inalcanzables puedan ser a priori destino de toda persona, a pesar de que se sepa que existen impedimentos y dificultades jurídicas. Aunque los años hayan pasado y las causas de la inmigración sean diversas, en general los motivos que mueven a las personas siguen siendo aquellos que originaban los traslados hace millones de años: la búsqueda de la supervivencia. Una supervivencia que se ve amenazada por las condiciones sociopolíticas y económicas poco favorables que se viven en muchos países y que se manifiestan a través de necesidades básicas sin cubrir, crisis estructurales y/o conflictos sociales. La búsqueda de una mejora económica y social, tanto para las personas emigrantes como para sus familias, es lo que promueve el desplazamiento.

En nuestra sociedad, a pesar de que siempre haya estado ligada a los movimientos migratorios, se está viviendo un nuevo fenómeno en torno a la inmigración. Durante años y como consecuencia de los acontecimientos históricos y políticos de la historia más reciente, miles de personas emigraron hacia Europa o América. Hoy en día y principalmente desde la última década, son las personas de otros países las que se instalan en nuestra sociedad. Esto hace que nos encontremos ante un nuevo tipo de inmigración cuantitativa y cualitativamente hablando.

El último informe del Banco Mundial de Datos (The World Bank, 2011) confirma que en el mundo hay más de 215 millones de personas inmigrantes, lo que supone el 3% de la población mundial. Los principales países de destino en números absolutos son EEUU, Rusia, Alemania, Arabia Saudí y Canadá. Sin embargo, los países en los que el porcentaje de población inmigrante respecto a la población total es mayor son Qatar (87%), Mónaco (72%), Emiratos árabes (70%), Kuwait (65%) y Andorra (64%).

En el 2009 el total de personas inmigrantes que vivían en los estados miembros de la Unión Europea ascendía a 31,9 millones personas, representando el 6,4% del total de la población europea (Flander, 2011). En la actualidad, España es el tercer país de Europa que más personas recibe, por detrás de Alemania y Reino Unido, y a nivel mundial se sitúa en el séptimo puesto (The World Bank, 2011).

Izquierdo, en un artículo realizado en el 2000, mencionaba que en España había tres motivos principales que posibilitaban el crecimiento migratorio que en esos años, y en años posteriores, vivía el país. En primer lugar la posibilidad de empleo, en segundo lugar las políticas de integración, y por último, el apoyo de las personas inmigrantes ya instaladas a sus familiares. En la actualidad, la situación laboral no es adecuada, incluso las tasas de paro son de las más altas de Europa situándose en un 20,6% de la población (EUROESTAT, 2010). Por otro lado, las políticas de integración son más restrictivas que al principio de siglo. A pesar de ello, España sigue siendo uno de los principales receptores europeos de población inmigrante.

Migrante es la persona que se mueve de una país a otro, en el que pasa un periodo largo de tiempo y se convierte en su residencia habitual (UNPD, 2009). Por tanto, emigrar supone salir de un país e instalarse en otro temporal o definitivamente. Aunque el fenómeno de la inmigración pueda definirse de un modo tan sencillo, la diversidad de situaciones que se esconden detrás de este concepto difícilmente puede resumirse en un párrafo. Además de las características individuales inherentes a cada persona, existen una serie de dimensiones sociales que condicionan en gran parte los procesos migratorios y que ayudan a que este proceso sea más diverso. Tanto los aspectos culturales como los de género, determinan gran parte de los procesos migratorios, y ayudan a entender el perfil psicosocial de la persona inmigrante, su situación antes de emigrar y las condiciones y situaciones a vivir en la sociedad receptora.

Por este motivo, antes de comenzar con la contextualización de la sociedad de origen y la sociedad receptora, y de profundizar en los temas de la tesis, se va desarrollar el concepto de cultura y de género, dos constructor que de una forma transversal van a estar presentes a lo largo de todo el trabajo.

1.1 Cultura y Género en los procesos migratorios

1.1.1 Cultura

Hablar de cultura y buscar una definición sobre ella, es entrar en un tema que ha sido investigado desde diferentes perspectivas, lo que ofrece una multitud de explicaciones. Se trata de un tema sensible en la medida en que hay una tendencia a relacionar país con cultura, cuando se sabe que la cultura no entiende de límites políticos y/o geográficos. Esta cuestión se complica todavía más, cuando hay que conjugar estos conocimientos con las exigencias metodológicas que en ocasiones, por motivos estadísticos y de muestreo, nos obligan a agrupar personas de diferentes culturas, un aspecto que será tratado con más detalle en el apartado metodológico.

Salvando estas dificultades, en este apartado se presentan algunas definiciones realizadas sobre la cultura, así como diferentes propuestas de clasificación y estudio de las mismas. En segundo lugar, se explica la forma en la que hemos entendido la distancia cultural y los criterios utilizados para realizar los dos grupos culturales de los que se habla en esta investigación.

En cuanto al término cultura, diferentes trabajos han dado muestra de las múltiples definiciones existentes. Kroeber y Kluckhohn (1952) recogieron más de 150 enunciados mientras que estudios recientes como el realizado por Lonner (1994) encuentra más de 200 definiciones. Sin embargo, ninguna de ellas ha recibido apoyo de un número substancial de profesionales (Lonner, 1994). Sólo desde la psicología existen diferentes enunciados que varían en función de la perspectiva utilizada (Páez y González, 2000), aunque la mayoría defiende que la cultura es un sistema estable de creencias y de normas o un conjunto de rasgos (Triandis, 2007).

En esta línea, Smith y Bond (1993) afirman que la cultura no sólo es algo material descrito por objetos como los instrumentos, las casas o las formas de transporte, sino que también engloba las instituciones sociales reguladas por leyes, normas y roles determinados como son el matrimonio, el empleo, la educación y el retiro. Estos autores consideraban que su propuesta suponía una primera aproximación al tema pero que no especificaba cómo poder comparar las diferentes culturas. Para Kroeber y Kluckhohn (1951) la cultura era un conjunto de atributos y productos de las sociedades humanas y, en consecuencia de la Humanidad, que son extrasomáticos y transmisibles por mecanismos distintos de la herencia biológica. Hofstede (1984), la define como la programación cultural de la mente que diferencia a los miembros de un grupo de otro, y Páez y González (2000) la entienden como un conjunto de creencias, actitudes, valores y prácticas compartidas por un grupo de personas que tienen una historia común y que participan de una estructura social.

A pesar de que no exista un único enunciado sobre el significado de cultura, Brislin (1990) describe cinco atributos comunes en todas las definiciones: la cultura constituye una construcción de la persona, define un modo de vida, se transmite de generación en generación, es internalizada por los miembros de una sociedad, y, es susceptible a cambios.

Triandis (1994, 2007), considera que hay que diferenciar los elementos objetivos y subjetivos de la cultura. Los elementos objetivos harían referencia a los patrones de producción y consumo así como a las características ecológicas de una determinada sociedad (Triandis, 1994). De este modo las herramientas, medios de transporte, estilos arquitectónicos, muebles, vestidos tradicionales y objetos sagrados, serían algunos de los elementos de esta dimensión (Worchel y cols., 2003). Por otro lado, los aspectos subjetivos incluirían las categorizaciones, asociaciones, normas, roles y valores que guían el comportamiento social (Triandis, 1994).

En relación a los valores culturales, uno de los aspectos subjetivos de la cultura, Hofstede realizó un trabajo en 53 países y construyó una de las clasificaciones sobre los grupos culturales más utilizada en la psicología transcultural (Worchel y cols., 2004). Hofstede (1991, 1999) postuló la

existencia de cuatro dimensiones que describen toda cultura: La *distancia de poder* hace referencia a las relaciones de estatus y de poder que se establecen entre las personas. Las sociedades con alta distancia marcan diferencias en estas relaciones y en las de baja distancia hay mayor igualdad. La *masculinidad-feminidad* hace alusión al grado en que las culturas marcan la máxima distinción entre hombres y mujeres. Las femeninas no enfatizan las diferencias de rol de género, no son competitivas y valoran la cooperación y el cuidado de los débiles, mientras que las masculinas dan importancia a las conductas estereotípicas de género y los valores masculinos dominantes como el éxito, el dinero y la competición. La *evitación de la incertidumbre* se refiere al grado en que la gente se siente amenazada por las situaciones ambiguas o que no controlan. El *individualismo-colectivismo* indica el grado en el que se da importancia a la persona o al grupo. Las culturas más colectivistas manifiestan un compromiso cercano al grupo mientras que en las individualistas se da prioridad a la personas, se recalca la autonomía y la independencia, y se valora la iniciativa individual, la privacidad, el control y la confianza.

Hofstede (1991) conceptualiza esta última dimensión como un continuo en el que las culturas colectivistas no pueden ser individualistas. Sin embargo, para Triandis (1994) son dos constructos independientes. Así, el individualismo sería propio de entornos caracterizados por individuos muy autónomos donde los ámbitos son muy complejos y las metas personales son más autónomas. Sin embargo el colectivismo resalta la organización de las personas en función de los demás, donde existe una mayor interdependencia y las personas se identifican con grupos o colectividades de pertenencia.

El individualismo y colectivismo definidos de esta manera, son uno de los tres guiones que para Triandis constituyen toda cultura (1994). En segundo lugar, las *culturas cerradas*, serían aquellas que son muy homogéneas, donde las normas se imponen con poca capacidad de cambio y en las que se critica y asigna un castigo a aquellas persona que no cumplen con dichas normas. Es más común de las regiones más pobladas donde las personas tienen trabajos interdependientes en los que se requiere un comportamiento muy ajustado a lo esperado. Por otro lado, las culturas no cerradas tienen normas confusas y toleran las desviaciones que puedan producirse. Y por último, las *culturas complejas* son las sociedades más modernas caracterizadas por la riqueza, el confort y la industrialización, en las que las personas establecen muchas diferencias entre los objetos y eventos de su entorno, lo que contrastan con aquellas sociedades menos complejas o más simples. Para este autor, las sociedades de la información son las más complejas, seguidas de las sociedades industriales, mientras que las sociedades agrícolas serían sencillas y aquellas que subsisten gracias a la caza serían las más sencillas de todas. El contraste entre las culturas simples y complejas sería el factor más importante de variaciones culturales.

Independientemente de la definición o modelo elegido es importante tener en cuenta las funciones que la cultura desempeña. Fisher (2006) propone 3 funciones psicosociales que permiten explicar determinados fenómenos y situaciones que se dan en el proceso migratorio: en primer lugar,

la cultura identifica a sus miembros a través de unas maneras de pensar y de vivir que les son comunes y que, en consecuencia, les confieren una identidad colectiva; en segundo lugar, propone modelos a partir de los cuales una sociedad construye sus modos de vida; y por último, conforma la personalidad, imprimiendo unas maneras de comportarse.

En este sentido, el desarrollo y crecimiento de las personas depende de una variada estimulación que proviene de la sociedad en la que interactúa (Díaz-Guerrero, 1994). Es importante tener presente la influencia de la cultura, para que no se produzcan malos entendidos (Jones, 2002). De todos modos, aunque la cultura tenga influencia fuerte, y muchas veces inconsciente, no cambia completamente la naturaleza de la persona. Cualquiera que sea la situación, las personas perciben, procesan e interpretan la información social desde sus propios puntos de vista (Worchel y cols., 2003). Si no se tuviera en cuenta este aspecto, se estaría cayendo en un análisis etnocéntrico de la cultura, por lo que hay que tener en cuenta que se trata de tendencias generales y no de normas estables para una misma población.

Teniendo en cuenta estas definiciones y aspectos, se ha observado que en el estudio de la población inmigrante que llega a nuestra sociedad, las bases estadísticas tienden a hacer grandes grupos culturales (EUSTAT; INE): personas de Latinoamérica, del Magreb, Sudáfrica, países de Europa del este, países comunitarios, países asiáticos, etc. En cada uno de estos grupos se incluyen personas de diferentes países; países en los que si se miden todos los elementos objetivos y subjetivos sin duda surgirían diferencias. Sin embargo, también es cierto que las similitudes entre esos grupos, y las diferencias respecto a los otros grupos de inmigrantes y país receptor, son lo suficientemente marcadas para que puedan realizarse esas agrupaciones. Si se tienen en cuenta criterios como la lengua, la religión, el fenotipo, la relación histórica con el país receptor, la identidad social, las actitudes y representaciones sociales del nuevo entorno hacia esas personas, se podría justificar la realización de estos amplios grupos. Aunque a nuestro entender sería más adecuado hablar de diferentes grados de distancia cultural entre los grupos y no tanto de cultura, ya que en los grupos realizados se integran diferentes culturas cuya distancia respecto al resto de los grupos es similar.

Por este motivo, en este trabajo se va a hablar de población del Magreb y población Latinoamericana, asumiendo las limitaciones que ello conlleva. Por otro lado, aunque por motivos de estudio y acceso a la muestra se haya optado por este criterio, se quiere dejar claro que se reconocen, respetan y admiran las diferencias culturales, objetivas y subjetivas, de todos los pueblos y personas que participan en el estudio.

1.1.2 Género

Más allá de las características biológicas del sexo existe el género, que pone de manifiesto la importancia de la construcción sociocultural y que alude a las diferentes actitudes y comportamientos de los hombres y de las mujeres (Nicholson, 1997; Tubert, 2003).

El género es un concepto construido socialmente a partir de un conjunto de ideas, creencias y representaciones que cada cultura ha generado en base a las diferencias sexuales entre hombres y mujeres (Lamas, 1997). Constituye un proceso a través del cual se organiza la vida social de las personas pero también es una forma primaria de relaciones de poder (Scott, 1990).

La construcción de diferencias en las características económicas, sociales y culturales, ha sido la causa de desigualdades, marginación y subordinación para la mayoría de las mujeres. El hecho de que la mujer tenga la capacidad biológica del embarazo y la lactancia ha llevado a pensar que la limita de por vida al trabajo en la esfera privada, y no es valorada si su desempeño es como trabajadora remunerada. Por el contrario, la masculinidad del hombre depende de sus logros laborales o públicos, y su desempeño en el ámbito reproductivo como padre o amo de casa no cuenta (Lamas, 1997). Esta división tiene repercusiones en las situaciones de subordinación, dependencia y discriminación que las mujeres viven en sus relaciones. La opresión de las mujeres se sintetiza en su inferioridad frente al hombre, a quien se considera paradigma social y cultural de la humanidad. Esta desigualdad abarca a todas las mujeres, independientemente de la clase, la sociedad o la cultura a la que pertenezca (Lagarde, 1993).

A pesar de que la situación de inferioridad que vive la mujer sea generalizable a todos los contextos, cada cultura define sus propios estereotipos y funciones para los hombres y las mujeres (Chávez, 2004), lo que hace que las relaciones que se establecen entre las personas, así como el grado de desigualdad, varíe de unos contextos a otros. En este sentido, es importante tener presente que las diferentes características sociales, económicas, políticas, culturales y psicológicas que conforman los contenidos específicos de ser mujer o de ser hombre, varían en cada época, sociedad y cultura (Lagarde, 1993).

Cuando en el ámbito académico se realiza un análisis de diferentes periodos, regiones, grupos y culturas, o cualquier otro tema puntual, es necesario considerar las formas en que las mujeres y los hombres intervienen en ellos (Lagarde, 1993). Si el foco de estudio es la inmigración y si se tiene presente que en cada cultura los estereotipos de género son diferentes, no se puede pasar por alto las características y las condiciones que los hombres y las mujeres viven en sus sociedades de origen, y, las actitudes y comportamientos que pueden surgir al interactuar con la sociedad receptora y con sus estereotipos de género.

En cuanto al papel que el género, como construcción psicosocial, ha tenido en los procesos migratorios, se ha comprobado que en general durante muchos años el colectivo de mujeres inmigrantes ha sido invisible para la sociedad, las migraciones y las investigaciones (Gregorio, 1997; Parella, 2003; Solé, 2000). Hasta hace pocas décadas, el hombre era el protagonista de los movimientos humanos. Las explicaciones utilizadas para analizar las migraciones se basaban en los motivos económicos como razón de partida, y en el sistema productivo-reproductivo, para el reparto laboral. De este modo, entre los siglos XVIII y XX se calificaban de autónomas las migraciones masculinas y como inexistentes o asociativas las femeninas (Lipszyc, 2004). El papel de la mujer, cuando ésta se tenía en cuenta, se enmarcaba dentro de su familia, como una extensión de sus funciones en el ámbito reproductivo, sin considerar la posibilidad de una emigración laboral (Izzard, 1985). Los estudios pioneros sobre la participación de la mujer en las migraciones argumentaban que iniciaban el viaje por causas sociales, como la viudedad, la separación o la evitación de matrimonios no deseados.

Es desde los años 80 cuando las mujeres han ido obteniendo relevancia en los procesos migratorios. En general, se pueden distinguir dos patrones en los movimientos femeninos, por un lado, el de reunificación familiar, porque un hombre de la familia ha iniciado previamente el viaje, y por otro lado, el de la de la mujer que comienza la cadena migratoria hacia los países occidentales (Solé, 2000).

En la actualidad, estamos viviendo una feminización de la inmigración en la que la mujer inicia el proceso de forma independiente, siendo su motivo principal, al igual que el del hombre, la búsqueda de trabajo (Gregorio y Ramirez, 2000; Izquierdo, 2000), aunque como motivos secundarios aparezcan las ganas de aumentar su formación y encontrar una estabilidad afectiva, frente a la libertad y el dinero que mueve más a los hombre (Izquierdo, 2000).

Si consideramos los modelos utilizados en el análisis de las migraciones y el grado de incorporación de la perspectiva de género, Gregorio (1997) propone uno centrado en el grupo doméstico y en las redes sociales. Se entiende que el grupo doméstico está formado por diferentes personas que se encargan de la subsistencia familiar, siendo hombres y mujeres los encargados del trabajo productivo y reproductivo por igual, y por tanto, candidatos y candidatas para emigrar. Por otro lado, está la red migratoria, constituida por las personas conocidas en el lugar de origen y de acogida, que determinan que la persona inmigrante sea el hombre o la mujer. En este sentido, el hecho de ser hombre o ser mujer es una variable imprescindible a tener en cuenta por la influencia que tiene en el reparto del trabajo y en el proceso decisorio (Balán, 1990).

En un estudio realizado con mujeres dominicanas y magrebíes (Gregorio y Ramirez, 2000) se observaba que la posición que las mujeres tienen en ambas sociedades condiciona la percepción de los cambios que la emigración provoca en ellas, así como las obligaciones que tienen con su familia.

Las mujeres magrebíes comienzan a emigrar en la década de los 80 (Khachani, 2003). Por primera vez, vinculadas o no a sus maridos, las mujeres salen de sus países para integrarse en el mercado laboral internacional (Ramírez, 1998). Sin embargo, a pesar de que la migración magrebí femenina se remonte a hace 30 años, sigue siendo el colectivo que más dificultades encuentra en las sociedades occidentales (Soriano y Santos, 2002).

En general, la mujer magrebí tiene peor formación que los hombres (Izquierdo, 2000) y aunque se ha incorporado al mercado laboral, en la sociedad magrebí se prima la figura de la mujer como ama de casa, madre y esposa, y se penaliza el descuido o abandono de este papel. El trabajo femenino exterior no es visto como algo deseado, reivindicado y que ayuda a conseguir autonomía sino como una obligación (Gregorio y Ramírez, 2000). Esto hace que las mujeres magrebíes tengan menos experiencia laboral, lo que unido a su bajo nivel de estudios, podría repercutir en la menor posibilidad para ser candidatas a trasladarse a otros países y/o en el mayor número de dificultades a afrontar cuando finalmente se desplazan a otra sociedad.

Por otro lado, los cambios políticos vividos en algunos países latinoamericanos en los últimos 30 años del siglo XX, han posibilitado que las personas tengan más poder de acción, sobre todo las mujeres. Éstas han recibido apoyo institucional y han podido acceder al mundo laboral y aumentar su nivel educativo (Chant y Craske, 2007). De este modo, las mujeres han adquirido habilidades y estrategias que les hace ser candidatas para la inmigración. En este sentido, las mujeres que deciden inmigrar tienen experiencia laboral previa, aunque en algunos países no se valore su contribución a la reproducción del hogar (Gregorio y Ramirez, 2000), y por lo general, su nivel educativo es bueno y supera al de los hombres (Izquierdo, 2000).

Estas características, unidas a las facilidades que da la sociedad receptora y a las redes de apoyo, hacen que las corrientes migratorias actuales de Latinoamérica estén compuestas principalmente por mujeres (Gregorio, 1997).

2 CONTEXTUALIZACIÓN DE LAS SOCIEDADES DE ORIGEN Y RECEPTORA

La población inmigrante que participa en el estudio es la que proviene de países del Magreb y de Latinoamérica. Estos dos grupos de personas, una vez de tomar la decisión de emigrar realizan un largo, y en ocasiones, peligroso viaje hasta llegar a sus destino. Este viaje se interpone entre lo conocido, la familia, lo que uno o una ha sido siempre, en definitiva el país de origen, y una nueva sociedad en la que muchos elementos resultan nuevos y extraños.

El desconocimiento que produce la inmigración no sólo se da en la persona que se traslada de un lugar a otro, sino que también es visible en las personas de la sociedad receptora, para las cuales la migración también es una novedad. Por lo general son pocos los detalles que los miembros de la sociedad autóctona saben de las personas que pasan a formar parte de su misma comunidad. Incluso en muchas ocasiones resulta imposible localizar un determinado país en el mapa, mucho menos aún saber de sus costumbres, tradiciones o formas de ver y entender la vida.

Este motivo hace que sea indispensable realizar una breve descripción de las diferentes sociedades a las que pertenecen las personas participantes de este estudio. Una descripción global y limitada que tan sólo pretende contextualizar el entorno de las personas implicadas en los procesos migratorios y de aculturación del País Vasco.

En primer lugar se describirán los contextos de partida, la sociedad magrebí y la sociedad latinoamericana. En segundo lugar, se analizarán las características de la sociedad receptora y la situación en la que se encuentra la población inmigrante.

2.1 Contexto de origen, lugar de partida

Berry (1997) considera que un estudio completo de la aculturación necesitaría comenzar con un examen sobre los contextos sociales de las personas implicadas: el de origen y el de recepción. En las sociedades de origen, es necesario describir las características culturales que acompañan a las personas en el proceso de aculturación, en la medida en que permiten comprender la procedencia de las personas y los elementos susceptibles de comparación con el nuevo contexto. La combinación de condiciones políticas, económicas y demográficas a las que hacen frente las personas en su sociedad de origen, permiten comprender el grado de motivación para la migración.

2.1.1 Latinoamérica

Hablar de Latinoamérica y sus características, haciendo alusión a diferentes países, constituye una gran dificultad además de un gran atrevimiento. Definir su cultura, normas, valores, roles y creencias, por nombrar algunos aspectos, cuando se agrupan diferentes países, con sus regiones correspondientes, lenguas, problemas políticos, sociales y económicos, es una tarea complicada. Sin embargo, si se tienen presentes criterios como lengua, religión, fenotipo, identidad, vinculación histórica con la sociedad receptora, y, las representaciones sociales y actitudes que pueden observarse en la sociedad receptora, podría concluirse que las similitudes entre estos países son lo suficientemente importantes como para poder considerarlas un mismo grupo cultural, que se diferencia de la población autóctona y de otros grupos de inmigrantes.

En función de las dimensiones propuestas por Hofstede (1991), los países de Latinoamérica tienen en común que son sociedades colectivistas, con una alta evitación de la incertidumbre y con gran distancia de poder. Sin embargo, las puntuaciones en masculinidad y feminidad son más variadas.

En primer lugar, aunque todos los países de Latinoamérica se sitúan en el área colectivista, Guatemala, Panamá, Ecuador y Venezuela son los países de mayor puntuación y Argentina, el más individualista (Zubieta y cols., 1998). El hecho de que sean países colectivistas indica que sus relaciones son más interdependientes y que tienen una mayor implicación emocional de las personas con respecto a los grupos de referencia.

La alta evitación de la incertidumbre señala que son países que se sienten amenazados por las situaciones ambiguas y por tanto las intentan evitar por medio de códigos y creencias estrictas. Son emocionales, buscan la seguridad y son intolerantes ante la incertidumbre. Por otro lado, la alta distancia de poder plantea que existen grandes desigualdades entre los diferentes grupos poblacionales.

Por último, países como Venezuela, México, Colombia y Ecuador son masculinos mientras que Costa Rica, Chile, Guatemala y Uruguay son femeninos (Hofstede, 1991). Las culturas masculinas enfatizan las conductas estereotípicas de género y los valores dominantes tales como el éxito, el dinero, la competición y la asertividad, mientras que las femeninas son más igualitarias, valoran la cooperación y no son competitivas.

Latinoamérica es una amplia región que abarca 20 países que se localizan entre Norteamérica y Sudamérica, y que comparten una larga historia de valores culturales y tradiciones, siendo los más notables la lengua y la religión (Kent, 2006). A pesar de que haya algunos aspectos similares, el concepto de Latinoamérica se utiliza para hacer referencia a un conjunto de países en el que la realidad en el ámbito cultural, étnico, geográfico, económico, lingüístico y político es diversa. En este sentido, este término se utiliza para unir tanta complejidad pero resulta limitado para describir la heterogeneidad de las personas y sus contextos (Gómez Quintero, 2005). Hay que tener presente que cuando se habla de Latinoamérica se está haciendo alusión a países como: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Y a veces se incluyen Guyana, Guyana Francesa, Belice y Suriname (Kent, 2006).

Estos países fueron durante aproximadamente 300 años colonias europeas, principalmente de España, Portugal y Francia (Gómez, 2003). Sin embargo, a principios del siglo XIX a partir de las reformas coloniales de 1750 y del comienzo de la conquista, la estructura colonial entró en rápida disolución. Para 1825, Portugal había perdido todas sus posesiones y España sólo contaba con Cuba y Puerto Rico (Halperín, 1975). Este periodo de colonización explica que algunos aspectos de las

costumbres, la lengua, la religión y la historia sean similares en estos países y justifican la cercanía cultural con algunos países de Europa, y en particular con nuestro contexto.

Sin embargo, a pesar de que en algunas esferas las similitudes entre unos países y otros son grandes, las características económicas y políticas difieren considerablemente de unos lugares a otros. En este sentido, Gómez Quintero (2005) basándose en el indicador GINI, que mide la concentración de la riqueza, afirma que América latina es la región menos equitativa del mundo. La pobreza y los problemas laborales son los fenómenos que en los últimos años más han afectado a Latinoamérica. La desigualdad en la distribución de los ingresos, la incapacidad del mercado de trabajo para incorporar la mano de obra a la economía formal y el desempleo, son algunos de los aspectos que describen la situación socioeconómica de esta región (Halperin, 2002). Esta situación afecta sobre todo a las mujeres que deben integrarse al mercado laboral con condiciones y sueldos más bajos que los hombres y que simultáneamente desempeñan las labores del hogar (Dreier, 2000).

Latinoamérica es una de las regiones con mayores desigualdades socioeconómicas del mundo, en el que muchos países están sufriendo la peor crisis económica vivida desde los años 30 (Halperín, 2002). Esta situación se ve reflejada en las diferentes tasas de desempleo, que afectan principalmente a los países de América del sur. En países como Argentina, Brasil y Colombia, y también en Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela el desempleo aumentó rápidamente en la década de los 90 (Gómez Quintero, 2005). En concreto, los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe indican que en estos países en el 2000 la tasa de paro era de aproximadamente del 9,5%. Un porcentaje que llegó al 12,5% en el 2006 (CEPAL*, 2000; 2008) y que en el 2009 se sitúa alrededor del 9% (CIA*, 2010).

En relación a los aspectos políticos, hay que tener presente que hasta aproximadamente el año 1985, sólo tres países eran democracias y que la mayoría estaba gobernada por dictaduras o gobiernos autoritarios (Gómez Quintero, 2005). En la actualidad, a pesar de que la mayoría de los países de Latinoamérica tienen regímenes democráticos, hay personas que consideran que los verdaderos beneficios de la democracia siguen sin cumplirse. En los últimos 30 años se han conseguido algunos derechos civiles y políticos, pero para la mayoría de la población existe una brecha entre la realidad y las promesas de bienestar, lo que explica su descontento y desconfianza con el gobierno (Dervis, 2007).

Tanto los problemas económicos y laborales como los problemas políticos, junto con los motivos personales, son las principales razones por las que las personas latinoamericanas han comenzado a emigrar a otros países. Aunque este fenómeno parezca reciente, la historia de

* Elaboración propia a partir de las bases estadísticas de estas instituciones.

Latinoamérica ha estado siempre ligada a los movimientos migratorios. Las características de estos movimientos en los dos últimos siglos pueden resumirse de un modo general en tres etapas.

En un primer momento, los cambios sociales y políticos que se dieron tras las guerras de independencia, consiguieron que Latinoamérica fuera competitiva en el comercio exterior. De este modo, entre 1850 y 1950, países como Argentina, Brasil, Uruguay, Chile, Cuba y México fueron receptores de personas que procedían de Europa (Halperín, 2002). Se estima que 11 millones de personas emigraron a Latinoamérica, de las cuales el 30% eran españolas (Gómez Quintero, 2005).

En segundo lugar, a mediados del siglo XX y como consecuencia de los bajos niveles de productividad y las altas cotas de desempleo y/o subempleo observadas en las zonas rurales, se produjo un cambio en las corrientes migratorias y los movimientos pasaron a ser internos. Las desigualdades entre unas zonas y otras, propiciaron que alrededor del 50% de la población activa de las zonas rurales emigraran a las grandes ciudades (Cazorla, 1983). Estos movimientos internos, fueron principalmente intrarregionales, sin embargo en la década de los 90 se convirtieron en movimientos hacia otros países latinoamericanos, sobre todo a Costa Rica y México (Gómez Quintero, 2005). Aunque en esta época la migración interna era la más característica, a partir de 1955 comenzaron los movimientos hacia otros países, sobretudo por motivos educativos, pero también como consecuencia de la instauración de dictaduras militares en Uruguay, Chile y Argentina (González, 2000).

Por último, se situarían las migraciones internacionales motivadas principalmente por los problemas económicos. A partir de los años 70, y particularmente en los 90, comenzó la búsqueda de destinos alternativos que derivó en los movimientos hacia EEUU y países europeos. La ruptura de los regímenes democráticos en muchos países y la profunda crisis económica, unidas a la creación de redes de apoyo migratorias, incidieron en un aumento de las propensiones migratorias (Gómez Quintero, 2005). En este periodo, se produjeron situaciones curiosas en las que países emigrantes como México o Argentina, eran a su vez receptores de personas de países vecinos (Aragón, 1992).

Las características de las personas latinoamericanas que han emigrado, han variado a través de los años. En relación a la nacionalidad, a principios de los 90, y como consecuencia de la condiciones sociopolíticas del país de origen, llegaron a España muchas personas procedentes de Venezuela, Argentina y Chile, que representaban el 35% de la población inmigrante (Izquierdo, López de Lera y Martínez, 2002). A mediados de los 90 los grupos nacionales que más destacaban eran las mujeres procedentes de la República Dominicana (Gregorio, 1998) y las personas de Perú (Labrador, 2001), que emigraban por motivos de violencia política y del protagonismo de la mujer en los cambios sociales y familiares (Izquierdo y cols., 2002). En estos años aumentó la presencia de personas de Argentina por motivo de la crisis (Sarrible, 2000). A finales del 2001, Ecuador y Colombia reunían el 56% del total de residentes de Latinoamérica (Izquierdo y cols., 2002). Estas personas emigraban debido a los cambios económicos y de la situación de violencia (Goicoechea y Ramírez, 2002). Estas

nacionalidades, junto con Bolivia, en el 2007 seguían representando la mitad de la población inmigrante latinoamericana (Muñoz de Bustillo y Antón, 2010). En la actualidad, para las personas de Bolivia y Ecuador España es el primer país elegido como destino, para Argentina es el segundo más importante y para Colombia representa la tercera opción (The World Bank, 2011).

En los últimos 30 años la mujer latinoamericana ha adquirido mayor participación social y ha aumentado su nivel formativo y de experiencia laboral (Chant y Craske, 2007; Izquierdo, 2000). Por otro lado, en la sociedad receptora existe una gran oferta en trabajos del ámbito doméstico, como la limpieza y el cuidado de personas (Lipszyc, 2004). Tanto las circunstancias de los países de origen como las ofertas de la sociedad receptora, hacen que las mujeres hayan adquirido un protagonismo clave en las trayectorias migratorias latinoamericanas (Gregorio, 1997). Así, en muchas ocasiones es la mujer la que inicia el proyecto y arrastra posteriormente al resto de su familia (Solé, 2000). De hecho, en el 2000 el 68% de la población inmigrante latinoamericana eran mujeres (Izquierdo, 2000) y aunque en los últimos 10 años el porcentaje ha descendido al 59,55% (INE, 2010), la presencia de las mujeres sigue siendo importante en este colectivo.

2.1.2 Magreb

El Magreb hace alusión a los países que se localizan en el norte de África. Se distingue entre el pequeño Magreb, formado por Argelia, Marruecos y Túnez, y el Gran Magreb, que incluye también a Libia, Mauritania y Sahara occidental (Segura, 1994).

Siguiendo las dimensiones de Hofstede (1991), estos países se caracterizan por tener una alta distancia jerárquica, lo que indica una gran desigualdad en el poder y en el estatus en los diferentes grupos que componen la sociedad. También tienen una alta evitación de la incertidumbre, lo que quiere decir que tienen bajos niveles de tolerancia a lo imprevisible. Para reducir la incertidumbre adoptan estrictas normas, reglas, políticas y regulaciones. Por otro lado, es una sociedad masculina, en la que predominan los estereotipos de género, es menos igualitaria y en la que las mujeres están limitadas en sus derechos. Por último, los países magrebíes puntúan bajo en individualismo lo que demuestra que es una cultura colectivista, que por encima de la autonomía y de los intereses personales, prioriza el bienestar y el compromiso con el grupo.

Entre los países magrebíes existen numerosos lazos políticos, culturales y familiares que han sido tejidos por la geografía, la historia, la religión, la civilización e incluso la colonización (Balta, 1994). Por este motivo, desde la antigüedad los países magrebíes han compartido muchos de los factores que describen un país.

En primer lugar, todos ellos tienen un pasado colonial reciente: Argelia, Túnez, Mauritania y Marruecos han sido colonias francesas, Libia portuguesa, y Sahara occidental y Marruecos españolas (Balta, 1994; Segura, 1994). A mediados del siglo XX estos países consiguieron la independencia

(Marruecos y Túnez 1956, Libia 1959, Mauritania 1960 y Argelia 1962), a excepción del Sahara occidental que lo logró en 1976 (Arkoun, 1996). En este sentido, todos ellos comparten el hecho de haber pasado por un periodo de reestructuración social, política y económica.

En segundo lugar, la religión y la lengua han sido otros de los elementos que han unido y unen los territorios que conforman el Magreb. Desde el siglo VII, el Islam es la religión común a todas las personas magrebíes. Por otro lado, en todos los países se habla la lengua árabe, a pesar de que hay regiones en las que se habla el berebere. Además, salvo en Libia que fue colonizada por Italia, los otros países todavía practican libremente o por necesidad la lengua francesa (Balta, 1994).

En cuanto a la demografía, en general los países magrebíes están poco poblados en comparación con los países europeos. Sin embargo, la elevada fecundidad, la juventud de la población y el fuerte crecimiento demográfico está produciendo un rápido incremento, que dadas las condiciones económicas y de desarrollo, constituye un elemento de inestabilidad social y motivo de flujos migratorios (Segura, 1994).

El crecimiento del PIB (Producto interior bruto) ha sido insuficiente para generar los recursos exigidos por la presión demográfica. Las causas de la falta de crecimiento de las economías magrebíes estriban en el elevado crecimiento demográfico y la falta de acumulación de capital físico y humano. A pesar de los problemas de crecimiento, la pobreza no se manifiesta en el Magreb de forma tan extrema como en otros países en desarrollo (Escribano y Lorca, 2007). El coeficiente GINI, utilizado para describir el grado de desigualdad, indica que Marruecos, Túnez o Argelia, tienen menos desigualdad que los países Latinoamericanos (CIA, 2009).

Uno de los principales problemas de los países del Magreb es el desempleo. Por ejemplo en Marruecos, el crecimiento económico sufre altibajos debido a la importancia de la agricultura de secano y su vulnerabilidad a los cambios climáticos. También existe un desequilibrio estructural en el mercado de trabajo; la oferta de mano de obra aumenta pero la de trabajo lo hace más despacio. Marruecos experimenta así un desempleo estructural, en el que prevalece el paro de larga duración y el paro previo al primer empleo. Por otro lado en Argelia, la revolución petrolera de 1986 precipita un cambio económico y político, en el que aparece un nuevo discurso sobre el trabajo. Se da una reforma económica y se crea el contrato temporal, por lo que el trabajo deja de estar garantizado. Se observan nuevos fenómenos como la subida del paro femenino, el incremento de la proporción de amas de casa en busca de empleo y se comprueba una escasa cualificación de las personas paradas. Además, se dan cambios económicos como el incremento de la actividad femenina y el resurgimiento del trabajo infantil (Fourcade, 2006).

El desempleo se concentra sobre todo en los jóvenes y las mujeres. Según los datos de la CIA (CIA, 2001, 2009) la tasa de desempleo en el 2001 para Argelia y Marruecos era elevada, el 30% y el 23% respectivamente. Sin embargo en el 2009 estos porcentajes descendieron al 12,5% en

Argelia y al 10% en Marruecos. Por otro lado, el porcentaje de paro en Túnez no ha variado en los últimos años: en el 2001 el 15,6% de la población estaba desempleada y en 2009 el 14,1%.

Estos problemas económicos y demográficos, junto con los aspectos políticos son algunas de las razones que han favorecido las corrientes migratorias. En primer lugar y coincidiendo con el proceso de descolonización, muchas personas de las excolonias se trasladaron a las metrópolis para mejorar su situación psicosocial y buscar nuevas oportunidades (Solé, 2000). Por otro lado, las características del modelo sociocultural ofrecido desde la independencia así como los problemas y persecuciones políticas, hicieron que las personas buscaran refugio en otros países (Martín, 2001).

En cuanto a los problemas económicos, éstos surgieron cuando tras una etapa de fuerte crecimiento en la década de los 60 y 70, los países magrebíes entraron en una fuerte recesión como consecuencia del descenso de los precios de los hidrocarburos y de los fosfatos. La deuda exterior creció y como solución se implantaron una serie de programas de ajuste que tuvieron serias consecuencias en el nivel de vida de la población. Ante esta situación, las familias recurrieron a la emigración internacional para paliar su deteriorado nivel de vida (López de Lera, 1995).

Y por último, el aumento demográfico de los países magrebíes unido a la incapacidad del mercado de trabajo para absorber la cantidad de jóvenes que se incorporan al mismo, generó una situación de tensiones sociales y económicas, en la que la solución más viable era la búsqueda de un futuro en otro país (Escribano y Lorca, 2007).

La emigración ha tenido consecuencias estructurales en el ámbito económico y sociocultural de los países magrebíes (Khachani, 2003). En la actualidad, el 9,3% de las personas marroquíes y el 2,4% de las argelinas han dejado sus países de origen, siendo España el segundo y primer país elegido como destino respectivamente (The World Bank, 2011).

La tradición migratoria hacia Europa se remonta a los años 70, cuando se iniciaron los flujos de inmigrantes motivados por las necesidades de mano de obra. Este grupo de inmigración era esencialmente masculino e individual. A partir de mediados de los años 80 se producen cambios en el perfil migratorio: por un lado aumentan la reagrupación familiar, y por otro lado, cobra importancia la emigración femenina individual y autónoma, sobre todo procedente de Marruecos y de mujeres solteras, aunque también emigraban las casadas y con hijos e hijas. Esto genera cambios en la estructura de la comunidad magrebí (Khachani, 2003).

En los 90, la población magrebí constituía el segundo grupo más importante (19,01%) por detrás de la población europea, que suponía la mitad de la población inmigrante (INE, 1996¹). En esta

¹ Anotación aplicable a las referencias similares: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística.

década aumentó el número de emigración clandestina motivada principalmente por razones económicas (Khachani, 2003).

A partir del 2000 y hasta la actualidad, como consecuencia del aumento de inmigración latinoamericana, las personas magrebíes pasan a ocupar un tercer puesto por detrás de las latinoamericanas y europeas (INE, 2001, 2006). Esta tendencia se mantiene hasta la actualidad (INE, 2010).

Cuando se tienen en cuenta los grupos nacionales, se observa que la población marroquí es una de las que más presencia tiene en España. En concreto, Marruecos ha sido el país que más personas ha aportado al total de la población inmigrante (INE, 2001, 2006, 2009).

2.2 Contexto receptor, lugar de llegada

Las características de las sociedades de origen son importantes para conocer el marco de referencia social de las personas inmigrantes. Pero para entender el tipo de interacciones y situaciones que se van a vivir en la sociedad receptora, es preciso conocer también las características del nuevo entorno. En este sentido, por un lado hay que tener presentes las características sociales, culturales y económicas, y por otro lado, las orientaciones generales que la sociedad y su ciudadanía tiene sobre la inmigración y el pluralismo (Berry, 1997).

2.2.1 País Vasco

El País Vasco es una comunidad costera en la que habitan 2.178.061 millones de personas, de las cuales un 7,68% provienen de países extranjeros y el 21,09% ha nacido en otras comunidades autónomas (INE, 2010), lo que da muestra de la diversidad poblacional existente

Es una sociedad que se caracteriza por ser individualista y femenina, y tener una distancia jerárquica media y una alta evitación de la incertidumbre (Hofstede, 1991). En este sentido es una sociedad en la que se tiende a minimizar las diferencias jerárquicas y se da importancia a la igualdad; se prioriza el bienestar de la persona, su autonomía y se valora la iniciativa individual; no se enfatizan las diferencias de rol de género y valoran la cooperación; y se prefiere el orden, las reglas y la predictibilidad a la improvisación.

Su índice de desarrollo humano es el tercero mejor del mundo por detrás de Islandia y Noruega, según los datos de un estudio realizado por el Instituto Vasco de Estadística bajo la misma metodología que el Programa de las Naciones Unidas (EUSTAT, 2007). Este índice se configura como una medida de los logros de un país en base a tres dimensiones: una vida larga y saludable, un alto nivel de conocimiento, y, un nivel de vida digno.

Por otro lado, se considera que el País Vasco es una de las zonas más ricas del Estado debido a la fuerza en el sector de la industria y de la construcción, lo que fomentó hace décadas movimientos migratorios hacia estas zonas (Sánchez, 2003). En la actualidad es la comunidad con menos número de personas paradas. Aunque en 1998 la tasa de desempleo en el País Vasco era muy alta, el 16,6%, esta tasa fue descendiendo poco a poco al 8,6% en 2003 y al 3,8% en 2008 (EUSTAT, 2009). Los últimos datos, recogidos en octubre de 2010, indican que el 9,95% de las personas se encuentran en paro, siendo la tasa más baja de todo el Estado en el que el porcentaje de personas desempleadas asciende al 19,79% (INE, 2010).

El País Vasco ha vivido diferentes etapas económicas y éstas han estado íntimamente ligadas con la historia migratoria del último siglo. La creación a finales del siglo XIX de tres grandes fábricas siderúrgicas en Vizcaya provocó un cambio en la situación laboral vasca y una aceleración del proceso de industrialización. Este modelo de desarrollo económico perduró hasta la crisis del petróleo de los años 70 y la reconversión industrial de los 80 (Fernández de Pinedo, 2003).

El proceso de industrialización y su consecuente desarrollo económico, se vio reflejado en nuevas oportunidades de trabajo y en un incremento de la población. Entre 1900 y 1975 el País Vasco, fue la segunda comunidad con mayor crecimiento poblacional (Rodríguez Osuna, 1980). Las oportunidades de trabajo que ofrecía el sector siderúrgico suponían una alternativa a la emigración americana (Sánchez, 2003) lo que se vio reflejado en la movilidad de personas procedentes tanto de otras comunidades como de las zonas rurales vascas (Mikelarena, 1993). A pesar de ello, la opción americana siguió siendo atractiva para un sector de la población que decidía emigrar (Medina, 1997).

Los daños materiales de la Guerra Civil española no afectaron a la siderurgia y a la oferta de empleo (Fernández de Pineda, 2003). Sin embargo, la victoria franquista significó el exilio de muchas personas comprometidas con la causa republicana (Medina, 1997). Al mismo tiempo, el fin de la segunda guerra mundial y la necesidad de mano de obra para hacer frente a la reconstrucción económica favoreció la entrada en Europa de personas de España, Portugal, Italia y Turquía (Aragón, 1992).

En la década de los 60 y 70, el proceso de industrialización, el desarrollo de la construcción y el crecimiento del sector servicios producen una crisis en la agricultura, que deriva en un importante movimiento de la población rural a lugares industrializados. A partir de 1959, muchas personas procedentes de zonas como Extremadura, Castilla-León, Castilla la Mancha, y Andalucía emigraron a lugares económicamente más ricos como Madrid, Barcelona y País Vasco (Romero y Albertos, 1993).

Sin embargo, la caída del empleo global durante 1976-1980 se centró en la industria, un sector que ya estaba en regresión desde finales de los años 60. El predominio de este sector en el País Vasco agudizó la crisis económica (Rapado, 1983). Aparecen los primeros saldos de población negativos en el País Vasco iniciándose un periodo de retorno a las comunidades de origen (Sánchez, 2003). Por otro lado, el escaso crecimiento económico del País Vasco provoca una reestructuración interna y/o un desplazamiento a otros territorios (Romero y Albertos, 1993).

A nivel estatal, desciende también la emigración hacia Europa y se produce la vuelta a las comunidades de origen. Además, a partir de la década de los 70 comienza la llegada de personas procedentes de Europa, que pasan de ser turistas a transformarse en residentes (López de Lera, 1995). A partir de los 90, los procesos migratorios cambian y se observa que los principales flujos provienen de otros países (Aragón, 1992; Solé y cols., 2000). En un primer momento, el mayor ímpetu lo aporta la inmigración comunitaria, bien como turistas o como personal cualificado (Lopez de Lera, 1995). En un segundo momento, la fuerza de la inmigración procede del exterior de la Europa comunitaria, especialmente de países de Latinoamérica y del norte de África (Izquierdo, 2002) que se instala de modo provisional o permanente para mejorar su situación económica.

En el 2002, a nivel estatal se produjo un crecimiento de la población extranjera que representaba casi el 5% de la población total. Esta proporción era escasa si se compara con la de otros países de la Unión Europea (Izquierdo, 2002). Sin embargo, con los años el número de personas inmigrantes ha aumentado. En 2007 España era uno de los tres primeros países del mundo receptores de inmigrantes (Pajares, 2007) y en la actualidad acoge a 6.566.640 millones de personas extranjeras, lo que supone el 13,98% de la población total (INE, 2010).

Los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2010) indican que en el País Vasco hay 167.329 personas inmigrantes empadronadas de las cuales 126.267 son de países extracomunitarios (75,46% de la población inmigrante). En total, el 7,68% de la población es inmigrante, un porcentaje bajo si lo comparamos con las comunidades en las que mayor porcentaje de población inmigrante hay: Madrid (19,55%), Comunidad Valenciana (18,85%), Cataluña (17,45%) o Murcia (17,01%).

A pesar de que el número de inmigrantes residentes en el País Vasco sea menor al de otros territorios, su evolución durante la última década ha sido creciente. Desde 1998 hasta enero de 2005 casi se quintuplicó el número de inmigrantes, de representar el 0,71% de la población vasca (15.198), pasó al 3,42% en 2005 (72.767 personas). En 2008, en la Comunidad Autónoma del País Vasco residían 116.650 personas inmigrantes (5,44%), hasta llegar a las 167.329 personas a principios de 2010 (Ikuspegi, 2008; INE, 2010).

Existen indicios que explican esta evolución y que señalan que la presencia de población inmigrante en el País Vasco va a continuar creciendo (Blanco, 2008): por un lado estaría el incremento de la movilidad humana a nivel internacional; en segundo lugar, la posición actual de España como país receptor de inmigración más importante de la UE, y por último, la tendencia de la población inmigrante ya instalada en la sociedad receptora a la dispersión geográfica por zonas no saturadas.

2.2.2 Actitud hacia la inmigración

Muchas personas inmigrantes ven Europa como la tierra de las oportunidades que promueve el ejercicio de la igualdad de derechos de su ciudadanía (Miller, 1999). Sin embargo, a menudo se ven envueltas en relaciones asimétricas intergrupales, medidas restrictivas de asentamiento y actitudes de rechazo por parte de la sociedad de acogida; lo cual a su vez provoca que la población inmigrante se aferre a identidad cultural, sus tradiciones, siendo evidente el riesgo de fragmentación social (García-Rodríguez, 2007).

Los estudios realizados por Díez Nicolas desde 1991 hasta 2007 sobre las actitudes de la población española frente a la inmigración, muestran que una tercera parte de la población entrevistada indica algún grado de xenofobia o racismo, mientras que el resto de personas no son racistas o xenófobas. Aunque la aceptación de las personas inmigrantes sea la actitud predominante, debido al recelo con el que la población autóctona comienza a mirar el incremento de la inmigración, desde el año 2000 ha aumentado el nivel de rechazo hacia la población inmigrante (Díez Nicolas, 2010).

Por otro lado, a pesar de que los estudios indiquen que el rechazo es bajo, existen indicadores que apuntan a lo contrario. En primer lugar, cuando se realizan preguntas sobre la cantidad o presencia de la población inmigrante, cada vez es mayor el número de personas que considera que son “bastantes” o “demasiados” (Mateos y Moral, 2000). Y en segundo lugar, cuando se analiza el prejuicio de una forma sutil en vez de manifiesta, las puntuaciones de rechazo aumentan considerablemente (Navas y cols., 2004).

En cuanto a los diferentes grupos culturales, se ha constatado que el magrebí es el peor valorado (Díez Nicolas, 2005; 2010). Por lo general, las personas procedentes de Europa o de países desarrollados son las mejor aceptadas, las asiáticas y latinoamericanas ocupan posiciones intermedias y en las posiciones menos valoradas se encuentran la población gitana y la magrebí (Navas y Cuadrado, 2003).

Los estudios realizados en el País Vasco indican que los niveles de rechazo en general son bajos, lo que indica que la población autóctona no presenta prejuicio hacia la población inmigrante. Sin embargo, cuando se analizan las actitudes de una forma encubierta, se comprueba que un tercio de la población rechaza a las personas inmigrantes. Estas actitudes negativas son mayores cuando se trata de la población magrebí en comparación con la europea del Este y la latinoamericana (Arnosó, Martínez-Taboada, Elgorriaga y Otero, 2009b; Martínez-Taboada, Arnosó y Elgorriaga, 2008).

Hasta el 2007 el porcentaje de personas que consideraba la inmigración como un problema era bajo y la población autóctona era favorable a la diversidad (Ikuspegi, 2007). Sin embargo, los

datos más recientes revelan que desde el 2008 ha crecido la creencia de la inmigración como algo negativo (Ikuspegi, 2007, 2010).

Para Solé y su equipo (Solé, Parella, Alarcón, Bergalli y Gubert, 2000) la acogida que una sociedad realiza hacia las personas procedentes de otros países debe entenderse atendiendo a los aspectos simbólicos y a las condiciones materiales que se dan en dicha sociedad. Las personas autóctonas desarrollan razones de exclusión hacia el grupo inmigrante en base a tres dimensiones: la seguridad ciudadana, la amenaza a la identidad cultural y la economía.

2.2.3 Situación de la población inmigrante en la sociedad receptora

Las características de la inmigración en el País Vasco difieren ligeramente de las del resto de comunidades, no sólo en lo que se refiere a los volúmenes y proporciones, sino también a la composición por nacionalidades. En el País Vasco el dominio absoluto es de las nacionalidades latinoamericanas, la población magrebí tiene menos peso y las personas procedentes de la Unión Europea desaparecen de los primeros puestos, a excepción de Rumanía. Ello se debe a múltiples factores, entre los que destacan las relaciones internacionales de la sociedad vasca a lo largo de la historia, en donde Latinoamérica siempre ha estado más presente que los países del Mediterráneo (Blanco, 2008).

Diferentes trabajos realizados en el País Vasco han mostrado las características de la población inmigrante y las condiciones en las que viven (p.e Azurmedi, Bourhis, Ros y García, 1998; Basabe, Zlobina y Páez, 2004; Martínez-Taboada y cols., 2008). A continuación se describen los principales resultados de estos estudios, que dan muestra de la situación latinoamericana y magrebí en el contexto receptor.

2.2.3.1 Latinoamérica

En la población inmigrante de Latinoamérica que reside en el País Vasco, predomina la presencia de mujeres en comparación con los hombres (Arnosó, Elgorriaga, Martínez-Taboada y Rico, 2009). En cuanto a la situación civil, principalmente son personas que están casadas o solteras, y son las que más hijos e hijas tienen (Basabe y cols., 2004). Es una población joven aunque ligeramente mayor que otros grupos nacionales, especialmente las mujeres (Martínez-Taboada y cols., 2006, 2008).

Se comprueba que el nivel educativo es bueno y que en sus países de origen la mayoría de las personas estaba trabajando. A pesar de ello, tanto los hombres como las mujeres, salen de sus países para mejorar su situación económica (Basabe y cols., 2004). La mitad de la población

latinoamericana declarará que la opción de emigrar ha sido una decisión personal mientras que para el 36% ha sido una decisión familiar o de la pareja (Aierdi, Basabe, Blanco y Oleaga, 2008). El proyecto migratorio es para la mayoría de las personas provisional y tan sólo el 20% confirma que desea instalarse definitivamente en el país receptor (Arnosó y cols., 2009b). Lo que indica que tras el logro de los objetivos la población latinoamericana tenderá a volver a sus países.

Es el grupo cultural cuya situación socioeconómica es más positiva: las tasas de paro son relativamente bajas, han conseguido regularizar su situación económica y las condiciones de alojamiento son positivas para la mayoría de las personas (Martínez-Taboada y cols., 2008).

En relación a las redes sociales, en general el grado de apoyo y de contacto que se establece con otros grupos culturales es medio (Basabe y cols., 2004). Cuando se analiza específicamente el tipo de relación que se mantiene con la población autóctona, se observa que el grupo latinoamericano es el que más contacto y más apoyo percibe por parte de las personas autóctonas (Martínez-Taboada y cols., 2008). Además, es la población que más familiares tiene cerca (Elgorriaga, Arnosó y Martínez-Taboada, 2009).

Por último, los estudios señalan que las personas de Latinoamérica se sienten culturalmente cercanas a la sociedad receptora (Basabe y cols., 2004) y perciben una baja discriminación de la población autóctona (Arnosó y cols., 2009b), siendo ligeramente más alta en las mujeres (Aierdi y cols., 2008). Por otro lado, se observa que la estrategia principal de aculturación es la integración, aquella que promueve el aprendizaje de la nueva cultura y el mantenimiento de la de origen (Zlobina, 2004).

2.2.3.2 Magreb

Dentro de la población inmigrante magrebí, los hombres jóvenes y solteros tienen una importante representación, así como las mujeres casadas (Martínez-Taboada y cols., 2006). A pesar de ello, también hay hombres casados y mujeres que están solteras o que se separan (Elgorriaga y cols., 2009). Es el grupo en el que menos personas son padres o madres (Basabe y cols., 2004) y que en menos ocasiones están junto a su familia (Martínez-Taboada y cols., 2008). Lo que señala que tienen menos cargas familiares que otros grupos culturales, pero también supone disponer de menos apoyo de gente cercana.

El nivel educativo de la población magrebí es positivo, sin embargo es menor al de la población Latinoamericana (Martínez-Taboada y cols., 2008). En la sociedad de acogida gran parte de los hombres estaba trabajando y una tercera parte de las mujeres eran amas de casa (Basabe y cols., 2004). Una situación que cambia en el país receptor y que indica que la mujer se incorpora al mercado laboral (Elgorriaga y cols., 2009). En relación a este último aspecto, aunque haya muchas mujeres que migran para reagruparse con su familia y los hombres lo hagan principalmente para

mejorar su situación económica (Basabe y cols., 2005; Martínez-Taboada y cols., 2006), la mejora de la situación laboral de la mujer magrebí indica que su migración no es pasiva.

Las personas de los países árabes son los que más tiempo llevaban en el País Vasco en relación con los otros grupos (Basabe y cols., 2004) y los que mayor intención tienen de instalarse definitivamente en la sociedad receptora (Arnosó y cols., 2009b). A pesar de ello, son quienes más problemas tienen con el idioma, para regularizar su situación jurídica, para encontrar un empleo y para conseguir un alojamiento en condiciones adecuadas (Martínez-Taboada y cols., 2006).

El contacto que establecen con la población autóctona así como el apoyo percibido es bajo. Sin embargo, las relaciones que establecen con las preesonas de su país son bastante estrechas (Arnosó y cols., 2009b; Martínez-Taboada y cols., 2006).

El nivel de discriminación percibido es bajo pero mayor al que muestran otros grupos culturales (Arnosó y cols., 2009b). Y aunque perciban cierta distancia cultural con respecto a la sociedad receptora, su estrategia de aculturación preferida es la integración (Arnosó y cols., 2009b; Zlobina, 2004).

CAPITULO II. PROCESO DE ACULTURACIÓN

1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo se analizan las consecuencias y los cambios que viven las personas que salen de sus países y se instalan en un nuevo entorno. El proceso migratorio conlleva múltiples cambios, positivos y negativos, para todas las personas que directa o indirectamente están implicadas en dicho proceso, aunque el grado de impacto no es igual para todas ellas y aumenta cuanto más directa es la relación. En este sentido, hay que tener en cuenta a la población protagonista de la migración, a su familia y amistades que quedan en el país de origen, y por último, a la población de la sociedad receptora.

Para la población inmigrante, el traslado a otra sociedad se asocia a muchas ilusiones y esperanzas por lo que depara el futuro. Puede suponer un progreso si se emigra para mejorar la situación económica, política y/o la formación pero esta ganancia no es gratuita, y junto con las oportunidades de la nueva experiencia, también se encuentran las pérdidas vinculadas a todo lo que se deja en el país de origen, o, a las dificultades vividas al enfrentarse a las novedades del entorno. Por ejemplo, una mujer magrebí que emigra en busca de trabajo dejando su familia en origen, aumentará sus recursos financieros si logra encontrar un trabajo, pero entre otras cosas, perderá la vivencia de momentos únicos, como los primeros pasos de su hijo, y además, deberá hacer frente a dificultades como la lengua, la búsqueda de estabilidad socioeconómica y diferentes aspectos culturales y religiosos.

Estas dificultades tienen su reflejo en las personas que quedan en los países de origen y que sufren las consecuencias de ver cómo una persona querida se marcha a otro país. Desde un punto de vista instrumental, la emigración de alguien cercano se traduce en mayor número de problemas y responsabilidades a las que hacer frente. Una de ellas es el cuidado de familiares, de hijas e hijos que están solos/as o de personas mayores que pueden tener problemas de salud. Por otro lado, pueden existir problemas económicos derivados de las deudas contraídas para costear el viaje de partida, o, de los robos que en ocasiones se producen cuando se conoce que en una determinada familia hay una persona que envía dinero desde el extranjero. Por último, en algunas ocasiones la familia debe escuchar descalificaciones sobre la persona que ha emigrado, porque no logra conseguir sus objetivos y/o porque existen comentarios acerca de la dedicación a actividades “no honradas”. Sin embargo, a pesar de estos contratiempos, la emigración de un familiar también aporta aspectos positivos como el aumento o mejora económica, la posibilidad de una reagrupación futura o la tranquilidad de saber que ha salvado su vida, cuando se trata de migraciones políticas.

En tercer lugar, se sitúan las personas de la sociedad receptora que, al igual que la población inmigrante y su familia, en los procesos migratorios ganan y pierden cosas. Como señalan Páez y Zlobina (2007) para la población autóctona el proceso de aculturación supone acostumbrarse a

convivir con la diversidad que traen consigo las personas de otros países. Las formas de actuar, pensar o sentir de otros grupos, que a menudo no son las mismas, pueden llegar a ser difíciles de entender o aceptar, romper la relativa homogeneidad cultural e incluso pueden producir la sensación de que la identidad cultural o étnica propia está bajo amenaza. Por este motivo, uno de los retos para la población de acogida es tolerar y aprender a manejar la incertidumbre y el pluralismo cultural que produce la llegada de población inmigrante extranjera (Páez y Zlobina, 2007). En este sentido, existe una tendencia a estudiar la relación de población autóctona e inmigrante vinculada a contactos interculturales dificultosos y a actitudes encontradas, y aunque se sabe que en ocasiones cuesta integrar los aspectos sociales y culturales novedosos, la presencia de personas procedentes de otras culturas ofrece una riqueza cultural y una posibilidad de apertura a nuevas experiencias, que favorece el desarrollo en diferentes ámbitos personales y sociales.

Como se ha ido describiendo hasta este momento, el proceso migratorio está unido a comportamientos, actitudes y emociones ambivalentes, que se mueven entre la alegría y la tristeza, la oportunidad y la dificultad, o, la novedad y la tradición. Así, todas las vivencias y etapas que describen un proceso tan complejo y diverso como es la migración y la aculturación, estarían vinculadas a las ganancias y a las pérdidas que las personas experimentan.

En este trabajo nos vamos a centrar en los y las protagonistas de la migración, en aquellas personas que salen de sus países y se embarcan en un proyecto que les lleva a otro contexto cultural, en el que por lo general, deben empezar prácticamente de cero. Y en concreto, vamos a definir la parte más costosa de la migración, lo que podría resumirse en las pérdidas asociadas al lugar de origen, pero sobre todo, en las dificultades que las personas se encuentran en el nuevo contexto.

En este sentido, las consecuencias de las pérdidas se pueden entender a través de los procesos de duelo migratorio, mientras que el impacto de las novedades y el proceso de acomodación a la nueva sociedad, pueden ilustrarse a partir del choque cultural y del proceso de aculturación. Unos procesos que suceden y comienzan en cuanto la persona decide emigrar. Por este motivo, en este segundo capítulo se describen las pérdidas y las novedades que la población inmigrante vive en el proceso de aculturación.

2 DUELO MIGRATORIO

Las personas inmigrantes, al llegar a la sociedad receptora, se encuentran en una situación de duelo derivada de la separación con su país de origen y con todo lo afectivamente significativo (Achotegui, 2002). El duelo sería un proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar

cuando se produce una pérdida importante y que en el caso de la migración tendría que ver, con la reelaboración de los vínculos que la persona ha establecido con el país de origen durante las primeras etapas de la vida y que han jugado un papel muy importante en la estructuración de su personalidad (Achotegui, 2000).

En general, el duelo es un conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social, que pueden oscilar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una desolación completa, que en los casos más graves, puede durar años e incluso toda la vida (Echeburúa, 2004). Se puede manifestar en forma de síntomas somáticos y psicológicos, aunque la intensidad de la sintomatología depende de la personalidad, del grado de unión con el “elemento” perdido y de las circunstancias de la pérdida (Echeburúa, De Corral y Amor, 2005). Freud (1917) destacaba como rasgos del duelo un profundo abatimiento, falta de interés por el mundo exterior, menor capacidad de amar y una inhibición de la actividad. Estas y otras reacciones pueden generarse ante cualquier tipo de duelo.

Pangrazzi (1993), describe diferentes tipos de pérdidas y las clasifica en cinco grupos: pérdidas de personas significativas, de aspectos de sí mismo/a, de objetos externos, del desarrollo y de ideales o ilusiones. Cada pérdida supone un duelo cuya intensidad no dependerá de la naturaleza del objeto-persona, sino del significado que tiene para cada individuo. Asimismo, en función de la intensidad y las reacciones en el tiempo se han diferenciado el duelo normal del anormal.

Referente al duelo cultural Eisenbruch (1990) propone la misma división, por lo que éste puede transcurrir de modo normal o puede convertirse en patológico si no hay una elaboración adecuada. Hay situaciones como las alteraciones del afecto, sentimientos de pena, soledad, nostalgia, ira, culpabilidad y desconfianza, que se consideran propias de todo proceso migratorio. Sin embargo, Eisenbruch confirma que en ocasiones estos sentimientos desencadenan en una regresión que obstaculiza la adaptación y que se refleja en emociones de desesperanza, incompetencia e indefensión.

Achotegui (2008) considera que en la dificultad de elaboración del duelo migratorio, y por tanto, en su potencialidad psicopatológica, hay que tener en cuenta tres tipos de duelo: el simple, que es el que ocurre en buenas condiciones y puede ser superado; el complicado, que se produce cuando existen serias dificultades para la resolución del duelo; y por último, el extremo, que supera las capacidades de adaptación de la persona y resulta tan problemático que no es elaborable.

Las personas estamos preparadas para tolerar las emociones vinculadas al duelo migratorio, sin embargo, que tengamos la capacidad no quiere decir que sea un proceso sencillo (Achotegui, 2000). En el hecho concreto de las migraciones, se sabe que emigrar es algo inherente al ser humano, sin embargo Achotegui (2004) indica que en los últimos años las circunstancias que están viviendo la población inmigrante son tan intensas que llegan a superar la capacidad de adaptación de las personas.

2.1 Características del duelo migratorio

La pérdida por la migración tiene unas características especiales que lo distinguen del resto de tipos de duelo (Achotegui, 2000, 2002; Falicov, 2002; González, 2005). En este sentido, teniendo en cuenta diferentes trabajos el duelo migratorio podría definirse como una pérdida parcial, recurrente, múltiple, ambigua y trasgeneracional (Achotegui, 2000, 2002; Boss, 2002; Falicov, 2002).

Se considera que es parcial, porque aunque el desarraigo social y cultural produce tristeza, las pérdidas no son absolutamente claras, completas e irrecuperables. Los elementos que producen la pérdida no desaparecen del todo, aunque no sean inmediatamente accesibles o no estén presentes, en la inmigración siempre se puede fantasear con un regreso al país de origen o con los planes de un futuro viaje (Boss, 2002). Esta característica lo diferencia del duelo total que se produce cuando se pierde algo definitivamente, como puede ser la muerte de un familiar o un aspecto de salud.

Unida a esta primera característica, está el hecho de que es un duelo recurrente. En la medida en que los sentimientos vinculados al país y todo lo que le rodea, se reactivan con facilidad, por ejemplo, al tener noticias sobre el país de origen, contactar con las personas que han quedado allí, encontrarse con compatriotas, aspectos que hacen que la elaboración sea más complicada (Achotegui, 2002).

Por otro lado, se trata de un duelo que es múltiple (Achotegui, 2000, 2002) o extenso (Boss, 2002) porque el proceso migratorio abarca muchas áreas y conlleva pérdidas de todas las clases. Achotegui define 7 tipos de duelo que describen la situación de la población inmigrante: duelo por la pérdida de la familia y amigos, de la lengua, de la cultura, de la tierra, del estatus social, del contacto con el grupo étnico, y, de la percepción de integridad física (Achotegui, 2000; 2002). Es interesante resaltar las particularidades del duelo por la familia y amigos, que surge por la separación de los seres queridos, sobre todo cuando en el país de origen quedan hijos o hijas pequeñas, o familiares mayores o con enfermedades. Las personas inmigrantes que experimentan la pérdida de sus vínculos personales y familiares tienen mayor probabilidad de sufrir depresión (Vega, Kolody y Valle, 1987). Sin embargo, este duelo es complejo porque en ocasiones las relaciones con la familia son problemáticas, y el espacio físico y el tiempo pueden reestructurar dichas relaciones (Achotegui, 2000).

Al mismo tiempo, estas pérdidas no sólo afectan a las personas que migran, sino que influyen en la familia que se queda en el lugar de origen y en las generaciones venideras (Boss, 2002), e incluso en la población autóctona (Achotegui, 2002). El duelo de los hijos e hijas es aún más complejo porque éstos ya no tienen que preocuparse por problemas básicos de subsistencia (Rabinowitz y Fennig, 2002).

Por último, para Boss (2002) la inmigración contiene elementos de lo que ella ha llamado duelo ambiguo, en la medida en que las emociones experimentadas por la población inmigrante son en muchas ocasiones contradictorias: tristeza y alegría; pérdidas y restituciones; ausencia y presencia que hacen que las pérdidas sean incompletas, ambiguas, pospuestas, y favorece que el duelo sea perpetuo (Falicov, 2002).

2.2 Elaboración del duelo migratorio

Cuando se habla de procesos de duelo vinculados a la muerte de una persona allegada, son varias las fases o etapas que se han propuesto. Klüber-Ross (1975) define las fases de negación, rabia, negociación, depresión y aceptación, mientras que Bowlby (1993) señala el choque, tristeza y dolor intenso, negociación y búsqueda, ocultamiento y enfado, depresión-soledad y resolución.

En el ámbito de la emigración, Brink y Saunders (1976) describen unas etapas que reflejan la elaboración del duelo y la vinculación con la adaptación o con la disfunción y/o patología: luna de miel, etapa depresiva, adaptación y rechazo de la cultura original. En realidad, este modelo que se ha definido para explicar las fases de duelo es similar a los modelos que autores como Gullahorn y Gullahorn (1963), Hurt y Kim (1990), Levine y Adelman (1993), Lysgaard (1955) y Oberg (1960), han propuesto para explicar las etapas de adaptación a la nueva sociedad tras el choque cultural, que se describirán más adelante. Este es un hecho que puede parecer contradictorio o confuso, pero si se tienen en cuenta que puede establecerse un vínculo entre el duelo y el estrés, en la medida en que el duelo es un estrés prolongado e intenso (Achotegui, 2008), puede entenderse que las y los investigadores sitúen modelos similares en uno u otro proceso.

Por otro lado, Achotegi (2002) más que hablar de modelos, describe los mecanismos de defensa que las personas utilizan en la elaboración del duelo migratorio: la negación, en la que se hacen afirmaciones negando los cambios vividos y la influencia del proceso; la proyección, en la que se construyen frases como “aquí la gente es muy diferente”, “en mi país no somos tan mal intencionados”; la idealización, bien del país de origen bien del país receptor; el animismo, en el que se atribuye rango humano a entes no humanas como la lengua, cultura, país, etc.; la formación reactiva, que consiste en hacer lo contrario de lo que demanda el impulso; en el intento de amoldarse a la nueva cultura intentan rechazar su cultura de origen; y la racionalización o separación del componente afectivo del cognitivo, evitando así el sufrimiento.

Tras la elaboración de los duelos, si ésta ha sido adecuada, se produce un crecimiento y desarrollo, una evolución de la persona (Achotegui, 2002). Este aspecto se ve reflejado en la continuidad que dibujan tanto en el modelo de duelo propuesto por Brink y Saunders (1976) como en los modelos de choque cultural (Gullahorn y Gullahorn, 1963; Hurt y Kim, 1990; Levine y Adelman,

1993; Lysgaard, 1955; Oberg, 1960) en los que se describen fases de tristeza, de ansiedad y finalmente de aprendizaje y/o adaptación.

2.3 Duelo migratorio: influencia del género y de la cultura

Tal y como hemos definido hasta este momento, los procesos de duelo se producen como consecuencia de las diferentes pérdidas que las personas pueden sufrir a lo largo de su vida. En concreto, el duelo migratorio, comienza cuando la población inmigrante sale de su país de origen y se separa de todo aquello que es importante (Achotegui, 2002). Este proceso, se manifiesta por medio de una serie de reacciones físicas, emocionales y sociales, que dibujan un continuo entre una tristeza transitoria a una completa desolación (Echeburua, 2004) y que puede manifestarse por medio de sintomatología somática y psicológica.

Los trabajos realizados desde diferentes disciplinas sobre los factores que inciden en la manifestación emocional y/o sintomatológica de las personas han descrito la relevancia y la influencia que tiene el género y el origen cultural de las personas implicadas (entre otros, Brody y Hall, 2000; Caro, 2001; Etxeberría, Apodaca, Eceiza, Fuentes y Ortiz, 2003; Diener, Sandvik y Larsen, 1985; Fujita, Diener y Sandvik, 1991; Hofstede, 1991; Kessler, 2000; Markus y Kitama, 1991; Montero y cols., 2004; Nolen-Hoeksema y Rusting, 1999; Weissman, Bland y Canino, 1996). En esta línea, si se tiene en cuenta que el duelo se caracteriza por la expresión emocional, sobre todo de tristeza, y que puede llegar a manifestarse por medio de sintomatología psicósomática, resulta necesario estudiar la influencia del género y de la cultura en dicho proceso.

Además de prestar atención a los aspectos emocionales hay que tener en cuenta, que en muchas ocasiones se toma una perspectiva occidental del proceso de duelo, olvidando que en otros lugares tienen otros ritos y formas de elaborar las pérdidas. La superación del duelo durante el proceso migratorio puede estar condicionado por la posibilidad de que la población inmigrante puede realizar dichos ritos y/o que la población autóctona entienda y permita estas celebraciones.

2.3.1 Influencia del género

El género ha recibido relativamente poca atención cuando se habla de la respuesta de duelo. A pesar de ello, se considera que es una construcción social influida por las expectativas de género dominantes, más que una respuesta natural a la pérdida, por lo que se conceptualiza como una emoción que necesita ser entendida en el contexto en el que se produce. De esta afirmación se deriva que las respuestas a la pérdida serán diferentes para hombres y mujeres por la influencia que la estructura de género tiene en los patrones de respuesta emocional (Thompson, 1997).

Al hablar de duelo y su manifestación desde el ámbito emocional, la tristeza y la soledad son las emociones más comunes, emociones fuertemente influenciadas por el género (Alcalá, Camacho, Giner, Giner e Ibáñez, 2006; Etxeberría y cols., 2003; Fujita, Diener y Sandvik, 1991; Kelly y Hustson-Comeaux, 1999).

La socialización de género determina los comportamientos y actitudes, papeles, actividades y la participación de las personas en los distintos espacios sociales. Este proceso no trata por igual las cuestiones concernientes a las emociones en los niños u hombres, y, en las niñas o mujeres. Ocurre de modo paulatino, empezando en la familia y consolidándose por la influencia de los compañeros y las compañeras, de la escuela y de los medios de comunicación (Askew y Ross, 1991; Shaffer, 2000). La socialización entendida como un aprendizaje social dinámico, que implica una constante interacción y búsqueda de equilibrio entre las necesidades personales y las demandas del ambiente, supone el aprendizaje de normas que informan a las personas de lo obligado, lo permitido y lo prohibido (Navas, 1990).

La naturaleza para sentir es igual en todas las personas, pero las diferencias en el proceso de socialización hacen que las mujeres expresen más fácilmente diferentes emociones (Alcalá y cols., 2006; Caro, 2001; Etxeberría y cols., 2003). Desde pequeñas, se permite a las niñas el lloro y la manifestación de sensibilidad, malestar o dependencia, entre otras, aunque por ello, en muchas ocasiones se atribuyen una serie de calificativos de flaqueza y debilidad considerados negativos. Por el contrario, en la socialización de los varones, si se atiende al estereotipo se transmite que deben “ser hombres”, y por lo tanto, tienen que mostrar frialdad, autoridad, fuerza y seguridad ante las situaciones emocionales. Los niños desde pequeños escuchan frases como “los niños no lloran, tienes que ser fuerte”, que reprimen toda posibilidad de expresión emocional, o, generan malestar, incluso burla por parte de las otras personas, si finalmente manifiesta aquello que está sintiendo. A los hombres sólo se les admite socialmente expresar rabia y asco (Thompson, 1997).

Esta forma de educación en las emociones, en particular de la tristeza y la ira, se ve reflejada en los resultados de las investigaciones que afirman que las mujeres, desde niñas, manifiestan más emociones de tristeza (Brody, 1984; Brody y Hall, 2000; Etxeberría y cols., 2003; Kelly y Hustson-Comeaux, 1999) mientras que los hombres muestran más ira (Thompson, 1997). Además, existen diferencias en la intensidad (Fujita, Diener y Sandvik, 1991) así como en la forma de expresión. Los varones aprenden a excluir sus emociones (Alcalá y cols., 2006) o recurren en mayor medida a otras formas de expresión como al consumo de alcohol u otras sustancias (Caro, 2001), mientras que las mujeres tienden a expresarlas y hablar con otras personas como modo de desahogo (Alcalá y cols., 2006; Caro, 2001).

En investigaciones realizadas con población inmigrante se han encontrado estos mismos patrones: las mujeres, además de alegría, miedo y menos indiferencia, sienten mayor tristeza que los

hombres (Basabe y cols., 2004), mientras que éstos manifiestan más rabia, junto con más rechazo, engaño, cansancio y vergüenza (Elgorriaga, Martínez-Taboada y Arnosó, 2007).

Estas diferencias en la socialización y manifestación emocional, en cuanto a lo que se permite sentir y expresar, si se trasladan a los procesos de duelo, hacen pensar que se traducirán en una mayor expresión en las mujeres, y en mayor contención en los hombres, los cuales buscarán otras vías para elaborar el duelo. En esta dirección, Achotegui (2002, 2006) ha comprobado que las mujeres expresan el duelo muy pronto, nada más llegar a la nueva sociedad, lo que facilita la rápida elaboración de las pérdidas. Esto se debe probablemente al modo en el que han sido educadas, a su mayor facilidad para contactar con la parte emocional y al permiso social que permite el desahogo y manifestación de la pena. Sin embargo, los hombres tienen una fase de negación inicial más intensa y duradera que las mujeres, ya que reprimen sus emociones iniciales, lo que hace que la posterior elaboración del duelo sea más compleja. Esta circunstancia es común a todo tipo de duelo, en el que el modelo de hombre fuerte parece imponer una serie de conductas aprendidas y transmitidas que agudizan las diferencias de género (Achotegui, 2002).

Con relación a estos patrones de manifestación y elaboración del duelo, cabría señalar que en ocasiones la tristeza se relaciona con aspectos depresivos y la ausencia de ésta con una buena salud mental. Pero habría que tener en cuenta, que en ciertas ocasiones lo más “sano” es la expresión y normalización de la tristeza, mientras que lo problemático sería la negación de los sentimientos y su expresión por otros medios, como por ejemplo, la somatización. Por otro lado, habría que tener en cuenta que en lo terapéutico la tristeza y el enfado-rabia son las dos caras de una misma moneda, dos formas distintas de expresar una misma realidad que duele.

Para finalizar, hay que reseñar que no se quiere caer en la dicotomía de “mujeres-expresión”, y, “hombres-no expresión”, sino que se quiere mostrar las tendencias o las consecuencias generales de la socialización diferenciada, por la importancia que esto tiene para el estudio, interpretación y comprensión del proceso de duelo de hombres y mujeres.

2.3.2 Influencia de la cultura

Eisenbruch (1984) afirma que la cultura influye en la interpretación del dolor de la pérdida y en la forma de afrontarlo, más que en el dolor mismo. En este sentido, para analizar la influencia de la cultura en los procesos de duelo, se va a tener en cuenta la expresión emocional por un lado, y, la realización de los ritos por otro.

En relación a las emociones y las culturas existe una discusión sobre cuáles son las emociones universales, y, sobre si realmente puede hablarse de universalidad emocional o no. La revisión realizada por Matsumoto (2001) sobre estos temas analiza los resultados de trabajos que apoyan las diferentes posturas de este debate. Sin embargo, este autor concluye que la universalidad

encontrada en unas pocas emociones, puede coexistir con los hallazgos que defienden importantes diferencias en los códigos lingüísticos, manifestación y percepción de las emociones. Tomando la tristeza como emoción representante del duelo y atendiendo a las principales clasificaciones sobre emociones (Ekman y Friesen, 1969; Evans, 2002; Izard, 1977) se puede afirmar que la tristeza es universal, lo que quiere decir que es experimentada y reconocida por todos los grupos culturales, lo que permite su estudio y comparación transcultural.

Además de la universalidad hay que tener presente la forma de exteriorizar las emociones. En cada sociedad existen reglas culturales que regulan lo que es o no es apropiado, es decir, cuando se debe mostrar o reprimir una determinada emoción (Diener, 1984). Hay que tener en cuenta que no es lo mismo experimentar una emoción o expresarla, dos dimensiones que están muy diferenciadas en algunas culturas y que señalan lo que se considera más adecuado (Markus y Kitama, 1991). En relación con estas dimensiones Markus y Kitama (1991) proponen cuatro formas diferentes de proceder en función de la cultura de origen: a) se puede expresar lo que se siente, b) no se puede manifestar lo que se siente, c) se deben expresar emociones que no se sienten, o, d) no manifestar aquello que no se siente. En consecuencia, una persona puede sentirse mal si sus sentimientos distan del modo en que su cultura considera correcto actuar, como puede ser tener que mostrar emociones que realmente no siente. Aunque cada cultura pueda enfatizar una forma de actuar, por lo general se produce una combinación de las diferentes opciones.

Las dimensiones culturales definidas por Hofstede (1991, 1999) (feminidad-masculinidad, distancia jerárquica, evitación de la incertidumbre e individualismo-colectivismo) y los resultados que obtuvo en sus trabajos permiten complementar y dar mayor explicatividad a las diferencias en la expresión emocional. En las culturas con escaso control de la incertidumbre no se tolera bien la muestra de emociones, mientras que en las que existe un fuerte control, al igual que en las culturas individualistas, las personas tienden a ser muy expresivas. Por otro lado, las personas en sociedades de baja distancia jerárquica manifiestan sus sentimientos libremente, sin embargo, en culturas con alta distancia, este hecho se podría entender como una falta de respeto, mostrándose sólo aquellas emociones que marcan el estatus social. Por último, en las culturas femeninas se expresan más las emociones no competitivas y de apoyo a los demás.

Estudios realizados teniendo en cuenta las dimensiones de Hofstede (1991), tanto en nuestro contexto (Basabe y cols., 2000, 2004; Fernández, Carrera, Sánchez y Páez, 2002; Fernández, Zubieta y Páez, 2001) como en otros lugares (Zubieta, Fernández, Vergara, Martínez y Candia, 1998) han hallado resultados que confirman y apoyan los hallazgos de Hofstede (1991).

En relación a los diferentes grupos culturales formados por las personas procedentes de países de Latinoamérica y del Magreb, la propuesta de Hofstede (1991) define a ambos grupos como colectivistas, femeninos, con alta distancia jerárquica y con alta evitación de la incertidumbre. Sin embargo, entre los dos grupos hay diferencias importantes: la población del Magreb se caracteriza

por puntuaciones más altas en distancia jerárquica y bajas en evitación de la incertidumbre, mientras que la población latinoamericana, realizando una media aproximada de todos los países, destaca más en colectivismo y masculinidad. Estas diferencias pueden verse reflejadas en la distinta manifestación emocional de estos grupos, y específicamente, en las emociones de tristeza y soledad, emociones que se podrían definir como personales y no competitivas, si atendemos a la descripción que se ha realizado sobre las dimensiones.

Basabe y cols., (2004) en un estudio realizado en el País Vasco sobre la expresión emocional de la población inmigrante encontraron que las personas del África subsahariana mostraban más emociones negativas y menos positivas que el resto de grupos culturales. La población del Magreb sería uno de los grupos que mejor experiencia emocional tendría, por encima de países latinoamericanos, a excepción de Brasil. Sin embargo, generalizar sobre los países no es tarea fácil, sobre todo cuando se toman diferentes culturas en un mismo grupo cultural, ya que se ha comprobado que la demostración emocional no es siempre igual. Un trabajo de Fernández y cols., (2001) confirmó diferencias en la manifestación emocional en una muestra compuesta por diferentes países latinoamericanos: las personas pertenecientes a culturas con alta distancia jerárquica de poder eran menos expresivas emocionalmente, y las culturas más femeninas y con una baja distancia de poder se caracterizaban por una mayor expresión emocional ante situaciones de alegría, tristeza y enfado.

En segundo lugar, a pesar de que estemos tratando el tema del duelo migratorio, cuando se hace referencia a la influencia de la cultura no se puede pasar por alto las diferentes formas de percibir la muerte y el duelo en cada sociedad. La cultura y la religión determinan las actitudes, creencias, reglas, costumbres y rituales apropiados para entender y manifestar la muerte y el duelo, así como para afrontar y superar las pérdidas (Eisenbruch, 1984, 1991; Rosenblatt, 1993).

En todas las culturas se han desarrollado ritos que permiten afrontar la pérdida, aunque su significado difiere de unos lugares a otros. Por lo general, en los países occidentales los ritos se realizan para reparar a la persona viva, mientras que en los demás países se llevan a cabo para acompañar a la persona fallecida (Pérez Sales y Lucena, 2000).

A pesar de que los rituales sean diferentes, la muerte y los duelos son aspectos universales y naturales de la vida. Cowles (1996) a partir de la realización de 6 grupos de discusión con culturas diferentes concluye que las experiencias individuales de duelo son similares en todas las sociedades, aunque los rituales, tradiciones, comportamientos y expresiones de pena difieran de unas a otras.

Esto nos hace pensar que las diferentes costumbres son vías para elaborar un sentimiento de pérdida que es universal, y nos muestra la importante función de los ritos. Siguiendo con esta idea, la función de estos ritos puede verse perturbada cuando la persona no los puede realizar, una situación que se da con frecuencia en los procesos migratorios. Yoffe (2002) señala que en estas situaciones las personas inmigrantes se sienten inadecuadas o en lucha por tratar de hallar una base cultural

sólida para su duelo. En ocasiones, la población inmigrante se encuentra sin espacio social para expresar su dolor y, al hacerlo siente que no encaja con los patrones de la sociedad autóctona. Esto hace surgir en ellas un sentimiento de inadecuación frente a las demás personas e inhibe el apoyo social que la población autóctona podría ofrecer si entendiera sus costumbres y prácticas religiosas o espirituales.

La incompreensión en torno a los ritos, puede venir porque las personas pertenecientes a otras culturas no entienden los actos que se realizan para superar las pérdidas, lo que puede provocar respuestas que van desde la incredulidad hasta la no aceptación. Pero, las respuestas de incompreensión o rechazo también pueden proceder del entorno familiar. Con la migración no siempre es fácil mantener las costumbres del país de origen, de este modo, la persona inmigrante puede decidir voluntariamente no continuar con los ritos que se hacen en su país, o que se vea obligada por los impedimentos del medio. Así, a las dificultades de las diferentes pérdidas hay que añadir la postura que la familia toma ante los actos de la persona inmigrante².

Diferentes trabajos concluyen que tanto en la investigación como en la práctica clínica hay que comprender el papel que las prácticas culturales del duelo tienen en la forma en la que una persona vive las situaciones de pérdida. Sólo así, en el espacio académico se podrá ofrecer una interpretación más precisa, y desde la clínica se podrá brindar una ayuda más eficaz a las personas inmigrantes (Cowles, 1996; Eisenbruch, 1991; Moro y Lachan, 2004; Pérez Sales y Lucena, 2000; Rosenblatt, 1993).

3 CHOQUE CULTURAL

En general, cuando se habla de migraciones existe una tendencia a mencionar los aspectos estresantes o de cambio, entre los que se encuentra el choque cultural que se produce cuando personas que provienen de contextos diferentes toman contacto y se ponen de relieve las diferencias existentes. Cada sociedad posee unos rasgos que las personas aprenden durante su desarrollo y que son las pautas que guían las acciones de la vida cotidiana como qué decir cuando nos encontramos con gente, cómo saludar, cómo dar y recibir cumplidos, cómo pedir las cosas o cuándo aceptar o rechazar invitaciones (Oberg, 1954). Estas conductas, expectativas y actitudes que se consideran adecuadas para actuar en una sociedad es lo que se conoce como cultura.

² Experiencias observadas en sesiones de etnopsiquiatría realizadas por la Dr. Rose Marie Moro en el Hospital Avicenne, Bobigny (Paris), durante una estancia científica de 3 meses.

La cultura está constituida por una serie de palabras, gestos, expresiones, costumbres, normas, lengua o creencias que influyen de un modo inconsciente y que condicionan la tranquilidad y la eficacia personal (Oberg, 1954). Al instalarse en una nueva sociedad, las personas contactan con otra u otras culturas, lo que supone verse rodeadas de un entorno que funciona con un modelo diferente al que manejaban y conocían antes de emigrar (Brink y Saunders, 1976). Para la población inmigrante, esto quiere decir que aquello que hasta ahora era la forma correcta de ver el mundo y actuar en él, se contrasta con una realidad distinta (Páez y Zlobina, 2007). La persona pierde su marco cultural externo y entra en un mundo en el que no conoce ni la lengua, ni las reglas, un mundo de “no significado” y de precariedad, por lo que la migración entraña consecuencias eventuales que hay que tener en cuenta (Moro y Lachan, 2004).

Las diferencias entre las culturas, es decir, entre las normas, las creencias, los roles y los valores compartidos van a producir el llamado choque cultural. Este concepto se utiliza para describir el estado general de depresión, frustración y desorientación de la gente que vive en una nueva cultura (Smith y Bond, 1993) y fue definido por el antropólogo Kalervo Oberg en 1954. Para este autor la pérdida de los símbolos familiares y de interacción social, conlleva la modificación de una serie de apoyos que provocan sentimientos de frustración y ansiedad, y reacciones sintomatológicas, como excesiva sudoración, descontrol alimentario, excesivo miedo a ser agredido física o verbalmente (Oberg, 1954). Estos síntomas con el tiempo se disipan y pertenecen a un proceso que debe ser esperado y que supone una parte “normal” del proceso de ajuste (Levine y Adelman, 1993).

Tras el choque cultural surge la necesidad de hacer frente a la situación que cuestiona lo que las personas han aprendido y valorado a lo largo de la vida, y, que demanda la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades para actuar de forma adecuada en la sociedad receptora. Los nuevos aspectos aprendidos no están presentes de forma explícita en la cultura de acogida, muchos de los elementos son inconscientes (Ward, Bochner y Furhman, 2001) y pueden ser opuestos a la cultura de origen (Páez y Zlobina, 2007). En un primer momento, las personas reaccionan ante el entorno que les provoca el malestar, pero tras un tiempo se produce una regresión en la que se olvidan de todas las dificultades y sólo recuerdan los aspectos positivos (Oberg, 1954).

Furnham y Bochner (1982) critican la proposición de Oberg porque han comprobado que la no familiaridad con uno o todos los aspectos de la nueva sociedad puede contribuir al choque cultural, pero argumentan que las mayores experiencias de dificultad ocurren en las situaciones, episodios y transacciones sociales. Por otro lado, Berry y Kim (1988; Berry, 1997) también critican este término y sugieren que es más apropiado hablar de estrés de aculturación, un término que se vincula directamente con los modelos de estrés y con los objetos de estudio de la psicología transcultural. El concepto de choque cultural y de estrés de aculturación, hacen alusión a un nivel de dificultad medio pero superable del proceso de adaptación (Berry, 1997, 2005), sin embargo, el modo de entender dicho proceso y la formulación de los modelos es muy diferente.

Aunque la investigación sobre el choque cultural haya comenzado en los años 50, existe un consenso limitado en cuanto a lo que realmente constituye el ajuste o la adaptación de la persona extranjera (Ward y Kennedy, 1999). Para Anderson (1994) es un proceso continuo en el que la persona elige la forma de responder a los problemas y de superar los obstáculos en el entorno en el que se encuentra, creando cada persona su propio ajuste. Sin embargo, en otros trabajos se han propuesto fases y modelos más objetivos y estandarizados. El ajuste a un contexto desconocido es un proceso que se ha descrito, interpretado y medido de diversas maneras y desde numerosas perspectivas. Ward y Kennedy (1999) consideran que la mayoría de las investigaciones se han realizado de forma dispersa, lo que dificulta la integración y síntesis de los resultados de la investigación.

En este sentido, si se toman los modelos y teorías que han surgido a partir de la definición del choque cultural y de la necesidad de ajuste, se comprueba que estos han tratado de establecer las diferentes fases que se dan a lo largo del tiempo en la sociedad receptora (Smith y Bond, 1993; Gullhorn y Gullhorn, 1963). En opinión de Ward, Bochner y Furnham (2001), estas descripciones han sido a menudo anecdóticas y limitadas porque no especifican las situaciones por las que pasan las personas inmigrantes.

En estos trabajos el tipo de población inmigrante estudiado no siempre ha sido el mismo; hay modelos basados en los procesos de adaptación de las personas inmigrantes (Ward y Kennedy, 1993), de estudiantes (Lysgaard, 1955; Bennett, 1986), y más recientemente de turistas (Hottola, 2004). Estos dos últimos grupos comparten el hecho de que su proceso finaliza en el país de origen cuando se da el retorno, una característica que les diferencia del primero y que podría explicar, en parte, las diferencias encontradas en los trabajos.

En este apartado nos vamos a focalizar en aquellos modelos que explican las fases por las que pasa la población que se instala en una sociedad definitivamente o para un largo periodo de tiempo, por tratarse del colectivo de nuestro estudio. Sin embargo, para comprender el origen y la evolución de las diferentes propuestas, en algunos casos se recurrirá a los modelos basados en la población estudiante.

3.1 Modelos de transición y ajuste cultural a lo largo del tiempo

La definición de choque cultural que realizó Oberg (1954) y el establecimiento de 4 fases de adaptación (luna de miel, choque cultural, apertura hacia la nueva sociedad y ajuste) fue la base sobre la que Lysgaard propuso en 1955 su conocido modelo de U curva. A partir de las experiencias vividas por un grupo de estudiantes de Noruega que se había desplazado a EEUU, definió una fase de ajuste inicial llamada luna de miel en la que las personas se muestran optimistas e ilusionadas,

para posteriormente pasar a un periodo de crisis en el que se produce un desajuste o choque cultural y aparecen sentimientos de tristeza y desorientación, y por último, terminar en una fase de ajuste o adaptación. Este modelo se utiliza para explicar la curva emocional que algunas personas inmigrantes experimentan al entrar y sumergirse en la nueva cultura (Hottola, 2004).

Oberg (1960), completó el modelo de U curva redefiniendo 5 fases por las que pasarían las personas en su adaptación emocional: la etapa de luna de miel, el choque cultural, la hostilidad de la cultura receptora, la adaptación inicial, y, la asimilación en el nuevo contexto (Furnham y Bochner, 1986; Hottola, 2004).

Durante más de 30 años este modelo en U ha asumido la posición central en la teoría e investigación sobre la transición y ajuste al nuevo contexto (Ward, Okura, Kennedy y Kojima, 1998), aunque se ha comprobado que es una teoría poco concisa y demasiado sencilla para explicar la heterogeneidad de la población inmigrante (Hottola, 2004; Smith y Bond, 1993) siendo necesario encontrar una aproximación más comprensiva que no excluya la mayoría de los casos (Hottola, 2004). Las razones que han hecho que este modelo se siga utilizando son varias: por un lado, que la adaptación de algunas personas sí sigue el patrón de U curva, por otro lado, existen datos de investigaciones longitudinales que apoyan este modelo de ajuste psicológico, y por último, tal vez la razón más importante, es que en este campo no ha habido una masa crítica y creíble de investigaciones que ofrezcan una alternativa teórica al modelo clásico (Ward y cols., 2001).

Las fases propuestas por Lysgaard y Oberg se centraban exclusivamente en las vivencias en la sociedad receptora. Gullahorn y Gullahorn (1963) completaron este modelo estudiando el proceso de reincorporación a la sociedad de origen. Para estos autores el regreso a casa supondría una serie de dificultades que serían un reflejo de la anterior propuesta de la curva U, lo que quedaría representado en una curva W. La segunda U, además de ser un reflejo de la primera, sería el resultado de ella, por lo tanto si la persona no realizaba con éxito la fase de intercambio o primera U, difícilmente podría realizar la incorporación a su lugar de origen o segunda U.

Levine y Adelman (1993) también describen un modelo que se ajusta a una curva W en la que se observan periodos de subida y de bajada en el proceso de asentamiento de las personas: ansiedad, luna de miel, choque cultural, periodo inicial de ajuste, choque cultural severo, y, adaptación. En general, la tercera y la quinta fase corresponden a periodos bajos, sin embargo hay que tener en cuenta que no todas las personas pasan por todas las fases, ya que la personalidad y la experiencia previa influyen en gran medida en la trayectoria. Los síntomas pueden surgir justo a la llegada o a veces, pueden manifestarse al año de que las personas sientan los efectos del choque cultural.

Continuando con las representaciones gráficas, Hurt y Kim (1990) proponen un modelo en J que describe una relación curvilínea entre el tiempo de residencia y la satisfacción. Establecen seis fases diferentes: la exigencia, que transcurre desde la llegada hasta los 2 años y sería la más dura

debido a los problemas de lenguaje, desempleo, aislamiento social y choque cultural. A continuación, se daría una fase de resolución o interacción con la población autóctona aunque el grupo de referencia seguiría siendo el de origen. En ocasiones, se produce una crisis y sentimientos de relativa privación que da paso a una tercera fase. Si la población inmigrante descubre barreras raciales que obstaculizan su asimilación se produciría una fase de marginalidad social que puede derivar en dos nuevas fases: o la aceptación de la marginalidad que sería una estrategia de afrontamiento pasiva, o la creación de una nueva identidad que se trataría de una estrategia positiva. Es una propuesta que en sus inicios probó que la salud mental de la población inmigrante es más sensible en las primeras fases, que el grado de bienestar aumenta con el tiempo de residencia y que el incremento tiende a parar tras la fase de resolución, confirmándose así la propuesta del modelo en J (Hurt y Kim, 1990).

Los trabajos de Collen Ward y su equipo realizan una crítica sobre estos modelos basada en dos razones (Ward y cols., 1998): la primera de ellas consiste en que la mayoría de los estudios han utilizado una metodología transversal para definir las fases, siendo más adecuado un seguimiento longitudinal que permita demostrar las etapas que realmente pasan las personas; la segunda se refiere a la confusión existente sobre el concepto de “ajuste”, un concepto que para este equipo hay que definir en función de la adaptación emocional y psicológica, y que no puede realizarse a partir de una única curva o establecimiento de fases. De este modo abogan por la distinción entre el ajuste psicológico y sociocultural (Searle y Ward, 1990; Ward y Chang, 1997; Ward y cols., 1998; Ward y Kennedy, 1993; 1999): el primero hace referencia al bienestar psicológico o la satisfacción emocional, aunque también puede entenderse como un proceso de estrés y de afrontamiento, mientras que el ajuste sociocultural se refiere a las habilidades o competencias necesarias para el aprendizaje social del contexto (Ward y Chang, 1997). Estas dos dimensiones son empíricamente y conceptualmente diferentes (Ward y Chang, 1997; Ward y Kennedy, 1999; Ward y cols., 1998) aunque no hay que interpretarlas por separado porque están íntimamente relacionadas, de modo que cuanto mayor sea la demanda en cuanto a habilidades, mayor es el nivel de estrés y peores son los resultados psicológicos (Ward, 2008).

En esta misma dirección otros trabajos también han definido dos dimensiones diferenciadas en el proceso de adaptación. Ruben y Kealey (1979) las denominan ajuste psicológico y eficacia intercultural, mientras que Hammer (1987) señala el manejo del estrés y las habilidades de comunicación e interpersonales.

Las diferencias entre las dos dimensiones se ven reflejadas en las diferentes pautas de tiempo de ajuste, y en los diferentes instrumentos de medida y variables utilizadas para su descripción. En relación al tiempo, la realización de un estudio longitudinal con estudiantes japoneses en Nueva Zelanda reveló que la adaptación sociocultural sigue una curva de aprendizaje con una rápida progresión durante los primeros meses y una posterior etapa de estabilidad, mientras que el ajuste psicológico es más variable en el tiempo y correspondería más bien a una U inversa (Ward, Okura, Kennedy y Kojima, 1998; Ward y cols., 2001). En ambos casos las mayores dificultades son

en los primeros momentos de la transición entre las culturas (Ward y Kennedy, 1996). Como consecuencia de las diferencias en la fluctuación de tiempo, la relación entre las dos dimensiones es baja en los primeros momentos de llegada, sin embargo aumenta significativamente después del primer año de permanencia en la nueva sociedad (Ward y cols., 1998). Estos mismos resultados se han encontrado en trabajos realizados con la población inmigrante no estudiante (Ward y cols., 2001) comprobando que se alejan de las propuesta iniciales de U curva o de W, y resaltando la importancia de estudiar las dos dimensiones.

Aunque algunos investigadores e investigadoras consideren que estos modelos o estas fases son demasiado sencillas para explicar el ajuste (Hottola, 2004; Ward y cols., 2001), éstas muestran la influencia del tiempo y la dificultad y variabilidad emocional de este proceso.

En el caso concreto de las dos dimensiones propuestas por Ward y Kennedy (1993), las investigaciones más recientes apoyan esta división y su diferente comportamiento a lo largo del tiempo. Sin embargo, por las variables y mayor complejidad de sus propuestas, es más conveniente situar estos trabajos en otros apartdos, así la dimensión sociocultural y su medición se situaría junto con las teorías de aprendizaje cultural, que enfatizan la importancia de adquirir unas habilidades adecuadas para la adaptación al nuevo entorno (Bochner y Furnham, 1996). Por otro lado, la dimensión psicológica, se relaciona con el bienestar mental y con los procesos de estrés y afrontamiento, más cercanos al estrés de aculturación propuesto por Berry (1997).

3.2 Choque cultural: influencia del género y de la cultura

En este apartado se recogen los datos que los modelos de choque cultural o que los trabajos que han seguido sus modelos han aportado en cuanto a la influencia del género y de la cultura en este proceso (Ataca y Berry, 2002; Basabe y cols., 2004; Gullahorn y Gullahorn, 1963; Hurt y Kim, 1990; Levine y Adelman, 1993; Lysgaard, 1955; Oberg, 1960; Smith y Bond, 1998; Ward, 1996; Searle y Ward, 1990; Ward y cols., 2001; Ward y Chang, 1997; Ward y Kennedy, 1993; 1999; Zlobina, Basabe, Páez y Furnham, 2006).

3.2.1 *Influencia del género*

En la revisión realizada sobre los trabajos que exponen los modelos para explicar el choque cultural y que se basan en la proposición de diferentes fases por las que pasan las personas en su proceso de adaptación a la sociedad, no se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres (Gullahorn y Gullahorn, 1963; Hurt y Kim, 1990; Levine y Adelman, 1993; Lysgaard, 1955; Oberg, 1960). Por lo tanto, a partir de estos trabajos no se puede afirmar que mujeres y hombres perciban y vivan de forma diferente el choque cultural.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el hecho de ser hombre o mujer y de los roles que se adscriben a estas categorías están fuertemente mediatizadas por la cultura. En este sentido, se sabe que la sociedad receptora responde de diferente manera a las personas en función del género, otorgando diferentes roles, responsabilidades y obligaciones a los hombres y a las mujeres inmigrantes (Gregorio, 1997) de lo que se deriva que el encuentro con la nueva cultura va a ser diferente en función del género. Además, hay que considerar que el origen cultural de las personas interactúa con el género en la medida en que la posición de la mujer y del hombre cambia de unas culturas a otras (Gregorio y Ramírez, 2000) y en la medida en que marcan diferentes distancias respecto al contexto receptor.

Aunque el género prime sobre el origen cultural, no se puede hablar del choque cultural de mujeres y hombres sin tener en cuenta el país de donde proceden, porque éste marca el tipo de relaciones que se establecen en origen y los parámetros a partir de los cuales interpretar las relaciones de género características de la sociedad receptora (Gregorio y Ramírez, 2000). Al salir del lugar de referencia y situarse en una sociedad como la occidental, la barrera más frontal se produce en la mujer magrebí (Soriano y Santos, 2002). El reparto equitativo de las tareas domésticas (Basabe y cols., 2004), el valor de la familia (Soriano y Santos, 2002) y la libertad de la mujer en cuanto al tiempo libre, son señalados como los cambios más llamativos (Basabe y cols., 2004).

3.2.2 Influencia de la cultura

Para cualquier persona que procede de otra cultura, el contacto con una nueva sociedad va a suponer un choque, sin embargo, el nivel de impacto no es igual para todas las personas. Los modelos que establecen las diversas fases, explícitamente o implícitamente, señalan la importancia de las características del lugar de origen y de la sociedad receptora para conocer el grado de choque cultural (Gullahorn y Gullahorn, 1963; Hurt y Kim, 1990; Levine y Adelman, 1993; Lysgaard, 1955; Oberg, 1960; Ward y Kennedy, 1993). Las diferencias encontradas en la comparación realizada entre los patrones conocidos y los nuevos patrones, representan la distancia que se establece entre ambas sociedades. Investigaciones realizadas con diferentes grupos de inmigrantes (económicos, refugiados, estudiantes y trabajadores, entre otros) han mostrado que la distancia cultural se asocia a choque cultural, siendo mayores las dificultades cuanto mayor es la distancia (Smith y Bond, 1998; Ward, 1996).

Teniendo en cuenta las dimensiones propuestas por Hofstede (1991, 1999) y el País Vasco, como contexto receptor, Basabe (2007) señala que pasar de una sociedad tradicional, colectivista y jerárquica a otra más individualista (caso de África, China, Ecuador, Colombia y en parte Rusia), o, de una cultura de mayor expresión emocional a otra menos expresiva (caso de América Latina o muchos países de África), produce choque cultural y requiere de gran esfuerzo para adaptarse y comprender las nuevas pautas culturales.

Estudios realizados sobre las fuentes de choque cultural en nuestro entorno han determinado que la población inmigrante en su conjunto percibe mayor planificación de la vida económica y social, una mayor igualdad en general y de género, un grado más alto de consumismo junto con una menor sociabilidad y cercanía en las relaciones sociales, menor vinculación con la familia extensa, menos invitaciones para acudir a las casas y mayor competitividad, orientación al logro y a la eficacia (Basabe y cols., 2004).

Para la población de Latinoamérica las mayores diferencias radican en una mayor instrumentalización y distancia en las relaciones sociales (Basabe, 2007). Además, comparten con la población magrebí la percepción de un menor respeto, un estilo de comunicación directo y menor importancia del estatus social (Basabe y cols, 2004). A las personas que proceden del Magreb les llama la atención que la población sea más laica (Soriano y Santos, 2002) y el mayor equilibrio en las relaciones entre géneros, concretamente en la corresponsabilidad del trabajo doméstico y de la libertad en el disfrute del tiempo libre (Basabe y cols., 2004). En cuanto a los valores, a la población magrebí le llama la atención que en la sociedad receptora se da menor importancia a los lazos familiares, mientras que señalan la libertad como el valor que más prima (Soriano y Santos, 2002). Además, existen menos tabúes en cuanto al sexo, menstruación o expresar el amor en la calle que en su país de procedencia (Basabe y cols., 2004).

Además de las dimensiones culturales, hay que tener presente otros aspectos que hacen que la persona de un país determinado se sienta más o menos cercana al entorno que les recibe. En este sentido el idioma, la religión, la historia, el continente de procedencia y la raza, son algunas de las variables que acercan o alejan a las personas. En el caso del País Vasco, la población inmigrante de Latinoamérica se percibe más cercana a nuestra sociedad que aquella del Magreb (Martínez-Taboada, Arnoso y Elgorriaga, 2008). Las primeras comparten parte de la historia, tradiciones similares, fenotipo, en muchas ocasiones religión, idioma y aunque provengan de lugares más lejanos que aquellas del Magreb, se podría decir que tienen menos dificultades para comprender la nueva sociedad. Sin embargo, las personas magrebíes, tienen una religión, lengua, tradición y fenotipo diferente, lo que puede hacer que la llegada a nuestra sociedad sea más complicada.

En relación a la historia compartida, hay que tener en cuenta que el pasado de los dos grupos culturales tiene una vinculación directa con la sociedad receptora. Sin embargo las connotaciones y el contacto establecido no es el mismo, lo que puede repercutir en el inconsciente cultural. Este término fue definido desde la etnopsiquiatría por Devereux (1970) y hace alusión a la contratransferencia que en la terapia o en lo social se produce cuando tratamos con otras personas. En la contratransferencia hay una parte que pertenece a la identidad personal pero hay otra parte que se refiere a la identidad profesional, social y cultural (Moro y Lachan, 1996). Es decir, las reacciones están ligadas a la historia, sociología, política, étnica, mitos, historia familiar, historia personal, pero también a veces a estereotipos e ideologías implícitas que hay que saber reconocer porque determinan el tipo de relación con la población de otras culturas (Moro, 2004b). Si tenemos en cuenta la vinculación

histórica de las personas del Magreb y de Latinoamérica con nuestro entorno, la construcción de este inconsciente cultural se ha fundado bajo paradigmas diferentes: “país colonizado” para la población latinoamericana, e, “invasión mora”, para la gente del Magreb.

4 PROCESO DE ACULTURACIÓN

Si el choque cultural hace referencia al impacto y a las diferencias que rápidamente se perciben al instalarse en un nuevo contexto, el proceso de aculturación es un concepto que describe un proceso que se alarga en el tiempo. Es verdad que al definir los modelos que explican el choque cultural, se ha hecho alusión al tiempo, y en ese sentido, quedaba implícito un proceso que se prolongaba más que un impacto inicial. Sin embargo, la definición de la aculturación y las líneas que han derivado de dicha definición hacen referencia a elementos y fenómenos más complejos que la definición de unas fases. Esta división se ha realizado en base a la diferenciación que Smith y Bond (1993) plantean: los modelos de adaptación transcultural o choque cultural se centran más en el proceso de ajuste durante el tiempo, mientras que los modelos de aculturación se centran en los contenidos o respuestas de este complejo proceso, un proceso que conlleva cambios personales y grupales. La adaptación a otro país habitualmente se confunde con el concepto de choque cultural (Sobre-Denton y Hart, 2008).

4.1 Definición del proceso de aculturación

Las personas que se desplazan de sus países de origen y se instalan en otro contexto inician un periodo de transición y adaptación a la nueva sociedad. En este proceso, la toma de contacto con una cultura que no es la propia, conlleva diferentes cambios tales como ajustarse al idioma, a las diferentes costumbres y normas de interacción social, a los roles familiares, y en algunos casos, a cambios extremos en el modo de vida (Organista, Organista y Kurasaki, 2002). Se pueden identificar 5 categorías, en parte superpuestas, que definen los tipos de cambio que se producen como resultado de la aculturación (Berry, Kim, Monde y Mok, 1987): cambios físicos, biológicos, culturales, nuevas formas de relación, y psicológicos.

La aculturación se produce en múltiples circunstancias pero habitualmente se ha investigado con personas que se instalan en otra cultura, como la población inmigrante, la estudiante o con personas refugiadas, aunque también puede estudiarse con comunidades sedentarias, como población indígena o grupos multiétnicos en sociedades plurales (Ward y cols., 2001).

El término aculturación se ha acuñado para entender mejor el proceso en el que toman contacto varias culturas y comunidades, y poder definir el ajuste a estos cambios de vida (Organista y cols., 2002; Trimble, 2002). Un concepto que se ha convertido en una parte integral e importante del campo de la psicología transcultural (Berry, 2003) pero que tiene su origen y tradición en las ciencias sociales y comportamentales, principalmente en el área de la antropología y sociología (Trimble, 2002).

Aunque es un tema que se trata desde finales del siglo XIX (Navas y cols., 2004; Rudmin, 2009), la primera definición de aculturación data de 1936 y fue realizada por Redfield, Linton y Herskovits (Berry, 2003, 2008; Brégent, Mokoukolo y Pasquier, 2008; Navas, Rojas, García y Pumares, 2004; Sabatier y Berry, 1996). La aculturación era entendida como aquellos fenómenos que resultan de un contacto continuo y directo entre grupos de individuos que tienen culturas diferentes, con los consecuentes cambios en los patrones culturales originales de uno o ambos grupos. Las características más importantes de esta formulación es que entiende la aculturación como un aspecto del amplio concepto de cambio cultural, que considera los cambios en uno o ambos grupos y que se distingue de la asimilación (Berry, 2003).

En 1954 el Consejo de Investigación de Ciencias Sociales (SSRC, Social Science Research Council) define la aculturación como el cambio cultural que se inicia al juntarse dos o más sistemas culturales autónomos (en Berry, 2003). En esta segunda definición se incluyen unos elementos extra: por un lado, la aculturación puede incluir cambios indirectos, como los cambios psicológicos internos, que pueden retrasar la adaptación, y por otro lado, pueden ser reactivos, por ejemplo que se produzca un rechazo de la influencia cultural y se de un cambio hacia una forma más tradicional de vida y no necesariamente hacia una mayor similitud con la cultura dominante.

Berry (2003) considera que las formulaciones realizadas por Redfield, Linton y Herskovits, y por la SSRC, aunque sean del campo de la antropología, permiten conocer el origen de la aculturación y constituyen una base sólida para el trabajo psicológico contemporáneo sobre el tema, y que por este motivo es importante conocerlas y tenerlas en cuenta.

Graves (1967) adopta el término de aculturación en el ámbito psicológico reivindicando que este proceso no sólo se da a nivel grupal (ecológico, cultural, social, institucional, etc.) sino también a nivel personal, lo que conlleva una serie de cambios en las actitudes, conductas, modos de vida, valores, identidad, etc., tanto en las personas como en los grupos que están en contacto (Sabatier y Berry, 1996; Berry, 2008).

Para Berry (1997; 2003) es necesario tener en cuenta tanto los niveles individuales como los grupales. Argumenta que el comportamiento humano individual interactúa con el contexto cultural en el que ocurre la aculturación, lo que exige medidas de ambos aspectos para poder comprender las conductas observadas. Por otro lado, hay que tener presente que aunque el contexto social y cultural

tenga gran influencia en los individuos, cada persona vive los cambios de forma diferente, lo que requiere un estudio a nivel micro.

Más recientemente se ha introducido una tercera dimensión, la económica, que hace referencia a las posibilidades que la persona tiene para obtener un empleo, al grado en el que el trabajo es satisfactorio y al nivel en el que se considera efectiva para la nueva cultura (Aycan y Berry, 1996; Berry, 1997).

Existe un consenso sobre la importancia que el proceso de aculturación tiene en la psicología transcultural, sin embargo, hay un desacuerdo en cuanto a la conceptualización y a su medida (Berry, 2003). Las primeras concepciones defendían que la aculturación sólo afectaba a la población inmigrante (Gordon, 1964) y aunque el primer modelo de Berry y colaboradores no contemplaba a la sociedad receptora, en la actualidad se defiende que la aculturación es un proceso de cambio bidireccional en el que están implicados todos los grupos (Azurmendi, 1996; Berry, 1990; Bourhis y cols., 1997; Navas y cols., 2004) aunque se asume que la influencia es mayor en la población inmigrante (Berry, 2008; Ward y cols., 2001).

Los desacuerdos en cuanto al número de dimensiones y a los grupos que están implicados en el proceso de aculturación responden a los diferentes puntos de vista de los equipos políticos y de investigación, lo que se refleja en la forma de definir y medir este proceso, así como en sus consecuencias e implicaciones (Berry, 2003).

A partir de la influencia que ejerció el modelo propuesto por Berry, la investigación en el ámbito psicológico se ha centrado en tres elementos: las actitudes de aculturación, los cambios concretos en comportamientos o modos de vida en la nueva sociedad, y, las dificultades vivenciadas para hacer frente a la situación que se corresponde al estrés de aculturación (Berry, 2008; Navas y cols., 2004; Sabatier y Berry, 1996). Por otro lado, cuando se hace referencia al proceso migratorio y a sus dificultades se definen tres grados diferentes: leve, que corresponde al aprendizaje comportamental; moderado, que comprende el choque cultural o estrés de aculturación; y agudo, cuando es necesario estudiarlo a partir de los modelos de salud mental (Berry, 1997, 2005).

Son tantos los puntos de vistas, disciplinas, modelos y teorías que se han propuesto para estudiar el proceso migratorio, que ni siquiera existe acuerdo al realizar clasificaciones sobre las líneas de trabajo: en algunos casos se realizan según las actitudes, comportamiento, e, impacto en el bienestar (Sabatier y Berry, 1996; Navas y cols., 2004); en otros se dividen entre los que trabajan sobre el aprendizaje de la cultura, y, sobre los que se centran en los procesos de afrontamiento y estrés (Berry, 2005; Ward y Kennedy, 1993), y por último, en otras ocasiones se hace una clasificación en función de la dificultad que genera: aprendizaje cultural, choque cultural o estrés de aculturación, y, psicopatología (Berry, 1997, 2005).

Teniendo en cuenta estas clasificaciones, en la estructuración de este trabajo se va a utilizar la última propuesta, dando una especial relevancia a los estudios sobre estrés de aculturación y de salud. Sin embargo, antes de comenzar con esos apartados, en este capítulo se definen las actitudes de aculturación, y, los cambios en el aspecto comportamental o aprendizaje cultural.

4.2 Actitudes de aculturación

4.2.1 Definición de actitudes de aculturación

Las actitudes de aculturación hacen referencia a las preferencias que las personas muestran hacia la cultura receptora y hacia la cultura de origen. Es necesario diferenciar las actitudes, que serían los deseos de aculturación o lo que las personas harían si pudieran elegir, de las estrategias, que harían alusión a los comportamientos o a lo que realmente se realiza (Berry, 2008; Navas y cols., 2004).

Los primeros modelos consideraron la aculturación como una adaptación progresiva en la que las personas se separan de su grupo de origen para incorporarse a la sociedad receptora (Sabatier y Berry, 1996) definiéndose una única dimensión y dirección. El Modelo Unidimensional de Asimilación de Gordon (1964) se situaba en esta perspectiva y afirmaba que las actitudes de las personas inmigrantes se mueven en un continuo que va desde el mantenimiento de sus propios rasgos culturales, hasta la adopción de la nueva cultura, pasando por un punto medio o bicultural. Este modelo consideraba que el éxito en la sociedad receptora sólo se alcanzaba llegando a la asimilación por lo que los problemas de adaptación se deberían únicamente a su incapacidad para asimilarse al nuevo país.

Las investigaciones realizadas en la década de los 70 demostraron que la adaptación no se realizaba de modo lineal y avanzaron modelos de evaluación más complejos (Sabatier y Berry, 1996). Berry fue el primero en considerar que la orientación hacia la cultura de acogida y el grado en que mantienen su propia herencia cultural han de ser medidos de forma independiente, como dos dimensiones separadas, en vez de como los extremos de un continuo (Navas y cols., 2004). El modelo propuesto por Berry y colaboradores (Berry, Kim, Power, y cols., 1989; Berry y Kim, 1988; Berry, Kim, Minde y cols., 1987) describe cuatro actitudes de aculturación diferentes en función de la identificación con cada una de las dos sociedades. Este modelo ha supuesto la base sobre la que diferentes equipos han desarrollado diversos modelos y han tratado de profundizar en los planteamientos originales introduciendo nuevas variables y dimensiones de estudio.

A continuación se presentan los principales modelos de actitudes de aculturación que describen la investigación y los avances realizados sobre este tema (Azurmendi, 1996; Berry y cols.,

1987; 1989; Bourhis, Moïse, Perreault y Senécal, 1997; Moghadham, 1992; Navas y cols., 2004; Piontkowski, Florack, Hoelker y Obdrzálek, 2000).

4.2.2 Modelos de actitudes de aculturación

Berry a partir de dos dimensiones como son la orientación hacia el país de acogida, y, la orientación hacia el país de origen, define cuatro actitudes de aculturación (Berry y cols., 1989; Berry y Kim, 1988; Berry y cols., 1987): La *Integración* o *Biculturalismo*, que implica el mantenimiento de la identidad cultural específica del grupo y la adopción de la cultura del nuevo contexto. La *Asimilación*, que supone un deseo de orientarse exclusivamente hacia la sociedad receptora. La *Separación*, que es elegida cuando se mantiene la identidad cultural de origen y voluntariamente hay una ausencia de relación con la sociedad de acogida. Si no existe contacto y es de un modo involuntario e impuesto por el grupo dominante, se hablaría de *Segregación*. Y por último, la *Marginalización*, que conlleva rechazar la identidad cultural de origen y el contacto con la cultura de acogida, produciéndose sentimientos de alineación y de pérdidas de identidad.

La actitud de integración es la preferida por casi todas las personas, seguida de la asimilación y la segregación, y la menos deseada es la marginalización (Berry y Kim, 1988). Cada grupo étnico, por razones que son propias de su cultura y por las condiciones históricas y sociales de su propia inmigración, privilegia de forma diferente las opciones de asimilación y separación (Navas y cols., 2004). Se considera que tanto la integración como la asimilación son estrategias adaptativas y generan un menor estrés que la segregación y marginalización, que se consideran actitudes desadaptativas.

Numerosas investigaciones se han inspirado en este modelo, mostrando la pertinencia de esta aproximación en diferentes países y grupos étnicos (Sabatier y Berry, 1996), pero también haciendo modificaciones y aportaciones que mejoran la propuesta original de Berry.

Moghaddam, Taylor y Lalonde (1987) aplican las estrategias individuales y colectivas de movilización social propuestas desde la Teoría de la Identidad Social (Tajfel, 1981) a los estudios sobre las actitudes de aculturación. Se distinguen dos estrategias de promoción social: las colectivas, aquellas que toman las personas más desfavorecidas o minoritarias para mejorar su situación; y las individualistas, más propias de las personas dotadas que prefieren actuar solas para situarse bien en la escala social (Moghaddam, 1992). Se parte de la hipótesis de que la orientación hacia la cultura de origen está ligada a una estrategia colectivista y la preferencia de la asimilación es el resultado del deseo de promoción social a través de estrategias individualistas (Moghaddam, 1992).

Los estudios confirman que la asimilación no responde a un individualismo, sino más bien a una baja autoestima de la persona (Moghaddam, 1992), y que el uso de estrategias colectivistas se asocia con la percepción grupal en oposición a la discriminación personal (Moghaddam y Perreault,

1991). Además, se confirma la necesidad de tener en cuenta la orientación hacia el país de origen y de acogida como dos dimensiones separadas. Por otro lado, Moghaddam (1992) señala la importancia de establecer una distinción entre las personas que rechazan las dos culturas y quienes no manifiestan ninguna orientación en particular. Aquellas que se desvinculan de la cultura estarían marginadas, mientras que las otras serían personas autónomas y con talento. También habría que distinguir entre quienes son activas en el mantenimiento de las tradiciones y valoran la promoción social del grupo y aquellas que se interesan únicamente por la identidad personal. Las orientaciones se comparten entre quienes trabajan por el dinamismo de sus culturas, quienes ven en la cohesión de su grupo una oportunidad de mejora y aquellas que se implican por afecto personal.

Los trabajos de Moghaddam aportan la novedad de las estrategias colectivistas e individualistas, y por otro lado, la separación entre marginalización e individualismo, un aspecto que posteriormente señalan otros autores como Bourhis (Bourhis y cols., 1997).

Con el objetivo de ser un marco teórico psicosocial para el estudio de las relaciones intergrupales y de la identidad etnolingüística, Bourhis y colaboradores (1997) tienen en cuenta las orientaciones de aculturación adoptadas por la mayoría hacia los grupos minoritarios, las orientaciones de aculturación de las personas inmigrantes, y, las relaciones interpersonales y grupales que surgen al combinarse las orientaciones de ambas poblaciones.

La integración de la perspectiva autóctona es la principal aportación de este modelo (Navas y cols., 2004; Sabatier y Berry, 1996). En este sentido, Bourhis y su equipo (1997) proponen que los miembros de la sociedad dominante puede seguir diferentes orientaciones: integración, asimilación, segregación, exclusión e individualismo. Las cuatro primeras serían las mismas que propusieron Berry y colaboradores pero aplicadas al grupo mayoritario y serían estrategias grupales, mientras que el individualismo, es una aportación del modelo y definiría la posibilidad de la movilidad social abierta a algunas personas de los grupos minoritarios, que son consideradas en base a sus características personales más que a su pertenencia grupal. Al igual que para la población autóctona, para la población inmigrante se describen 5 orientaciones de aculturación: la integración, asimilación, separación, y, marginalización o anomia, como estrategias grupales basadas en las propuestas por Berry (1987; 1988), y una nueva, el individualismo, entendida como la forma de movilidad social personal, que tendría el mismo significado que para la población autóctona (Bourhis y cols., 1997).

Las orientaciones de ambas poblaciones pueden enmarcarse en los dominios públicos como son las relaciones en el lugar de trabajo, la educación y la administración pública a nivel municipal, regional y nacional. Pero también en los ámbitos privados incluyendo las relaciones interpersonales, uniones endogámicas versus exogámicas, religión, y, actividades culturales y gastronómicas (Bourhis y cols., 1997; Barrette, Bourhis, Personnaz y Personnaz, 2004).

A partir de este modelo se pueden describir las relaciones intergrupales que varían en función de la elección que hagan los grupos en contacto (Bourhis y cols., 1997). El cruce de las diferentes

orientaciones ofrece 25 situaciones de las cuales 3 son armoniosas, 10 resultarían problemáticas y 12 conflictivas (Azurmendi, Bourhis, Ros y García, 1998). Las relaciones armoniosas surgen cuando existe concordancia entre las orientaciones de ambos grupos y son más probables cuando las estrategias elegidas son la integración, el individualismo o la asimilación (Barrette y cols., 2004; Bourhis, 2001). Las relaciones problemáticas aparecen cuando la concordancia es parcial y las conflictivas cuando las orientaciones son discordantes, generalmente esto ocurre cuando en la población autóctona se observan actitudes de segregación o exclusión, o, cuando en la población inmigrante se da la separación (Barrette y cols., 2004; Bourhis y cols., 1997).

Por último, el modelo de Bourhis, defiende que las orientaciones del grupo minoritario y mayoritario dependerán de las características de ambos grupos. La población autóctona suele tener actitudes de aculturación diferentes según el origen del grupo de inmigrantes (Sabatier y Berry, 1996; Navas y cols., 2004), de la valoración que se realice (Montreuil y Bourhis, 2004) y de las circunstancias políticas, demográficas o socioeconómicas del país receptor. También la población inmigrante adopta distintas opciones de aculturación dependiendo del origen cultural y de factores como su clase social, edad, sexo, o grado de identificación con el endogrupo (Barrette y cols., 2004).

Este modelo aporta tres novedades respecto al modelo de Berry: una nueva orientación, la perspectiva de la población autóctona, y, la influencia de las actitudes en las relaciones intergrupales. Además, aporta datos que refuerzan la importancia de los ámbitos públicos y personales, así como la importancia de las características de las culturas en contacto. Azurmendi y su equipo (1996; 1998) han trabajado con este modelo en el País Vasco.

En el contexto europeo Piontkowski y colaboradores realizan varios trabajos en base a los estudios realizados por Berry y Bourhis en Canadá (Piontkowski y cols., 2000). Adoptan la definición y las cuatro estrategias de Berry (1979) y la consideración del grupo inmigrante y autóctono de Bourhis (Bourhis y cols., 1997). Proponen que es necesario tener en cuenta las diferencias de poder existentes entre los grupos en contacto así como las razones que determinan las actitudes de aculturación adoptadas (Piontkowski y cols., 2000). Así, creen que en el contacto intergrupar, la nacionalidad sería la categoría más saliente y la utilizada para explicar los diferentes comportamientos. Para probar esta hipótesis, sería necesario estudiar variables psicosociales influyentes en las interacciones grupales como el contacto, la similitud, la permeabilidad de los límites, la autoeficacia, las respuestas esperadas y la vitalidad grupal.

En sus trabajos emplean tres muestras de grupos dominantes e inmigrantes diferentes (Piontkowski y cols., 2000). Los resultados muestran que las actitudes manifestadas varían en los tres contextos culturales y que las variables explicativas no son siempre las mismas, aunque la similitud intergrupar, el prejuicio y las respuestas esperadas son factores de peso en todos los casos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de realizar estudios específicos para cada contexto y grupo cultural.

Navas y su equipo (2004) consideran que es necesario hacer estudios en cada país y cada región para comprender el funcionamiento del proceso de aculturación. Y precisamente la ausencia de un marco teórico unificado y adaptado para el contexto español fue uno de los problemas con el que se encontró este equipo. Con el fin de subsanar estas carencias elaboraron un modelo de aculturación (MAAR) en el que recogen las aportaciones anteriores, que puede resumirse en cinco elementos: consideración conjunta de las actitudes y estrategias del colectivo inmigrante y autóctono; incorporación de variables psicosociales, comportamentales y sociodemográficas; diferenciación de la población inmigrante por origen etnocultural; distinción del plano real e ideal; y, la consideración de varios ámbitos de la realidad sociocultural (estos dos últimos son aspectos novedosos del modelo) (Navas y cols., 2004). La propuesta de subdividir la realidad cultural en diferentes ámbitos no es nueva, autores como Berry (1990), Horenczyk (1996) o Bourhis y colaboradores (1997) ya lo habían planteado, sin embargo, en este modelo se contempla explícitamente esta diferenciación por ámbitos de aculturación, que van desde los aspectos más periféricos de la cultura hasta los más centrales: el sistema político y de gobierno; el ámbito tecnológico o conjunto de procedimientos de trabajo; el ámbito económico; el ámbito social o redes sociales; el ámbito familiar; y el ámbito ideológico.

Desde el primer modelo propuesto por Berry hasta este último de Navas, son muchos los elementos que se han incorporado al estudio de la aculturación. Las principales aportaciones serían el estudio de las actitudes en la población inmigrante y autóctona, la existencia de orientaciones grupales e individualistas, la diferenciación de varios ámbitos sociales, y la preferencia de unas estrategias u otras en función del ámbito definido.

Por último, hay que tener en cuenta que aunque las actitudes y estrategias de aculturación hayan predominado en los estudios sobre migraciones, en los últimos años se discute su poder explicativo y modo de estudio en diferentes artículos (Chirkov, 2009; Rudmin, 2009; Weinreich, 2009) y en lugares de encuentro y discusión (Congreso de Psicología Social, 2009).

4.2.3 Actitudes de aculturación: influencia del género y la cultura

Los trabajos sobre las actitudes de aculturación han considerado la influencia de diferentes variables entre las que destaca la cultura y las sociedades que entran en contacto. Sin embargo, el género ha recibido una menor atención y los datos no son tan contundentes como los encontrados con la cultura.

A continuación se ofrecen las conclusiones a las que han llegado tanto desde los modelos teóricos como desde los trabajos que han utilizado las diferentes propuestas.

4.2.3.1 Influencia del Género

Tradicionalmente, en el proceso de socialización y en la asignación de los roles de género la responsabilidad en cuanto a la educación, lo emocional y el cuidado de los niños y niñas ha sido asignada a las mujeres. Éstas, como transmisoras de la cultura han sido las encargadas de enseñar y transmitir los principales valores, normas, costumbres y tradiciones. Por este motivo, y teniendo en cuenta que los modelos sobre las actitudes y estrategias de aculturación señalan la influencia de las variables sociodemográficas (Berry, 1997), es de esperar que las mujeres inmigrantes estén más implicadas en los temas concernientes a las culturas. Sin embargo, los trabajos y las investigaciones que han trabajado en esta dirección, han llegado a conclusiones contradictorias, que impiden conocer la verdadera influencia del género (Abu-Rabia, 1997; Berry, 1997; Dion y Dion, 2001; Eisikovits, 2000; Harris y Verven, 1996; Liebkind, 1996; Martínez, Paterna, López y Martínez, 2007; Martínez-Taboada, Arnos y Elgorriaga, 2008; Nesdale y cols., 1997; Phinney y cols., 2001; Sato y Cameron, 1999).

En cuanto a la orientación hacia el país de origen, en un estudio realizado en Finlandia con población inmigrante de diferentes orígenes (Liebkind, 1996) y en Murcia con población ecuatoriana comprobaron que las mujeres mostraban mayores deseos de mantener su modelo cultural (Martínez y cols., 2007), resultados que van en contra de lo hallado en el País Vasco, donde el género no condicionaba la orientación hacia el país de origen (Martínez-Taboada y cols., 2008). Sin embargo, al analizar la práctica y mantenimiento de las tradiciones familiares, los resultados indican una mayor implicación de las mujeres que de los hombres. Muestra de ello son los trabajos realizados en Canadá con diferentes grupos culturales (Dion y Dion, 2001) y de las Azores (Morrison y James, 2009), en EEUU con población árabe (Amer y Hovey, 2007) y en el País Vasco con población proveniente de Latinoamérica, Norte de África, Subafrica y Europa del Este (Basabe y cols., 2004; Martínez-Taboada y cols., 2008). Las mujeres, tienen un papel importante en la transmisión de su cultura y en la educación de sus hijos, para lo que utilizan principalmente la lengua familiar y la cocina (Amer y Hovey, 2007; Morrison y James, 2009).

En cuanto a la orientación a la cultura receptora, tal y como ocurre con la orientación hacia la sociedad de origen, las conclusiones de las diferentes investigaciones van en varias direcciones. Mientras que los hombres árabes en EEUU (Amer y Hovey, 2007), de las Azores en Canadá (Morrison y James, 2009) y ecuatorianos en Murcia (Martínez y cols., 2007) presentaban un mayor deseo de comportarse como las personas autóctonas, los hombres chinos tenían más problemas que las mujeres con algunos aspectos de la cultura norteamericana (Brandon, 1991) y las mujeres marroquíes residentes en Holanda tenían una mayor orientación hacia la sociedad de origen que los hombres (Ouarasse y van de Vijver, 2005). Por último, en el País Vasco no se encontraron diferencias entre los hombres y las mujeres en las preferencias y prácticas de la cultura de la sociedad receptora (Martínez-Taboada y cols., 2008).

Lee y Cochran (1988) comprobaron que en las mujeres chinas que residían en Canadá, la adopción de los valores de la nueva sociedad estaba asociada a los conflictos de roles que surgen cuando las mujeres comparan el estatus y las oportunidades que ofrece el nuevo entorno (Brandon, 1991). Esta explicación, introduce la importancia de las sociedades en contacto, y de la interacción que existe entre género y cultura cuando se habla de valores. Esto puede explicar, la variedad de resultados que se observan.

Por último, al tomar las actitudes y las estrategias de aculturación que surgen del cruce de las dos dimensiones, los resultados continúan siendo contradictorios. Investigaciones realizadas en Australia con vietnamitas (Nesdale y cols., 1997), en EEUU con estudiantes canadienses y japoneses (Sato y Cameron, 1999) y con población general hindú, coreana y filipina (Choi y Thomas, 2009), en el País Vasco con población latinoamericana, europea del Este y magrebí (Martínez-Taboada y cols., 2008) y en EEUU, Finlandia, Israel y Holanda con diferentes poblaciones étnicas (Phinney y cols., 2001), comprobaron que hombres y mujeres tenían las mismas actitudes o estrategias de aculturación. Mientras que trabajos llevados a cabo con población árabe en Canadá (Abu-Rabia, 1997), rusa en Israel (Eisikovits, 2000), hindú en Gran Bretaña (Ghuman, 1997) y población inmigrante en general en Finlandia (Liebkind, 1996), señalan que las mujeres optan en mayor medida por la integración.

4.2.3.2 *Influencia de la Cultura*

En relación a la influencia que el origen cultural puede tener en las actitudes y estrategias de aculturación, hay que tener presente que estos procesos se dan en un espacio de contacto intergrupar. Piontkowski y colaboradores (2000) comprueban que en este contexto emergen las identificaciones de los grupos sociales, derivadas de la identificación que los miembros hacen con diferentes categorías sociales. En este sentido, la nacionalidad de los grupos en contacto, como categoría social relevante en las relaciones sociales, tiene un papel destacado.

Las investigaciones realizadas con diferentes grupos de inmigrantes y en diferentes sociedades han mostrado que, aunque en la mayoría de las ocasiones la integración sea la actitud y estrategia más deseada, cada grupo cultural privilegia de forma distinta la elección de la asimilación, separación y marginalización (Basabe y cols., 2004; Berry, 1997; Bourhis y cols., 1997; Choi y Thomas, 2009; Galchenko y Van de Vijver, 2007; Neto, 2002; Martínez-Taboada y cols., 2008; Piontkowski y cols., 2000). Por ejemplo, en un estudio realizado en Portugal con adolescentes procedentes de tres países diferentes (Neto, 2002), se comprobó que tras la integración, para la población de Angola e India la asimilación era la segunda opción más preferida mientras que la separación era la alternativa nombrada en segundo lugar por la población de Cabo Verde. Además, encontraron que independientemente del orden de preferencias de las actitudes, existían diferencias significativas en el porcentaje de personas que elegían una u otra estrategia. En esta línea, trabajos realizados en Almería con población magrebí y subsahariana (Navas y cols., 2004), en el País Vasco

con diferentes grupos culturales (Basabe y cols, 2004; Basabe y cols., 2009), en EEUU con personas de Corea, India y Filipina (Choi y Thomas, 2009), han demostrado la variabilidad de respuestas en torno a la preferencia de las estrategias que ofrecen los grupos culturales. Sin embargo, no siempre las diferencias observadas entre los grupos son significativas. En un trabajo realizado en Almería con población latinoamericana y magrebí comprobaron que los dos grupos se repartían entre las distintas opciones de aculturación en similar porcentaje (Sánchez y López, 2008).

En las ocasiones en las que se han observado diferencias, éstas no sólo se producen entre distintos grupos culturales asentados en una sociedad determinada, sino que se manifiestan dentro de un mismo grupo que se instala en diferentes contextos. Piontkiwki y cols. (2000), realizaron un estudio en tres países y con tres poblaciones diferentes, para analizar las diferencias intergrupales y la influencia del contexto en las actitudes de aculturación. En primer lugar, observaron que en Alemania la población yugoslava se inclinaba por la integración mientras que el 60% de los turcos lo hacía por la separación, comprobando así las diferencias intergrupales en las actitudes. Por otro lado, constataron diferencias intragrupalas en la población yugoslava: aunque en todos los casos como primera opción aparecía la integración, las personas yugoslavas en Suiza tenían mayor tendencia a la asimilación y menos a la marginalización que sus compatriotas en Alemania

Las preferencias por una estrategia u otra vienen explicadas por variables relacionadas con las relaciones intergrupales y con el origen cultural de las personas: la identidad étnica o con el endogrupo (Barrette y cols., 2004; Bourhis y cols., 1997), identidad hacia la sociedad dominante (Barrette y cols., 2004; Neto, 2002), contacto social (Barrette y cols., 2004; Basabe y cols., 2004; Berry, 1997; Berry y cols., 1997), la vitalidad grupal (Berry, 2003; Piontkowski y cols., 2000), el idioma (Berry, 2003; Choi y Thomas, 2009), el prejuicio (Basabe y cols., 2004; Sabatier y Berry, 1996) y la discriminación percibida (Basabe y cols., 2004; Berry, Phinney, Sam, y Vedder, 2006; Neto, 2002).

Un condicionante muy importante de las actitudes y estrategias adoptadas por la población inmigrante son las actitudes que perciben de los grupos dominantes (Bourhis y cols., 1997; Kalin y Berry, 1996; Van de Vijver, Breugelmans y Schalk-Soekar, 2008; van Oudenhoven, Ward y Masgoret, 2006).

Las investigaciones han demostrado que las preferencias de la población autóctona varían en función del grupo cultural que se esté tratando, siendo unos más deseados que otros (Berry y Kalin, 1995; Barrette y cols., 2004; Montreuil y Bourhis, 2004; Navas y cols., 2004; Sabatier y Berry, 1996; Ward y Masgoret, 2008). En general, se prefieren a las personas inmigrantes que se ven culturalmente más cercanas a la propia cultura (Dandy y Pe-Pua, 2010; Piontkowski y cols., 2000; Safdar, Dupuis, Lewis, El-Geledi y Bourhis, 2008). La mayor similitud entre los grupos se traduce en una mayor aceptación, resultando en actitudes de integración y asimilación, mientras que la diferencias puede suponer separación y marginalización (Piontkiwki y cols., 2000).

Otras variables que explican las diferentes respuestas de la población autóctona hacia la inmigrante y que están relacionadas con las características culturales son la identificación con el grupo (Barrette y cols., 2004), la vitalidad grupal o número de personas que conforman el grupo minoritario (Berry, 2003; Navas y cols., 2004; Piontkowski y cols., 2000), sesgo endogrupal (Piontkowski y cols., 2000; Rojas, García y Navas, 2003), el prejuicio (Bourhis y Gagnon, 1994; Kalin y Berry, 1994; Navas y cols., 2006) y la política del país (Berry, 2003; Bourhis y cols., 1997; Nesdale y Mak, 2000).

Tanto las variables que predicen las actitudes y estrategias de aculturación en la población inmigrante como en la autóctona, están íntimamente ligadas con la cultura de los grupos en contacto y describen el tipo de relación que se da entre las personas en función de su origen.

4.3 Modelos de cambio comportamental

Los modelos de cambio comportamental o aprendizaje sociocultural representan una segunda línea de estudio sobre la aculturación que entiende la adaptación como un proceso de aprendizaje de habilidades que se consideran apropiadas para el nuevo contexto (Berry, 1997; Navas y cols., 2004; Sabatier y Berry, 1996). El primer paso consiste en detectar los comportamientos que se realizan habitualmente y que en la nueva sociedad pueden no ser adecuados y/o llevar a malos entendidos, para en segundo lugar descubrir aquellos que van a facilitar el establecimiento de las personas en el nuevo entorno (Berry, 1992; 1997). En ocasiones, este aprendizaje puede estar acompañado de algún problema leve, producido por la incompatibilidad entre el modo de proceder en una sociedad y en otra. A pesar de ello, este conjunto de modelos hace alusión al nivel más bajo de dificultad por el que pasan las personas en el proceso de aculturación (Berry, 1997) y en el que se considera que los cambios psicológicos se superan fácilmente (Berry, 2005).

Es una perspectiva que ha sido denominada de diferentes maneras. Berry (1997) recoge diferentes nombres como “cambios conductuales” planteado por él mismo (Berry, 1980), “aprendizaje cultural” propuesto por Brislin, Landis y Brandt (1983) y “adquisición de habilidades sociales” definido por Furnham y Bochner (1986). En definitiva, se trata de un conjunto de trabajos que se basan en programas de desarrollo de destrezas interculturales (Brislin y cols., 1983; Chen y Starosta, 1998; Gudykunst y Hammer, 1983; Gudykunst, Hammer, y Wiseman, 1977; Furnham y Bochner, 1986). Se pone el énfasis en los comportamientos y habilidades en vez de en las respuestas afectivas o de salud. Es decir, se centra más en las habilidades sociales que en las respuestas psicológicas inadecuadas durante el cambio de sociedad y el contacto intercultural (Ward, 2008). Por este motivo, este punto de vista no se integra tan bien como otras perspectivas en el marco del afrontamiento y del estrés (Berry y Ward, 2006; Ward, 2008).

Furnham y Bochner (1986) son los máximos representantes de esta serie de investigaciones. Sostienen que las dificultades interculturales se presentan al tener que gestionar todas las situaciones diarias, lo que justifica la idea de que una segunda cultura produce problemas de habilidades sociales. Estos investigadores han destacado la identificación, la medida, y la predicción de la dificultad social durante transiciones e interacciones interculturales (Bochner y Furnham, 1982).

El aprendizaje cultural engloba tres subprocesos: pérdida cultural, aprendizaje de la cultura, y, conflicto cultural. Los dos primeros hacen referencia a la pérdida selectiva, accidental o deliberada de algunos comportamientos, y, que son reemplazados por otros más precisos para la sociedad receptora (Berry, 2005). A menudo, a este proceso se le ha llamado ajuste sociocultural porque virtualmente todos los cambios adaptativos ocurren en la persona que está en el proceso de aculturación, con pocos cambios visibles en la sociedad receptora (Ward y cols., 2001).

El ajuste sociocultural o aprendizaje de comportamientos identifica, interpreta, y explica las diversas dimensiones del proceso de ajuste. Esto llega a ser más evidente cuando se consideran los resultados de adaptación a largo plazo. La adaptación sociocultural se relaciona con los déficits de habilidades y dificultades sociales, y está influenciada por factores tales como el tiempo de permanencia, la experiencia anterior y el contacto con la población autóctona (Ward, 1996).

Los modelos que se integran en este apartado se centran en aspectos diferentes. Los modelos de aprendizaje cultural han focalizado sus esfuerzos en las leyes, normas y habilidades sociales del nuevo sistema, mientras que otra serie de trabajos se han centrado exclusivamente en la comunicación.

En el contacto intergrupar la no familiaridad con alguno o todos los aspectos de la nueva sociedad pueden contribuir al choque cultural, sin embargo las mayores dificultades provienen de las situaciones sociales (Furnham y Bochner, 1982), por este motivo, las habilidades sociales toman una especial relevancia en el proceso de aculturación.

La aproximación del aprendizaje cultural está fuertemente influida por el trabajo de Argyle (1969) sobre las habilidades sociales y los comportamientos interpersonales (en Ward y cols., 2001; en Berry y Ward, 2006). Desde esta perspectiva, la adaptación se entiende como la adquisición de destrezas culturales específicas necesarias para sobrevivir, prosperar y comunicarse en un nuevo entorno (Bochner, 1972; 1986). Supone un cuerpo teórico para entender las dificultades que surgen cuando dos grupos culturales se encuentran en un mismo entorno y las estructuras sociales, instituciones, procesos políticos y sistemas de valores de ambas sociedades varían. El resultado de estos cambios puede depender de las condiciones en las que ocurra el contacto, del relativo poder de los grupos y de variables de la sociedad receptora. De este modo, la acomodación de los grupos puede tomar una gran variedad de formas que dependen de la influencia de variables sociales y de las características personales (Furnham y Bochner, 1986).

En definitiva, la proposición de estos autores se basa en la importancia de manejar las habilidades sociales correctas en una situación determinada, con la especificidad de que cuando se habla de proceso de aculturación, el marco en el que ocurren las interacciones es un contexto que se rige por normas más o menos diferentes a las que la persona inmigrante había sido socializada.

Los estudios transculturales sobre los déficits en habilidades sociales han llegado a dos grandes conclusiones (Ovejero, 1990). La primera de ellas, que las normas y las habilidades sociales son específicas culturalmente, y, la segunda, que las dificultades sociales pueden definirse como una deficiencia en el aprendizaje y no como una manifestación de psicopatología (Furnham y Bochner, 1982). Ante esta segunda implicación, la forma de tratamiento más apropiada sería el entrenamiento de las habilidades sociales, más que la psicoterapia.

En esta misma línea de estudio, se encuadra la dimensión sociocultural propuesta por Ward y Kenney (1993) que hace alusión a las habilidades o competencias necesarias para el aprendizaje social del nuevo contexto (Ward y Chang, 1999). Ward y su equipo han recibido una gran influencia de los trabajos que Furnham y Bochner (1982; 1986) han realizado sobre las dificultades sociales, y han reconocido que sus hallazgos aportan información que explica la transición transcultural y la adaptación a otro contexto (Ward y cols., 2001).

El ajuste sociocultural se describe a partir de múltiples variables como son el contacto con la población autóctona, el tiempo de permanencia en la nueva sociedad, la identidad cultural, la similitud cultural (Ward y Kennedy, 1993a, 1993b), el nivel de desarrollo del país, y las características de los grupos en contacto (Ward y Kennedy, 1999). Para medir esta dimensión, Ward y Kennedy (1999) han desarrollado una escala que se divide en dos factores: en el primero de ellos se recogen las gestiones o situaciones interpersonales relacionadas con la burocracia y/o autoridad, y en segundo, se miden aspectos cognitivos y de comunicación con la población autóctona.

Este segundo factor, el de la capacidad comunicativa y los estilos de comunicación es una de las habilidades más importantes en el proceso de aprendizaje sociocultural (Furnham y Bochner, 1982). Hasta tal punto que hay modelos que explican el contacto intergrupar centrándose en las capacidades comunicativas. Algunos de ellos son los de Gudykunts, Brislin, y, Chen y Starosta desarrollados sobre todo en el ámbito educativo (Brislin y cols., 1983; Brislin y Yoshida, 1994; Chen y Starosta, 1998; Gudykunst, 1993, 1995).

La teoría de la adaptación comunicativa transcultural (Kim y Gudykunts, 1987) sostiene que la competencia comunicativa, entendida como la capacidad para recibir y procesar efectivamente la información de la sociedad receptora, es imprescindible para adaptarse a la nueva cultura. Esta competencia se divide a su vez en tres tipos de competencias: la cognitiva, la afectiva y la operacional. La primera se refiere al conocimiento de la cultura y la lengua del país de acogida, la competencia afectiva se refiere a la capacidad de motivación para enfrentarse a los diferentes retos

(habilidades para entender, empatizar...), y la competencia operacional se refiere a la capacidad para actuar.

Años más tarde Gudykunst (1993,1995) desarrolló la teoría de la gestión de la ansiedad y la incertidumbre, para predecir la calidad de comunicación y el ajuste a otras culturas (Gudykunst, 1998). Su objetivo principal es conseguir una comunicación eficaz superando la ansiedad y la incertidumbre que surge en los nuevos escenarios culturales, cuando se anticipan consecuencias negativas o no se controla el medio. Un alto grado de ansiedad o de incertidumbre impediría la comunicación mientras que niveles demasiado bajos no motivarían lo suficiente como para establecer la comunicación. En función de esta teoría, lo básico para el ajuste intercultural es saber manejar la ansiedad y la incertidumbre ante las situaciones extrañas para lograr un grado de comprensión y comunicación aceptable. Las actitudes de la población autóctona, la similitud cultural, la identidad cultural y las competencias lingüísticas predicen el conocimiento sobre la cultura receptora (Gudykunst, 1983, 1985; Gudykunst y Hammer, 1988; Gudykunst, Sodehni y Sonoda, 1987).

Los trabajos de Gudykunst y su equipo (Gudykunst, 1983, 1985; Gudykunst y Hammer, 1988; 1995) se centran en los aspectos de comunicación para predecir y comprender las interacciones intergrupales (Viladot i Presas, 2008). Aunque Gudykunst se posiciona en una aproximación puramente psicológica (Oguri y Gudykunst, 2002) su modelo podría situarse entre la perspectiva del aprendizaje sociocultural y la del estrés porque teorizan sobre la incertidumbre y ansiedad que se produce en el contacto y ajuste intercultural (Gudykunst y Hammer, 1988; 1995).

En los contactos sociales, las dificultades que pueden surgir pueden ser atribuidas al comportamiento de las otras personas, siempre que se utilice únicamente el punto de vista propio. El modelo de atribución de significados se centra en este problema y trata de explicar las situaciones desde las perspectivas de las otras personas (Brislin y cols., 1983). Se pretende evitar el prejuicio como mecanismo único de explicación del comportamiento, así como favorecer el análisis de las situaciones desde distintos referentes culturales. Los objetivos generales de los programas desarrollados bajo esta perspectiva hacen referencia a aspectos afectivos como el desarrollo de la capacidad de autoconsciencia, empatía, la superación de estereotipos y prejuicios, entre otros. En este sentido se favorece la comprensión de otras perspectivas culturales así como la prevención de la tendencia al prejuicio y el uso de estereotipos. Así, si la persona aprende a vivir con los elementos del nuevo contexto que podrá controlar a través del aprendizaje, le permitirá obtener una experiencia intercultural positiva (Brislin, 1990).

Chen y Starosta (1998) proponen un modelo de competencias interculturales denominado sensibilidad intercultural en el que trabajan sobre las capacidades necesarias para dar respuestas emocionales positivas y controlar aquellas que puedan perjudicar la comunicación entre los grupos, antes, durante y después del encuentro intercultural. Se destacan diversos atributos y competencias personales: el autoconcepto, ser abierto de mente, actitud de no juzgar, empatía, autorregulación e

implicación en la interacción. Estos autores basan su modelo en los trabajos de Belay (1993) y Bennet (1986).

Tanto en los modelos de aprendizaje cultural como en los que enfatizan la comunicación se aprecia la importancia otorgada al análisis de los comportamientos, pensamientos y emociones propias de cada contexto. El ser conscientes de las características de cada entorno y conocer lo que es apropiado o inadecuado para las otras personas, va a permitir que las relaciones interculturales y los procesos de asentamiento sean menos dificultosas.

4.3.1 Cambios comportamentales: Influencia del género y de la cultura

4.3.1.1 Influencia del Género

La influencia del género ha sido estudiada tanto en trabajos sobre el ajuste sociocultural o aprendizaje de habilidades sociales como en aquellos que se centran principalmente en los estilos de comunicación, aunque no es una de las principales variables de análisis.

En primer lugar, los estudios realizados sobre la adaptación sociocultural de los hombres y mujeres inmigrantes no llegan a conclusiones claras. Existe una serie de trabajos que no encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en la adaptación sociocultural a la nueva sociedad. Muestra de ello son los estudios realizados en EEUU con población china (Ye, 2006), en Gran Bretaña con estudiantes de Malasia y China (Swami, Arteché, Chamorro-Premuzic y Furnham, 2010), en China con trabajadores/as occidentales (Selmer y Leung, 2003), y en España y Alemania con trabajadores/as de habla inglesa (Haslberger, 2007). Aunque se debe señalar que en estos dos últimos estudios que se centraban en población que emigraba con contrato de trabajo, al analizar el ámbito laboral, las mujeres tenían un mejor ajuste que los hombres, debido a sus mayores capacidades comunicativas y empáticas (Haslberger, 2007; Selmer y Leung, 2003).

Sin embargo, en otras investigaciones sí se ha detectado la influencia del género en la adaptación en general, aunque los resultados son contradictorios. Algunas señalan que los hombres manifiestan más dificultades socioculturales, como el estudio realizado por Zlobina, Basabe, Páez y Furnham (2006) en España, en el que se observaba que los hombres magrebíes tenían una peor adaptación que las mujeres magrebíes, aunque estos efectos no se daban con la población brasileña, colombiana, ecuatoriana y sudafricana, en la que hombres y mujeres tenían el mismo nivel de adaptación sociocultural. También Ouarasse y van de Vijver (2005) en Holanda encontraron que los hombres marroquíes tenían más dificultades sociales que las mujeres marroquíes, aunque la influencia del género estaba mediada por la orientación hacia la sociedad de origen que era mayor en las mujeres. Otros trabajos, concluyen que las mujeres tienen un peor ajuste que los hombres, como

el realizado en Canadá con población turca, en la que estos resultados eran especialmente relevantes entre las mujeres con bajo estatus socioeconómico (Ataca y Berry, 2002).

Los argumentos que explican la mayor dificultad de las mujeres hacen alusión a su mayor aislamiento, a las pocas oportunidades que tienen para aprender la nueva cultura (Ataca y Berry, 2002) y a la menor participación en el espacio público (Martínez, García y Maya, 2002). Por otro lado, los roles de género tradicionales y las diferencias existentes entre las dos sociedades tienen un papel importante en la explicación de la adaptación sociocultural de las mujeres inmigrantes (Smith y Bond, 1993). Las mujeres turcas que residen en Canadá y que conservan los roles de género de su país, tienen mayor responsabilidad en el mantenimiento de sus costumbres y en el trabajo de casa (Ataca y Berry, 2002), lo que dificulta el aprendizaje de nuevas habilidades y el contacto con la sociedad receptora. En el proceso migratorio, las mujeres no sólo tienen que aprender el rol de la persona inmigrante, sino que también tienen que aprender el papel que el género tiene en esa sociedad y el impacto que va a tener en su vida (Haslberger, 2007). Esta gestión de los roles de género se da tanto cuando se pasa de una sociedad más desigual a una con mayor igualdad, y viceversa. Caligiuri y Tung (1998), comprobaron que en los países en los que existía una baja participación femenina en el trabajo productivo y poca representación en los cargos directivos, las mujeres trabajadoras inmigrantes tenían un peor ajuste sociocultural que los hombres inmigrantes.

En segundo lugar, los trabajos que estudian la adaptación sociocultural centrándose en diferentes aspectos de la efectividad comunicativa, consideran que la comunicación es la vía para aprender una nueva cultura y una de las habilidades más importantes para el aprendizaje sociocultural (Brislin y cols., 1983; Chen y Starosta, 1998; Furnham y Bochner, 1982; Kim y Gudykunst, 1987).

El género es una de las mayores identidades que afecta a la comunicación (Gudykunst, 2004). Las identidades de género afectan al modo en el que la persona se define, a la manera de desarrollar relaciones íntimas, de codificar y decodificar los mensajes, y de saber lo que se tiene que contar a unas personas u a otras. Por ejemplo, en muchas culturas se socializa a la mujer para que sea más afectiva y juegue un papel de cuidadora, y se espera que el hombre actúe de forma más competitiva, sea emocionalmente reservado y tome el papel de cabeza de familia (Ting-Toomey, 2005). Como consecuencia de esta diferenciación la comunicación de las mujeres y de los hombres cumple diferentes funciones. Las mujeres han aprendido que la comunicación sirve para desarrollar y mantener relaciones sociales, mientras que los hombres han sido socializados para ejercer su dominancia e independencia (Gudykunst, 2004; Basow y Rubinfeld, 2003).

Estas diferencias de educación apuntan a que las mujeres están más inclinadas a valorar las relaciones con otras personas, y por tanto, se podría pensar que el aprendizaje de la sociedad receptora va a ser más rápido y su contacto con otros grupos va a ser más fluido. Esta suposición se refuerza con el hecho de que las mujeres tienen mejores habilidades sociales (López, Apodaca,

Etxebarria, Fuentes y Ortiz, 1998; Nicholson, 1997), desde pequeñas prefieren la interacción social a través de la palabra mientras que los hombres la prefieren a partir de la actividad física (Navarro, 2004) y muestran más empatía que los hombres (Davis, 1983; Hoffman, 1977; López y cols., 1998; Mestre, Frías y Samper, 2004). Estas capacidades favorecen la competencia comunicativa intercultural (Kim y Gudykunst, 1987), la comprensión de otras perspectivas culturales (Brislin, 1990) y la sensibilidad intercultural (Chen y Starosta, 1998).

De este modo, tal y como propone Tannen (1990) se podría decir que las mujeres y los hombres tienen dos diferentes culturas de comunicación, una teoría que ha sido apoyada por diferentes investigaciones (Basow y Rubinfeld, 2003; Michaud y Warner, 1997). Sin embargo, MacGeorge, Graves, Feng, Gillihan y Burleson (2004) critican estos resultados, consideran que los estilos de comunicación de hombres y mujeres no son significativamente diferentes y sugieren que la tesis de culturas diferentes de comunicación debería ser desechada.

Los resultados obtenidos en los trabajos sobre ajuste sociocultural y estilos comunicativos son confusos y no permiten llegar a una conclusión clara sobre la influencia que el género puede tener en el aprendizaje sociocultural. Se hace manifiesta la necesidad de seguir estudiando estos aspectos.

4.3.1.2 Influencia de la Cultura

El desacuerdo existente en cuanto a la influencia que el género tiene en la adaptación sociocultural, contrasta con el mayor acuerdo alcanzado cuando se analiza el efecto de la cultura. En general, se ha comprobado que la distancia cultural entre la sociedad de origen y la receptora están relacionadas con las dificultades sociales y comunicativas que la población inmigrante vive al instalarse en un nuevo contexto.

Las investigaciones han mostrado que la adquisición de nuevas habilidades y de conocimiento cultural depende de la similaridad entre la sociedad en contacto: cuanto mayor sea la distancia cultural, mayores van a ser las dificultades socioculturales (Furnham y Bochner, 1986; Searle y Ward, 1990; Smith y Bond, 1999; Ward y cols., 2001; Ward y Kennedy, 1993; 1999). Estas conclusiones se han obtenido en trabajos realizados con diferentes poblaciones y en diferentes contextos. Por ejemplo, las personas de origen chino residentes de Singapoure manifestaban menos dificultades que las procedentes de Gran Bretaña, Nueva Zelanda o EEUU (Ward y Kennedy, 1999); en Gran Bretaña, la población estudiante malaya mostraba un menor nivel de ajuste sociocultural que la población china (Swami y cols., 2010); y en Rusia, las personas chinas y norcoreanas tenían un menor ajuste sociocultural que las personas de la antigua Unión Soviética y Sudáfrica (Galchenko y Van de Vijver, 2007).

Aunque no siempre, los resultados han ido en esta dirección. Zlobina y cols., (2006) encontraron que los grupos culturales diferían significativamente en el grado de ajuste sociocultural a la sociedad española y en los modelos predictivos, pero estas diferencias no se ajustaban a la distancia cultural existente entre los grupos. Las personas de Colombia y Subsahara tenían más dificultades de ajuste, que la población ecuatoriana, mientras que las personas de Brasil y norte de África eran las que mejor adaptación experimentaban.

La adaptación sociocultural, entendida como la superación de dificultades sociales, se predice a partir de variables relacionadas con la adquisición de habilidades sociales, unas habilidades que están condicionadas por el origen cultural de las personas como es el manejo del idioma (Masgoret y Ward, 2006; Ward y Kennedy, 1992; Swami y cols., 2010), el conocimiento de la cultura receptora (Masgoret y Ward, 2006; Ward y Searle, 1991; Ward y Kennedy, 1992), la percepción de distancia cultural (Basabe y cols., 2004; Galchenko y Van de Vijver, 2007; Swami y cols., 2010; Zlobina y cols., 2006), la identidad con la sociedad receptora (Ward y Rana-Deuba, 1999) y la identidad étnica (Ward y Searle, 1991). Además de estas variables, habría que tener en cuenta que la discriminación percibida por parte de la población autóctona se relaciona con el origen cultural y condiciona el ajuste a la nueva sociedad (Ataca y Berry, 2002). Estas variables reflejan el mayor esfuerzo y grado de aprendizaje que supone para algunas personas conocer una cultura más lejana a sus patrones culturales (Furnham y Bochner, 1982).

En cuanto a las habilidades comunicativas, se ha comprobado que la cultura influye en los estilos comunicativos y en el comportamiento de las personas (Furnham y Bochner, 1982, 1986; Gudykunst, 2004). Se sabe que en cada cultura existen unas formas de comunicación eficaces y apropiadas (Gudykunst y cols., 1996; Gudykunst y Ting-Toomey, 1988), y que en los procesos migratorios, la utilización de los estilos comunicativos adecuados de la sociedad receptora, favorece el contacto con la población autóctona y el ajuste sociocultural (Oguri y Gudykunst (2002). Cuanto mayor es la disparidad en las formas de comunicación entre las sociedades en contacto, mayor es el grado de dificultad experimentado en las situaciones sociales, y en consecuencia peor es el ajuste sociocultural (Furnham y Bochner, 1982; Oguri y Gudykunst, 2002).

Es importante tener en cuenta que la comunicación es única en cada cultura, y que al mismo tiempo, hay similitudes y diferencias sistemáticas entre ellas (Gudykunst, 2004). Para conceptualizar las variaciones y similitudes en el estilo de comunicación Gudykunst (2004) utiliza las propuestas de Hall (1976) sobre las culturas de alto y bajo contexto. Las primeras entienden que la mayor parte de la información está en el contexto físico o se encuentra interiorizada en la persona, y por tanto, consideran que hay poca información en la parte codificada, explícita y transmitida del mensaje. Se caracterizan por mostrar una alta orientación hacia los grupos y por tener relaciones que duran mucho tiempo. Ejemplos de estas culturas serían, Japón, gran parte de Asia, África, Países Árabes y en general todos los países latinos. Las culturas de bajo contexto dependen más del contenido verbal explícito de los mensajes. Se hacen preguntas directas y la comunicación no verbal pierde relevancia.

Se focalizan más en lo individual y se da gran importancia a las reglas. Europa anglosajona y los EEUU son ejemplos de estas culturas.

Los estilos de comunicación de unos y otros son diferentes (Gudykunst, 1988), en culturas de bajo contexto los mensajes verbales y no verbales se comunican de forma directa y explícita, y en las de alto contexto de manera indirecta e implícita.

Por otro lado, la variabilidad cultural afecta al proceso de manejo de la ansiedad y de la incertidumbre (Gudykunst, 1998). Teniendo en cuenta la dimensión individualista-colectivista de Hofstede (1991), la información basada en la persona posibilita la reducción de la incertidumbre en las culturas individualistas mientras que la información centrada en el grupo disminuye la incertidumbre en las culturas colectivistas (Gudykunst, 1995).

De estos trabajos se concluye que la cultura influye en el aprendizaje sociocultural: por un lado, la adquisición de las habilidades sociales exige diferentes niveles de esfuerzo en función de la cultura y por otro lado, la comunicación eficaz se consigue a partir de tener en cuenta determinadas características de las sociedades y países de los que procede la población inmigrante y autóctona.

CAPITULO III. AJUSTE PSICOLÓGICO: Estrés y satisfacción con la vida

1 INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DEL AJUSTE PSICOLÓGICO

En el capítulo anterior se han definidos las pérdidas que las personas sufren al salir de sus países de origen así como el choque cultural que se produce al contactar una sociedad con otra y percibir las diferencias existentes. Además, se ha descrito el proceso de aculturación, detallando las diversas actitudes que las personas manifiestan y los modelos que se basan en el aprendizaje de habilidades sociales y en la comunicación.

Para Matsumoto, Hirayama y LeRoux (2006), estos aspectos harían referencia al proceso de adaptación y no de ajuste. Sirviéndose de la dimensión sociocultural propuesta por Ward y Kennedy (1993a, 1993b, 1999), definen la adaptación como el proceso por el que las personas alteran su comportamiento habitual para adecuarse a los cambios del entorno y a las circunstancias o para responder a la presión social. Sin embargo, para estos autores el ajuste estaría más relacionado con el ámbito psicológico como experiencia subjetiva que está asociada con los resultados de la adaptación y se referiría al concepto de bienestar y a la evaluación de la vida de uno o una misma.

Al considerar los procesos migratorios y su impacto en la esfera psicológica, Berry (1997) ha propuesto una clasificación de los diferentes trabajos que representan tres niveles diferentes de impacto: leve, cuando la adaptación implica el aprendizaje de habilidades específicas; moderado, entendido como un proceso de estrés de aculturación que puede ser superado; y grave, cuando las dificultades se manifiestan a través de problemas de salud mental.

En este capítulo se va a profundizar en los trabajos que analizan el ajuste psicológico de la población inmigrante y que se situarían en el segundo nivel propuesto por Berry (1997). Para ello, se van a seguir los trabajos realizados por Ward y su equipo (Searle y Ward, 1990; Ward y Chang, 1997; Ward y cols., 1998; Ward y Kennedy, 1993; 1999) que entienden que la dimensión o ajuste psicológico es el grado de bienestar y satisfacción emocional de las personas que viven en un nuevo entorno, aunque también puede entenderse como un proceso de estrés y afrontamiento.

Son muchos los factores que explican el ajuste psicológico: en primer lugar, las características sociales, políticas y demográficas de la sociedad de origen y de destino; y en segundo lugar, variables personales y de la situación de adaptación, como la edad, el género, la educación, el motivo migratorio, las expectativas, los cambios vitales, la distancia cultural, el tiempo de permanencia, el apoyo social y la percepción de discriminación (Berry, 1997; Ward y cols., 2001; Ward y Kennedy, 1999).

La adaptación psicológica, asociada al estrés y al afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984) se refiere al bienestar psicológico y a la satisfacción en el nuevo contexto (Ataca y Berry, 2002). Al ser conceptualizada de esta manera, las teorías y medidas que Ward y colaboradores han elegido para su estudio son los utilizados en investigaciones generales sobre bienestar y salud mental, lo que permite estudiar este proceso a partir del nivel de estrés y de satisfacción de la población inmigrante.

En relación al estrés, al trabajar desde una perspectiva psicológica, se prestará mayor atención a los trabajos basados en el estrés de aculturación, sin olvidar que las tensiones que viven las personas inmigrantes pueden deberse a acontecimientos de la vida diaria no relacionados directamente con el proceso migratorio. Por este motivo, en primer lugar se realiza una revisión sobre las definiciones, perspectivas y modelos tradicionales del estrés y en segundo lugar, se profundiza en las respuestas estresantes específicas que derivan de los cambios provocados por la migración.

En cuanto al bienestar, se va analizar la satisfacción con la vida de las personas que residen en un nuevo contexto, una de las dimensiones del bienestar subjetivo. Se hará una mención al bienestar en general, poniendo mayor énfasis en la satisfacción con la vida y en los estudios realizados con la población inmigrante.

2 ESTRÉS: ORIENTACIONES TRADICIONALES Y ESTRÉS DE ACULTURACIÓN

El estrés es un concepto ampliamente utilizado tanto en la sociedad como en el ámbito científico. Los estudios que recogen las principales investigaciones y teorías sobre el estrés, están de acuerdo en afirmar que la existencia del término es antigua y que ha sido en el último siglo cuando se ha conceptualizado de forma sistemática y ha sido objeto de investigación (Buendía y Mira, 1993; Lazarus y Folkman, 1984).

Para Monat, Lazarus y Reevy (2007) el estrés es un concepto complejo que abarca tres niveles generales que interactúan entre ellos: el estrés fisiológico, que estudia la reacción del cuerpo a los eventos estresantes; el estrés psicológico, que defiende que los factores cognitivos y emocionales pueden llevar a la activación de miedo; y el estrés sociocultural, que se centra en los disturbios del sistema social o unidades sociales.

Se pueden nombrar cuatro diferentes disciplinas que han tratado de investigar el estrés y sus causas (Lazarus, 2007): la fisiología se ha encargado de estudiar las reacciones del cuerpo, especialmente del cerebro y de los neurotransmisores hormonales; la psicología, se ha centrado en la

mente y en el comportamiento individual; y las dos últimas, la sociología y la antropología cultural, se han ocupado principalmente de la influencia que ejerce la sociedad o el sistema sociocultural.

En la actualidad se asume que existe una interacción entre los diferentes niveles y que son múltiples los factores que explican e influyen en el estrés (Levine y Ursin, 1991; Monat, Lazarus y Reevy, 2007). Sin embargo, en el desarrollo científico de esta variable, los estudios se han clasificado tradicionalmente en tres grupos (García Izquierdo, 1993; Hill, 2000; Levine y Ursin, 1991; Sandín, 2008b): como una respuesta del cuerpo ante sucesos internos y externos; como un estímulo o acontecimiento externo; y por último, como una interacción entre la persona y el ambiente.

2.1 Orientaciones tradicionales del Estrés

2.1.1 Teoría basada en las respuestas

Las teorías basadas en las respuestas fueron las primeras que se desarrollaron para explicar el concepto de estrés y su modo de actuar. En general, lo definen como una respuesta fisiológica del organismo ante acontecimientos estresantes, entendiéndolo así, como una variable dependiente.

Hans Selye (1950; 1956) fue la primera persona que desde el ámbito médico utilizó este concepto de un modo sistemático (Cox, 1993; Lazarus, 2007; Lazarus y Folkman, 1984; Le Moal, 2007; Lyon, 2000). Apoyándose en los trabajos realizados por autores como Bernard, Cannon, Hartmann y Dustin entre otros, Selye definió el estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas que se producen ante un acontecimiento estresante (Selye, 1950). Su planteamiento se basaba en una asociación directa entre el estresor y las respuestas fisiológicas que se activaban para reestablecer el equilibrio u homeostasis del organismo. Según este autor todos los seres vivos podrían responder al estrés, siendo el patrón de reacción básico siempre el mismo, independientemente del agente externo que lo causara (Selye, 1950).

A esta respuesta Selye le llamó “síndrome general de adaptación” en la que identificó tres fases, una reacción inicial de alarma en la que se producen diferentes reacciones (palpitaciones, aumento del ritmo cardiaco, sudoración), un estado de resistencia en el que el organismo se acostumbra al estresor y finalmente una fase de agotamiento, en la que el organismo manifiesta cansancio. La mayoría de las manifestaciones características de la fase de alarma desaparecen o se invierten en la fase de resistencia pero aparecen de nuevo en la etapa de agotamiento. A nivel biológico, dio mucho énfasis a la activación hormonal (sistema hipofiso-cortico-suprarrenal).

Para Selye (1950) cualquier situación podía causar estrés y poner en peligro la vida de las personas a no ser que se aplicaran respuestas adaptativas que reestablecieran el equilibrio del

organismo. Sin embargo, no creía que las variables psicológicas o perceptivas contribuyeran a la iniciación o moderación del síndrome de adaptación generalizado. Esta creencia, junto con su descripción de un patrón de respuesta inespecífico ante los acontecimientos han sido los aspectos más criticados de su propuesta y han sido rebatidos en los trabajos posteriores.

Mason (1968) realizó una serie de investigaciones que aportaban nuevos datos a los estudios del estrés y que aclaraban las críticas realizadas a Selye. A partir de investigaciones experimentales realizadas con animales comprobó que las circunstancias estresantes evocaban diferentes respuestas del sistema endocrino, lo que sugería que el concepto de no especificidad estaría aplicado erróneamente (Mason, 1975). Además, logró mostrar la importancia de los factores psicológicos en la experiencia del estrés, comprobando que tenían más propiedades estresantes que los estímulos físicos y que era la interpretación de un estímulo como nocivo o peligroso lo que determinaba la respuesta del estrés (Mason, 1971). Lo que se desprende del trabajo de Mason es que las denominadas respuestas específicas están producidas por estímulos emocionales, por lo que más apropiado que el concepto de inespecífico sería el de “activación emocional” (Sandín, 2008a).

Los trabajos de Weiss (1971a, 1971b, 1971c, 1972) y los de Levine (1985), entre otros, reforzaron la importancia de los aspectos psicológicos en la experiencia del estrés. De sus resultados, obtenidos en investigaciones con ratas y humanos, concluyeron que la manifestación de estrés se debía a la incertidumbre ante el peligro, a la imposibilidad para poder predecir los acontecimientos y a la ausencia de control sobre la situación, y no a la presencia de descargas eléctricas (Weiss, 1971a, 1971b, 1971c, 1972; Levine, 1985; Levine y Ursin, 1991). Para Levine la acción negativa del estrés depende de la capacidad de resistencia de cada persona, por lo tanto se debe abordar el estrés teniendo en cuenta las características individuales y las circunstancias sociales, ambientales y culturales en las que suceden los diferentes acontecimientos.

En general, el problema de algunos trabajos centrados en la respuesta ha consistido en entender que ésta es únicamente física, cuando implica sobreesfuerzo ante demandas esencialmente de naturaleza psicológica (Sandín, 2008a). Sin embargo, en la actualidad desde la fisiología se utiliza el concepto de estrés para entender la interacción del organismo con el entorno rechazando los postulados realizados por la concepción original (Viner, 1999). Así, los trabajos que se realizan desde esta perspectiva entienden que ante estímulos amenazadores idénticos, las respuestas fisiológicas manifestadas no siempre son iguales, y han constatado la importancia e influencia de los factores psicológicos y del ambiente en el proceso de estrés (Brosschot, Pieper y Thayer, 2004; Le Moal, 2007), un aspecto que Selye también incorporó en sus últimas publicaciones (Sandín, 2008a).

Es decir, desde esta perspectiva se asume que el estrés implica dos procesos, el de estresor y el de respuesta al estrés, y aunque en el origen se entendía que la respuesta del organismo era inespecífica y que se producía ante estímulos físicos, en la actualidad se consideran los agentes psicológicos, cognitivos y contextuales, y se afirma la existencia de respuestas diferenciadas. Así, el

estrés se produciría cuando ocurre una alteración en el funcionamiento normal por la acción de algún agente externo o interno, y cuando el organismo reacciona de forma extraordinaria realizando un esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio y desencadenando en una sensación subjetiva de tensión (Sandín, 1989).

2.1.2 Teorías basadas en los estímulos

Las teorías basadas en los estímulos se desarrollaron en la década de los 60 cuando desde la psicología surge el interés de aplicar el concepto de estrés a las experiencias psicológicas (Lyon, 2000). El objetivo principal se centraba en conocer qué era lo que ocurría cuando las personas se enfrentaban a un acontecimiento o experimentaban un cambio en su vida (Holmes y Rahe, 1967; Masuda y Holmes, 1967; Wyler, Masuda y Holmes, 1971). Se afirmaba que las personas son reactivas a los estímulos del entorno. Por este motivo, si las teorías basadas en las respuestas entendían el estrés como una reacción o variable dependiente, desde esta perspectiva se estudiaba como una variable independiente (Lazarus y Folkman, 1984; Lyon, 2000).

El equipo de investigación liderado por Holmes desarrolló la teoría más representativa de esta aproximación que es conocida como la teoría de los sucesos vitales, o como indica Sandín (2008b) enfoque psicosocial del estrés. Definen dichos sucesos como las experiencias sociales objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades usuales de la persona provocando un cambio o reajuste (Holmes y Rahe, 1967), por este motivo pueden igualmente definirse como sucesos vitales (Sandín, 1995). Estos sucesos pueden ser extraordinarios y traumáticos, por ejemplo la muerte de un ser querido, pero a veces son eventos más o menos normativos (divorcio o pérdida de trabajo), e incluso pueden ser positivos, tales como el matrimonio o tener un hijo o hija deseada (Sandín, 2008).

El estrés que experimenta una persona raramente se debe al efecto de un solo evento, por tanto, se debe explicar teniendo en cuenta múltiples sucesos (Holmes y Rahe, 1967) que hayan ocurrido durante los últimos años. El potencial estresante de los acontecimientos está en función de la cantidad de reajuste que demanda, en este sentido, a mayores cambios se producen mayores niveles de estrés (Holmes y Rahe, 1967; Dohrenwend y Dohrenwend, 1974). Sin embargo, hay autores que proponen que es más importante y tiene más peso la cualidad que la cantidad del cambio (Horesh, Sever y Apter, 2003; Thoits, 1993; Wheaton, 1994).

Holmes y Rahe (1967) definieron una escala para medir el estrés llamada Social Readjustment Rating Scale (SRRS) que recoge 43 sucesos ordenados en función de las unidades de cambio que implican dichos sucesos. Este listado consiste en un método psicométrico que permite estimar el grado de cambio o reajuste social que debe realizar la persona por medio de las unidades de cambio vital.

Tras la publicación de esta medida, se universalizó una línea de investigaciones sobre el estrés basada en este instrumento (Dohrenwend, 2006), sin embargo, a pesar de su utilización, recibió

diferentes críticas. La primera de ellas consistía en que no se tenía en cuenta la variabilidad intracategoría o la valoración que cada persona realizaba del suceso en base a la magnitud (grado de impacto), valor (positivo o negativo) y origen (controlable o incontrolable; esperado o inesperado) (Dohrenwend, 2006; Horowitz, Schaefer, Hiroto, Wilner y Levin, 1977; Pélicier, 1993). Además, se comprobó que existen diferencias culturales en la valoración del impacto por lo que las puntuaciones establecidas para la población norteamericana podrían no ser válidas en una cultura diferente, tal y como han demostrado González de Rivera y Revuelta, y Morera (1983) en un trabajo realizado en España, en el que se observan claros condicionantes socioculturales y hasta geográficos. En tercer lugar, la lista definida resultaba muy corta y poco representativa, siendo la descripción de los sucesos ambigua y demasiado sencilla (Sandín, 2008). Otra de las críticas se refiere a que el evento no se puede considerar aisladamente ya que se encuentra rodeado de un gran número de factores que modifican el impacto que tiene en la persona (Pélicier, 1993). Y por último, estarían los sesgos que cometemos las personas tales como la negación del hecho, el olvido como consecuencia del tiempo, o la necesidad de buscar una explicación (Horowitz y cols. 1977; Johnson y Bradlyn, 1988).

Estas críticas motivaron la realización de trabajos de revisión (Masuda y Holmes, 1978) así como el desarrollo de instrumentos para mejorar la validez de evaluación del estrés. Algunas medidas recogían mayor número de eventos (Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy y Dohrenwend, 1978; Horowitz y cols., 1977), otras introdujeron sistemas de valoración personal (Sarason, Jonhson y Siegel, 1978), e incluso se crearon listas para determinados grupos de edad, como la población adolescente (Dise-Lewis, 1988). También se diseñaron entrevistas estructuradas o semiestructuradas que posibilitaban describir con mayor detalle las situaciones vividas (Brown y Harris, 1989; Paykel, Prusoff y Uhlenhuth, 1971). En 1995, Milley y Rahe revisaron la escala original (SRRS) e introdujeron modificaciones en las que se tenían en cuenta más eventos y la influencia que en la valoración de los acontecimientos pueden tener el género, la edad, el estatus marital y la educación de las personas.

En cuanto a los acontecimientos que provocan el estrés, hay que tener en cuenta que éstos difieren en la duración y en el grado de impacto e intensidad. Wheaton (1996) basándose en la literatura sobre el tema diferencia 6 tipos de sucesos vitales que pueden ser representados en un continuo que va desde los sucesos más puntuales hasta los más crónicos: los *traumas repentinos*; los *eventos vitales mayores* que pueden afectar a un gran número de personas, o, a una o a unas pocas (Lazarus y Cohen, 1977) y en los que la valoración como indeseables, rápidos, inesperados, no normativos e incontrolados hace que sean más dañinos (Pearlin, 1989; Thoits, 1983); los *micro eventos* o *sucesos diarios*, también denominados como pequeñas contrariedades (Lazarus y Folkman, 1977) y que hay que estudiarlos junto con las vulnerabilidades contextuales y personales (Zautra, Guarnaccia, Reich y Dohrenwend, 1988); los *estresores macrosociales*; los *"nonevents"* o *ausencia de eventos* esperados que son los sucesos deseados que no acaban de ocurrir; y por último, los *estresores crónicos*, que Pearlin (1989) ha definido en relación a los roles: sobrecarga de roles, conflictos interpersonales en conjunto de roles, conflicto entre roles, cautividad de rol, y, reestructuración de rol.

Sean los eventos de unas características u otras, esta perspectiva propone que el estrés se produce como consecuencia del impacto que produce en las personas la vivencia de diferentes acontecimientos. Las primeras propuestas defendían que los cambios derivados de los eventos eran objetivos e iguales para todas las personas pero pronto esta cuestión fue rebatida comprobando que la percepción de las situaciones era diversa y que existía variabilidad individual en las respuestas. En este sentido, la cualidad del cambio resultaba más importante para predecir el nivel de estrés que la cantidad. Asimismo, determinadas características de los acontecimientos, como la duración, intensidad, deseabilidad y predictibilidad, entre otros, influían en la manifestación del estrés.

2.1.3 Teorías basadas en la interacción

Tras los trabajos realizados sobre el estrés desde el ámbito biomédico y desde la perspectiva de los sucesos vitales, Richard Lazarus se interesó en describir las dinámicas de la experiencia estresante, y sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal (Lazarus, 1966). Por tanto, no consideraba el estrés como una única variable dependiente o independiente sino como un conjunto de distintas variables y procesos, en el que las personas adoptaban un papel activo y no pasivo como definían las dos perspectivas anteriores.

Bajo esta idea, el estrés psicológico se definiría como un proceso interaccional entre el individuo y el entorno, que se produce cuando la persona valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984). En este sentido, entienden que los estímulos no son estresantes en sí mismos, sino que es el individuo el que otorga esta cualidad en función de la valoración que haga de ellos.

Teniendo en cuenta la importancia de la valoración personal, Lazarus y Folkman (1986) proponen un modelo cognitivo transaccional del estrés en el que identifican tres tipos de evaluación, a partir de los cuales se da significado a lo que está ocurriendo en relación con el bienestar personal. La primera se realiza cuando la persona evalúa un estímulo y determina si le resulta irrelevante, benigno-positivo o estresante. Si el resultado es estresante, pueden aflorar sentimientos de desafío, amenaza y daño, o, pérdida. En consecuencia, se realiza una segunda valoración sobre lo que se debe y puede hacer para afrontar estas demandas estresantes y/o el malestar emocional. Los resultados de esta segunda evaluación modifican la inicial y determinan en gran medida que la persona se sienta asustada, desafiada u optimista.

Para hacer frente a esta situación se desarrollan estrategias de afrontamiento, que incluyen las capacidades cognitivas y comportamentales de la persona, el apoyo social y los recursos materiales. Este afrontamiento debe ser entendido como los esfuerzos realizados para manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas tanto internas como externas. Para ello las

personas disponen de diversos recursos materiales y económicos, vitales, psicológicos, de habilidades sociales y de apoyo social (Folkman y Lazarus, 1986).

Lazarus (1986) clasifica las estrategias de afrontamiento en dos grupos: las estrategias orientadas al problema, cuya función es cambiar la relación ambiente persona, actuando sobre alguno de los dos. Se trata de comportamientos o actos cognitivos dirigidos a manipular o alterar el problema o fuente generadora de estrés. Por otro lado, están las estrategias focalizadas en la emoción, que recoge todos aquellos comportamientos orientados a provocar un cambio en la percepción y vivencia del estrés, regulando de manera más efectiva las reacciones emocionales negativas (Folkman y Lazarus, 1980).

Continuando con las fases del modelo, la tercera fase se refiere a la reevaluación o cambio efectuado en la primera evaluación que se realiza a partir de la nueva información recibida de la propia persona y/o del entorno. El proceso de evaluación cognitiva media en esta compleja transacción de dos vías entre la persona y el entorno. En este tipo de feedback, la amenaza puede ser valorada como injustificada, o por el contrario, una evaluación positiva puede convertirse en una amenaza, creando una sucesión de cambios perceptivos y emocionales (Lazarus y Folkman, 1984).

Lo que diferencia al modelo de Lazarus y Folkman de las otras aproximaciones es la gran relevancia de la evaluación cognitiva y la consideración de la persona como un agente activo y en interacción con el medio. Esta importancia de la evaluación y del afrontamiento ha sido recogida en otros trabajos y modelos sobre el estrés. Para McGrath (1976) el estrés es la tensión experimentada por la percepción de un desequilibrio entre la demanda y la capacidad personal de respuesta, cuando las consecuencias de la resolución son percibidas como importantes. Así, en la interacción existirían dos aspectos: la percepción de discrepancias entre las demandas y las capacidades de respuesta; y, la valoración de las consecuencias del éxito en la respuesta. Cox y Mackay (1981), proponen el modelo transaccional, en el que definen el estrés como una continua transacción entre las demandas y limitaciones externas, apoyos, recursos internos y valores, en la cual el individuo se esfuerza para mantener la balanza en equilibrio. Lo realmente importante es la evaluación cognitiva, tanto de la potencialidad estresante de la situación como de la habilidad personal para afrontarla.

Además de los modelos transaccionales, en la aproximación psicológica que ha dominado el estudio del estrés, se clasifican también los modelos de interacción (Cox, 1993). Los primeros se refieren a la evaluación cognitiva y al afrontamiento mientras que los segundos se centran más en los mecanismos psicológicos de la interacción. Para Cox (1993) esta segunda corriente estaría representada por los modelos de Karasek (1979) y de French, Caplan y Van Harrison (1982), que se han aplicado especialmente en el ámbito laboral. En este contexto, Karasek (1979) define el modelo de demandas de control en el que plantea que la interacción entre las demandas psicológicas y el control en el trabajo determina el impacto sobre la persona trabajadora, de modo que a mayor exigencia y menor control habrá más deterioro, mientras que conforme aumente el control o

disminuya la exigencia el impacto será menor. Por otro lado French y su equipo (1982) consideran que cualquier característica del ambiente laboral que suponga una amenaza para la persona, ya sea demandas excesivas o recursos insuficientes para cubrir sus necesidades, pueden producir estrés. En este sentido, el estrés también se refiere a un desajuste entre la persona y su ambiente.

En estos diferentes modelos, bien sean los transaccionales bien los de interacción, el estrés se considera como un proceso en el que toman parte la persona y el ambiente, y en el que lo que determina que las situaciones se vivan como estresantes, es la valoración que las personas realizan, tanto de los estresores como de sus capacidades, así como de las estrategias de afrontamiento que pongan en marcha. Teniendo en cuenta estas consideraciones, se afirmaría que la experiencia de estrés es subjetiva, una experiencia en la que el papel de la persona es totalmente activo.

Diversos factores que explican el bienestar de las personas están relacionados: el estatus social, el contexto en el que vive, su exposición a los estresores, los recursos de respuesta, y el modo en el que el estrés se manifiesta física y psicológicamente (Pearlin, 1999). El cambio en uno de estos factores altera el resto y en sus consecuencias, lo que hace que el estrés se entienda como un proceso. El estrés y sus consecuencias no son una asociación inmediata de estímulo y respuesta, sino que existen múltiples factores personales y sociales conectados al mismo tiempo. La segunda asunción del estrés como proceso es la importancia de tener en cuenta el estrés social.

Una de las críticas que recibe la perspectiva teórica de Lazarus y Folkman (1984) es que no dispone de medidas psicométricas adecuadas para medir el estrés percibido (Cohen y cols., 1983). Estos autores discuten las limitaciones de las medidas del estrés objetivo y subjetivo utilizadas para medir el estrés en general así como de eventos específicos.

Hay claras ventajas de las medidas objetivas de los eventos: la medida permite estimar el incremento de riesgo de salud asociado a la ocurrencia de eventos fácilmente identificables; el procedimiento es sencillo; minimiza los cambios estas técnicas de medida reducen al mínimo la posibilidad de varias tendencias subjetivas en las percepciones y el reportaje de acontecimientos.

2.2 Estrés de aculturación: Estrés desde la orientación de la psicología transcultural

El estrés general, tal y como se ha definido, es un fenómeno muy conocido y con largo recorrido de estudio desde diferentes ámbitos. Sin embargo, desde algunas disciplinas se han propuesto términos específicos que hacen alusión a la tensión que se produce como consecuencia de un hecho o proceso determinado. En esta línea, desde la psicología transcultural, se ha designado un término específico, el estrés de aculturación, que recoge las particularidades del proceso migratorio.

La psicología transcultural, a caballo entre la psicología y la antropología, se dedica a describir y comprender la influencia de los factores culturales en el desarrollo del comportamiento humano, y, a analizar la adaptación psicológica de las personas cuando cambian de contexto sociocultural (Navas y cols., 2004). En estos nuevos escenarios, las relaciones interculturales pueden ser una oportunidad para un aprendizaje positivo, o por el contrario pueden suponer un grado más o menos importante de malestar, llamado estrés de aculturación (Furnham, 1997).

Los principales modelos y estudios que han trabajado con este concepto, han basado sus investigaciones en el análisis transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1986) en el que se entiende que una situación es estresante en función de la valoración que realice la persona y de los recursos, sean psicológicos, sociales o institucionales, a los que tiene acceso. Muestra de ello son los trabajos de Berry y su equipo sobre el proceso de aculturación y su implicación en la salud (Berry, 1997; 2003; Berry y Annis, 1974; Berry y cols., 1987; Berry y cols., 1989) o los de Ward sobre el ajuste psicológico y sociocultural (Searle y Ward, 1990; Ward, 1996; Ward y Rana-Deuba, 2000).

A continuación se profundiza en el término de estrés de aculturación, se presentan los principales modelos que vinculan dicho proceso con el estrés, se analizan los factores predictores del estrés y se muestran los principales resultados sobre los niveles de estrés que la población inmigrante muestra en el proceso de adaptación a la nueva sociedad.

2.2.1 Definición de estrés de aculturación

Los procesos y significado que encierra el estrés de aculturación no son nuevos, sin embargo la instauración del término es relativamente reciente. Berry fue quien introdujo este concepto en 1970 como una continuación a la discusión existente sobre la utilización que la psicología transcultural realizaba del concepto de aculturación y como una alternativa al término de choque cultural que había sido propuesto desde la antropología (Berry, 2003). Aunque el choque cultural sea antiguo y haya obtenido una aceptación popular, Berry y Sam (1996) prefieren hablar de estrés de aculturación, porque consideran que está directamente unido a los modelos psicológicos del estrés que explican las respuestas a los estresores del ambiente. En concreto Berry (1997) da prioridad a este término por tres motivos: porque se acerca más a las perspectivas teóricas del estrés y se relaciona con el modelo de Lazarus y Folkman; porque el choque cultural sugiere la presencia sólo de experiencias negativas; y por último, porque la fuente del problema no es cultural sino intercultural, por lo que reside en el largo proceso de aculturación y no tanto en el impacto.

De las perspectivas descritas sobre el estrés, este concepto se basa en los principios de la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1986), en la que se entiende que el estrés es fruto de una interacción entre el entorno y la persona. En el caso concreto del estrés de aculturación, para que los niveles de tensión sean considerados como estrés, los cambios tienen que ocurrir en el proceso de

aculturación (Berry y cols., 1987). Dichos cambios hacen alusión a aspectos biológicos, sociales, culturales y psicológicos (Berry y Kim, 1988) por lo que el estrés de aculturación engloba dificultades asociadas a todos estos niveles (Berry y Annis, 1974). En este sentido, los estresores estarían definidos por los cambios que se producen como consecuencia de instalarse en un nuevo entorno.

Por otro lado, para que el entorno resulte finalmente estresante, las personas deben percibirlo y valorarlo como una amenaza, a la que no pueden hacer frente. Si los cambios y las estrategias de afrontamiento sobrepasan la capacidad personal, pueden producirse cambios psicológicos y disminuir la salud mental y física de algunas personas (Berry y cols., 1987; Berry y cols., 1989).

Los grados de estrés que experimentan las personas son diferentes. A nivel comunitario, el estrés de aculturación se relaciona con las diferencias culturales y conductuales encontradas en la adaptación. A nivel individual, se han encontrado diferencias en función de las características psicológicas personales, como puede ser, la preparación al cambio (Berry y Annis, 1974).

En este trabajo estaríamos de acuerdo en entender que los diferentes grados de estrés de aculturación se producen como consecuencia de una interacción entre los estresores específicos del proceso migratorio y las valoraciones y capacidades personales (véase por ejemplo, Berry y cols., 1987; Berry y cols., 1989; Koneru y cols., 2006. Pero también consideramos, que las personas experimentan estrés derivado de aspectos de la vida que no están relacionados con el proceso migratorio, al menos de un modo manifiesto o directo, por lo que al hablar del estrés percibido por la población inmigrante cabría hablar del estrés de aculturación y del estrés asociado a la vida. Autores como Collazos y su equipo (Collazos, Qureshi, Antonin y Tomás-Sábado, 2008), también opinan que la inmigración es estresante en la medida en que la persona es incapaz de responder tanto a los acontecimientos estresantes concretos como a los factores crónicos de la vida cotidiana.

Por tanto se entiende que el proceso migratorio y todos los cambios asociados pueden tener un poder estresante en función de la evaluación personal y de los recursos que las personas inmigrantes perciban y pongan en marcha, tal y como proponían de un modo general (Lazarus y Folkman, 1984). Pero a su vez, hay que tener en cuenta la incidencia de estresores crónicos, puntuales o estrés diario ajeno al proceso migratorio, eventos que se proponían desde la perspectiva psicosocial o de los eventos vitales del estrés (por ejemplo, Holmes y Rahe, 1967).

2.2.2 Modelos explicativos del estrés en la población inmigrante

En este apartado se presentan varios modelos que relacionan el proceso migratorio y el estrés. Se describen el modelos de estrés de aculturación propuestos por Berry y cols., (1987), la modificación realizada por Berry en 1997, y el modelo sobre el proceso de aculturación de Ward, Bochner y Furnham (2001).

2.2.2.1 Modelo de estrés de aculturación, Berry, Kim, Minde y Mok (1997)

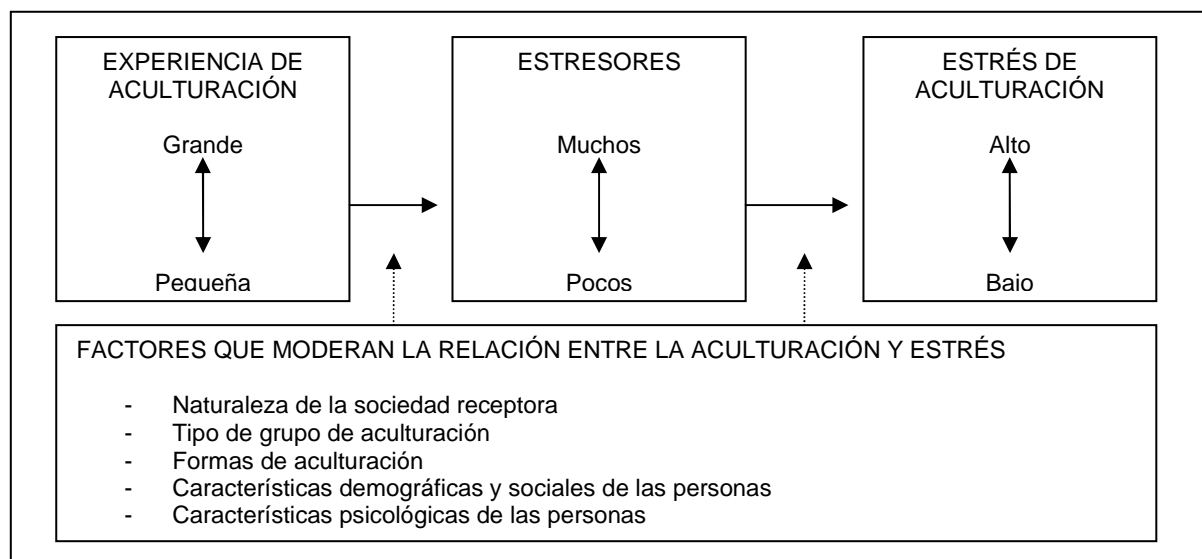
Los modelos que vinculan el proceso de aculturación con el estrés y con la salud se nutren de las teorías y de los trabajos realizados desde las corrientes clásicas que han estudiado el estrés. En este sentido, se parte del modelo propuesto por Lazarus y Folkman (1984) en el que se define un proceso de estrés que se caracteriza por la evaluación y el afrontamiento, pero también se asume que hay acontecimientos o eventos vitales que exigen un reajuste en la vida habitual de las personas. De este modo, todos aquellos hallazgos de las teorías de los eventos vitales (Holmes y Rahe, 1967) y de las teorías transaccionales (Lazarus y Folkman, 1984) pueden aplicarse al estudio de la inmigración.

Berry y colaboradores (Berry y cols., 1987), a partir de las conclusiones de un trabajo de Berry y Annis (1974) en el que demuestran que el impacto de la aculturación en la salud mental puede ser evitado, y de que hay factores individuales y grupales que median en dicha relación, definen un modelo sobre el estrés de aculturación basado en tres elementos.

El primero de ellos consiste en la descripción de la experiencia de aculturación, una experiencia que sucede en una situación particular y en la que las personas participan y experimentan diferentes grados de cambio que pueden variar desde los muy leves a los más agudos. En segundo lugar, se contextualizan los estresores que actúan en el proceso de aculturación y se tiene en cuenta la valoración que de ellos realiza cada persona; se ha comprobado que para unas, las novedades pueden interpretarse como oportunidades mientras que para otras pueden suponer fuentes de estrés o de tensión. Por último, se definirían los diferentes niveles de estrés de aculturación, que surgen como consecuencia de los dos elementos anteriores, es decir de la experiencia de aculturación y de los estresores.

Para Berry y colaboradores (1987) la relación entre estos tres conceptos es probabilística más que determinista y dependen de una serie de factores moderadores, que incluyen la naturaleza de la sociedad de origen, el tipo de grupo de aculturación, el modo de aculturación anterior a la experiencia, y numerosas variables demográficas, sociales y psicológicas del grupo y de las personas. Cada uno de estos factores moderadores influye en las relaciones que se establecen entre la aculturación, los estresores del proceso, y, el estrés de aculturación (Berry y cols., 1987).

Figura 1. Modelo de estrés de aculturación, factores moderadores (de Berry y cols., 1987)



2.2.2.2 Modelo de estrés de aculturación, Berry (1997)

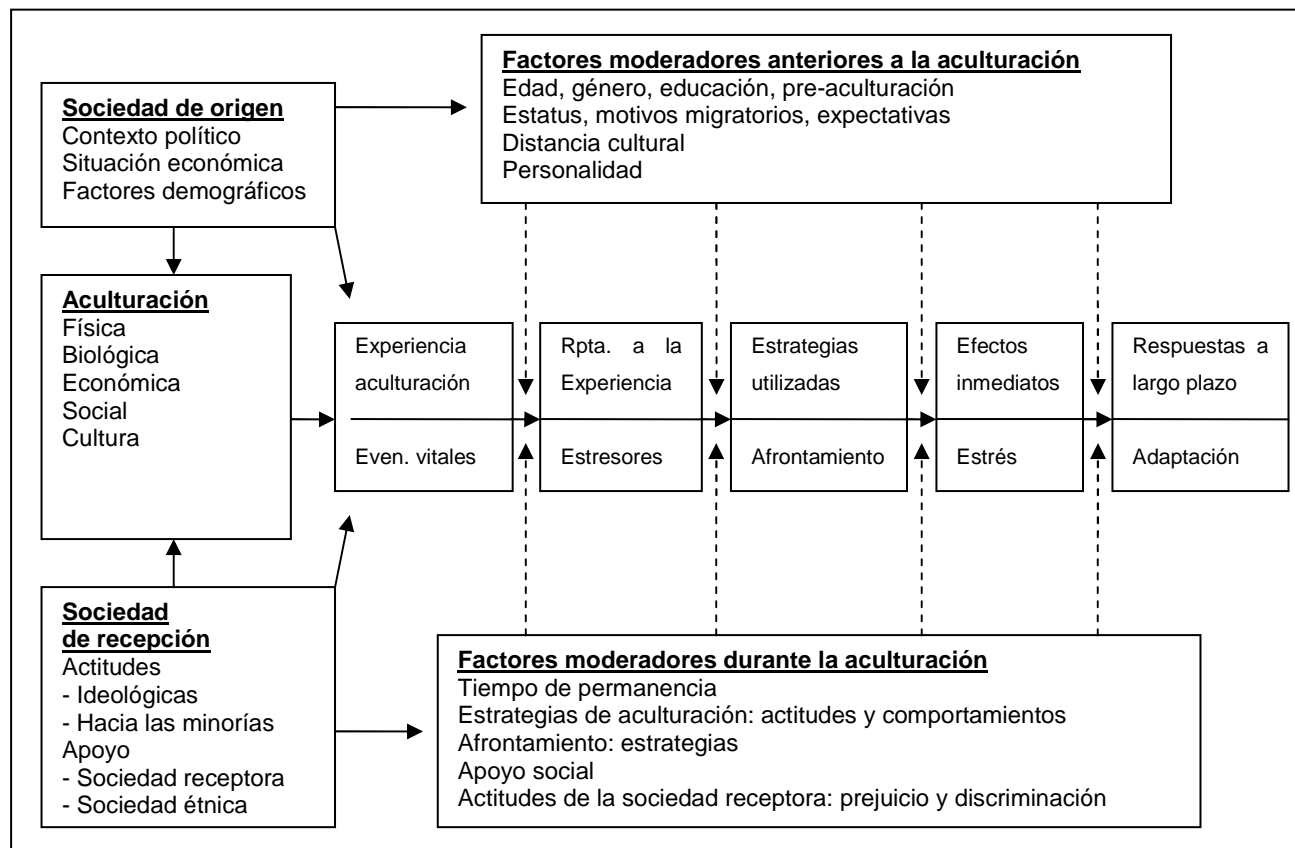
Unos años más tarde y tras realizar diferentes trabajos sobre el tema, Berry (1997) propuso un modelo de estrés de aculturación y salud en el que tenía en cuenta diferentes aspectos: el contacto intergrupal, la experiencia personal, los acontecimientos vitales, el estrés, la evaluación cognitiva de la situación y el afrontamiento, así como diferentes variables de nivel social e individual, que influyen en este proceso. A nivel macro, describe los factores sociales, políticos y demográficos de la sociedad de origen, así como las actitudes de la sociedad receptora hacia los grupos culturales y étnicos, y el apoyo social que otorgan a todos los grupos. En el nivel micro se recogen las características de las personas y de la situación de adaptación, diferenciando las influencias anteriores a la aculturación (edad, género, educación, estatus, motivo migratorio, expectativas, distancia cultural (lengua, religión) y la personalidad), y las que se producen durante el proceso (tiempo de permanencia, estrategias de aculturación (actitudes y comportamientos), afrontamiento, apoyo social y actitudes de la sociedad, prejuicio y discriminación).

Según este modelo (Berry, 1997), el proceso de aculturación comenzaría con el contacto entre los grupos culturales, que producirían cambios a nivel político, económico y social, y por lo tanto, afectarían a la persona que está experimentando la aculturación, tanto en los cambios que se producen como a nivel psicológico. La adaptación es un proceso que claramente se da con el tiempo (Berry, 1997) y que es variable, ya que depende de factores a nivel grupal y de la influencia de factores individuales que actúan como moderadores (Berry y Sam, 1996; Ward, 1996).

Este modelo pretende indicar las variables más relevantes que hay que tener en cuenta en el estudio de la aculturación, para no caer en un estudio incompleto de este fenómeno. Cuando se manifiesta estrés se pone de manifiesto una reducción de la salud individual que puede incluir

aspectos físicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, las respuestas a este proceso son muy variadas por lo que no siempre se producen problemas sociales o psicológicos (Berry, 1997).

Figura 2. Modelo de estrés de aculturación Berry (1997)



2.2.2.3 Modelo sobre el proceso de aculturación, Ward, Bochner y Furnham, 2001

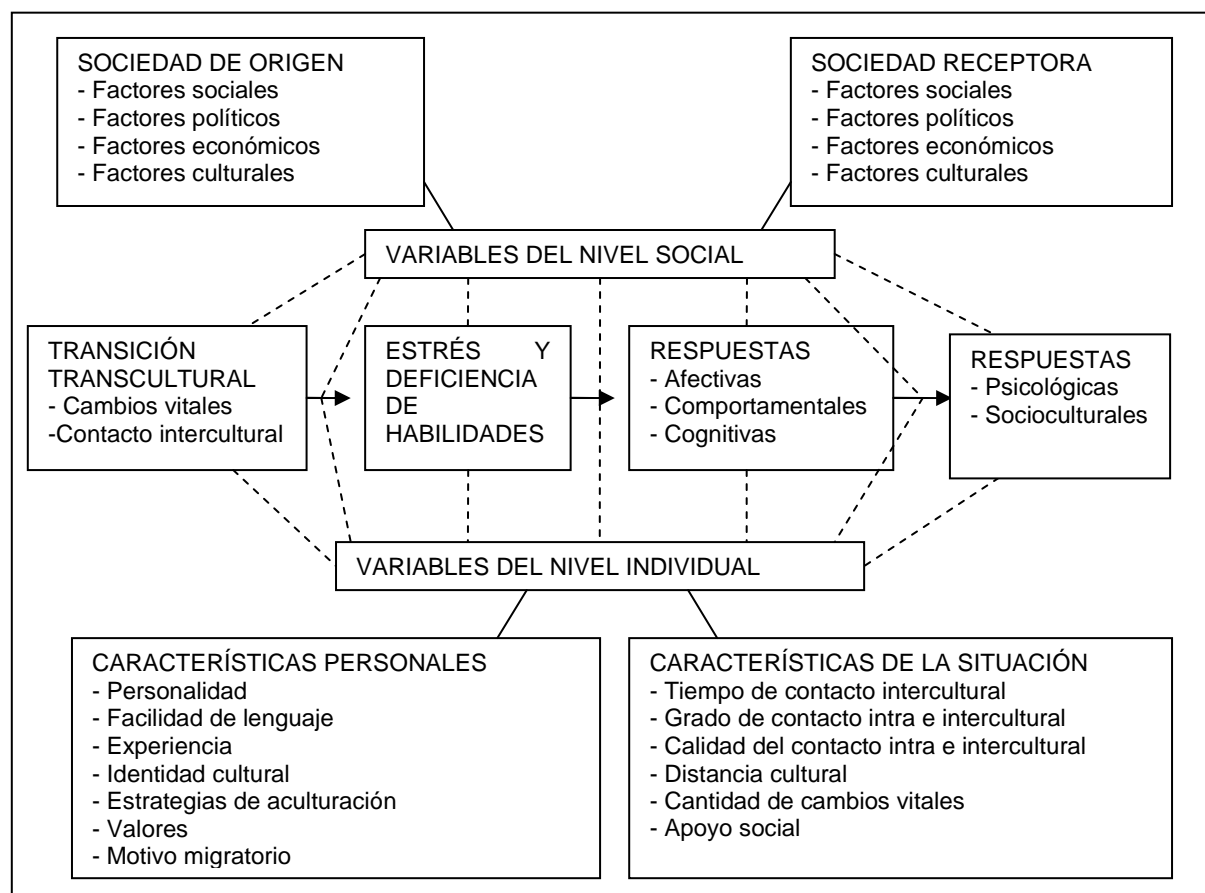
Ward, Bochner y Furnham (2001) teniendo en cuenta los trabajos del estrés realizados por Lazarus y Folkman (1986), basándose en gran medida en el modelo propuesto por Berry (1994b) y complementándolo con la teoría e investigación realizada por Furnham y Bochner (1986), proponen un modelo para investigar el cambio y contacto intercultural. En dicho modelo integran la perspectiva del estrés y el afrontamiento, y la del aprendizaje cultural, distinguiendo los dominios psicológicos y socioculturales de la adaptación. Asimismo, como en propuestas anteriores integran variables de los niveles personales y sociales, pero incluyen la medición de la identidad social. Consideran que todas estas variables son predictores de las respuestas adecuadas en el proceso de aculturación.

Para Ward, Bochner y Furnham (2001) este modelo supone una síntesis de todas las teorías e investigaciones llevadas a cabo sobre los componentes afectivos, comportamentales y cognitivos de la transición transcultural y de la interacción intercultural. Así, el modelo conceptualiza la transición transcultural como un evento vital que envuelve cambios a los que la persona no está acostumbrada así como nuevas formas de contacto intercultural. Cuando esta experiencia es percibida como

estimulante, cambiante, que confunde o desorienta, las personas rara vez poseen, al menos en las primeras etapas de la transición, estrategias de afrontamiento adaptativas para todas las demandas que proceden de la nueva y desconocida interacción social. En ambos casos, las personas y los factores situacionales necesitan evaluación y acción. Esto puede envolver respuestas cognitivas, afectivas y comportamentales tanto para el manejo del estrés como para la adquisición de habilidades específicas culturales. Estos dominios de evaluación y acción, así como las respuestas psicológicas y culturales, están influenciadas por las variables sociales e individuales. En el nivel macro es importante las características de la sociedad de origen y de la sociedad de destino. La discriminación puede incluir características sociopolíticas y factores demográficos, tales como la composición étnica y las actitudes hacia los grupos étnicos y culturales. En el nivel micro, las características de la persona y de la situación son importantes. Esto incluye por un lado aspectos como las competencias lingüísticas, la personalidad, la identidad cultural y las estrategias de aculturación, y por otro lado las redes sociales, la distancia cultural, las relaciones interculturales y el apoyo social.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, el modelo es eficiente para estudiar el proceso de aculturación. Permite incorporar aspectos del trabajo contemporáneo sobre identidad social y consolida la teoría e investigación sobre la predicción de los componentes psicológicos y socioculturales de la adaptación intercultural (Ward y cols., 2001).

Figura 3. Modelo sobre el proceso de aculturación, Ward y cols., 2001. Adaptado de Ward 1996



2.2.3 Estrés en la población inmigrante

En el proceso migratorio son muchos los cambios y las dificultades que las personas inmigrantes perciben y afrontan. Teniendo en cuenta la teoría de los sucesos vitales (Holmes y Rahe, 1967; Wheaton, 1996), estos cambios que se producen en la migración pueden definirse como acontecimientos vitales estresantes, como generadores de estrés crónico y/o como el origen de varios sucesos menores. Recordemos que un acontecimiento vital estresante es una experiencia objetiva extraordinaria que altera o amenaza con alterar las actividades habituales de la persona y causa un reajuste en sus conductas. El estrés crónico se produce como consecuencia de problemas, amenazas y conflictos relativamente continuos en el tiempo, mientras que los sucesos menores o estrés diario son pequeñas contrariedades producidas por factores situacionales o por un afrontamiento inadecuado.

Salir de una sociedad e instalarse en otra diferente, ya sea de forma voluntaria o involuntaria, es una importante fuente de estrés (Lazarus, 2000). La inmigración es aceptada como una situación en crisis y se considera como uno de los sucesos vitales no normativos que más estrés provoca en las personas y que requiere de un mayor reajuste en todos los ámbitos de la vida (Jerusalem y Kleine, 1991). Además de los cambios extraordinarios y propios de la situación, se ha demostrado que en la población inmigrante, los eventos menores tienen un papel importante en la explicación del ajuste (Gaudet y cols., 2005). En este sentido y siguiendo los presupuestos de Lazarus y Folkman (1984), la transición a otra sociedad resultaría estresante si la valoración que realiza la persona sobre los acontecimientos concretos de la migración y los factores estresantes cotidianos resultan amenazadores, y si la evaluación de los recursos contextuales, psicológicos, sociales o institucionales a los que las personas tienen acceso son insuficientes para afrontar la situación.

Furnham (1990) señala que la migración se vincula a situaciones de duelo por la pérdida del país, de las amistades, de la profesión y de las posesiones; a sentimientos de sorpresa, ansiedad y frustración ante las diferencias culturales; a percepción de impotencia para hacer frente al nuevo entorno; a situaciones interculturales en el que se es objeto de rechazo o por el contrario el actor o actriz del desprecio; al esfuerzo requerido para lograr un reajuste a nivel psicológico; y a la confusión que el nuevo entorno genera en cuanto a los roles, las expectativas de rol, los valores, las emociones y la identidad. Todos estos cambios, justifican para este autor la unión entre la inmigración y la manifestación de estrés.

Los trabajos que se han basado en los eventos vitales para estudiar la situación de la población inmigrante han utilizado la escala propuesta por Holmes y Rahe (1967). Furnham y Bochner (1986) comprobaron que los cambios que generalmente se asocian a la inmigración excedían de 300 unidades, una cantidad que se asocia al máximo riesgo. Holmes y Holmes (1970) habían expuesto que una exposición a 200-299 unidades de cambio se relacionaba con un 50% de

riesgo de desarrollar trastornos mayores y que la exposición a más de 300 unidades se vinculaba a un riesgo superior al 80%.

Independientemente de los cambios que se produzcan con la migración, son numerosos los estudios que se realizan para analizar la relación entre el proceso migratorio y el estrés, sin embargo las conclusiones a las que se llega no son claras. Hay investigaciones que han encontrado que puede ser relativamente bajo (Ataca y Berry, 2002; Matheny, Roque-Tovar y Curlette, 2008; Ritsner y Ponizovsky, 2003; Thomas y Choi, 2006), o por el contrario, muy alto o manifestado por la mayoría de las personas (Gil y Vega, 1996; Irfaeya, Maxwell y Krämer, 2008; Kim-Godwin y Bechtel, 2004; Miranda y Matheny, 2000). Sin embargo la gran parte de los trabajos concluyen que los niveles de estrés son moderados. Ejemplo de ello son los trabajos realizados con población asiática en Japón y China (Chen, Benet-Martínez y Bond, 2008), con personas de países caribeños en EEUU (Murphy y Mahalingam, 2004), con personas misioneras e inmigrantes de diferentes países en Nepal (Navara y James, 2005), con población latinoamericana en EEUU (Hovey y Magaña, 2000), en Almería (Salvador, Pozo, y Alonso, 2010) y en Barcelona (Patiño y Kirchner, 2008), con inmigrantes magrebíes y de Latinoamérica en el País Vasco (Elgorriaga y cols., 2009), o, con personas de Rusia, Estonia, Somalia, Albania, Vietnam y países árabes en Finlandia (Jasinskaja-Lahti y cols., 2006).

Estos estudios utilizan en la mayoría de los casos la puntuación media para explicar el estrés; sin embargo, hay autores que proponen hablar de diferentes niveles de respuesta (Gil y Vega, 1996; Hovey y Magaña, 2002; Walsh, Shulman y Maurer, 2008; Zheng y Berry, 1991) de modo que pueda estudiarse de una forma más fiel la variabilidad de situaciones y respuestas de la población inmigrante (Ritsner, Modai y Ponizovsky, 2000). Por ejemplo, estos últimos autores en Israel hallaron que el 8,7% de las personas inmigrantes rusas tenía altos niveles de estrés, el 37,5% moderados y el 53,8% bajos (Ritsner y cols., 2000). En EEUU, en una muestra de población latinoamericana el 30% mostraba altas puntuaciones de estrés mientras que el 70% restante se situaba por debajo del punto de corte (Hiott, Grzywacz, Davis, Quandt, y Arcury, 2008).

Más allá del grado de estrés que se haya encontrado en estas investigaciones, uno de los objetivos principales de estos estudios ha sido descubrir si el estrés está condicionado por el proceso que está viviendo la población inmigrante. Para ello, en general estos trabajos han seguido dos líneas de estudio. Por un lado, aquella que compara su situación en el país de origen con la situación en la sociedad receptora. Y por otro lado, aquella que compara la situación de la población inmigrante con la población autóctona. De este modo, al hablar de los resultados sobre el estrés de la población inmigrante, hay que tener en cuenta estos dos referentes.

Sea en una línea de trabajo o en otra, las conclusiones aportadas no son concluyentes aunque hay una tendencia general a afirmar que los niveles de estrés en la sociedad receptora son superiores a los de la sociedad de origen, y que el estrés percibido de la población inmigrante es superior al de la población autóctona.

2.2.3.1 Niveles de estrés en relación a la población autóctona

Las teorías sobre el estrés de aculturación presuponen que la población inmigrante manifiesta más estrés que la población autóctona, como consecuencia del proceso migratorio que está viviendo y de todas las variables asociadas a dicha situación, entre otras, la comprensión de un nuevo entorno, aprendizaje de nuevas habilidades y cultura, situaciones precarias en el plano residencial, jurídico y laboral, etc.

La mayoría de trabajos, realizados en diferentes contextos y con diferentes grupos culturales, obtienen resultados que permiten apoyar la hipótesis del estrés de aculturación. Por ejemplo en Israel, los trabajos realizados con personas de Etiopía y Rusia (Ponizovsky y cols., 1998) o sólo de Rusia (Ponizovsky y cols., 1999) demostraban que la población inmigrante manifestaba mayores niveles de estrés que la población autóctona.

En EEUU se han obtenido estos mismos resultados: la población asiática (Salgado de Snyder, Cervantes y Padilla, 1990) y la latinoamericana percibía más estrés que la autóctona (Cervantes, Salgado de Snyder y Padilla, 1989; Vega y cols., 1998), incluso manifiestan más estrés que las personas inmigrantes de segunda generación (Cuellar, Bastida y Braccio, 2004; Vega y cols., 1998). Sin embargo, las investigaciones realizadas con la segunda generación no siempre llegan a las mismas conclusiones. Hay que tener presente que la situación de esta población es variable, de modo que no siempre sus niveles de estrés son menores a los de la primera generación. Gil, Vega y Dimas (1994) comprobaron que los adolescentes de origen latino nacidos en EEUU, y que habían incorporado las dos culturas, tenían menos estrés que aquellos que habían tenido problemas con la integración, quienes sufrían niveles de estrés similares a la población inmigrante reciente.

Por último, en el ámbito europeo, son numerosas las investigaciones que avalan esta afirmación. En Dinamarca, las personas procedentes de la ex Yugoslavia, Irak, Irán, Líbano y Pakistán informaban de más eventos vitales y manifestaban mayores tasas de estrés que la población autóctona (Singhammer y Bancila, 2009). Estos mismos resultados se obtenían en Gran Bretaña con población asiática (Williams y Hunt, 1997; Williams y cols., 2007), en Alemania con mujeres árabes (Irfaeya y cols., 2008) y con población rusa (Kirkcaldy y cols., 2005), y en Noruega con la población procedente de Pakistán (Syed y cols., 2006). En este último trabajo se comprobó que estos niveles de estrés estaban explicados por diferentes variables en un grupo y en otro: la población pakistaní estaba sometida a más estresores económicos, sociales y tenía menos redes sociales que la autóctona.

Además, investigaciones realizadas en Canadá con población libanesa (Gaudet y cols., 2005) y en Dinamarca con varios grupos culturales han encontrado que el estrés diario es más agotador para la población inmigrante que para la autóctona, probablemente por los desafíos adicionales de ajuste a un nuevo entorno (Singhammer y Bancila, 2009).

Sin embargo, hay trabajos que confirman que no siempre se dan dichas diferencias en la percepción de estrés lo que hace que estos resultados se tomen con cautela. Por ejemplo, en un estudio realizado en Reino Unido con estudiantes de origen europeo, asiático y africano, se comprobó que los niveles de estrés eran similares a los de los estudiantes autóctonos (Amponsah, 2010). Aunque hay que tener presente que estos estudios están realizados con población estudiantil cuyas características son diferentes a las de la población inmigrante que sale de sus países sin una base de recursos mínimos.

2.2.3.2 Niveles de estrés en relación a su situación anterior

Los estudios que han trabajado sobre la influencia del proceso migratorio en el nivel de estrés han seguido diferentes procedimientos: han utilizado instrumentos para medir el cambio migratorio y lo han relacionado con el grado de estrés, o han realizado comparaciones entre las personas que han emigrado y las que permanecen en el país de origen.

En relación a los estudios que miden el grado de cambio o de aculturación y su vinculación con el estrés, los resultados son diversos y hay que tomarlos con cautela. En una revisión realizada por Koneru y colaboradores (2007) sobre las investigaciones de aculturación y salud mental, en las que se analizaban 14 trabajos que medían los niveles de estrés de población inmigrante de diferentes países, se encontraron resultados diversos. En algunos trabajos la aculturación se relacionaba con la percepción de alto estrés, en otros trabajos se vinculaba a bajos niveles de estrés, y por último, en otros trabajos no se encontraba ninguna asociación. Para estos autores la inconsistencia en los resultados se debía a la inexistencia de un consenso en la definición de la aculturación, y en consecuencia, a la utilización de diferentes instrumentos y criterios para medir dicho proceso.

Por este motivo, puede resultar más interesante y preciso analizar las diferentes variables incluidas en el proceso de aculturación y su vinculación a los diferentes niveles de estrés, algo que se tratará en el siguiente apartado.

Los trabajos que comparan la situación de las personas que están en origen con aquellas que han emigrado son menos comunes, probablemente por la dificultad de contactar con personas de un mismo grupo cultural que residen en dos contextos diferentes.

Una investigación llevada a cabo por Vega y colaboradores (1998) en EEUU con población procedente de México, comprobaron que la población inmigrante vivía eventos vitales similares a los que experimentaban las personas que residían en México, y que los niveles de estrés percibido eran iguales en los dos grupos. Sin embargo, en un estudio longitudinal realizado en Alemania en el que se estudiaban diferentes indicadores de ajuste psicológico y salud mental de inmigrantes de habla rusa, se utilizaba una muestra de población autóctona, otra de inmigrantes y otra de población rusa residente en origen. Los resultados revelaron que la población inmigrante mostraba mayores niveles

de estrés que la población que permanecía en el país de origen, unos resultados que se atribuían a los acontecimientos críticos que se viven en la migración (Kirkcaldy y cols., 2005).

2.2.4 Estrés de aculturación: Influencia del género y la cultura

El origen cultural y el género, como variables psicosociales tienen una gran influencia en los niveles de estrés, tanto en la población general como en la población autóctona. La multitud de investigaciones realizadas sobre la influencia de estas dos variables en la percepción y manifestación del estrés han obtenido diferentes resultados, aunque una gran mayoría defiende la existencia de un efecto del género y de la cultura.

2.2.4.1 Influencia del género en el estrés percibido

Los estudios realizados sobre estrés y género en la población general han demostrado que las mujeres muestran mayores niveles de estrés que los hombres (Caro, 2001; Cohen y Williamson, 1988; González y Landero, 2007; Remor, 2006; Remor y Carrobes, 2001). Estos hallazgos pueden generalizarse a los niveles de estrés que las mujeres y hombres muestran en los procesos migratorios.

La población inmigrante femenina es más vulnerable que los hombres porque está expuesta a más estresores (Ataca y Berry, 2002; Berry y Sam, 2006; Darvishpour, 2002; Dion y Dion, 2001; Raijman y Semyonov, 1997), lo que se materializa en mayores niveles de estrés. Así lo muestran investigaciones realizadas en Canadá (Berry y cols., 1987; Dion y Dion, 2001), en Israel (Raijman y Semyonov, 1997; Ritsner, Ponizovsky, Nechamkin y Modai, 2001), en EEUU (Cuellar y cols., 2004; Krishnan y Berry, 1992; Salgado de Snyder y cols., 1990), en Finlandia (Jasinskaja-Lahti y cols., 2006), en Reino Unido (Amponsah, 2010) y en Barcelona (Achotegui, 2002; Patiño y Kirchner, 2008).

Sin embargo, no todas las investigaciones realizadas con población inmigrante han encontrado resultados en esta dirección y concluyen que no siempre existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (Hovey y Magaña, 2000).

Partiendo del supuesto de que las mujeres manifiestan más estrés que los hombres, esta situación se podría describir por las mayores dificultades socioeconómicas a las que tienen que hacer frente en la nueva sociedad, por la mayor exposición a problemas asociados con la deprivación social, la sobrecarga de roles y los conflictos de valores (Aroian, Chiang y Chiang, 2003).

Respecto a las dificultades sociales y a la deprivación social se ha demostrado que la situación de la población inmigrante femenina en el ámbito social, asistencial, económico, laboral y legal, es de precariedad e inferioridad (Darvishpour, 2002; Dion y Dion, 2001; Raijman y Semyonov,

1997; Standing, 2000) y padecen con frecuencia una triple discriminación por ser extranjeras, mujeres y en muchos casos de otras étnias (Haberfeld, Semyonov y Cohen, 2000; Parella, 2003; Rajiman y Semyonov, 1997; Solé, 2000). Esta situación de desigualdad es más destacable en el área laboral. El puesto de trabajo conlleva muchas situaciones de clara discriminación no sólo en términos salariales, sino especialmente en las condiciones que viven, como son la ausencia de contrato, horas extras no pagadas, horarios exhaustivos, nocturnos y de fines de semana, que muestran la magnitud del problema (Bermúdez, 2004; Solé, 2000). En especial en las mujeres que migran con poco conocimiento del lenguaje que son las que más sufren los trabajos poco pagados, con horario prolongado y condiciones muy precarias (Haberfeld y cols., 2000; Rajiman y Semyonov, 1997). Aunque la mujer tenga una mayor participación en el trabajo productivo, sus ingresos siguen siendo inferiores a los de la población autóctona e inmigrantes masculinos (Hayfron, 2002). No se las considera como trabajadoras imprescindibles para el proceso productivo, sino substitutivas del trabajo masculino o del trabajo de mujeres autóctonas. De esta forma, se perpetúa la situación de discriminación que supone para muchas emigrantes trabajar en actividades no cualificadas o de cualificación inferior al nivel de formación que tienen (Solé, 2000).

En cuanto a la sobrecarga de roles, en los procesos migratorios es común que las mujeres inmigrantes adopten nuevas tareas y diferentes responsabilidades a las que tenían en su país de origen. Se sabe que el cambio y la sobrecarga de roles son estresores crónicos que explican la manifestación de estrés (Nicholson, 1997; Pearlin, 1989; Wheaton, 1996), una explicación que cobra mayor fuerza al tratar el ajuste psicológico de la población inmigrante, en la medida en que la emigración produce cambios en la estructura familiar, en los roles de sus miembros y en las condiciones económicas. Esta situación afecta en gran medida a las mujeres que asumen la jefatura del hogar, que tienen que gestionar las demandas del trabajo productivo y las responsabilidades domésticas, y, que se enfrentan a las dificultades de su familia y al desarraigo social (Mogollón y Vázquez, 2006). Cuando en el proceso migratorio la mujer es la única persona adulta, la búsqueda de un empleo pagado se ve limitada por la escasez de programas de cuidado de los hijos e hijas y por la imposibilidad de aumentar su nivel de educación y habilidades profesionales (Dion y Dion, 2001).

Estos cambios de roles se producen como consecuencia del proceso migratorio pero también están motivados por el contacto que se produce entre los valores de los dos países. Las sociedades tienen unas normas, valores y roles que regulan las funciones que hombres y mujeres tienen en cada entorno. El encuentro en un mismo escenario de diferentes formas de valorar y organizar la vida puede provocar cambios en los comportamientos de las personas. La negociación de expectativas y responsabilidades relacionadas con las funciones productoras y reproductoras es un cambio conflictivo que mujeres y hombres deben afrontar (Dion y Dion, 2001), y que pueden tener como consecuencia el cambio en las relaciones de género y de poder tradicionalmente establecidas.

En un estudio realizado en Suecia se encontraron mayores tasas de separación en la población inmigrante que en la autóctona, un hecho que se explicaba por el proceso de reajuste que

en la migración se da entre las estructuras tradicionales de familia y las relaciones entre hombres y mujeres (Darvishpour, 2002). Los cambios más grandes se producían en las familias donde la mujer inmigrante conseguía posiciones más igualitarias respecto al hombre: mujeres inmigrantes amas de casa que tenían oportunidad de disminuir su dependencia de sus compañeros, prosiguiendo con su educación y entrando en el ámbito del trabajo productivo.

Sin embargo, la búsqueda de trabajo externo no siempre responde al deseo de conseguir valores igualitarios. Estudios realizados con población latinoamericana en EEUU demuestran que la implicación de la mujer en el sector laboral corresponde a necesidades financieras y de mantener la integridad familiar y no para cambiar la división desfavorable entre las esferas privadas y públicas (Fernández-Kelly, 2005; Jones-Correa, 1998). En estos casos para poder equilibrar el trabajo productivo con el cuidado del hogar, las mujeres priorizan los trabajos cercanos a su casa aunque la paga sea inferior (Jones-Correa, 1998).

La búsqueda de ocupaciones de poco tiempo y/o estatus (Semyonov y Lewin-Epstein, 1991) o incluso la decisión de dedicación completa al cuidado de la familia (Raijman y Semyonov, 1997), también se realiza para no crear conflictos con los roles de género. Estas acciones se dan en mayor medida en las mujeres inmigrantes que provienen de sociedades más tradicionales, como puede ser la asiática (Raijman y Semyonov, 1997). Aunque de este modo eviten la renegociación de las obligaciones y responsabilidades, y en último término posibles conflictos de roles, no están exentas de sentir malestar y manifestar estrés. Una investigación realizada en Alemania con mujeres árabes, ha mostrado que la mayoría de las mujeres que se quedan en casa presentan estrés como consecuencia de la soledad que sufren porque su pareja pasa mucho tiempo en el trabajo y/o por el reducido círculo de amistades que poseen (Irfaeya y cols., 2008).

Por otro lado, cuando las mujeres de estas sociedades más tradicionales se ven obligadas a buscar trabajo remunerado, su situación es peor a la de otras mujeres inmigrantes porque su nivel de estudios es bajo y no tienen preparación para el mundo laboral. Esta situación se produce porque en la sociedad de origen no se contempla a la mujer como agente activo y en consecuencia, no se fomenta su educación y preparación (Haberfeld y cols., 2000). Circunstancias que perpetúan todavía más las condiciones precarias y las situaciones de discriminación.

2.2.4.2 Influencia de la cultura en el estrés percibido

En relación a los estudios que se han centrado en las respuestas de las personas que migran a otras sociedades, se han encontrado diferencias en la percepción de estrés en función del grupo cultural de pertenencia. Berry y Annis (1974) realizaron un trabajo con tres grupos culturales en tres contextos diferentes y comprobaron que en los tres grupos manifestaban estrés, sin embargo, el nivel variaba de unos grupos a otros. En aquellos en los que el estilo de vida discrepaba en mayor medida con la sociedad receptora se observaban mayores niveles de estrés.

Trabajos posteriores realizados en diferentes países han constatado las diferencias existentes en la percepción de estrés a través de los grupos culturales. En Finlandia las personas procedentes de países árabes manifestaban más estrés que la población finesa repatriada, la albanesa o la somalí (Jasinskaja-Lahti y cols., 2006). En EEUU las familias nicaragüenses percibían más estrés que las familias cubanas (Gil y Vega, 1996). En Rusia, con población estudiante, el grupo de personas de Corea del Norte eran las que más estrés percibían, seguidas de la chinas, árabes y en último lugar, las personas de la antigua Unión Soviética (Galchenko y van de Vijver, 2007).

Estos resultados tienden a confirmar la influencia de la distancia cultural. Diversos trabajos defienden que las personas que proceden de países con una alta distancia cultural respecto a la sociedad receptora y/o que perciben dicha distancia cultural, manifiestan más estrés que aquellas que tienen o perciben una menor distancia cultural (Berry y Kim, 1987; Berry y Sam, 2006; Furnham y Bochner, 1982; Galchenko y van de Vijver, 2007; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Ritsner y cols., 1996; Smith y Bond, 2003; Ward y Kennedy, 1999; Ward, 1996).

Las explicaciones ofrecidas a estos resultados versan sobre las diferentes situaciones, tanto en cantidad como en grado de dificultad, a las que tienen que hacer frente las personas en función de su origen cultural, así como a las diferencias en el trato y en las actitudes que perciben de la sociedad receptora.

En la población inmigrante, el hecho de pertenecer a una cultura u a otra supone vivir y enfrentarse a diferentes situaciones. Cuanto más cercana sea culturalmente una población al país receptor menos extraña va a encontrar la nueva sociedad. En este sentido se ha comprobado que el estrés se relaciona con la percepción de diferencias en las creencias y valores de las dos sociedades (Miranda y Matheny, 2000; Padilla, Cervantes, Maldonado y García, 1988), con un conocimiento limitado sobre el país receptor (Kurman y Ronen-Eilon, 2004), con tener la necesidad de aprender habilidades sociales (Ward y Kennedy, 1993; 1999), de saber la lengua autóctona y los estilos comunicativos adecuados (Gudykunst y cols., 1996), así como de conocer las nuevas costumbres y códigos culturales (Smart y Smart, 1995). Una serie de aspectos que se hacen más dificultosos cuantas más diferencias haya entre las sociedades en contacto.

Sin embargo, aunque la cercanía entre los países en contacto sea grande, las dificultades que conlleva el proceso migratorio hacen que las personas no estén exentas de percibir la situación como estresante. Muestra de ello es la población latinoamericana que emigra a España que aunque mantenga raíces culturales y religiosas similares a la sociedad receptora y una lengua común manifiesta síntomas de estrés (Cuéllar, 2002).

Por otro lado, en la medida en que la migración conlleva un contacto intercultural, es de especial relevancia analizar las actitudes que la población autóctona muestra hacia la inmigrante. Se ha demostrado que la percepción de discriminación es una de las variables que más explica la manifestación de estrés (Berry y cols., 2006), y que la expresión de actitudes negativas por parte de

la población inmigrante depende del grupo cultural que se esté evaluando (Nesdale y Mak, 2003; Van Oudenhoven y Eisses, 1998). En general, se prefieren a las personas que se ven culturalmente más cercanas a la propia cultura (Dandy y Pe-Pua, 2010) y estas preferencias se ven reflejadas en las diferentes actitudes de aculturación y grados de discriminación que las personas autóctonas muestran hacia la población inmigrante. En general, aunque varía dependiendo del país, los grupos procedentes de Europa o de países desarrollados son mejor aceptados, los asiáticos y latinos ocupan posiciones intermedias en esta jerarquía, y en las posiciones menos valoradas se encuentran los gitanos y los magrebíes (Navas y Cuadrado, 2003).

Para finalizar con este apartado y poder realizar una comparación justa entre las personas autóctonas e inmigrantes, se debe conocer el nivel de estrés que la población inmigrante tiene cuando reside en su país. Sólo de este modo se podrá saber si las puntuaciones son consecuencia del proceso migratorio o si corresponden a las puntuaciones características de un determinado grupo cultural.

Para obtener una respuesta a este dilema es necesario recurrir a las investigaciones que comparan las puntuaciones de unos países con otros. En este sentido, Matheny ha participado en una serie de trabajos en los que ha comparado los niveles de estrés de estudiantes de diferentes países (Matheny y cols., 2002; Matheny y cols., 2008). La utilización de muestras de estudiantes garantiza que se comparen sectores de la población con características similares y de este modo haya un mayor control de las variables extrañas que pueden interceder en los resultados. Las conclusiones de algunos de estos trabajos revelan que no existen diferencias en los niveles de estrés entre los estudiantes de EEUU y Turquía (Matheny y cols., 2002) y entre los estudiantes de EEUU y México (Matheny y cols., 2008). Aunque se presente necesario una revisión más profunda para llegar a una conclusión clara sobre este tema.

2.2.5 Factores predictores del estrés

La transición de una sociedad a otra implica una serie de estresores que provocan cambios vitales que requieren reajustes y respuestas de afrontamiento (Ward y cols., 2001). Desde los modelos teóricos sobre la aculturación se han propuesto variables que explican los diferentes niveles de estrés (Berry, 1997; Berry y Annis, 1974; Berry y cols., 1987; Beiser, 1999; Ward y cols., 2001).

Es importante destacar, que en las investigaciones revisadas los factores predictores del estrés no siempre han sido los mismos. Asimismo, se ha observado que la influencia de determinadas variables ha cambiado de unos trabajos a otros: en algunos no eran explicativas, mientras que en otros podrían aparecer como factores de riesgo o protectores del estrés. Todo esto, nos muestra que la explicación del estrés manifestado por la población inmigrante es un proceso complejo que varía en función del contexto y de los grupos culturales que estén implicados. Las

inconsistencias en los resultados obligan a seguir estudiando estos procesos y contactos intergrupales (Guarnaccia y Lopez, 1998).

2.2.5.1 Factores sociodemográficos asociados al estrés

En la población inmigrante la relación entre las características sociodemográficas y los niveles de estrés se describe a partir de variables como la edad, el estado civil y la situación familiar, además del género y el origen cultural que serán descritos en otro apartado.

En relación a la **edad**, diferentes estudios han mostrado que las personas más jóvenes son las que menos estrés manifiestan (Gil y Vega, 1996; Hovey y King, 1996; Irfaeya y cols., 2008; Jasinskaja-Lahti, Liebkind y Perhaniemi, 2006; Ritsner y Ponizovsky, 2003; Sam, 2000; Suárez-Orozco, 2000). Las diferentes características y condiciones de vida que se asocian a las diversas etapas evolutivas podrían explicar estos resultados. Ritsner y Ponizovsky (2003) comprobaron que en la población más joven el estrés correlacionaba con los cambios climáticos y la ansiedad hacia el futuro, en las personas de mediana edad con la baja educación, ser mujer, el desempleo y el tiempo de permanencia, y finalmente en la población mayor con tener una residencia hostil en la sociedad receptora y con diferentes estados civiles como la soltería, la viudedad o la separación.

Relacionado con la edad, el **estatus generacional** también influye en la percepción del estrés. En un estudio realizado en EEUU con población latinoamericana comprobaron que las personas jóvenes de segunda y consecuentes generaciones manifestaban menos estrés que las personas mayores y que las primeras generaciones (Cuellar y cols., 2004; Hovey y King, 1996). Sin embargo, en otros estudios se ha comprobado que las segundas generaciones al tener resueltas las necesidades básicas y tener más tiempo para pensar en los procesos migratorios familiares, manifiestan más estrés que las primera generaciones (Furnham y Shiedh, 1993). Estos resultados también se pueden dar por los problemas de integración (Gil y cols., 1994).

Sin embargo, en otros estudios se ha comprobado que las segundas generaciones pueden mostrar más estrés si se dan problemas de integración (Gil y cols., 1994), o por el contrario, si al tener resueltas las necesidades básicas, tienen más tiempo para pensar en las consecuencias que la migración ha tenido en su familia (Furnham y Shiedh, 1993).

Las personas que están **casadas o conviven con una pareja** manifiestan menos estrés que las que no tienen pareja (Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Ritsner y cols., 1996). Por lo general, estas personas tienen mayor apoyo social y pueden compartir las responsabilidades familiares y laborales, lo que evita la sobrecarga de roles (Ritsner y cols., 1996). Sin embargo, la situación civil no siempre influye en los niveles de estrés (Furnham y Shiedh, 1993).

Para finalizar con los aspectos sociodemográficos, se ha comprobado que las mujeres que tienen **hijos o hijas** a su cargo manifiestan más estrés de aculturación (Irfaeya y cols., 2008). Del mismo modo, los conflictos que pueden surgir entre padres e hijos e hijas (Gil y Vega, 1996) o con la familia en general (Patiño y Kirchner, 2008) se asocian al estrés de aculturación.

2.2.5.2 Factores premigratorios asociados al estrés

Las características personales o situacionales anteriores al proceso migratorio, influyen en las oportunidades y en la situación que la población inmigrante vive en la sociedad receptora (Goldlust y Richmond, 1974), y en consecuencia, en sus niveles de estrés. El motivo migratorio, el conocimiento de la sociedad y del idioma, el nivel educativo y las expectativas sobre el nuevo país, son algunas de las variables premigratorias que explican los niveles de estrés.

En relación al **motivo migratorio** y al **estatus de inmigrante**, las diferentes circunstancias y razones por las que han dejado el país de origen tienen un papel importante para entender los diferentes niveles de tensión. Aunque no existan conclusiones claras, parece que la migración voluntaria, ya sea por motivos económicos, profesionales, formativos u oportunidades de aventura, se vinculan a respuestas proactivas y mayor disposición al cambio que las personas que han migrado de una forma involuntaria, por presiones políticas, religiosas o conflictos étnicos (Berry y cols., 1987; Berry, 1997; Berry y Sam, 2006; Simich, Beiser y Mawani, 2003; Vega y cols., 1987). Se ha comprobado que las experiencias de los traumas vividos en el país de origen afectan a la mayor percepción de estrés (Allodi, 1991; Beiser, 1999; Nicholson, 1997). Sin embargo, esta relación no siempre es lineal y las personas que migran de una forma voluntaria pueden manifestar altos niveles de estrés (Berry y Sam, 2006).

Además de tener en cuenta el motivo migratorio, hay que tener presente el **momento evolutivo** en el que comienza el proceso migratorio (Khuwaja, Selwyn, Kapadia, McCurdy y Khuwaja, 2007; Sam, 2000; Suarez-Orozco, 2000). Así, las personas que dejan su país cuando están en primaria o en secundaria tienen menos dificultades que la gente mayor, debido a que no han finalizado su proceso de socialización y son culturalmente más flexibles. Sin embargo, las personas que migran en la adolescencia tendrían más problemas, que se asocian a los conflictos propios de la edad.

El **nivel educativo** correlaciona negativamente con la manifestación de estrés (Berry y cols., 1987; Berry y Sam, 1997; Irfaeya y cols., 2008; Krishnan y Berry, 1992; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006). Estos resultados pueden deberse a que en muchas ocasiones las personas para realizar sus estudios tienen que trasladarse a otros países, por lo tanto, existen experiencias migratorias previas que pueden facilitar el proceso actual. Además, generalmente las personas con mayor nivel educativo poseen más recursos intelectuales, económicos y sociales para afrontar los cambios (Berry y cols., 1987; Krishnan y Berry, 1992). La educación se considera un recurso personal para analizar y

solucionar los problemas y contribuir a las respuestas adaptativas. Además, también ofrece más habilidades para el aprendizaje y la adaptación a los nuevos valores, normas y lenguaje de la nueva sociedad (Berry y Sam, 1997).

Unido a estos aspectos, el **conocimiento de la lengua**, una variable encuadrada entre el conocimiento previo y el posterior a la migración porque puede existir un conocimiento anterior que mejora en el país receptor, es clave para el proceso de aculturación (Berry y Sam, 1997). Las barreras del lenguaje, así como la necesidad de aprender un nuevo idioma, indican niveles altos de estrés en la población inmigrante (Casas y Vasquez, 1989; Chen, Benet-Martínez y Bond, 2008; Hovey y Magaña, 2000; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Khuwaja y cols., 2007; Miranda y Matheny, 2000; Silveira y Allebeck, 2002). A la necesidad que tiene el manejo del nuevo idioma, se une la importancia de mantener y practicar la lengua materna. Krishnan y Berry (1992) comprobaron que para la población inmigrante es importante controlar la nueva lengua y mantener la propia, porque eso les permite comunicarse con las personas de ambas sociedades, concluyendo que lo realmente estresante es el no poder entenderse con alguno de los grupos culturales. Para las primeras generaciones las dificultades se identifican en el contacto con la sociedad receptora, mientras que en las siguientes generaciones, las complicaciones se localizan en el contacto con la población de origen cuando no se maneja con fluidez la lengua de sus antecesores. Es muy común que las segundas y terceras generaciones realicen funciones de intérpretes para su familia (Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 2001).

Estas diferencias de lenguaje intergeneracionales crean conflictos cuando los hijos e hijas se niegan a hablar la lengua materna, cuando emplean la nueva para manipular a sus progenitores, o cuando los padres les obligan a hablar una lengua en detrimento de la preferida (Vega, Khoury, Zimmerman, Gil, y Warheit, 1995).

Por último, las **expectativas** que las personas tienen previas a la migración sobre su situación en la sociedad receptora y sobre sus planes, pueden influir en los niveles de estrés cuando la realidad no corresponde a lo esperado (Beiser, 1999; Berry, 1997; Bhugra y Bhui, 2001). No tener expectativas positivas sobre el futuro también correlaciona con el estrés (Hovey, 2000).

2.2.5.3 Factores postmigratorios asociados al estrés

Los factores de la situación postmigratoria que influyen en los niveles de estrés pueden agruparse en aquellas variables que delimitan la integración socioeconómica, aquellas sobre la experiencia como minoría étnica y las que definen las características de las redes sociales.

- **Factores de integración socioeconómica**

Algunas de las variables que describen la integración socioeconómica de la población inmigrante y que se vinculan con los diferentes niveles de estrés son el tiempo de permanencia, la situación jurídica, laboral y de residencia, el grado de dependencia social, y, los cambios laborales y familiares que se producen tras la migración.

En relación al **tiempo de permanencia** en la sociedad receptora existen trabajos que indican que el nivel de estrés se reduce con el paso de los meses (Gil y Vega, 1996; Irfaeya y cols., 2008; Khuwaja y cols., 2007; Zheng y Berry, 1991). Sin embargo, el comportamiento de esta variable depende de los resultados que las personas inmigrantes obtengan en el nuevo entorno. Si el proyecto migratorio avanza positivamente, con el tiempo se reducen los niveles de estrés, sin embargo, si con el paso de los días la situación se complica o se estanca, el tiempo se relaciona directamente con la manifestación de estrés (Ritsner, Ponizovsky y Ginath, 1997; Ponizovsky, Ritsner y Modai, 2000). Estos autores afirman que el tiempo incide en el número, intensidad y frecuencia de los síntomas de estrés observándose tres patrones de respuesta: negativo, cuando el número, severidad y frecuencia de los estresores aumenta con el tiempo; positivo, cuando los estresores se reducen en número y en intensidad; y evolución "normal", que se caracteriza por la reducción del estrés dentro de unos niveles que se consideran estándares para la situación que están viviendo (Ponizovsky y cols., 2000).

En cuanto a la **situación jurídica**, la falta de permisos puede resultar un estresor cotidiano importante que incide en los niveles de estrés (Finch y Vega, 2003; Finch, 2003; Hiott y cols., 2008). Las personas sin permiso de residencia y de trabajo sufren mayor número de estresores (Caplan, 2007). Además, a las condiciones de mayor injusticia que pueden vivir las personas indocumentadas, hay que añadir el estrés que se genera por el miedo a ser deportadas (Cuellar, 2000). Sin embargo, no en todas las investigaciones se ha encontrado un efecto positivo de la indocumentación en el estrés: en la población latinoamericana residente en Barcelona el estatus legal no influía en el estrés percibido (Patiño y Kirchner, 2008).

El **desempleo** es un factor estresor para la población autóctona y especialmente para la población inmigrante (Beiser, 1999; Beiser y Hou, 2006; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Martínez-Taboada y cols., 2008; Singhammer y Bancila, 2009; Thomas, 1995). En el **ámbito laboral** existen diferentes condiciones que aumentan los niveles de estrés de la población inmigrante como la incertidumbre de tener que buscar un trabajo (Hovey, 2001; Hovey y Magaña, 2000), las situaciones precarias y de explotación laboral (Hiott y cols., 2008; Hovey y Magaña, 2000; Kim-Godwin, 2004; Magaña y Hovey, 2003; Parra-Cardona y cols., 2006), así como el bajo sueldo (Hovey, 2000).

La **vivienda** es otro de los problemas que padecen las personas inmigrantes y que puede influir en la percepción de estrés (Achetegui, 2008). La incertidumbre sobre la búsqueda de alojamiento (Martínez-Taboada y cols., 2008) y las pobres condiciones de las viviendas como el

hacinamiento, la poca salubridad, los precios abusivos, etc., (Hovey y Magaña, 2000) se relacionan con altos niveles de estrés.

En el proceso de adaptación, las personas se encuentran con diferentes dificultades y su grado de vulnerabilidad varía, lo que hace que su afrontamiento de la situación sea distinto. En este sentido hay personas que utilizan los recursos asistenciales que ofrecen las instituciones de la sociedad receptora mientras que otras autogestionan sus necesidades, definiendo así diferentes **grados de dependencia social** (Martínez-Taboada y cols., 2008). Se ha comprobado que las personas que son autónomas socialmente manifiestan menos estrés que las que participan en programas de inserción sociolaboral o las que recurren a instituciones sociales.

Para terminar con este apartado, hay que tener presente que las condiciones sociales y económicas de la sociedad receptora pueden afectar a los roles tradicionales que las personas inmigrantes tenían en sus países de origen. La **redefinición de los roles familiares y laborales** de las mujeres y hombres inmigrantes se relaciona con la manifestación de estrés, siendo éste más elevado cuanto mayor es el cambio (Nicholson, 1997). Por ejemplo, en el ámbito laboral, el hecho de trabajar en categorías inferiores al nivel de preparación y al puesto ocupado en el país de origen se relaciona con la manifestación de estrés. Por otro lado, en el entorno familiar el cuidado de los hijos e hijas, la carencia de guarderías y la preocupación por la educación, se convierten en estresores que reflejan la sobrecarga de roles de las personas, sobre todo mujeres, que tienen que gestionar las obligaciones del trabajo productivo y reproductivo (Ataca y Berry, 2002; Hovey y Magaña, 2000). Y otro tipo de cambio de rol que se produce en el seno familiar, iría vinculado a la mayor independencia e igualdad que consiguen las mujeres respecto a sus parejas cuando trabajan fuera de casa, y que en la mayoría de los casos se asocia a conflictos y a situaciones estresantes (Ataca y Berry, 2002).

- **Factores de identidad étnica y experiencia migratoria**

Las variables relacionadas con la identidad étnica y con la experiencia de la población inmigrante como grupo minoritario, y su relación con el estrés se analiza a partir de las estrategias de aculturación, la identificación con el país de origen y receptor, y la discriminación percibida.

En relación a las **estrategias de aculturación** los estudios realizados revelan que la separación y la marginalización se relacionan con altos niveles de estrés mientras que la integración se asocia a menor estrés (Basabe y cols., 2009; Berry y cols., 1987; Chen, Benet-Martínez y Bond, 2008; Krishnan y Berry, 1992). Las personas que optan por la asimilación también muestran niveles de estrés pero éstos no son significativos (Krishnan y Berry, 1992). Se ha comprobado que el estrés se manifiesta cuando existe un bajo deseo de mantener relaciones positivas con la sociedad receptora (Berry y Annis, 1974).

En esta línea, tanto la **identificación con el país de origen** (Chen y cols., 2008; Ward y Kennedy, 1993; Ward, 1996) como con el **país receptor** (Ward y Kennedy, 1993; Ward, 1996) actúan como mecanismos de adaptación ante el estrés. En relación con la identificación, en un estudio realizado en Alemania con mujeres árabes encontraron que aquellas que se sentían mal por el hecho de ser inmigrantes manifestaban altos niveles de estrés (Irfaeya y cols., 2008).

La **percepción de discriminación** por parte de la población autóctona se vincula a altos niveles de estrés, resultados que se han obtenido en diferentes contextos, con diversos grupos culturales y en todas las franjas de edad (Gaudet y cols., 2005; Finch, Kolody y Vega, 2000; Fisher, Wallace y Fenton, 2000; Landrine y Klonoff, 1996; Hovey y Magaña, 2000; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Liebkind y Jasinskaja-Lahti, 2000a; Noh y Kaspar, 2003; Patiño y Kirchner, 2008; Ward y cols., 2001). Recientemente en una investigación internacional realizada con 5000 jóvenes inmigrantes se ha comprobado que el prejuicio y la discriminación tienen un impacto negativo en la capacidad de adaptación y representa uno de los factores más significativos en la explicación del estrés de la población inmigrante (Berry, Phinney, Sam, y Vedder, 2006).

- **Factores de redes sociales y familiares**

Las redes sociales y familiares se refieren a los niveles de contacto que mantienen con su grupo de origen y con la población autóctona, así como el apoyo que perciben de estos grupos culturales. También se analiza el efecto que puede tener el estar separado de la familia en la explicación del estrés.

El **contacto** con la población autóctona facilita la adaptación al nuevo entorno y correlaciona negativamente con el estrés, siempre que dicho contacto sea positivo (Berry y cols., 1987; Ward y Kennedy, 1999; Ward y cols., 2001). Además de la cantidad y tipo de relación que las personas tienen en el momento de la entrevista, Berry y Bondel (1982) encuentran que el contacto previo con la sociedad receptora disminuye los niveles de estrés.

En la misma dirección, el **apoyo social** media entre el proceso de aculturación y el estrés convirtiéndose en un factor protector (Berry y cols., 1987; Finch, 2003; Martínez, García y Maya, 1999; Noh y Kaspar, 2003), sobre todo en las personas refugiadas (Simich y cols., 2003), de modo que la pérdida de la red de apoyo social es un factor de riesgo en la manifestación de estrés (Hovey, 2001; Navara y James, 2005; Vega, Kolody, Valle y Weir, 1991). La relación estrecha con personas de la sociedad de acogida, amortigua el estrés aculturativo (Ward y Kennedy, 1999). Aunque al mismo tiempo se ha constatado que es difícil para los inmigrantes entablar relaciones de amistad con los nativos (Moghaddam, Taylor y Wrigth, 1993).

Pero no siempre el apoyo percibido se asocia a bajos niveles de estrés. En algunas investigaciones no han encontrado una función protectora del apoyo social (Graves y Graves, 1985;

Zimmerman, Ramírez, Zapert y Maton, 2000) o sólo se detecta cuando el estrés es bajo (Ritsner y cols., 2000).

Si el contacto y el apoyo percibido con la población autóctona es importante, las **redes familiares** y de personas cercanas no son menos. La lejanía de los familiares y amigos y la consecuente reducción del apoyo social correlacionan positivamente con niveles altos de estrés (Hovey, 2000; Hovey y Magaña, 2000; Kim-Godwin, 2004; Magaña y Hovey, 2003; Parra-Cardona y cols., 2006; Rivera, 2007; Vega y cols., 1991).

Relacionado con la percepción de apoyo estaría el hecho de tener a personas de la familia cerca y los diferentes niveles de **cohesión familiar**. Por lo general, la mayor cohesión de la familia reduce los niveles de estrés (Gil y Vega, 1996; Hovey y King, 1996; Rivera y cols., 2008), sin embargo Miranda y Matheny (2000), en contra de las hipótesis que se habían planteado, hallaron que la cohesión aumentaba los niveles de estrés. Estos últimos resultados los explicaban por existir una posibilidad de no haber utilizado una medida adecuada o, porque la cohesión era moderada, sugiriendo que la disminución de estrés se produce cuando la unión es alta.

3 BIENESTAR SUBJETIVO: SATISFACCIÓN CON LA VIDA

En el estudio del ajuste psicológico de la población inmigrante, se ha medido el grado de estrés que manifiestan ante los cambios y dificultades de la migración, una medida que refleja la tensión que viven las personas en el proyecto migratorio. Sin embargo, este análisis sólo contempla la parte negativa de la migración y describe el ajuste psicológico a partir del grado de sufrimiento de las personas. Sin duda, se está tratando un proceso que conlleva grandes cambios, pérdidas y dificultades, pero se debe tener en cuenta que la migración es un proyecto en el que se buscan nuevas oportunidades, y por tanto, su estudio debe completarse con la medición de alguna variable que analice los aspectos positivos y de satisfacción de las personas inmigrantes. En este sentido, en este apartado se va a trabajar sobre el concepto de bienestar.

El bienestar se estudia desde la perspectiva de la psicología, y en concreto, desde la psicología social. Para ello, se parte de la clasificación que Ryan y Deci (2001) han propuesto sobre el bienestar, en la que diferencian el bienestar psicológico o eudaimónico del bienestar subjetivo o hedonista.

Aunque a continuación se hace una breve mención a las dos perspectivas, en este trabajo se van a utilizar las medidas y conocimientos sobre el bienestar subjetivo, concretamente sobre la satisfacción con la vida.

3.1 Introducción al concepto de bienestar

Encontrar una única definición para describir qué es el bienestar resulta complicado si se tiene en cuenta la importancia de este constructo en la investigación social y la proliferación de términos. Centrándonos en la psicología social, a partir de los trabajos realizados en los últimos años y de las diferentes concepciones sobre el bienestar, se han propuesto dos tendencias, el bienestar hedonista y el bienestar eudaimónico (Ryan y Deci, 2001).

La *perspectiva hedonista* tiene una amplia presencia en la historia en general, y gran tradición en la psicología (Ryan y Deci, 2001). Conocida también como bienestar subjetivo (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002), se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que alcanzan cuando evalúan su existencia.

Se ha equiparado con la felicidad y se ha vinculado a tres componentes, los afectos positivos, los afectos negativos y la satisfacción con la vida (Andrews y Withey, 1976; Diener y Lucas, 1999). Los dos primeros elementos engloban la parte afectiva o emocional del constructo mientras que la satisfacción con la vida se refiere a aspectos de juicio cognitivo (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). En función de estos aspectos, la felicidad sería el bienestar que experimentan las personas cuando sienten más emociones agradables y pocas desagradables, cuando están comprometidas con actividades interesantes y cuando están satisfechas con sus vidas. Lo central es entonces la propia evaluación que la persona hace de su vida (Diener, 2000).

La parte emocional y la satisfacción con la vida se corresponden con diferentes marcos temporales del bienestar subjetivo: la primera es un balance de los afectos positivos y negativos que provoca una experiencia inmediata mientras que la satisfacción es un juicio, una medida a largo plazo de la vida de una persona (Díaz y cols., 2006). Por este motivo, aunque existe una importante correlación entre las dos dimensiones, en algunos trabajos se considera que estos componentes del bienestar subjetivo son elementos independientes y deben estudiarse por separado (Andrews y Withey, 1976; Diener y cols., 1999; Lucas, Diener y Suh, 1996).

Para Pavot y Diener (1993) existen tres motivos que justifican esta diferenciación: en primer lugar, las personas pueden evitar las reacciones emocionales negativas aunque reconozcan los aspectos indeseables de su vida; en segundo lugar, la satisfacción con la vida es una evaluación a largo plazo mientras que las reacciones afectivas suelen ser de corta duración y se activan ante un estímulo inmediato; y por último, la evaluación sobre las circunstancias de la vida puede reflejar valores y objetivos conscientes, y las emociones pueden estar reflejando más estados inconscientes.

La *perspectiva eudaimónica*, o bienestar psicológico (Keyes y cols., 2002), se refiere al bienestar distinguiéndose de la felicidad, per se (Ryan y Deci, 2001). Es una tradición más reciente y ha centrado su interés en el desarrollo personal, en el estilo y la manera de afrontar los retos vitales,

en el esfuerzo y en el afán por conseguir las metas planteadas (Blanco y Díaz, 2005). Esta tendencia defiende que no todos los deseos cuando se cumplen logran que las personas sientan bienestar (Ryan y Deci, 2001).

El bienestar psicológico se entiende como el funcionamiento personal y estudia el potencial individual sobre la vida y la autorrealización. Ryff y su equipo son quienes más han trabajado en esta línea de investigación (Ryff, 1989a, 1989b), proponiendo 6 dimensiones para el estudio del bienestar psicológico: autoaceptación y visión positiva del yo, relaciones positivas con otras personas, autonomía personal, dominio del entorno, visión con propósito en la vida y crecimiento o desarrollo personal.

Tanto la tradición hedónica como la eudaimónica engloban valores que realzan la capacidad humana para examinar el bienestar (Keyes y cols., 2002). Representan dos concepciones interesadas en el mismo proceso psicológico, es decir en la investigación de la naturaleza y promoción del bienestar, pero que utilizan diferentes indicadores personales, contextuales y culturales para medirlo (Ryan y Deci, 2001). Mientras la tradición del bienestar subjetivo ha mostrado especial interés en el estudio de los afectos y la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo (Díaz y cols., 2006).

3.2 Satisfacción con la vida

El estudio del bienestar de la población inmigrante se va a realizar a partir de indicadores de la orientación hedónica o bienestar subjetivo, en concreto del grado de satisfacción con la vida de las poblaciones elegidas.

Esta medida permite obtener información sobre un estado de bienestar estable en el tiempo y tener acceso al plano cognitivo, a la evaluación que cada persona hace de su situación en función de sus criterios. Se considera que la obtención de información sobre una percepción más o menos duradera de la satisfacción en base a los criterios establecidos por cada persona, es especialmente relevante cuando se trabaja con población inmigrante: una población con muchas expectativas, planes, esperanzas y deseos de logros; con puntos de vista que pueden diferir de los nuestros; y, con valores, preferencias y necesidades diferentes.

3.2.1 Definición de bienestar subjetivo: satisfacción con la vida

Los términos bienestar subjetivo, satisfacción con la vida y felicidad se han utilizado de modo equivalente, en la medida en que los tres hacen referencia a un sentimiento emocional básico sobre

la evaluación global de la calidad de la vida personal (Veenhoven, 1994). Sin embargo, es importante distinguir entre la felicidad, que sería una respuesta afectiva transitoria, y la satisfacción con la vida, que sería un juicio cognitivo a largo plazo (Diener, 1995; Campbell, Converse y Rodgers, 1976).

La satisfacción con la vida se entiende como una evaluación global que la persona hace sobre su vida (Pavot, Diener, Colvin y Sandvik, 1991), y supondría una ventaja sobre el bienestar subjetivo y la felicidad, que se centran en los sentimientos y emociones manifestadas en un momento determinado (Veenhoven, 1994). En la satisfacción con la vida, las personas examinan los aspectos tangibles de la vida, sopesan lo bueno contra lo malo, y, lo comparan con un estándar o criterio anteriormente elegido (Shin y Johnson, 1978), llegando así a un juicio final (Pavot y cols., 1991). En este proceso, los juicios son el resultado de los criterios y las evaluaciones que realizan las personas implicadas. Por tanto, la satisfacción con la vida es uno de los indicadores de la calidad de vida realizada y junto con los indicadores de salud física y mental, muestra lo bien que se encuentra la gente (Veenhoven, 1994).

El autocriterio o establecimiento de un estándar personal es especialmente importante porque es la propia persona la que lo establece y no se trata de un modelo impuesto desde fuera (Atienza y cols., 2000), lo que permite evitar los sesgos que puedan introducir el equipo investigador o ciertos aspectos del contexto.

Para Argyle (1987) aunque se haya probado la existencia de un factor general de satisfacción global, ésta puede dividirse en campos específicos, como la satisfacción en el trabajo, con la salud o con la realización personal. Sin embargo, Diener (1984) defiende que las investigaciones sobre la satisfacción con la vida se deben centrar en los juicios subjetivos que hace la persona sobre su propia vida. Por tanto, en lugar de sumar la satisfacción a través de dominios específicos para obtener una media de la satisfacción general, es necesario preguntar por una evaluación global sobre la vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Esto puede resultar especialmente relevante al trabajar con personas de diferentes culturas y/o inmigrantes, si tenemos en cuenta que no siempre las exigencias y expectativas son las mismas, y sabiendo que son muchos los estresores que inciden en su situación, muchas veces difíciles de acotar. Poder hacer una evaluación global, permite conocer el estado general de la persona, y evitar la falta de información que puede derivarse de preguntar sólo por determinados ámbitos.

Diener y su equipo (1985) crearon un instrumento para medir la satisfacción vital que permitía comparar lo conseguido o sus logros, con lo que la persona esperaba obtener o sus expectativas. Por otro lado, este instrumento solucionaba las insuficiencias detectadas en otros instrumentos como son la existencia de un único ítem, que fueran apropiados sólo para poblaciones de la tercera edad o que incluyeran otros factores además de la satisfacción. El instrumento final, consistía en una escala multi-ítem para medir la satisfacción vital, un instrumento que mostró buenas propiedades psicométricas.

3.2.2 Satisfacción con la vida en la población inmigrante

Como se ha mencionado a lo largo del trabajo, el proceso migratorio está unido a multitud de cambios y acontecimientos que influyen en la vida de las personas y que en ocasiones se vinculan con niveles de estrés. Sin embargo, el hecho de que la inmigración esté unida a una serie de dificultades, no quiere decir que la población inmigrante esté descontenta con su proyecto migratorio o que deba contemplarse una relación estrecha entre la inmigración y el malestar.

Entender el bienestar de la población inmigrante como el grado de satisfacción que tienen con su vida, supone tener en cuenta la valoración que realizan entre las expectativas o lo esperado y los logros obtenidos. En este sentido, se podría pensar que si las dificultades del proceso migratorio formaban parte de lo esperado, y que si lo logrado corresponde o supera lo esperado, las personas inmigrantes mostrarían niveles de satisfacción.

En general, las investigaciones realizadas con población inmigrante muestran puntuaciones por encima de la media, lo que indican buenos índices de bienestar. En EEUU, trabajos realizados con población afroamericana (Utsey y cols., 2002) y mexicana (Cuellar y cols., 2004; Matheny y cols., 2008) revelaron puntuaciones moderadas de satisfacción. Resultados similares a los obtenidos en estudios llevados a cabo por Neto en Francia con población portuguesa (1995) y en Portugal con adolescentes de Angola, Cabo Verde e India (2001), por Sam (1998) en Noruega con adolescente de Vietnam, Chile, Pakistán y Turquía, por Navara y James (2002) en Nepal con personas misioneras y expatriadas de diferentes países, o por Jasinskaja-Lahti y cols., (2006) en Finlandia con diferentes grupos culturales. Las investigaciones realizadas en Andalucía con población latinoamericana (Ríos-Rodríguez y Moreno-Jiménez, 2009) y mujeres peruanas y marroquíes (Martínez, García y Maya, 2002) muestran resultados en esta misma línea.

Sin embargo, no en todas las investigaciones se ha comprobado que el bienestar de la población inmigrante es moderado o alto. Por ejemplo, la población marroquí residente en Andalucía (Hernández, Pozo y Alonso, 2004) y la rumana, africana y marroquí en el País Vasco (Basabe y cols., 2009) manifestaba una baja satisfacción con la vida.

A pesar de que se constata que el nivel de bienestar de la población inmigrante no siempre es bueno, se puede afirmar que hay un mayor número de trabajos que demuestran que la satisfacción de las personas que residen en un nuevo contexto es positiva.

Los estudios realizados en este campo, además de determinar el grado de bienestar de la población inmigrante, han tratado de determinar si el proceso migratorio influye en el grado de satisfacción con la vida. Para ello, en algunas ocasiones, se ha analizado la vinculación entre la aculturación y la satisfacción. En otras ocasiones, se han realizado comparaciones con la situación de las personas que viven en el país de origen o con el grado de bienestar de la población autóctona.

3.2.2.1 Comparación con la población autóctona

En relación al nivel de bienestar de la población autóctona y su comparación con el de la población inmigrante, los resultados obtenidos son diversos. En algunas investigaciones se ha observado que las personas autóctonas se sienten más satisfechas, mientras que en otras investigaciones se han encontrado niveles similares de bienestar.

En este sentido, en un estudio realizado en Noruega con población adolescente (Sam, 1998), se comprobó que la satisfacción con la vida de las personas de Vietnam, Pakistán, Turquía y Chile era igual a la que manifestaba la población local. Del mismo modo, Cuellar y colaboradores (2004) encontraron que la satisfacción de las personas inmigrantes mexicanas era igual que aquellas que habían nacido en EEUU. En España, el grado de bienestar de la población latina y autóctona también era igual (Ríos-Rodríguez y Moreno-Jiménez, 2009), aunque se encontraban diferencias en las variables predictoras: la identidad con la sociedad receptora explicaba el 4,6% de la satisfacción de la población local y la identidad con el lugar junto con la participación social predicen el 16,3% en las personas inmigrantes.

El trabajo realizado en el País Vasco por Basabe y colaboradores (2004) y en Portugal por Neto (2001) confirman estos resultados parcialmente. En el primer trabajo, la población latinoamericana tenía valores superiores y/o similares a la media de la población autóctona, sin embargo el resto de grupos culturales manifestaba menos bienestar (Basabe, 2004). Por otro lado, en el trabajo que Neto (2001) realizó con población adolescente, comprobó que las personas procedentes de India y Cabo Verde tenían los mismos niveles de satisfacción que la población autóctona, mientras que las personas de Angola manifestaban menores niveles de bienestar. Ullman y Tatar (2001) también encontraron que las personas de la Unión Soviética residentes en Israel mostraban menor grado de satisfacción que la población autóctona.

En esta misma línea, Baltatescu (2005) en un estudio realizado con 13 países europeos comprobó que en la mayoría de los países la satisfacción con la vida era mayor en las personas autóctonas que en aquellas que habían emigrado. No obstante, la población inmigrante estaba más contenta con las condiciones sociales del país receptor.

Estos resultados impiden llegar a una conclusión firme sobre el bienestar de la población inmigrante en comparación con la autóctona. Sin embargo, teniendo en cuenta los datos obtenidos en el contexto Europeo, se podría pensar que la satisfacción de las personas inmigrantes es más baja que la de la población local.

3.2.2.2 Comparación con la población de origen

Los trabajos realizados para analizar el bienestar de la población que reside en el país de origen y compararlo con el de las personas que han emigrado no son numerosos y muestran resultados contradictorios.

Neto, en un trabajo realizado en Francia (1995) y en otro realizado en Suiza (Neto y Barros, 2007), comprobó que la población adolescente inmigrante procedente de Portugal tenía el mismo nivel de satisfacción que los y las adolescentes que permanecían en Portugal. Un mismo resultado que se obtuvo al comparar el bienestar de estudiantes estadounidenses emigrados a otros países y aquellos que permanecían en origen (Savicki, Downing-Burnette, Heller, Binder y Suntinger, 2004). Sin embargo, en un trabajo realizado con población japonesa, se encuentra que las puntuaciones en satisfacción de las personas inmigrantes diferían de aquellas que mostraban las personas en el país de origen (Yoshida, Sauer, Tidwell, Skager y Sorenson, 1997). En primer lugar, se observó que las personas japonesas residentes en EEUU estaban más satisfechas que aquellas que residían en el país de origen, y en segundo lugar, que las personas que habían emigrado a Egipto tenían menor bienestar que los dos grupos anteriores. De lo que se desprende que en algunas situaciones la población inmigrante está mejor y en otras peor de lo que estaba en su país de origen.

Otra forma de estudiar la influencia del proceso migratorio en la satisfacción anterior y posterior a la migración ha consistido en medir la relación entre la aculturación y el bienestar. Al igual que en los trabajos sobre el estrés, uno de los problemas en el estudio de la aculturación es las diferentes formas de conceptualizarlo (Koneru y cols., 2007), por lo que es más adecuado estudiar las variables implicadas en este proceso y su vinculación con la satisfacción con la vida.

3.2.3 Satisfacción con la vida en la población inmigrante: influencia del género y de la cultura

Los trabajos realizados sobre la satisfacción con la vida, que han incluido el estudio del género y del origen cultural, han mostrado su influencia en la manifestación y expresión del bienestar, sobre todo al tener en cuenta el país de pertenencia de las personas inmigrantes.

3.2.3.1 Influencia del género

Las investigaciones que estudian la relación entre el bienestar subjetivo y el género en la población general han obtenido diferentes resultados. Algunos trabajos muestran que el grado de satisfacción con la vida no difiere significativamente en los hombres y en las mujeres (Matheny y cols., 2002; Scollon, Diener, Oishi y Biswas-Diener, 2004). Sin embargo en otros trabajos sí se han encontrado diferencias por las que se observa que las mujeres en diferentes contextos muestran

ligeramente más satisfacción que los hombres (Alexander y Wood, 2000; Wood, Rhodes y Whelan, 1989). Inglehart (1990) encuentra que las diferencias entre hombres y mujeres varían de unas culturas a otras. En algunos países no existen diferencias mientras que en otros los hombres se muestran menos satisfechos que las mujeres (Inglehart, 1990).

En cuanto a la población inmigrante, los resultados sobre la vinculación del género con la satisfacción también son diversos. Estudios realizados con población adolescente en Francia y en Israel (Neto, 1995; Ullman y Tatar, 2001) y con población adulta en España y en Noruega (Hernández y cols., 2004; Van Selm y cols., 2002) no encontraron diferencias significativas entre el grado de bienestar que manifestaban los hombres y las mujeres. Sin embargo, en otras investigaciones sí se ha constatado la influencia del género, aunque los resultados obtenidos van en las dos líneas posibles, lo que no permite llegar a una conclusión clara. Así, en un estudio realizado en EEUU con población árabe (Utsey y cols., 2002) y con población asiática en diferentes países de Asia (Chen y cols., 2008) comprobaron que los hombres inmigrantes estaban menos satisfechos que las mujeres. Estos resultados se explicaban por la mayor percepción de racismo sufrido y estrés de racismo. Por otro lado, investigaciones realizadas en Portugal con adolescentes de Angola, India y Cabo Verde en Portugal (Neto, 2001) y en EEUU con población mexicana (Cuellar y cols., 2004) defienden que las mujeres inmigrantes muestran menos bienestar que los hombres.

Las investigaciones realizadas en el País Vasco son muestra de esta variabilidad de resultados. El trabajo llevado a cabo por Basabe (Basabe y cols., 2009) halló diferencias en función del género sólo en alguno de los grupos culturales analizados, y constató que la dirección del efecto dentro de estos grupos era diferente. En la población rumana, las mujeres estaban más satisfechas que los hombres, mientras que en la muestra de Ecuador y de Bolivia, eran los hombres quienes mayor bienestar mostraban. En el resto de países, Argentina, Colombia, Brasil, Pakistán, Argelia, China, Marruecos y África subsahariana los niveles de satisfacción eran similares en los hombres y en las mujeres.

Las explicaciones que respaldan estas diferencias, en concreto la mayor satisfacción de las mujeres, se basan en las diferencias de género en la expresividad de las emociones. Se ha demostrado que la intensidad de éstas es mayor en las mujeres, tanto de sentimientos positivos como negativos (Alcalá y cols., 2006; Basabe y cols., 2004; Caro, 2001; Fujita y cols., 1991; Diener y cols., 1985) lo que se vería reflejado en una mayor puntuación en bienestar subjetivo.

A tenor de estos resultados, el género influiría en el grado de bienestar, si bien la dirección de su efecto puede variar de unos contextos a otros, de unas poblaciones a otras, y/o de unas ocasiones a otras.

3.2.3.2 Influencia de la cultura

Los estudios realizados con personas residentes en diferentes países sobre el grado de bienestar, han evidenciado la influencia de la cultura en la manifestación de la satisfacción con la vida (Diener y cols., 1995; Diener, Oishi y Lucas, 2003; Heine, Lehman, Markus y Kitayama, 1999; Oishi y Diener, 2003; Suh, Diener, Oishi y Triandis, 1998; Suh y Oishi, 2002; Veenhoven, 2004).

Existen trabajos y bases de datos que muestran las diferentes puntuaciones de bienestar de las personas y su vinculación con la cultura a la que pertenecen. Diener ha mostrado varios listados de naciones en los que se observan las diferencias en el grado de satisfacción (Diener y cols., 1995; Diener y Suh, 2003). Por otro lado, Veenhoven (2000-2009) ha realizado una base de datos con diferentes indicadores de bienestar. En relación a las puntuaciones de satisfacción con la vida, la edición más reciente agrupa 146 países (2009). Costa Rica, Dinamarca e Islandia serían los países en los que las personas se muestran más satisfechas (8,5, 8,3 y 8,2 sobre 10 respectivamente) mientras que Togo, Tanzania y Burundi son las que menos satisfechas se encuentran (2,6, 2,8 y 2,9).

Partiendo de las dimensiones culturales propuestas por Hofstede (1991), se ha comprobado que las personas de países individualistas muestran más satisfacción que aquellas que proceden de países colectivistas (Diener y cols., 1995; Diener y Suh, 2003). En base a las cuatro dimensiones, se ha comprobado que las sociedades colectivistas, competitivas o masculinas, de alta evitación de la incertidumbre y jerárquicas, muestran menor felicidad y menor satisfacción (Basabe y cols., 2002).

Las explicaciones a estos resultados se han basado en los diferentes aspectos a los que las personas dan importancia en función de la cultura, así como a las diferencias en los procesos cognitivos y condiciones socioeconómicas de los países.

En las culturas individualistas, los derechos, las libertades y los sentimientos individuales son más importantes que los intereses del grupo, por lo que las personas de estos países prestan más atención a sus emociones que a las del grupo. Sin embargo, en las sociedades colectivistas las normas culturales tienen mayor influencia sobre las personas, y las expectativas, las necesidades y los objetivos del grupo tienen prioridad sobre los pensamientos, valores y preferencias de las personas (Diener y cols., 1995; Diener y Suh, 2003; Suh y Oishi, 2002). De este modo, son diferentes las variables que explican el bienestar de las personas: en las sociedades individualistas son más relevantes las cualidades psicológicas personales, como la autonomía o la autoestima, sin embargo, en las colectivistas cobran mayor relevancia la calidad de las relaciones personales (Diener, 2000; Suh y Oishi, 2002).

En segundo lugar, hay que tener presente que la satisfacción con la vida es un juicio cognitivo sobre la vida, por lo que la forma de percibir los acontecimientos y de interpretar la información puede influir en las diferentes respuestas que ofrecen las personas (Oishi y Diener, 2003). En este sentido, la cultura puede sensibilizar hacia un tipo de información sobre otra (Suh y cols., 1998; Suh y Oishi,

2002). En las culturas individualistas hay mayor tendencia a fijarse en los aspectos positivos mientras que en las colectivistas las personas están motivadas para mejorar en un determinado plazo, de modo que se ven de una forma más crítica y den mayor relevancia a la información negativa (Heine y cols., 1999).

Por último, la satisfacción con la vida está fuertemente relacionada con la igualdad (Diener y cols., 1995), con los derechos humanos (Diener y cols., 1995; Veenhoven, 1996) y con la satisfacción de unas necesidades básicas (tener agua potable y alimentos, baja mortalidad infantil, longevidad de la población, etc.) (Diener y cols., 1995). En relación a estas últimas situaciones, se sabe que las condiciones objetivas de calidad de vida en los países individualistas son mejores que en las colectivistas, lo que unido a las normas culturales que favorecen la libertad de la experiencia emocional en las personas, puede explicar las mayores puntuaciones de satisfacción en los países individualistas (Diener y Suh, 2003).

Los estudios con la población inmigrante también indican diferentes grados de bienestar en función de la cultura de origen (Baltatescu, 2005; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Liebkind y Jasinskaja-Lahti, 2000; Neto, 2001; Yoshida y cols., 1997), unos resultados que se han repetido en las investigaciones llevadas a cabo en el País Vasco. En el trabajo realizado por Basabe (Basabe y cols., 2004) se observó que la población latinoamericana presentaba la mayor satisfacción con la vida, seguida de la población magrebí y árabe que mostraban niveles intermedios, y siendo las personas de África subsahariana y de Europa del Este las que menos satisfacción vital manifestaban. Un trabajo posterior (Basabe y cols., 2009) confirmaba el efecto del origen cultural en el bienestar y los niveles de satisfacción manifestados por los diferentes países. En este estudio, el grado de satisfacción también era superior en la población latinoamericana, en concreto era mayor en las personas argentinas, seguidas de las colombianas, portuguesas y ecuatorianas, mientras que las menos satisfechas eran las rumanas junto con las africanas y marroquíes. El menor grado de bienestar de la población magrebí se ha constatado en otros trabajos realizados en el mismo contexto cultural (Bobowik y cols., 2010; Elgorriaga y cols., 2009).

Sabiendo que existen diferentes grados de satisfacción con la vida en función del país de origen, estos resultados plantean el dilema de si las diferencias en las puntuaciones se deben a las condiciones iniciales de los países o a las diferentes características que viven en el proceso de aculturación. En este sentido, se hace relevante conocer el grado de bienestar de las personas inmigrantes en sus países de origen y cortejarlo con la satisfacción que muestran en el nuevo entorno. Según la base de datos realizada por Veenhoven (2009) las personas de Marruecos y Argelia tienen una puntuación de 5,4 sobre 10 en satisfacción con la vida, mientras que en la población Latinoamericana las puntuaciones son más altas: Argentina (7,3), Colombia (7,7), Ecuador (6,4), Bolivia (6,5), Perú (6,2), Brasil (7,5) y México (7,9).

Por otro lado, en relación a este debate, se podría pensar que si el proceso migratorio no tuviera influencia en la satisfacción, el bienestar de la población inmigrante no debería diferir de unos contextos a otros. En una investigación realizada con población japonesa, se comprobó que las personas que residían en EEUU estaban más satisfechas que las que vivían en Egipto (Yoshida y cols., 1997). A su vez, la puntuación obtenida por la población inmigrada a EEUU era diferente y superior a la de las personas que permanecían en el país de origen, contrario a lo que ocurría con las personas residentes en Egipto, cuya puntuación era inferior y significativamente diferente. Estos resultados, hacen pensar que independientemente de las diferencias iniciales, las características del proceso migratorio influyen en el bienestar de la población inmigrante de diferente manera.

Una de las explicaciones que justifica las diferencias en la satisfacción de la población inmigrante, y que se une a las explicaciones anteriores, está relacionada con diferentes factores de integración social. Los grupos culturales que mayor discriminación perciben por parte de la sociedad receptora manifiestan un menor grado de bienestar (Basabe y cols., 2009; Hernández y cols., 2002; Liebkind y Jasinskaja-Lahti, 2000b; Liebkind y Jasinskaja-Lahti, 2000). Además, en esta última investigación se comprobó que el bienestar de algunos grupos culturales empeoraba si las personas no tenían un buen nivel del segundo idioma (Liebkind y Jasinskaja-Lahti, 2000). Estos dos aspectos, tal y como se ha explicado en otros apartados, están directamente relacionados con el origen cultural de las personas.

En relación a las condiciones económicas, en general se ha encontrado gente más satisfecha en la naciones más desarrolladas (Diener, 2000), aunque son unos resultados que hay que tomar con cautela porque pueden estar mediatizados por la mayor libertad, igualdad y derechos humanos, y no tanto por la riqueza (Suh y Oishi, 2002). Cuando las personas de las naciones pobres comparan sus estilos de vida con los de las naciones más ricas, una situación que ocurre en los procesos migratorios, pueden darse más cuenta de su pobreza (Diener, 2000) y de las diferencias en los valores y derechos.

3.2.4 Factores predictores de la satisfacción con la vida

En los trabajos que se han realizado sobre la población inmigrante y el bienestar se han definido diferentes factores que predicen los niveles de satisfacción. Entre estos factores se observan variables relacionadas con las características sociodemográficas, premigratorias y postmigratorias.

3.2.4.1 Factores sociodemográficos asociados a la satisfacción

Los factores sociodemográficos explican un bajo porcentaje de la satisfacción pero su poder aumenta al interpretarlos junto con las variables psicosociales (Diener, 1984; Neto, 2001; Sam, 1998).

A pesar que la influencia sea pequeña, en este apartado se profundiza en la relación de la edad, la religión, la situación jurídica y tener menores al cuidado tiene con el grado de bienestar.

El estudio de la influencia que la **edad** tiene en los niveles de satisfacción con la vida en las personas que residen en otros contextos muestra diferentes resultados. En EEUU en un trabajo realizado con población inmigrante mexicana de primera y de segunda generación comprobaron que la edad se asociaba a la satisfacción (Cuellar y cols., 2004). Sin embargo, en investigaciones llevadas a cabo con refugiados bosnios residentes en Noruega (Van Selm, Sam y Van Oudenhoven, 2002), con adolescentes de la Unión Soviética en Israel (Ullman y Tatar, 2001), y con marroquíes en España (Hernández y cols., 2002), la edad no resultó ser influyente en la explicación del bienestar.

Las creencias **religiosas** predicen la satisfacción con la vida de los y las adolescentes que residen en París (Neto, 1995) y de población china y coreana en EEUU (Lee, 2007). En la población afroamericana la frecuencia de asistencia a la iglesia así como las creencias religiosas que la iglesia sostiene frente a la adversidad racial predicen la satisfacción de la población afroamericana (Krause, 2004).

En cuanto al **estado civil**, se han obtenido diferentes resultados. Ying (1992), en una muestra de población china en EEUU no encontró relación entre el estado civil y la satisfacción con la vida, mientras que Hurh y Kim (1990), con población coreana y en el mismo contexto hallaron que las personas casadas manifestaban mayor bienestar. Martínez y colaboradores (2002) comprobaron que había que tener en cuenta la interacción que se producía entre el estado civil y la cultura. Así, en una muestra de mujeres provenientes de Perú y Marruecos, las mujeres magrebíes casadas mostraban menos satisfacción que las magrebíes solteras, mientras que en la población peruana se daba el efecto contrario, las casadas estaban más satisfechas que las solteras.

Por otro lado, en relación a la estructura y responsabilidades familiares, se ha observado que las personas que tienen **menores** a su cargo manifiestan poca satisfacción (Lowenstein, Katz y Gur-Yaish, 2007), y, que las personas de diferentes generaciones que viven en diferentes casas se sienten más satisfechas que aquellas que comparten una misma residencia (Lowenstein y Katz, 2005).

3.2.4.2 Factores premigratorios asociados a la satisfacción

Entre las variables premigratorias que se relacionan con la satisfacción con la vida destaca el nivel de estudios, el conocimiento de la lengua, la edad en la que se emigró y las expectativas hacia la vida en la sociedad receptora.

En relación al **nivel educativo**, aunque existan investigaciones en las que no se ha encontrado correlación con la satisfacción (Vohra y Adair, 2000), existe una gran evidencia que avala

la relación entre la formación y el bienestar: con población de Cabo Verde, Angola e India en Portugal (Neto, 2001), con personas de Portugal en Francia (Neto, 1995), con población coreana residente en Chicago (Hurrh y Kim, 1990), con adolescentes chilenos, vietnamitas, pakistaníes y turcos en Noruega (Sam, 1998), con mujeres magrebíes y peruanas (Martínez y cols., 2002) y con población latinoamericana en Andalucía (Moreno-Jiménez, Arias y Ríos, 2008b).

La incapacidad o dificultad para expresarse eficazmente en el **idioma** de la sociedad receptora es un importante factor que influye en el bienestar psicológico (Silveira y Allebeck, 2002; Nicholson, 1997; Berry y Kim, 1987). Así, el manejo y la fluidez del idioma predice la satisfacción de la población adolescente de la Unión Soviética, Turquía, Somalia y Vietnam residente en Finlandia (Liebkind y Jasinskaja-Lahti, 2000) y de las mujeres magrebíes y latinoamericanas en el País Vasco (Elgorriaga y cols., 2009).

La **edad** en la que las personas emigraron correlacionan negativamente con la satisfacción, tanto en un grupo de personas húngaras, rusas y polacas en Holanda (Polek y cols., 2008) como en una muestra de parejas mixtas residentes en Madrid (Santacreu y Francés, 2008).

Por último, en la población hindú que reside en Canadá, se observó que en la explicación de la satisfacción con la vida tenían gran importancia las **expectativas** que las personas tenían respecto a lo que podría haber sido su vida. La discrepancia entre lo conseguido y lo que podrían haber tenido en su país de origen en cuanto a la crianza de los hijos o hijas, a la libertad de decisión día a día o la oportunidad de realizar los objetivos personales, influye en los niveles de bienestar (Vohra y Adair, 2000). Por otro lado, la percepción de congruencia entre las expectativas premigratorias y la realidad en la sociedad receptora, tanto en el ámbito social como profesional, se asocia a altos niveles de satisfacción (Murphy y Mahalingam, 2006). Si los logros no son equivalentes a las expectativas, bien porque son superiores o inferiores a lo esperado, el efecto en la satisfacción es negativo (Chow, 2005).

3.2.4.3 Factores postmigratorios asociados a la satisfacción

- **Factores de integración socioeconómica**

El **tiempo** de permanencia en el país receptor correlaciona con la satisfacción en un grupo de húngaros que vive en Holanda (Polek y cols., 2008), en una muestra de adolescentes de la Unión Soviética en Israel (Ullman y Tatar, 2001), en la población latinoamericana en Andalucía (Moreno-Jiménez y cols., 2008b) o en mujeres latinoamericanas y magrebíes en el País Vasco (Elgorriaga, Martínez-Taboada, Arnosó y Otero, 2009). Sin embargo, los años de residencia no explicaban el grado de bienestar de la población mexicana de primera y segunda generación residente en EEUU (Cuellar y cols., 2004) o de magrebíes en España (Hernández y cols., 2002).

En el **ámbito laboral**, la realización de investigaciones en diferentes contextos y con varios grupos de inmigrantes, han aportado resultados sobre la influencia de determinadas variables en el grado de bienestar. En este sentido, se ha demostrado que tener empleo (Elgorriaga y cols., 2009; Lowenstein y Katz, 2005), un alto estatus laboral (Hurh y Kim, 1990), un buen tipo de contrato, tener experiencia laboral (Moreno-Jiménez y cols., 2008a), satisfacción extrínseca y el control en el trabajo, así como mostrar satisfacción con el empleo (Ying, 1990), predicen el bienestar. Sin embargo, en la población marroquí en Andalucía, la situación laboral no se asociaba a la satisfacción (Hernández y cols., 2004).

En relación a los **recursos económicos**, la libertad financiera predecía la satisfacción de la población estudiante turca (Matheny y cols., 2002) y la renta, el bienestar de la población mexicana en EEUU (Cuellar y cols., 2004).

El no tener **alojamiento** incide negativamente en la satisfacción. La población marroquí que reside en infraviviendas en Andalucía (Hernández y cols., 2004) y la adolescente portuguesa en París (Neto, 1995) manifestaba menos satisfacción que aquellas personas que tenían una vivienda adecuada.

Por otro lado, la situación en cuanto a la **documentación** también influye en el bienestar, las personas regularizadas tienen mayor satisfacción que aquellas a las que les falta algún permiso, bien de residencia bien de trabajo (Hernández y cols., 2002).

- **Factores de identidad étnica y experiencia migratoria**

Las estrategias de aculturación, la identidad étnica, la discriminación percibida y la exposición al racismo son variables referentes a su identidad y experiencia migratoria que se vinculan a diferentes niveles de satisfacción.

Las diferentes **estrategias de aculturación** se vinculan a diferentes grados de bienestar. La integración (Basabe y cols., 2009; Berry y Sabatier, 2010; Cuellar y cols., 2004; Masgoret y Gardner, 1999; Ying, 1990) y la asimilación explican las altas puntuaciones en satisfacción con la vida. (Masgoret y Gardner, 1999; Van Selm y cols., 1997; Van Selm y cols., 2002) Estas dos estrategias se caracterizan por mostrar una alta orientación hacia la sociedad de origen. En este sentido, los estudios realizados por Polek (Polek y cols., 2008) con personas polacas, rusas y húngaras en Holanda, y por Basabe (Basabe y cols., 2009) en el País Vasco, con diferentes grupos culturales, comprobaron que la identificación con la cultura autóctona se asocia a altos niveles de satisfacción. Además de la identificación con la población autóctona, la **identidad étnica** también correlaciona con la satisfacción (Neto, 1995; Sam, 1998), así como el mantenimiento de los valores de su familia tradicional (Liebkind y Jasinskaja-Lahti, 2000). Por otro lado, las personas que optan por estrategias

de marginalización, aquellas con baja orientación hacia la sociedad de origen y receptora, se asocian a bajos niveles de satisfacción (Berry y Sabatier, 2010).

Referente a las actitudes que la población autóctona muestra hacia las personas inmigrantes, las actitudes positivas de la sociedad noruega hacia la población refugiada bosnia predecía el bienestar (Van Selm y cols., 1997; Van Selm y cols., 2002). En este sentido, la **discriminación percibida** (Basabe y cols., 2009; Hernández y cols., 2002; Liebkind y Jasinskaja-Lahti, 2000b; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Vohra y Adair, 2000) así como la exposición al racismo (Utsey y cols., 2002) y la percepción de rechazo (Hernández y cols., 2002) incide negativamente en la satisfacción con la vida.

- **Factores de redes sociales y familiares**

El contacto con la población autóctona y sus compatriotas, el apoyo percibido por parte de estos dos grupos y, y el contacto y apoyo de la familia, son las variables analizadas en este apartado.

El **contacto** con la población local (Neto, 1995; Polek y cols., 2008), la posibilidad de establecer vínculos estrechos (Vega y cols., 1991) y el número de personas autóctonas que componen la red social de la población inmigrante predice el bienestar (Martínez y cols., 2002). Del mismo modo, tener relación con su grupo cultural de origen (Elgorriaga y cols., 2009; Pernice, Trlin, Henderson y North, 2000), así como vivir en un grupo étnicamente homogéneo (Neto, 2001; Sam, 1998) explica los altos niveles de satisfacción de las personas inmigrantes.

El **apoyo** ha recibido mayor estudio que el contacto. En numerosos trabajos se ha encontrado que el apoyo percibido predice la satisfacción con la vida (Basabe y cols., 2009; Moreno-Jiménez y cols., 2008a; Nicholson, 1997; Pernice y cols., 2000; Silveira y Allebeck, 2002; Vohra y Adair, 2000; Young, 2001). Sin embargo, para determinar el grado de bienestar, parece que son más importantes las dimensiones funcionales del apoyo que sus características estructurales (Hernández, Pozo, Alonso y Martos, 2005; Hovey y Magaña, 2002; Vega y cols., 1991; Vohar y Adair, 2000). Así, la eficacia de la red a la hora de proporcionar ayuda (Hovey y Magaña) o la satisfacción con el apoyo proporcionado por la población autóctona (Hernández y cols., 2002) son mejores predictores que la mera percepción de apoyo. Del mismo modo que con la población autóctona, el apoyo del grupo de compatriotas o de otros grupos culturales, y la satisfacción con dicho apoyo predice el bienestar de las personas inmigrantes (Hernández y cols., 2002).

Por otro lado, el bajo apoyo familiar, consecuente de la migración, correlacionaba con baja satisfacción (Silveira y Allebeck, 2002) mientras que la solidaridad y ayuda de la familia predice el bienestar de la población inmigrante (Lowenstein y Katz, 2005). En concreto, en la población adolescente, el apoyo de los padres explica la satisfacción de sus hijos e hijas (Liebkind y Jasinskaja-Lahti, 2000). Sin embargo en las relaciones familiares, sobre todo entre padres e hijos-as, en

ocasiones se dan conflictos que pueden reducir esta satisfacción. Esto se vio en un estudio realizado con población adolescente y sus padres procedentes de Europa y Vietnam en EEUU, en el que encontraron que los conflictos intergeneracionales reducían los niveles de bienestar subjetivo (Phinney y Ong, 2002).

CAPITULO IV. SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

1 INTRODUCCIÓN

Iniciar un proyecto migratorio supone embarcarse en un proceso lleno de novedades y cambios, en el que la situación emocional, económica y social de la población inmigrante se ve modificada. Por lo general, las personas disponen de los recursos necesarios para hacer frente a los acontecimientos que viven desde que salen de sus países hasta que logran una mínima estabilidad en la sociedad receptora. Sin embargo, en ocasiones los cambios exceden las capacidades personales de adaptación, surgen problemas de ajuste psicológico y las personas llegan a manifestar serios problemas de salud mental. Cuando esto ocurre, los modelos de estudio más adecuados son los propuestos desde la psicopatología (Berry, 2003).

En este capítulo se analiza la salud mental, un aspecto que se ha definido desde diferentes disciplinas y puntos de vista. Por este motivo, en primer lugar se va exponer la forma en la que se entiende la salud mental en este trabajo, y en segundo lugar, se va a profundizar en tres áreas de la salud mental, como son el área depresiva, somática y de ansiedad.

En segundo lugar se describe la relación existente entre el ajuste psicológico, tal y como se ha desarrollado en el capítulo anterior, y la salud mental. Para ello se tienen en cuenta tanto los trabajos realizados desde las teorías tradicionales y con población general, como los llevados a cabo con la población inmigrante.

Por último, se describen los modelos que se han utilizado para explicar la salud mental de la población inmigrante; se presentan los principales resultados obtenidos en diferentes contextos en cuanto a prevalencia de sintomatología psicológica en este colectivo; se analiza el efecto del género y de la cultura en la expresión y manifestación de los problemas de salud; y se definen los principales factores explicativos de la salud mental.

2 SALUD MENTAL

2.1 Definición de la salud mental

La definición de la salud mental varía en función de la disciplina o perspectiva de la que se parta, por este motivo en este trabajo nos centramos en los presupuestos de la Organización Mundial de la Salud, de la psicología comunitaria y de la psicología transcultural.

La OMS (1947) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS; 1947). Asimismo, especifica que la salud mental es un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que no perturba el desarrollo de sus semejantes (OMS, 1962). Es un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por este motivo, la salud mental está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas.

Para clasificar y diagnosticar los trastornos de salud mental, la OMS propone el CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud), sin embargo, desde la Asociación psiquiátrica americana (APA) se propone el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Son dos tipos de clasificaciones que tienen algunas diferencias pero que en ambos casos, permite una comunicación entre profesionales, organizando y creando una conceptualización sobre los comportamientos de las personas y determinando los servicios necesarios.

El DSM es necesario para la práctica profesional, sin embargo, es sólo un modo de analizar las preocupaciones y la salud de las personas, y tiene sus limitaciones (Kress, Eriksen, Rayle, y Ford, 2005). Una de las más importantes, es la falta de sensibilidad cultural (Kleinman y Good, 1985) y la suposición de que los trastornos mentales son universales y similares a través de todas las poblaciones (Thakker, Ward y Strongman, 1999). Este sistema es inexacto para evaluar grupos minoritarios y marginados, un hecho que se refleja en los sobrediagnósticos o subdiagnósticos que en ocasiones se producen con estos grupos (Lonner y Ibrahim, 2002).

Los trabajos realizados desde una perspectiva transcultural revelan diferencias significativas en la manifestación de la salud mental en función de la cultura de origen (Thakker y cols., 1999). Las diversas formas de comportamiento y pensamiento pueden influir en la expresión del malestar, por lo tanto, las variaciones determinadas culturalmente no deben etiquetarse como enfermedad, ni las creencias sociales, religiosas o políticas pueden considerarse pruebas de un trastorno mental (OMS, 2001).

En cada sociedad la salud mental se concibe de forma diferente, lo que en una cultura es sano en otra puede interpretarse como algo infrecuente. Estas diferencias son mayores cuando se analizan situaciones con una fuerte influencia psicosocial (Gracia y Lázaro, 1992).

Estos motivos reflejan la dificultad que desde un punto de vista transcultural entraña la realización de una definición única de la salud mental. Sin embargo, se admite y comparte que es un concepto más amplio que la ausencia de trastornos mentales y se entiende que abarca, entre otros aspectos, el

bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia, la percepción de autoeficacia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales (OMS, 2001).

Los presupuestos que subyacen a la conceptualización que de la salud mental se realiza desde la OMS y desde la perspectiva transcultural son compartidos por la psicología comunitaria. Este campo de la psicología surgió en respuesta a la insuficiencia del modelo médico de enfermedad y al desencanto con la psicoterapia para cumplir con las expectativas generadas en cuanto a ayuda psicológica. Se centra en las problemáticas psicosociales y reclama el reconocimiento de los problemas sociales emergentes, su prevención y su solución sobre el terreno (Sánchez-Vidal, 1991).

Para la psicología comunitaria, en la salud mental lo prioritario es la prevención, un modo de reducir la duración, incidencia e impacto de las enfermedades mentales. La salud mental comunitaria hace énfasis en los sistemas de gestión y planificación de los servicios sociales (Sánchez-Vidal, 2007). Para ello, resulta imprescindible una evaluación de la población sobre la que se va a incidir, así como un entendimiento de los factores personales y contextuales que actúan en la explicación de la salud mental (Stokols, 2000).

Por último, hay que tener presente que no todos los casos de malestar son trastornos mentales. Las personas pueden sentirse angustiadas pero si no se satisfacen unos criterios mínimos el malestar no puede diagnosticarse como un trastorno mental (OMS, 2001). Sin embargo, que el malestar de las personas no sea diagnosticable, no quiere decir que las personas no sufran, no requieran atención o no se encuentren en riesgo de desarrollar una enfermedad mental. Por otro lado, atendiendo a la definición de la OMS (1962), un buen estado de salud mental no sólo sería la ausencia de enfermedad o sintomatología, sino que tendría que ir unido a aspectos más amplios del bienestar, como puede ser la autonomía, la satisfacción o la autoeficacia.

En este sentido, el presente trabajo comparte los presupuestos de esta definición, por la que constructos como el estrés, la satisfacción y la sintomatología podrían considerarse como diferentes dimensiones de la salud mental. Sin embargo, al considerar el diferente grado de impacto del proceso migratorio en las personas y comprobar que para su análisis se utilizan diversas teorías y medidas que pueden integrarse dentro de la salud mental (Berry, 2003), se ha optado por hablar de ajuste psicológico para describir un efecto moderado y manejable, en el que se mide la satisfacción y el estrés, y utilizar la salud mental, para hacer alusión a la sintomatología psicológica que aparece cuando el efecto de la migración supera las capacidades personales.

2.2 Sintomatología Psicológica

La sintomatología psicológica que se describe a continuación hace referencia al área depresiva, ansiosa y somática. La elección de estos síntomas se ha realizado por su alta presencia

en los estudios sobre el proceso migratorio y la salud mental, y por la existencia de una alta comorbilidad entre estas tres áreas sintomáticas tanto en la población inmigrante (Achotegui, 2002; Berry y cols., 1989; Chávez y French, 1998; Lee, Koeske y Sales, 2004; Umana-Taylor y cols., 2001; Tizón y cols., 1992) como en la población general (Barlow y Durand, 2003; García Campayo, Campos, Pérez-Echeverría y Lobo, 1996).

2.2.1 Sintomatología depresiva

Al hablar del área depresiva o de los trastornos del estado de ánimo, el DSM-IV (2002) describe diferentes episodios afectivos, trastornos del estado de ánimo y especificaciones (episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes), lo que muestra su complejidad y gran presencia. Kleinman y Good (1985) indican que la depresión puede expresarse como tristeza, como un desorden mental y como un síntoma asociado con una variedad de desórdenes psiquiátricos, lo que dificulta su estudio y aumenta las dificultades conceptuales.

En general, la depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y pérdida de energía. Otros síntomas que pueden aparecer son la disminución de la confianza y autoestima, sentimientos injustificados de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, una menor capacidad de concentración, y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación (OMS, 2001).

Estos síntomas y sentimientos son frecuentes en la población en general (Barlow y Durand, 2003) sin embargo sólo se diagnostican como trastornos depresivos cuando los síntomas superan un umbral determinado y duran al menos dos semanas (OMS, 2001).

En diferentes culturas la depresión adopta formas físicas o somáticas, y las personas más que hablar de tristeza o de bajo estado de ánimo, describen diversos dolores físicos (Barlow y Durand, 2003). Se trataría de un tipo de depresión enmascarada, en la que las personas pueden negar que están deprimidas, la tristeza y el resto de síntomas emocionales no son evidentes mientras que los síntomas físicos suponen la principal queja (Martín Ortiz, Godoy, Moro López y Hernández, 2003). Sin embargo, a pesar de las diferentes formas de expresar, los síntomas somáticos que caracterizan a los trastornos del estado de ánimo son bastante equivalentes de una cultura a otra (Barlow y Durand, 2003). En este sentido se pueden observar problemas de insomnio o hipersomnias, anorexia, pérdida de peso, pérdida de energía, disminución de la libido, agitación o retraso psicomotor (Martín Ortiz y cols., 2003).

2.2.2 Sintomatología ansiosa

La ansiedad es un estado orientado hacia el futuro que se caracteriza por un afecto negativo y en el cual una persona se concentra en la posibilidad de un peligro o una desgracia incontrolable. Por otro lado, estaría el ataque de pánico que es la respuesta de alarma del temor verdadero sin existencia de un peligro real y que en combinación con la ansiedad, crea los distintos trastornos de ansiedad (Barlow y Durand, 2003).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002) define la ansiedad como un estado de ánimo negativo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro. Es positiva en cantidades moderadas porque es un estado de ánimo orientado hacia el provenir, de preparación, el problema es cuando se tiene demasiada ansiedad (Barlow y Durand, 2003). Para poder diagnosticarse como un trastorno de ansiedad, la preocupación excesiva debe producirse durante al menos seis meses y la mayor parte de los días, y tiene que ser muy difícil cortar o controlar los procesos de preocupación.

En general la ansiedad, aunque sus síntomas son muy diversos, se manifiesta a través de síntomas como taquicardia, sudoración, temblores, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, opresión, náuseas, mareos o desmayos, desrealización, miedo a perder el control, miedo a morir, parestesis o escalofríos (DSM-IV, 2002).

En cuanto a las diferencias que se observan entre los diversos grupos culturales, se ha observado que en la sociedad árabe, en el caso de los hombres, la ansiedad se expresa en muchas ocasiones en forma de protesta o de nerviosismo (Achotegui, 2002). Para este autor, una explicación sería que en dichas sociedades la educación puede favorecer que hombres con una personalidad impulsiva desarrollen menos tolerancia a la frustración, muestren mayor impaciencia, y en consecuencia, más ansiedad.

2.2.3 Sintomatología somática

Existen diferentes concepciones que tratan de explicar lo que se entiende por somatización. En el DSM-IV se describe como un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias. Para López y Belloch (2000) la somatización se refiere a una queja física, que ocasiona malestar y que no puede ser explicada por causas orgánicas. Y finalmente, Kleiman y Kleiman (1986) la definen como la expresión de malestar social y personal mediante un idioma de quejas somáticas que lleva a la búsqueda de ayuda médica.

Kellner (1991) prefiere hacer alusión al término psicósomático para indicar la relación entre mente y cuerpo, una relación que consta de un proceso psicofisiológico y una enfermedad física que

puede estar influida por factores psicológicos. Así, la diferencia fundamental entre los síntomas somáticos y psicosomáticos sería que en los últimos se muestra una dolencia física, junto con la posibilidad de que sean los factores psicológicos los que predicen su aparición, mantenimiento o agravamiento (López y Belloch, 2000).

Teniendo presente estas definiciones se sobreentiende que la somatización está unida al ámbito emocional. En este sentido, Deighton y Traue (2005) afirman que cuando la experiencia y la expresión de una emoción son evitadas, se da una inhibición emocional que si conduce a una experiencia física o médica, se trataría de una somatización.

Se sabe que la manifestación emocional varía de unas culturas a otras. En cada sociedad existen reglas culturales que regulan cuando se debe mostrar o reprimir una determinada emoción (Diener, 1984). En las culturas individualistas se permite expresar directamente los sentimientos personales, sin embargo en las culturas colectivistas se prima al grupo sobre el individuo, lo que se traduce en una expresión indirecta de las emociones (Hofstede, 1991; Keyes y Ryff, 2003; Markus y Kitama, 1991).

En consecuencia, la construcción y el significado de las somatizaciones variará de unas sociedades a otras (Kleiman y Kleiman, 1986). En las individualistas, la presencia de síntomas somáticos se considerará desadaptativa porque no son representativos de una expresión directa de las emociones, mientras que en las sociedades colectivistas aparecerán como una respuesta constructiva al estrés psicosocial y emocional. Además, en estas últimas sociedades, la somatización previene la estigmatización que se une a la salud mental (Keyes y Ryff, 2003). En este sentido, las personas de África tienden a tener más síntomas somáticos que otras culturas (Gureje, Simon, Utsun y Goldberg, 1997; Paniagua, 2000).

En cuanto a los estudios sobre la población inmigrante, se ha observado que al ser personas que están expuestas a múltiples situaciones estresantes presenta un mayor riesgo de mostrar somatizaciones, en este sentido las somatizaciones reflejarían las dificultades del proceso migratorio que no pueden ser expresadas de otro modo (Tizón y cols, 1992).

3 AJUSTE PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL

Las características y dificultades del proceso migratorio influyen en el ajuste sociocultural y psicológico de la población inmigrante (Ward y Kennedy, 1993). La dimensión psicológica se ha definido como el grado de satisfacción o de estrés que las personas manifiestan en la sociedad receptora. El ajuste psicológico sería positivo si los niveles de estrés son bajos y si se muestra una

alta satisfacción con la vida. Sin embargo, en ocasiones la población inmigrante manifiestan altos niveles de malestar, y cuando esto ocurre puede tener serías implicaciones en el estado de su salud mental (Berry, 2003). En esta línea, a continuación se analiza la relación entre la salud mental y el ajuste psicológico, concretamente la asociación entre la sintomatología psicología y el estrés y satisfacción.

3.1 Estrés y salud mental

3.1.1 *Estrés desde las orientaciones tradicionales*

Las teorías tradicionales, aquellas basadas en las respuestas, en los estímulos o en la interacción, analizan la influencia del estrés en la salud mental de las personas desde diferentes puntos de vista, por lo que las conclusiones que ofrecen para explicar esta relación difieren de unas a otras.

3.1.1.1 Teoría basada en las respuestas

Las teorías y equipos que han trabajado desde la perspectiva del estrés como respuesta se basan en modelos de orientación biomédica para definir la salud como la ausencia de enfermedad (Lyon, 2000).

Defienden que el organismo reacciona ante estímulos externos e internos cuando percibe un desequilibrio de su homeostasis. El síndrome de adaptación general fue propuesto por Selye (1950) para describir la reacción fisiológica normal de estrés, sin embargo en ocasiones se observaron respuestas severas o que se prolongaban en el tiempo, y que finalmente repercutían en el bienestar de la persona. Este tipo de reacción se consideraba inadecuado y explicaba de forma directa la aparición de distintas enfermedades (Selye, 1950; 1956). De este modo, los diferentes trastornos se manifestaban, cuando el organismo era incapaz de realizar los cambios adecuados, o cuando no podía mantenerlos en el tiempo y se producía agotamiento (Buendía, 1993). Selye concluyó que determinadas enfermedades eran resultado de los cambios fisiológicos producidos por un continuo estrés que causa “desgaste sobre el cuerpo”.

Los primeros estudios concluían que como consecuencia de una misma causa podían manifestarse diferentes enfermedades (Selye, 1950), sin embargo pronto se demostró que la especificidad de los estresores (Mason, 1975) y la importancia de las variables psicológicas (Mason, 1971; Weiss, 1971, 1972; Levine y Ursin, 1991).

Levin (1972, 1985) proponía un modelo de tres fases a partir del cual se puede explicar la experiencia de estrés y las consecuencias negativas para la salud. Considera que ante un estímulo se produce una reacción de alarma que se caracteriza por sensaciones de incertidumbre y de confusión. A continuación, hay una etapa de resistencia en la que el organismo pone en marcha mecanismos biológicos que actúan como recursos homeostáticos ante el estímulo y que se convierte en un riesgo patológico si continua la presencia del estímulo amenazante. La tercera fase, la de agotamiento, en la que el organismo ya no puede mantener respuestas adaptativas y puede dar lugar a alteraciones fisiológicas que pueden derivar en enfermedades fisiológicas. La propuesta de la activación fisiológica prolongada fue rechazada durante 50 años, sin embargo se ha comprobado que es un elemento relevante, sobre todo para explicar la enfermedad somática (Brosschot y cols., 2004).

3.1.1.2 Teorías basadas en los estímulos

Las teorías del estrés como respuesta ofrecen una novedad en cuanto a la visión de la salud y la enfermedad y la describen desde una orientación bio-psico-social, un enfoque más complejo y multidisciplinar (Sandín, 2008a).

En base a las ideas de Wolff y Meyer sobre la conceptualización de la enfermedad como un proceso biopsicosocial, Holmes comenzó a desarrollar un nuevo marco teórico y metodológico para investigar las relaciones entre el estrés y la enfermedad basada en los fenómenos psicosociales (Sandín, 2008a). A partir de los principios propuestos por Holmes y Rahe (1967), se han realizado numerosos trabajos que han mejorado y completado las ideas iniciales, y aunque los últimos estudios incorporen aportaciones de otras perspectivas, como las de Lazarus y Folkman (1986), es probablemente la perspectiva que mayor producción ha tenido en la vinculación del estrés y salud.

Holmes y Rahe (1967) proponían que determinados sucesos alteran o amenazan con alterar la estabilidad de las personas y provocan diferentes niveles de estrés. Ante esta situación el organismo produce diferentes respuestas que pueden convertirse en patológicas si son de gran intensidad o larga duración (Leza, 2005). Los cambios y la incapacidad para controlar los estresores provocan un aumento de la vulnerabilidad y repercuten en la salud física y mental (Cockerham, 2001; Gonzalez de Rivera, 1991; Holmes y Rahe, 1967; Turner, Wheaton y Lloyd, 1995; Wyle y cols., 1971).

En relación a las características de los eventos, los cambios negativos así como el estrés diario o los pequeños sucesos son los que se asocian en mayor medida con respuestas de enfermedad (Sarason y cols., 1985; Siegel, Johnson y Sarason, 1979). A pesar de ello, hay que tener presente que el cambio por sí mismo ya es estresante (Folkman y Lazarus, 1984) y que la aparición de los sucesos mayores puede inducir nuevos sucesos diarios (Lazarus, 1966).

Cuando se analiza la salud psicológica se ha comprobado que las situaciones estresantes tienen un comportamiento diferente (Monroe y Peterman, 1988) y se encuentran asociaciones

concretas entre determinados acontecimientos y desórdenes específicos (Paykel y Dowlatshahi, 1988). Las situaciones de soledad, separación (Brown y Harris, 1978; Monroe y Peterman, 1988) y pérdidas (Berbesi y Segura, 2009; Kraaij y Wilde, 2001; Kendler, Hettema y Butera, 2003) son los eventos que más influyen en la depresión. En el área ansiosa hay menos estudios, sin embargo parece que los conflictos interpersonales y los médicos (Goldstein y Chambless, 1978) o eventos que señalan peligro (Finlay-Jones y Brown, 1981; Kendler, 2004) se vinculan a esta área con mayor intensidad.

El impacto de los sucesos en la salud requiere de un tiempo, lo que muestra un desfase entre la ocurrencia de los eventos y la manifestación de enfermedad (Sarason y cols., 1985). La influencia de los eventos vitales y el grado de vulnerabilidad puede desencadenar en problemas físicos y mentales hasta un año más tarde del suceso (Hill, 2000). Este periodo de tiempo fue el utilizado por Holmes y su equipo (Holmes y Rahe, 1967) como criterio para pronosticar la probabilidad de padecer algún tipo de enfermedad. Si los eventos producían 300 o más unidades de cambio existía un 80% de posibilidad, si era entre 150-299 unidades la probabilidad descendía al 50%, y, si era menos de 150, se reducía hasta el 30%. Sin embargo algunos autores (Pearlin, 1989; Thoits, 1983) afirman que lo que es potencialmente dañino es la cualidad del cambio y no tanto la cantidad del mismo. Recordemos que la valoración que cada persona realiza del suceso en relación a la magnitud, valor y origen es una de las críticas más importantes realizadas al modelo de Holmes y Rahe (Dohrenwend, 2006; Horowitz y cols., 1977; Pélicier, 1993). De hecho, los seguidores de Holmes pronto incluyeron variables psicológicas mediadoras, como la percepción del suceso, y desarrollaron medidas para las unidades de cambio vital subjetivas (Rahe y Arthur, 1978).

Los estudios que han tratado de explicar la asociación entre los eventos vitales y la salud, se han centrado en los eventos vitales, las disposiciones personales y/o las condiciones sociales. Dohrenwend y Dohrenwend (1974, 1981) señalan que una buena explicación requeriría de la integración de estos tres grupos de variables y plantean 6 hipótesis que explican la vinculación entre los acontecimientos vitales y la salud: La primera, la de victimización, supone que la acumulación de eventos es la causa directa del malestar, y da poca importancia a las disposiciones personales y situaciones sociales. La segunda hipótesis, estrés-tensión, defiende que las tensiones psicofisiológicas median entre la ocurrencia de los eventos y la salud. La tercera, la de la vulnerabilidad, postula que cuando se producen determinados sucesos, las disposiciones personales y las condiciones sociales influyen en la vulnerabilidad personal para la adquisición de enfermedades. La hipótesis aditiva, explica que las disposiciones personales y las situaciones sociales influyen por independiente y directamente en los cambios de salud, al igual que los sucesos. En la hipótesis de la cronicidad, se minimiza el papel de los eventos vitales y se acentúa el papel de la predisposición personal y las situaciones sociales, ambas por separado y sin interactuar. Por último, la hipótesis de propensión, se centra en la dirección que puedan tomar las relaciones causales entre eventos vitales y psicopatología, ya que esta relación es bidireccional. Para Belloch y Baños (1993) ninguno de estos

modelos es suficiente por sí mismo, son complementarios y resultan útiles en la medida en que se toman como marco de referencia para la investigación.

Un enfoque complementario, que ha sido muy destacado en el marco del estrés psicosocial, es el que se conoce como *role strain* (Pearlin, Lieberman, Meneghan y Mullan, 1981). Según este enfoque los sucesos vitales, más que generar un cambio en el organismo, producen un cambio en los patrones (circunstancias, pensamientos, etc). El *role strain* es definido como las dificultades o problemas de la vida en curso. Los sucesos actúan sobre la salud, pero a diferencia de las propuestas de los sucesos vitales, lo hace de forma indirecta a través de las dificultades que generan.

Para finalizar, hay que tener presente que a pesar de que los estudios de sucesos vitales muestran en general correlaciones positivas con el estado de salud, cuando se aplican a grandes grupos la posibilidad de establecer correlaciones predictivas individuales es limitada. Todo lo que los estudios pueden establecer es mayor riesgo o susceptibilidad a enfermar en poblaciones sometidas a mayor intensidad de sucesos vitales, pero otros muchos factores deben asociarse para que el resultado final sea una alteración de la salud (Gonzalez de Rivera, 1991).

3.1.1.3 Teorías basadas en la interacción

La perspectiva transaccional defiende que el desarrollo de problemas de salud puede ser entendido como el resultado de un proceso de interacción mediante el cual la persona busca adaptarse a su entorno. Ante la aparición de un cambio, la persona evalúa si resulta amenazante así como las capacidades que tiene para hacer frente a las nuevas circunstancias. Si un hecho es valorado como estresante, las personas reaccionan para reducir el malestar que genera y ajustarse a la nueva situación. Si a pesar de ello persiste la respuesta de estrés, se genera un estado de estrés crónico y de percepción de fracaso adaptativo, que conlleva diferentes consecuencias: a nivel biológico se manifiesta en síntomas orgánicos y a nivel psicosocial se traduce en malestar emocional y psicológico. Todo este proceso y las circunstancias personales, describe una situación de gran vulnerabilidad que puede dar como resultado la enfermedad psicológica y física. Esta vulnerabilidad psicológica se produce si no se dispone de recursos de afrontamiento adecuados y si la falta de estrategias hace referencia a algo importante para la persona (Lazarus y Folkman, 1984).

En los casos en los que el estrés tiene un efecto perjudicial sobre la salud, las estrategias de afrontamiento pueden regular sus consecuencias negativas (Lazarus y Folkman, 1984; McCrae, 1984). En primer lugar, el afrontamiento puede influir en las reacciones neuroquímicas del estrés o puede dejar de regular la perturbación emocional que aparece frente a los daños. En segundo lugar, las personas pueden utilizar un estilo de afrontamiento que es en sí mismo perjudicial como el uso excesivo de sustancias nocivas o la realización de actividades arriesgadas. En concreto, los modos de afrontamiento que van dirigidos a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad. De este modo, la evitación y la negación pueden disminuir el

malestar emocional pero pueden impedir que la persona se enfrente de una forma realista a un problema que podría solucionarse por medio de una determinada acción (Lazarus y Folkman, 1984).

Aunque se haya demostrado que existe relación entre la evaluación y afrontamiento de los factores psicosociales, el modelo de Lazarus y Folkman ha recibido críticas. Una de ellas es que vinculan el estrés con la salud pero no especifican los mecanismos que explican porqué el estrés afecta negativamente en la salud (Crespo y Labrador, 2003).

Tomando como referencia el modelo de Lazarus y Folkman (1984) se puede concluir que la percepción que la persona tenga de los estresores psicosociales y de sus capacidades, junto a las estrategias de afrontamiento, determinarán el grado de estrés. De este modo, tal y como se proponía desde la perspectiva basada en el estímulo, la vulnerabilidad de las personas tras la exposición del estrés sería lo que puede explicar la enfermedad, con la diferencia de que en esta última perspectiva las características de la persona condicionan el resultado mientras que en la anterior los eventos producían per se estrés y vulnerabilidad.

3.1.2 Estrés de aculturación y salud mental de la población inmigrante

Las personas o grupos de personas que viven cambios sociales y culturales experimentan malestar psicológico (Berry y Annis, 1974). En este sentido, durante la aculturación las personas pueden sufrir dificultades de salud mental, sin embargo, estos problemas no son inevitables y dependen de una multitud de características grupales e individuales que participan en este proceso (Berry y Kim, 1987).

Aunque generalmente los cambios socioculturales se asocian a la presencia de malestar o sintomatología, desde el inicio de la investigación sobre migración y salud, existen trabajos que rechazan o confirman parcialmente este presupuesto (Frien, 1964, en Berry y Annis, 1974; Inkeles y Smith, 1970). Es decir, tras la aculturación hay personas que mejoran su vida y situación psicológica, otras que empeoran y otras que no ven alterada su salud mental (Berry y cols., 1987; Collazos, Qureshi, Antonin y Tomás-Sábado, 2008; Koneru, Weisman de Mamani, Flynn y Betancourt, 2007).

En los casos en los que el proceso de aculturación tiene un efecto negativo, se ha comprobado que la manifestación de estrés de aculturación se vincula a mayor presencia de sintomatología y problemas de salud (Berry, 1997; Collazos y cols., 2008; Lee y cols., 2004; Ritsner y cols., 1996; Smart y Smart, 1995; Ward, 1996; Williams y Berry, 1991). En concreto, se han encontrado relaciones con la sintomatología depresiva (Hovey y Magaña, 2000; Khuwaja y cols., 2007; Miller y cols., 2006; Mui y Kang, 2006; Nicassio y cols., 1992), ansiosa (Hovey y Magaña, 2000; Magaña y Hovey, 2003) y somática (Aycan, 1997; Ritsner, Ponizovsky, Kurs y Modai, 2000).

Existen diferentes hipótesis y modelos que explican la vinculación del estrés que sufre la población inmigrante con los problemas de salud mental, entre los que se encuentra la *hipótesis del estrés de aculturación*, el *síndrome de Ulises* (Achotegui, 2002-2008), o, el *modelo de asentamiento y ajuste psicológico* (Beiser, 1999):

Basándose en los principios propuestos por Lazarus y Folkman, la *hipótesis del estrés de aculturación* propone que en algunas situaciones la acumulación de acontecimientos estresantes asociados a los cambios migratorios y a las dificultades vividas en la sociedad receptora son tan importantes que pueden exceder las capacidades de adaptación y manifestarse en problemas de salud mental (Berry y Sam, 1996).

En cuanto a los modelos, el trabajo que Achotegui (2002-2008) ha realizado en los últimos años con personas inmigrantes, le ha llevado a la conclusión de que en algunas ocasiones, la situación de estrés provocada por la migración es tan intensa que supera la capacidad adaptativa de las personas y repercute en su salud. Como consecuencia del estudio de este proceso, ha propuesto un síndrome específico para esta población: el síndrome de Ulises, o también llamado, del inmigrante con estrés crónico y múltiple.

Este síndrome se caracteriza por ser un conjunto de síntomas del área ansiosa, depresiva, somática y confusional, causado por las demandas del proceso de aculturación y del grado de estrés límite (Achotegui, 2003, 2004, 2005). Es un trastorno específico, que se situaría entre el trastorno de estrés postraumático y al trastorno adaptativo recogido en el CIE-10 (OMS, 1992) y DSM-IV (Achotegui, 2004) y cuyas características diferenciales con otros trastornos serían las siguientes: muchos estresores, larga duración (años), alta intensidad de los estresores, graves peligros de integración física y supervivencia, presencia de síntomas somatomorfos y disociativos, y, posibilidad de interpretaciones culturales de tipo mágico.

Las características más relevantes de este síndrome son la presencia de un conjunto de síntomas somáticos y psíquicos, y de unos estresores o duelos. El duelo es entendido como un proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo, y el estrés se concibe como lo definía Lazarus y Folkman (1984), como un desequilibrio entre las demandas ambientales y las capacidades de respuesta. Para Achotegui (2008) estos dos conceptos están íntimamente ligados, en la medida en que el duelo es un estrés prolongado e intenso.

Los estresores o factores de riesgo que inciden en el síndrome de Ulises son: los sentimientos de soledad por la separación de la familia y las personas queridas, sobre todo si se dejan hijos, hijas o familiares enfermos; la tristeza y desesperanza por no poder cumplir con el proyecto migratorio programado; las dificultades para obtener los recursos mínimos diferenciando, la alimentación y la vivienda; y el miedo por los peligros físicos relacionados con el viaje o por las situaciones de abuso que puedan darse en la sociedad receptora (Achotegui, 2004).

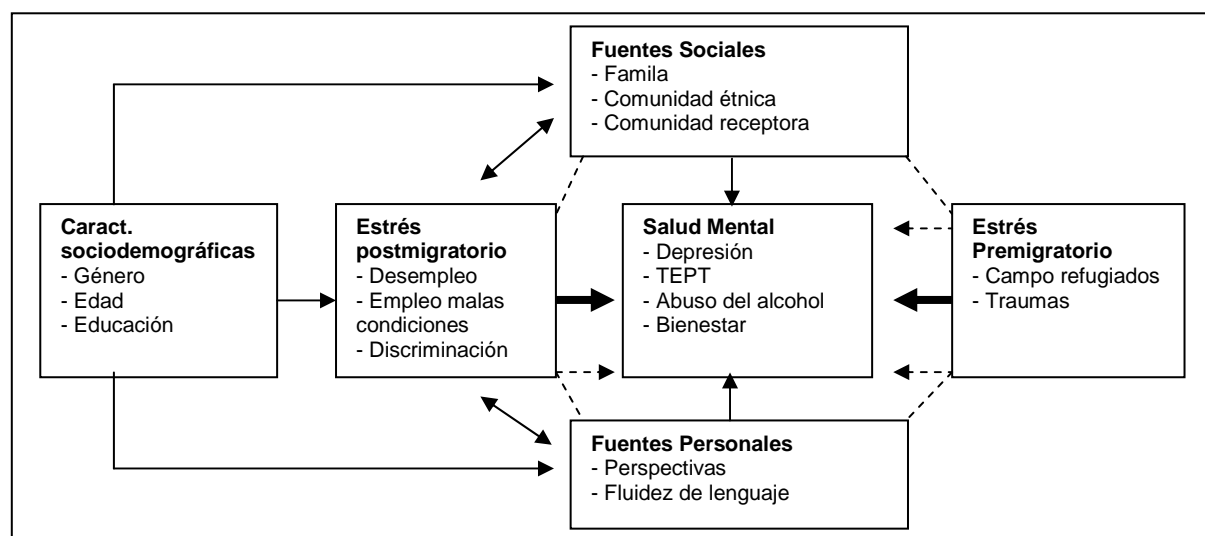
La influencia de estos factores en los niveles de estrés, y en consecuencia en la salud, varía en función de su cronicidad, multiplicidad, intensidad y relevancia. A esto hay que añadir la ausencia de sensación de control, la falta de una red de apoyo y los estresores clásicos ligados a la distancia cultural como la lengua, costumbres, paisajes, etc. (Achotegui, 2004, 2008).

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el impacto de estos estresores puede verse reflejado en síntomas pertenecientes a varias áreas de la psicopatología (Achotegui, 2004): en el área de la ansiedad, destaca el nerviosismo, las preocupaciones excesivas, la irritabilidad y el insomnio; en el área depresiva, la tristeza, el llanto, la culpa y las ideas de muerte; en el área somática, las cefaleas y la fatiga, junto con los síntomas musculares, torácicos y abdominales; por último, en el área confusional, prevalecen los fallos de memoria, de atención, de desorientación física y temporal.

En segundo lugar, Beiser (1999), basándose en los trabajos sobre el estrés de Pearlin (1989) ha desarrollado el *modelo de asentamiento y ajuste psicológico* en el que se indican las vicisitudes y los factores protectores del proceso de aculturación. El modelo propone que existen dos tipos de estrés, aquel que se debe a las condiciones premigratorias, en concreto a las situaciones vividas en los campos de refugiados y a los traumas vividos, y el estrés que se produce en el contexto receptor como consecuencia del desempleo o empleo en malas condiciones, de la separación con la familia y de las experiencias de discriminación. A su vez, las características sociodemográficas de las personas inmigrantes pueden influir en las situaciones y en la intensidad del estrés postmigratorio.

El estrés influye en la salud mental, cuando los recursos sociales y las habilidades personales no son suficientes. Para Beiser (1999), en estas situaciones, las personas podrían manifestar depresión, desórdenes de estrés postraumático, abuso del alcohol o problemas de bienestar.

Figura 4. Estrés, factores protectores y salud mental de población refugiada. Beiser (1999).



3.2 Bienestar y salud mental

La conceptualización de la salud mental como un estado que va más allá de la ausencia de enfermedad y que requiere del bienestar en diferentes ámbitos de la vida (OMS, 1962), ha tenido como consecuencia que las medidas de bienestar subjetivo y psicológico se hayan integrado como diferentes dimensiones de la salud mental, y que en muchas ocasiones se hayan utilizado como descriptores de la misma sin hacer alusión a las áreas de sintomatología psicológica.

Esta posición dificulta el análisis de la relación entre la percepción de bienestar y la presencia de síntomas depresivos, ansiosos y somáticos. A pesar de ello, existen trabajos que partiendo de la definición de salud mental realizada por la OMS (1962) y asumiendo que el bienestar es una parte de ella, han enfocado su estudio hacia la medición de estas dimensiones por separado, lo que ha permitido conocer el tipo de asociación que se establece entre ambas.

Por otro lado, cuando se analizan las correlaciones entre estas variables, se obtiene información sobre la intensidad de la relación pero no se puede saber cual es la dirección de la misma. En este sentido, una segunda dificultad encontrada al estudiar el bienestar y la salud mental sería conocer la dirección de la causalidad (Veenhoven, 1994).

A continuación, se presentan las principales conclusiones obtenidas en investigaciones llevadas a cabo con diferentes grupos poblacionales desde la perspectiva eudaimónica o bienestar psicológico, y desde la perspectiva hedonista o bienestar subjetivo.

En segundo lugar, se analizan los resultados aportados por los estudios que se han centrado en la población inmigrante y que han utilizado la satisfacción con la vida como medida del bienestar, y la presentación de sintomatología depresiva, ansiosa y/o somática como representación de la salud mental.

3.2.1 *Bienestar psicológico y subjetivo*

3.2.1.1 *Bienestar psicológico y salud mental*

El bienestar psicológico ha sido utilizado en determinados trabajos como medida de salud mental. Para autores como Ryff (1995), la salud mental no sólo es la ausencia de sintomatología, sino que tiene que ir acompañada de otras dimensiones o aspectos como son que la persona se respete y se valore, que tenga relaciones positivas con otras personas, que controle su ambiente, que se sienta autónoma, que atribuya sentido a su vida, y que crea que se está desarrollando como persona.

En este sentido el bienestar psicológico forma parte de la salud mental, pero la justificación teórica no es suficiente y debe avalarse con información empírica que verifique dicha asunción (Keyes, 2005). De hecho, aunque sean dimensiones de un mismo constructor, se ha demostrado que la ausencia de bienestar psicológico pueden tener influencia en la aparición de enfermedades (Vázquez, Hervás, Rahona y Gomez, 2009). En concreto, las bajas puntuaciones en bienestar psicológico se relacionan con alta presencia de síntomas ansiosos, depresivos y somáticos (Dupuis y Smale, 1995; Keyes y Ryff, 2003; Ryff, 1989b) y somáticos (Keyes y Ryff, 2003).

3.2.1.2 Bienestar subjetivo y salud mental

Al igual que desde la perspectiva del bienestar psicológico, el bienestar subjetivo se considera como una parte de la salud en su sentido más general, sin embargo hay estudios que defienden que son dos dimensiones que deben analizarse por separado. Headey, Kelley y Wearing (1993) en un trabajo realizado con población general, comprobaron que la satisfacción correlacionaba negativamente con la depresión, considerándolas dos dimensiones contrarias. Por otro lado, no hallaban asociaciones con la sintomatología psicológica, por lo que las personas podían estar satisfechas y mostrar sintomatología ansiosa. Así, concluyen que la satisfacción con la vida, la ansiedad y la depresión tienen que ser diferenciadas. Lewinsohn, Redner y Seeley (1991) y Keyes (2005) también proponen que la depresión y la satisfacción se consideren como dos dimensiones diferentes.

Los trabajos que han analizado la relación entre la salud mental y el bienestar subjetivo, en concreto la satisfacción con la vida, han mostrado que las personas con baja satisfacción con la vida presentan más sintomatología (Arrindell, Meeuwesen y Huyse, 1991; Lyubomirsky, King y Diener, 2005; Pavot y Diener, 2008; Veenhoven, 1994).

En relación a las diferentes áreas de salud mental, se ha comprobado que los niveles de satisfacción constituyen una buena estrategia de prevención de la depresión (Díaz, Blanco, Horcajo y Valle, 2007; Lewinsohn y cols., 1991). Las personas con una alta satisfacción muestran poca sintomatología depresiva y ansiosa, unos resultados que se han obtenido en muestras tan diversas como en estudiantes (Swami y cols., 2007), adolescentes (Atienza y cols., 2000), población general (Diener y Lucas, 1999; Headey y cols., 1993; Lewinsohn y cols., 1991) o personas con diferentes enfermedades (Devrimci-Ozguven, Kundakci, Kumbasar y Boyvat, 2000; Koivumaa-Honkanen, Honkanen, Antikainen, Hintikka y Viinamäki, 1999).

3.2.2 Bienestar subjetivo y salud mental en la población inmigrante

En las investigaciones llevadas a cabo para conocer la satisfacción con la vida de las personas inmigrantes, existen numerosos estudios que describen su nivel de bienestar así como las

variables que se asocian y que explican estos niveles (véase por ejemplo, Cuellar y cols., 2004; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Matheny y cols., 2008; Sam, 1998). Sin embargo, tras la revisión realizada sobre las investigaciones que analizan la relación entre la satisfacción y la sintomatología psicológica, se ha concluido que éstos son menos abundantes, en parte porque se ha utilizado la medida de bienestar indistintamente para hablar de salud mental.

A pesar de ello, los resultados obtenidos permiten establecer una relación significativa y negativa entre el bienestar y la salud mental, unos hallazgos que van en la misma línea que las investigaciones realizadas con población general (Diener y Lucas, 1999; Headey y cols., 1993; Lewinsohn y cols., 1991) y adolescente (Atienza y cols., 2000), entre otras.

En el contexto americano, en concreto en Canadá, Ataca y Berry (2002) comprobaron en una muestra de personas procedentes de Turquía, que aquellas que manifestaban altos niveles de satisfacción con la vida presentaban menos sintomatología depresiva y ansiosa. Asimismo, en dos trabajos realizados en EEUU con población coreana (Keyes y Ryff, 2003) y somalí (Silveira y Allebeck, 2002) el bienestar correlacionaba negativamente con la depresión.

En Europa, el estudio realizado por Neto (2001) con tres grupos culturales diferentes residentes en Portugal, mostró que las altas puntuaciones en satisfacción con la vida correlacionaban negativamente con la presencia de sintomatología psicológica. En la misma dirección de estos resultados, un trabajo llevado a cabo con la población inmigrante latinoamericana en Madrid revela que el bajo nivel de bienestar subjetivo se relaciona con la manifestación de problemas de salud mental (Moreno-Jiménez y cols., 2008a).

En cuanto a la predicción de causalidad, las investigaciones que han tenido como objetivo determinar la dirección de las relaciones y que para ello ha utilizado análisis más complejos que las correlaciones, han llegado a conclusiones contradictorias. Neto y Barros (2007), en un trabajo realizado con adolescentes portugueses residentes en Suiza demostraron que la sintomatología psicológica era el predictor más importante de la satisfacción con la vida, mientras que Christopher y Kulig (2000), en una muestra de inmigrantes irlandeses en EEUU, encontraron la relación inversa, es decir, las puntuaciones en bienestar subjetivo predecían la salud mental.

4 SALUD MENTAL Y PROCESOS MIGRATORIOS

La salud mental de las personas que están viviendo un proyecto migratorio puede verse deteriorada como consecuencia de las dificultades que aparecen en este proceso. En este apartado

se va a profundizar en las características de la salud de la población inmigrante así como en las explicaciones que se han ofrecido para entender la vinculación entre la migración y el malestar.

En primer lugar, se exponen los modelos, teorías e hipótesis que se han formulado para explicar la vinculación entre las migraciones y la manifestación de sintomatología. En segundo lugar, se presenta la prevalencia y nivel de salud mental de las personas inmigrantes, y los resultados obtenidos en las investigaciones que han comparado la situación de esta población con la de la población autóctona o con la de las personas que permanecen en origen. Además, se analiza la influencia del género y la cultura, así como los factores del proceso de aculturación que se asocian a la sintomatología somática, depresiva y ansiosa.

4.1 Hipótesis o Modelos de salud mental e inmigración

La definición del concepto de estrés de aculturación es relativamente reciente, sin embargo, el estudio de la relación del proceso migratorio, el estrés y la salud, tiene una tradición más antigua. Por este motivo y porque muchos estudios se han realizado desde perspectivas diferentes a la de la psicología, existen trabajos y modelos que abordan el tema aunque no hablen explícitamente de estrés de aculturación.

En primer lugar, se presentan algunos trabajos pioneros sobre el estudio de la inmigración, el estrés y la salud, así como las explicaciones que ofrecían de dicho fenómeno. Este pequeño recorrido histórico permite resumir en pocas palabras la evolución y el cambio de perspectiva que ofrece la psicología transcultural, y en particular, las teorías sobre el estrés de aculturación. En segundo lugar, se describen las explicaciones o hipótesis más utilizadas en la investigación de la salud mental de la población inmigrante.

Los primeros estudios que vinculaban la inmigración con el estrés y la salud partían de modelos clínicos. Su objetivo principal consistía en comparar la salud de la población inmigrante y autóctona, y afirmaban que las enfermedades mentales eran más frecuentes entre las personas inmigrantes (Lasa y Martínez, 1970). Dos eran las hipótesis utilizadas para respaldar estos resultados. La primera, se basaba en el aislamiento social y en la mayor vulnerabilidad como explicación de la peor salud de la población inmigrante. La segunda hipótesis, defendía la selección negativa, argumentando que las personas inmigrantes con trastornos (sobre todo psicóticos) tenían una mayor predisposición a emigrar.

La literatura está de acuerdo en afirmar que Odegaard (1932) fue uno de los investigadores que más destacó en este campo (véase por ejemplo, Cantor-Graae y Selten, 2005; Flórez, Aguirre e Ibarra, 2009; Lasa y Martínez, 1970). Basándose en la segunda hipótesis y en los resultados de su estudio sobre inmigrantes noruegos en EEUU definió la teoría de la selección natural (1945). Este autor, sostenía que los conflictos y el estrés inherentes a la vida de la persona inmigrante podían precipitar un trastorno mental

que de otro modo no hubiera aparecido; y, que entre la población inmigrante había más casos de psicosis o prepsicosis que en el resto de la población, lo que estaría hablando de una selección negativa respecto a la predisposición de la psicosis. Odegaard entendía que para las personas con cuadros esquizoides de pensamiento, la emigración era una opción muy posible, porque se trata de personas que no tienen fuertes lazos familiares y porque sus dificultades generales de adaptación en la sociedad, facilitan la emigración y la búsqueda de estabilidad en otros lugares. Sin embargo, también remarca aspectos positivos de estas personas como la ambición o el coraje que muestran.

Cantor-Graae y Selten (2005) cuestionan la teoría de Odegaard porque consideran que la hipótesis de la selección negativa debe ser excluida como única explicación de los hallazgos con la población inmigrante, entre otros motivos, porque esta hipótesis no puede explicar los problemas de salud de la población inmigrante de segunda generación. Además, las características de las personas con esquizofrenia no son compatibles con los esfuerzos que requiere la inmigración. Es más, contrariamente a lo que se ha dicho, para Cantor-Graae y Selten (2005) las personas que emigran a países desarrollados de Europa deberían tener características que les hiciera tener menos riesgo de padecer esquizofrenia.

Estas teorías y trabajos se centran en las psicosis en general, y en la esquizofrenia en particular, unas patologías que en esta tesis no tenemos en cuenta, sin embargo han sido los primeros estudios sobre la inmigración y la salud mental. Lo importante de estos trabajos y de las últimas revisiones, es que consideran que hay que tener en cuenta la influencia del ambiente, ya que los aspectos genéticos y biológicos por sí solos no explican la aparición de psicosis, y que la inclusión del ambiente, no excluye la importancia de lo biológico y genético. Para Cantor-Graae y Selten (2005) los aspectos del ambiente que puede contribuir a este riesgo deben ser estudiados en profundidad, pero apuntan que las percepciones de desigualdad social pueden ser igualmente importantes en esta explicación.

Para Odegaard, la migración transoceánica acrecentaba la morbilidad mental porque las personas rompían de una manera u otra con su vida anterior, mientras que en la migración interior se observaba lo opuesto, porque el traslado no tenía el mismo carácter definitivo e irrevocable.

Eitineger (1959) en estudios realizados también en Noruega, se centró en la salud mental de las personas refugiadas (en Flórez y cols., 2009; Lasa y Martínez, 1970). Consideraba que Odegaard y otros investigadores, al utilizar población inmigrante económica, trabajaban con personas que en cierta manera habían salido voluntariamente de sus países y que era necesario buscar personas que hubieran emigrado forzosamente. Eitineger (1959), en su teoría de la causa social, afirmaba que son los factores externos los que más peso tenían en la explicación de la salud mental, aunque tiene en cuenta la personalidad premorbose de las personas. Su hipótesis suponía que la tensión acumulada hacía aumentar las psicosis, y, que el aislamiento y sentimiento de inseguridad se manifestaba psiquiátricamente.

Tanto la teoría de la selección social, de Odegaard (1932) que sostenía que los problemas de salud se debían a la predisposición de la persona dando poca importancia a las dificultades que surgen en la sociedad receptora, como la teoría de la causa social de Eitineger (1959), que se centraba especialmente en el estrés externo dando poca importancia a aspectos personales, se han considerado reduccionistas a la hora de explicar la salud mental de la población inmigrante, abogando por modelos que integren aspectos personales y contextuales.

El modelo multivariado de Goldlust y Richmon (1974) propone que hay que tener en cuenta las características premigratorias, sociodemográficas y los factores postmigratorios en la nueva sociedad. Estos autores asumen que la población inmigrantes es heterogénea y que está influenciada por una gran variedad de características y condiciones premigratorias. Al mismo tiempo, la sociedad receptora es observada de diferente manera por las personas lo que provoca una gran variedad de situaciones que influyen en la adaptación de la población inmigrante y autóctona. En esta interacción influyen las fuerzas tecnológicas, demográficas, económicas, culturales y los factores sociales de la nueva sociedad.

En este modelo los determinantes pre y postmigratorios pueden derivar en siete categorías, cuatro de ellas objetivas y referentes a lo externo, y, tres subjetivas que conciernen a aspectos sociopsicológicos. Entre los aspectos objetivos hay que tener en cuenta: el *ámbito económico*, en el que se analizan las experiencias económicas de las personas inmigrantes, incluyendo su ocupación en el país de origen y receptor; la *esfera cultural*, que hace alusión al intercambio del idioma, tradiciones y símbolos; los *aspectos sociales* o relaciones sociales que se establecen en el trabajo y la participación en diferentes organizaciones; y el *ámbito político*, que constituye la participación en los procesos de votación y posibilidad de elección, así como la posibilidad de formar nuevos partidos que representen el interés de los inmigrantes y minorías étnicas.

En los aspectos subjetivos, la *identificación* comprende el estudio de los procesos de cambio en sentido de la identidad; la *internalización* hace referencia al proceso de cambio en las actitudes y valores; y la *satisfacción* del inmigrante, que puede variar dependiendo de los factores postmigratorios. Suele encerrar comparaciones con la situación antes de emigrar y/o con la situación de otros grupos de inmigrantes que se encuentran en la misma sociedad receptora.

En la actualidad, los principales trabajos realizados sobre la salud mental de las personas inmigrantes, se basan en la hipótesis del estrés de aculturación, explicado anteriormente, y en la hipótesis de la paradoja del inmigrante.

La “paradoja de salud del inmigrante sano” propone que la salud de las personas inmigrantes es buena al llegar a la sociedad receptora, incluso mejor que la de las personas autóctonas y la segunda generación, pero que empeora con el tiempo llegando a ser peor que la de la población local (Cuellar, 2000; De La Rosa, 2002; Rumbaut y Weeks, 1996). También se conoce como la paradoja

del inmigrante latino por ser esta población la protagonista de muchos estudios realizados sobre este tema (Escobar, Hoyos y Gara, 2000; Vega y cols., 1998).

Las explicaciones ofrecidas para justificar el empeoramiento que se produce en la salud de la población inmigrante se basan en las dificultades del proceso migratorio (Cuellar, 2000; De La Rosa, 2002). Muchas personas inmigrantes, y también autóctonas, comparten en general una situación social, laboral y económica precaria que les convierte en un grupo especialmente vulnerable a los problemas de salud derivados de las desigualdades en las condiciones de vida (Jones-Correa, 1998; Vall-Combelles y García-Algar, 2004). Así, las variables psicosociales relacionadas con la integración socioeconómica serían las que explican la presencia de sintomatología psicológica (Vázquez-Villegas, 2006; Beiser, 1999). Este aspecto se analizará en profundidad en el apartado “4.4. Factores explicativos de la Salud Mental”.

Estos resultados contradicen la idea de que el tiempo mejora la salud mental (Vega y cols., 1998) y comparten los presupuestos de la hipótesis del estrés de aculturación, que defienden que el estrés que se deriva del proceso migratorio deriva en problemas de salud mental.

Asimismo, el hecho de que la población inmigrante tenga buena salud a la llegada a la sociedad receptora, se ajustaría a la hipótesis de la selección, aquella que plantea que las personas para poder afrontar las dificultades del proceso migratorio tienen que mostrar un buen estado de salud (Cantor-Graae y Selten, 2005). En relación a esta hipótesis, hay que indicar que en muchas ocasiones es la familia o la comunidad la que decide quién es la persona más apta para iniciar el proyecto migratorio (Gregorio, 1997).

Estas hipótesis son explicaciones posibles a la compleja tarea de justificar la variedad de resultados obtenidos en el estudio de la salud de la población inmigrante, por lo tanto, no todas las hipótesis se ajustan en todas las ocasiones a los hallazgos encontrados. Por ejemplo, un trabajo realizado con inmigrantes jóvenes en cinco países europeos (Finlandia, Holanda, Noruega, Portugal y Suecia) y que estudiaba la paradoja del inmigrante, encontró que la adaptación sociocultural para la primera y segunda generación se ajustaba a esta hipótesis, mientras que los resultados para la adaptación psicológica era contraria a la paradoja: en un principio era mala y mejoraba con el tiempo (Sam, Vedder, Liebkind, Neto y Virta, 2008).

4.2 Salud mental en la población inmigrante

La salud mental de la población inmigrante probablemente sea uno de los tópicos más analizados en el estudio de las migraciones y del proceso de aculturación, sin embargo, las conclusiones obtenidas son diversas, y como ocurría con los trabajos de estrés y de satisfacción, no permiten realizar una única afirmación sobre las consecuencias en la salud mental de las personas inmigrantes.

La variedad de resultados, y en algunas ocasiones contradicción, puede deberse a varios factores que forman parte de este tipo de investigaciones como la forma de entender el proceso migratorio y la salud mental (Koneru y cols., 2007), los diferentes contextos y poblaciones que están en contacto (Berry y cols., 1987), los diversos trastornos o síntomas medidos, así como los instrumentos utilizados para diagnosticar o conocer la salud de la población inmigrante.

Para acotar en la medida de lo posible estas fuentes de variación, al hablar de salud mental vamos a hacer referencia a la sintomatología que la población inmigrante manifiesta en el área depresiva, ansiosa y somática. Y se va a prestar una especial atención a los resultados obtenidos en las investigaciones llevadas a cabo con personas latinoamericanas y magrebíes.

La elección de estas áreas se ha realizado porque se entiende la medición de la salud mental desde una óptica de la prevención, lo que hace que el mayor interés sea la detección de diferentes síntomas y grupos en riesgo, y no la realización de un diagnóstico clínico.

4.2.1 Presencia de sintomatología

Los estudios sobre la sintomatología de la población inmigrante son abundantes, sobre todo los que analizan las áreas ansiosas y depresivas, sin embargo los resultados sobre los niveles y la prevalencia de síntomas son diferentes. En general, independientemente del área de salud mental que se analice existen estudios que hallan baja, media o alta prevalencia en las personas inmigrantes, lo que impide formular una hipótesis definitiva sobre la presencia de sintomatología en esta población.

Las diferencias en las características de los grupos de inmigrantes y de las sociedades receptoras, así como de los métodos e instrumentos de medida, hacen que los resultados que se presentan a continuación se tomen con cautela, sobre todo a la hora de realizar comparaciones.

4.2.1.1 Área depresiva

La presencia de síntomas depresivos ha sido uno de los indicadores más utilizados para evaluar el impacto psicológico del proceso migratorio y del ajuste psicosocial de la persona a la sociedad receptora (Navarro y Rodríguez, 2003). Aunque los trabajos que utilizan puntuaciones medias muestran que el nivel de depresión en la población inmigrante es relativamente bajo (Asvat y Malcarne, 2009; Navara y James, 2005; Ristner y Ponizovsky, 2003; Ward y Chang, 1997; Ward y cols., 1998), cuando se analizan las respuestas teniendo en cuenta el porcentaje de personas que puntúa en dicha área, la mayoría de las investigaciones demuestran que el nivel de prevalencia es superior a la cuarta parte la población analizada.

En China, el 26,5% de las personas inmigrantes asiáticas tenían depresión (Chou, 2009). En EEUU, el 40% de las personas asiáticas (Mui y Kang, 2006) y el 36% de las coreanas (Jang, Chiriboga, Kim y Cho, 2009) mostraban depresión. En relación a la población latinoamericana, el porcentaje de personas que muestra sintomatología depresiva oscila entre el 33% y el 41% (De Leon Siantz, 1990; Grzywacz, Hovey, Seligman, Arcury y Quandt, 2006; Hiott y cols., 2008; Hovey y Magaña, 2000, 2003; Rivera, 2007), aunque existen investigaciones en las que este porcentaje desciende al 20% (Alderete y cols., 1999; Stimpson, Eschbach y Peek, 2007).

Las investigaciones realizadas en España revelan tasas de depresión que varían de un porcentaje bajo, el 15,2% (Pertíñez y cols., 2002), a un porcentaje moderado, el 40,7% (Barro y cols., 2004). Sin embargo, en los grupos más vulnerables, como son aquellos que asisten a instituciones, estos porcentajes aumentan considerablemente. En Andalucía, en un trabajo realizado con población marroquí, filipina y senegalesa que acudían a los servicios sociales, el 52,6% manifestaba sintomatología depresiva (Martínez, García y Maya, 2001), y en el País Vasco, el 68,5% de las personas que participaban en los programas de acogida de Cruz Roja estaba en riesgo de desarrollar sintomatología psicológica (Elgorriaga, Martínez-Taboada, Arnoso y Otero, 2007).

4.2.1.2 Área ansiosa

En cuanto a la sintomatología ansiosa, las puntuaciones medias muestran que la población inmigrante latinoamericana residente en EEUU tiene entre moderados (Alderete y cols., 1999) y altos niveles de ansiedad (Hovey y Magaña, 2000; Hovey y Magaña, 2002). Sin embargo, Ritsner y Ponizovsky (2003) encontraban que la población de la Unión Soviética emigrada a Israel tenía bajas puntuaciones en ansiedad, al igual que las personas de diferentes culturas que se trasladaban a Nepal (Navara y James, 2005).

Los trabajos realizados en EEUU, muestran variabilidad en cuanto al porcentaje de personas que muestra sintomatología ansiosa. Alderete y colaboradores (2000) comprobaron que el 15,1% de los hombres y el 12,9% de las mujeres de origen mexicano habían experimentado un desorden de ansiedad alguna vez en su vida, resultados similares a los encontrados por Grywacz y cols., (2006) en la misma población (17%) y por Hiott y cols., (2008) con población inmigrante en general (18%). En los trabajos realizados por Hovey y Magaña (2001, 2003) este porcentaje se duplicaba al 25% y de 29,5%.

Las investigaciones llevadas a cabo en el contexto europeo sugieren tasas más altas que las encontradas en EEUU. En Alemania, el 23,1% de las personas de España, la Unión Soviética y Turquía presentaban síntomas ansiosos (Donnelly y Kim, 2008). Y en España el porcentaje de personas inmigrantes que manifiestan sintomatología ansiosa se sitúa alrededor de la mitad de las personas entrevistadas: en el estudio de Barro y cols. (2004) se observaban síntomas ansiosos en el 51,9% de la población inmigrante y en el trabajo de Sánchez y López (2008) en el 52,9% de la

población marroquí y el 42,30% de la población latinoamericana. Sin embargo, en otras ocasiones las tasas han sido menores, en este sentido, Pertiñez y colaboradores (2002) hallaron tasas del 17,9%.

4.2.1.3 Área somática

Los síntomas somáticos más característicos en las personas inmigrantes que viven en nuestra sociedad son las cefaleas, la fatiga y otras somatizaciones del tipo osteoarticular (Atxotegi, 2003).

La somatización, como una expresión del malestar, tiene una prevalencia similar en diferentes países (García-Campayo y Sanz, 2000; Gureje, Simon, Ustun y Goldberg, 1997), aunque hay trabajos que señalan que las personas de África tienden a tener más síntomas somáticos que otras culturas (Paniagua, 2000).

Las personas con trastornos de somatización, dadas las características físicas de dichos trastornos, tienden a buscar más ayuda médica que el resto de personas (Ritsner, 1998). Los trabajos realizados en atención primaria e instituciones de acogida, señalan que alrededor de una tercera parte de la población inmigrante indica algún tipo de sintomatología somática. Por ejemplo, en EEUU, el 35% de la población asiática que acudía a atención primaria manifestaba somatización, y en el País Vasco, el 39,6% de las personas que participan en los programas de acogida de Cruz roja mostraba síntomas en esta área (Elgorriaga y cols., 2007).

En relación a la población inmigrante general, las investigaciones que miden las somatizaciones han encontrado tasas ligeramente menores a las halladas con grupos poblacionales más vulnerables. Los trabajos realizados en Israel por Ritsner y colaboradores con población inmigrante en general (Ritsner y cols., 2000) y por Hoover (1999) con personas procedentes de Rusia, encontraban que el 21,9% y el 14,9% indicaba síntomas somáticos. Porcentajes similares a los obtenidos en Alemania con personas de Turquía, de la Unión Soviética y de España, el 27,1% (Donnelly y Kim, 2008) o en EEUU con población china, el 12,89% (Mak y Zane, 2004). En nuestra sociedad, Pertiñez y cols., (2002) encontraron que el 10,7% de la población inmigrante general presentaban somatizaciones.

4.2.2 Comparación con la población autóctona

En el estudio de la salud mental de la población inmigrante en relación a la población autóctona se han obtenido resultados en diferentes direcciones. A pesar de ello existe una tendencia a afirmar que la salud de las personas que han emigrado es peor que la de las locales (Bischoff y Wanner, 2008; Singhammer y Bancilla, 2009).

En relación a las diferentes áreas de sintomatología, estudios realizados en EEUU (Hovey, 2000; Vargas-Willis y Cervantes, 1987; Vega y cols., 1991), en Alemania (Irfaeya y cols., 2008; Kirkcaldy y cols., 2009), en Reino Unido (Nazroo, 1997) y en España (Martínez, García y Maya, 2001; Valiente, Sandín, Chorot, Santed y González de Rivera, 1996) revelan mayor prevalencia de síntomas depresivos en la población inmigrante. Muestra de ello son tres trabajos llevados a cabo en EEUU en los que se observa que el porcentaje de personas inmigrantes latinoamericanas que presentaba depresión se situaba entre el 36% y el 41% en comparación al 18-20% de la población local (De Leon Siantz, 1990; Eisenman, Gelberg, Liu y Shapiro, 2003; Hovey y Magaña, 2000).

En el área de ansiedad, las mujeres magrebíes (Irfaeya y cols., 2008) y adolescentes de diferentes países (Kirkcaldy y cols., 2009) residentes en Alemania mostraban más ansiedad que la población autóctona, al igual que en Reino Unido la población somalí (Silveira y Ebrahim, 1998) y asiática (Nazroo, 1997), la población inmigrante en general en España (Valiente y cols., 1996) o la latinoamericana en EEUU (Hovey y Magaña, 2000). En concreto, en esta última investigación el 29% de la personas inmigrantes manifestaba ansiedad en comparación al 16% de autóctonos.

Asimismo, la población inmigrante tiene más síntomas somáticos que la población local, unos resultados que se han obtenido en trabajos llevados a cabos en Alemania con población magrebí (Irfaeya y cols., 2008) y rusa (Kirkcaldy y cols., 2005), y en Canadá con diferentes grupos étnicos (Kirmayer y Young, 1998).

Sin embargo, no en todas las investigaciones se ha encontrado un deterioro de la salud mental de las personas inmigrantes respecto a las autóctonas, y se afirma que la salud de ambas poblaciones es similar. Estudios realizados en Canadá con personas libanesas (Sayeyh y Lasry, 1993), en EEUU con población mexicana (Cuella y cols., 2004) y en Suiza con personas francesas y alemanas (Bischoff y Wanner, 2008) así lo confirman. Estos mismos resultados se han obtenido al analizar áreas específicas de la salud mental como la sintomatología somática (Glaesmer y cols., 2009; Miranda, Siddique, Belin y Kohn-Wood, 2005; Pertíñez y cols., 2002), la depresiva (Casadó, 2009; Glaesmer y cols., 2009; Pardo, Engel y Agudo, 2007) o la ansiosa (Pertíñez y cols., 2002).

De todos modos, no siempre los estudios sobre la salud de la población inmigrante concluyen que es peor o igual que la de los autóctonos e incluso se habla de una mejor salud de las personas que han emigrado. Al-Issa (2000), en un estudio realizado con población musulmana en varios países de Europa, sugiere que la salud mental de los inmigrantes en Europa es mejor que la de población autóctona. Vega (Vega y cols., 1988), en un estudio realizado con inmigrantes mexicanos comprobó que tenían menos desórdenes que la población nacida en EEUU, bien de origen mexicano bien estadounidense, resultados encontrados también en otros trabajos con la misma población (Alegría y cols., 2008; Escobar y cols., 2000). Por último, mujeres africanas residentes en EEUU mostraban menos niveles de depresión que otros grupos de inmigrantes y que la población autóctona (Miranda y cols., 2005) y

en España, la población autóctona presenta más ansiedad que la población inmigrante de diferentes países (Pertiñez y cols., 2002).

García-Campayo (2002), Herrero y cols., (2001) y Achotegui y cols., (2008) afirman que las investigaciones sobre la salud mental de la población inmigrante en nuestra sociedad son escasas, aunque parecen sugerir que su salud es peor que la de la autóctona. Además, el trabajo llevado a cabo por Achotegui y cols., (2008), que consiste en una revisión sobre los estudios realizados en España sobre la salud de las personas inmigrante, muestra que los datos en cuanto a la prevalencia de síntomas es muy variada, lo que impide hacer estimaciones precisas sobre la prevalencia y muestra la necesidad de continuar haciendo trabajos sobre este tema.

4.2.3 Comparación con la situación anterior o personas de origen

Las investigaciones que analizan el efecto del proceso migratorio en la salud mental de la población inmigrante se han llevado a cabo bien midiendo la aculturación y su relación con la sintomatología psicológica, bien comparando los resultados de la población en origen con los resultados de las personas que han emigrado.

En cuanto a las investigaciones que analizan la influencia de la aculturación en la salud mental de las personas inmigrantes, trabajos realizados en EEUU encuentran una relación directa entre los procesos de aculturación y la sintomatología psicológica (Escobar y cols., 2000; Gonzalez, Haan y Hinton, 2001; Miller, Sorokin, Wilbur y Chandler, 2004; Miranda y Umhoefer, 1998; Rivera, 2007; Vega y Amaro, 1994). Sin embargo Koneru y colaboradores (2007) en una revisión que realizan sobre 26 investigaciones con población latinoamericana y asiática, confirman la inconsistencia de resultados al analizar el efecto de la aculturación en la salud mental. Estas diferencias en los resultados, tanto para estos autores como para Asvat y Malcarne (2009), se podrían deber a las diferentes formas de entender y evaluar la aculturación. Por este motivo y para evitar los problemas derivados de las diferentes conceptualizaciones y mediciones, se profundiza en las variables del proceso de aculturación que se vinculan a la sintomatología psicológica.

Relativo a los trabajos que comparan la salud mental de las personas inmigrantes y aquellas que permanecen en la sociedad de origen, los resultados obtenidos llegan a conclusiones muy diversas. Un trabajo realizado en EEUU con población mexicana comprobó que la población inmigrante tenía el mismo nivel de salud que la población en origen, y, las personas de segunda generación tenían la misma salud que la población autóctona (Vega y cols., 1998). En Cataluña, las mujeres inmigrantes magrebíes mostraban las mismas puntuaciones en depresión que las mujeres que viven en Marruecos (Casadó, 2009).

Por otro lado, una serie de trabajos comprueba que la población inmigrante manifiesta peor salud que las personas que residen en el país de origen. En este sentido, un estudio realizado en

EEUU mostró que la población inmigrante manifestaba mayor depresión que las personas mexicanas (Hoppe, Garza-Elizondo, Leal-Isla y Leon, 1991), unos resultados que se observan incluso cuando las comparaciones se realizan con inmigrantes de segunda generación (Golding y Burnam, 1990). En el País Vasco, la población marroquí tiene más síntomas depresivos y de ansiedad que la población que reside en Marruecos (Rodríguez y cols., 2009), al igual que la población rusa en Israel (Zilber, Lerner, Eidelman y Kertes, 2001) y en Alemania (Kirkcaldy y cols., 2005).

4.3 Influencia del género y de la cultura

4.3.1 Influencia del género

Las investigaciones que han profundizado en la influencia que el género tiene en la salud mental han mostrado una mayor prevalencia de sintomatología en las mujeres (Caro, 2001; OMS, 2001; Ryff, 1989b), una tendencia que se repite en los trabajos llevados a cabo con la población inmigrante (Borrel, Kiefe, Williams, Diez-Roux y Gordon-Larsen, 2006; Cuellar y cols., 2004). Sin embargo, hay que tener en cuenta que no siempre se encuentran diferencias estadísticamente entre el estado de salud mental de hombres y mujeres (Chávez y French, 1998).

La mayoría de los trabajos realizados con población inmigrante procedente de diferentes culturas y que se instala en diferentes contextos obtienen resultados que afirman la influencia que el género tiene en la salud mental de esta población. Se ha comprobado que las mujeres inmigrantes presentan más síntomas somáticos (Achetegui, 2003; Ritsner y Ponizovsky, 1998; Ritsner y cols., 2000), ansiosos (Hovey y Magaña, 2002; Kirkcaldy y cols., 2009; Ritsner y cols., 1999) y depresivos que los hombres (Ritsner, 1998; Rivera, 2007). En esta última área, por ejemplo, estos resultados se han obtenido en EEUU con población africana (Borrel y cols., 2006), caribeña (Livingston, Neita, Riviere y Livingston, 2007) y latina (Cuellar y cols., 2004; Rivera, 2007; Stimpson y cols., 2007), en Alemania con adolescentes de diferentes países (Kirkcaldy y cols., 2009), en China con población asiática (Chou, 2009) y en Israel con población rusa (Ritsner y cols., 1999).

Estos trabajos muestran que la mujer inmigrante es un colectivo especialmente vulnerable cuando se habla de salud mental (Aroian y cols., 2003; Herrero y cols., 2001; Ritsner y Ponizovsky, 1998). Los estresores sociales tienen una influencia directa en la salud mental de la población inmigrante (Miranda y Umhoefer, 1998; Noh y cols., 1992; Thoits, 1983). Se sabe que dichos estresores, no actúan igual en los hombres que en las mujeres, de modo que determinadas situaciones tienen un mayor impacto en unas que en otras. La explicación de este hecho, se basa en la exposición a más estresores y a la manifestación de más estrés, por parte de las mujeres (Ataca y Berry, 2002; Achetegui, 2002; Cuellar y cols., 2004; Dion y Dion, 2001; Raijman y Semyonov, 1997). Así, el deterioro de la salud se definiría a través del proceso de vulnerabilidad-estrés, que en el caso

de la población inmigrante femenina viene asociado a los conflictos de roles y valores, y situaciones de privación social.

En relación a los conflictos de roles y valores, la mayoría de las mujeres que emigran a Europa proviene de países más jerárquicos, en los que las diferencias entre hombres y mujeres son más marcadas (Hofstede, 1991). Las diferencias del reparto del poder entre hombres y mujeres es determinante en los roles de género y en los comportamientos a realizar (Phinney y Flores, 2002): por lo general, el hombre asume las responsabilidades de la familia y la mujer toma las responsabilidades de casa y del cuidado de los hijos e hijas. Con la migración, se producen cambios en la estructura familiar y las mujeres tienen que combinar el trabajo productivo y reproductivo, lo que les lleva a situaciones de sobrecarga y agotamiento, que se asocian a mayores tasas de depresión (Noh y cols., 1992). En las culturas en las que se valora el papel tradicional de la mujer dentro del hogar, los problemas de salud también pueden producirse como consecuencia de la renegociación de los papeles familiares y conyugales (Dion y Dion, 2001), cuando las posibilidades laborales así lo exigen, o, cuando en el caso de las mujeres, la exposición a actitudes más igualitarias les lleva a querer cambiar su situación (Phinney y Flores, 2002).

Este reparto desigual de los papeles tradicionales de género, se ve reflejado en los factores a los que hombres y mujeres prestan más atención y les repercuten más. En un trabajo realizado con población latinoamericana, se comprobó que para las mujeres la falta del apoyo familiar y de la pareja influía negativamente, mientras que en los hombres las fuentes de malestar provenían del trabajo y de las relaciones con personas ajenas al hogar (Aranda, Castañeda, Lee y Sobel, 2001). Además, se ha comprobado que los problemas familiares explican una importante parte de la varianza de la depresión de las mujeres (Bengi-Arslan, Verhulst y Crijnen, 2002).

La sobrecarga de roles es una de las explicaciones más utilizadas para poder entender la salud mental de las mujeres (Chandola y cols., 2004; Lahelma, Arber, Kivela y Roos, 2002). La emigración produce cambios en la estructura familiar, en los roles de sus miembros y en las condiciones económicas. Esta situación afecta sobre todo a las mujeres que asumen la jefatura del hogar, que se enfrentan a las dificultades de su familia y al desarraigo social y emocional que generan los entornos desconocidos (Mogollón y Vázquez, 2006).

Por otro lado, las mujeres tienen más problemas en el ámbito sociojurídico y laboral (Dion y Dion, 2001; Standing, 2000) y sufren más discriminación que los hombres (Haberfeld y cols., 2000; Parella, 2003; Raijman y Semyonov, 1997; Solé, 2000), lo que dibuja una situación de mayor vulnerabilidad social y mayores dificultades, que pueden asociarse a situaciones de estrés y problemas de salud mental.

Unido a las situaciones de precariedad, hay que señalar aquellas de abuso, que se dan más en las mujeres. En la población que trabaja en el campo, las mujeres además de lidiar con el trabajo

de casa y de trabajar en el campo, en ocasiones experimentan abusos sexuales y raras veces reciben permiso por maternidad (Alaniz, 1994).

Por último, en relación a la sintomatología habría que tener en cuenta las diferencias de género en la manifestación emocional. Las mujeres expresan más fácilmente y con más intensidad sus emociones que los hombres (Alcalá y cols., 2006; Caro, 2001; Etxeberria y cols., 2003; Fujita y cols., 1991). Así, en las situaciones de dificultad, las mujeres comunican sus sentimientos como modo de desahogo mientras que los hombres tienden a excluirlos (Alcalá y cols., 2006; Caro, 2001). Estos patrones en la expresividad emocional tienen sus repercusiones en la muestra de sintomatología y explican que las mujeres puntúen más en la sintomatología psicológica que los hombres.

4.3.2 Influencia de la cultura

El estudio de la relación entre la cultura y la salud mental ha sido un tema de gran interés para diferentes disciplinas como la psicología, antropología, sociología y psiquiatría (Cuellar, 2000). En estos trabajos se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la salud en función de la cultura.

Como muestra de estos resultados, en EEUU se encontró que las personas que procedían de Asia mostraban más síntomas somáticos y depresivos que aquellas de origen caucásico (Farooq, y cols., 1995), y que la población de México tenía menos depresión que la de América central (Salgado de Snyder y cols., 1990) y más que la europea (Schneider, 2004). En el contexto europeo, en concreto en Suiza, Bischoff y Wanner (2008) comprobaron que las personas de Alemania y Francia tenían buenos niveles de salud y significativamente mejores que las de Italia, Portugal, España, Turquía y Unión soviética. Por último un trabajo realizado en Australia, reveló que la población china presentaba más ansiedad que la yugoslava (Barrett, Sonderegger y Sonderegger, 2002). Estas diferencias también se dan en la población inmigrante adolescente, en este sentido se ha encontrado que las personas de origen europeo mostraban menos depresión y ansiedad que aquellas de África, Asia, nativos americanos y Latinoamérica (Anderson y Mayes, 2010; Kennard, Mahtani, Hughes, Patel y Emslie, 2006).

A la hora de interpretar estos resultados se ha comprobado que en general, las personas que tienen una mayor distancia cultural respecto a la sociedad receptora manifiestan más problemas de salud mental, unos hallazgos que se explican principalmente por dos motivos.

En primer lugar, las personas que provienen de sociedades con una cultura muy diferente a la local, se enfrentan a un mayor número de situaciones extrañas, que se vinculan a más dificultades, y en consecuencia a mayor grado de estrés y más problemas de salud mental (Berry, 1997; Cuellar, 2000; Beiser, 1999; Furnham y Bochner, 1982; Smith y Bond, 2003; Vall-Combelles y García-Algar, 2004; Ward y Kennedy, 1999). Las dificultades pueden traducirse en malos entendidos y sensación de incompetencia debido a las diferencias en valores, normas, roles y creencias (véase por ejemplo,

Ward y Kennedy, 1999), o en las condiciones precarias que algunas personas viven en la nueva sociedad, como son la falta de alojamiento o permisos de residencia y de trabajo, que pueden incrementar los problemas de salud (Cuellar, 2000; Vall-Combelles y García-Algar, 2004). Sin embargo, las diferencias entre los grupos culturales, no siempre responden a la mayor distancia. Por ejemplo, en España las personas latinoamericanas presentaban índices de ansiedad ligeramente mayores a la población marroquí (Sánchez y López, 2008) a pesar de que culturalmente son más cercanas a la población autóctona.

En segundo lugar, otra de las razones que justifica la mayor prevalencia de sintomatología en unos grupos que en otros, y que están relacionadas con la distancia cultural, son las situaciones de discriminación vividas en la sociedad receptora (Berry y cols., 2006; Noh y Kaspar, 2003; Utsey y Payne, 2000). Se sabe que las actitudes de discriminación por parte de la sociedad autóctona varía en función del origen cultural de las personas, y que por lo general, cuanto más diferente sea el grupo cultural, mayor discriminación se manifiesta (Dandy y Pe-Pua, 2010; Navas y Cuadrado, 2003; Nesdale y Mak, 2003; Van Oudenhoven y Eisses, 1998).

Por último, un aspecto muy importante a tener en cuenta en la salud mental cuando se tratan diferentes grupos culturales es las diferentes formas de expresar y entender la salud. Choi y Park (2006), encontraron que los africanos residentes en EEUU mostraban más depresión que los europeos, pero estas diferencias se debían a las diferencias en expresión. En la misma línea, Gureje y colaboradores (1997) revelaron que en la población turca el hecho de que se de importancia a las reacciones corporales, facilitaba una mayor expresión de síntomas somáticos en detrimento de los depresivos o de ansiedad. Por lo general, en este tipo de investigaciones se ha comprobado que en las culturas colectivistas la somatización podría ser un método culturalmente aceptado para expresar la depresión (Choi y Park, 2006) y los síntomas en general (Keyes y Ryff, 2003).

En concreto, con la sintomatología somática ocurre que al ser una expresión corporal, la forma de entender la enfermedad, los símbolos y la forma de expresar las emociones, condiciona mucho su manifestación. Se ha comprobado que para la población latinoamericana la somatización es muy importante (Angel y Guarnaccia, 1989). Hay desordenes culturales específicos que afectan a las personas de Latinoamérica como los empachos o el mal de ojo (Achotegui, 2004; Santiago-Rivera, Arredondo y Gallardo-Cooper, 2005). Una consecuencia de no tener en cuenta las diferencias en el simbolismo, las creencias y la expresión utilizada para manifestar el malestar, es el sobrediagnóstico que puede darse de los diferentes trastornos en general y de la somatización en particular (García-Campayo y Sanz, 2000).

4.4 Factores explicativos de Salud Mental

Teniendo en cuenta las divergencias en cuanto a la aculturación y a los instrumentos de medida, a continuación se presentan las variables que describen este proceso y que explican la manifestación de síntomas somáticos, depresivos y ansiosos.

Antes de analizar los factores explicativos de la salud mental, es preciso recordar la existencia de estudios que vinculan el estrés en general, y el estrés de aculturación en particular, con el deterioro de la salud mental (por ejemplo, Berry, 1997; Berry y Kim, 1987; Ritsner y cols., 1996; Ward, 1996). En este sentido, las variables que se asocian y explican los niveles de estrés en la población inmigrante, se relacionarían indirectamente con los síntomas somáticos, depresivos y ansiosos que están presentes en esta población. A pesar de ello, existen trabajos que hallan correlaciones directas entre las variables descriptivas del proyecto migratorio y la salud mental, unas asociaciones que se analizan a continuación.

4.4.1 Factores sociodemográficos

Las investigaciones realizadas sobre la salud mental de la población inmigrante han encontrado diferentes variables sociodemográficas que se relacionan directamente con la sintomatología depresiva, ansiosa y somática. En concreto, se ha comprobado que las personas más **jóvenes** muestran menos niveles de depresión (Miller y cols., 2006), ansiedad (Ritsner y Ponizovsky, 2003) y somatización (Ritsner y cols., 2000) que las personas mayores. Asimismo, la **práctica religiosa** (Hovey y Magaña, 2000; Lee, 2007) y la **formación educativa** (Cuellar y Roberts, 1997; Rivera, 2007; Vega, Kolody, Valle y Hough, 1986) se asocian con menor depresión. Por último, el **estado civil** también se relaciona con la salud mental (Beiser, 1988; Mouanoutoua, 1991; Vega y cols., 1986), las personas divorciadas y separadas muestran más somatizaciones que aquellas que están casadas o viven en pareja (Ritsner y cols., 2000).

4.4.2 Factores premigratorios

En cuanto a las variables que describen determinadas características y condiciones de la situación premigratoria, se han encontrado asociaciones positivas entre la salud mental y los motivos migratorios, las experiencias traumáticas y las expectativas premigratorias.

En relación a los **motivos migratorios**, las personas que emigran por razones políticas, es decir las personas refugiadas, experimentan más trastornos que el resto de inmigrantes. Esta situación se asocia a mayores niveles de ansiedad y de depresión (Allodi, 1991). Las **experiencias de los traumas vividos** en el país de origen pueden afectar a las respuestas de salud (Beiser, 1999; Eisenman y cols., 2003; Nicholson, 1997; Vega y cols., 1986). Sin embargo esto no se da en toda la

población, por ejemplo, en un estudio realizado en Nueva Zelanda comprobaron que el estatus de refugiados afectaba a la salud mental sólo en la población inmigrante británica, mientras que los refugiados indonesos y de las islas del pacífico tenían buena salud mental (Pernice y Brook, 1994).

Por otro lado, **la congruencia entre las expectativas premigratorias** en el ámbito social y profesional con la realidad vivida en la sociedad receptora correlaciona negativamente con los síntomas depresivos (Murphy y Mahaligam, 2006).

4.4.3 Factores postmigratorios

Las variables que se han utilizado para describir la situación posmigratoria y que se asocian a la sintomatología somática, ansiosa y depresiva, se han agrupado en aquellas que se refieren al ámbito de la integración socioeconómica, a aspectos de su experiencia como minoría, y, a las características de las redes sociales.

4.4.3.1 Integración socioeconómica

La salud mental de la población inmigrante en la sociedad receptora varía a través del **tiempo**. Algunas investigaciones muestran que con el paso de los años la sintomatología decrece (Kirkcaldy y cols., 2005; Ritsner y cols., 2000; Vega y cols., 1986), sin embargo, en algunas ocasiones, la salud empeora con el tiempo (Ponizovsky y cols., 2000). La población africana que llega a EEUU manifestaba peor salud mental que a su llegada al país (Tang y Fox, 2001), al igual que la población latina (Guendelman y Abrams. 1994; Guendelman, English y Chavez, 1995).

No tener solucionado aspectos básicos como la vivienda, la situación jurídica, el trabajo y el dominio del idioma, repercuten negativamente en la salud. Por ejemplo, las malas condiciones de **vivienda** se asocian con alta ansiedad (Magaña y Gil, 2003), las barreras del **lenguaje** se relacionan con problemas de salud (Gómez, Hernández y Faigales, 1999) y las **habilidades interculturales** se correlacionan con menor depresión (Torres y Rollock, 2007). Asimismo, el **estatus legal** tiene un efecto determinante en la salud de la población inmigrante (Cuellar, 2002; Finch, 2003). El no tener los permisos de residencia y de trabajo se unen al miedo por la deportación (Gómez y cols., 1999).

El **desempleo** es una de las variables más consistentes a la hora de explicar los problemas de salud mental de la población inmigrante (Beiser, Johnson, y Turner, 1993; Nicholson, 1997; Pernice y cols., 2000; Ritsner y cols., 1996; Silveira y Allebeck, 2002), aunque no siempre se da este efecto (Pernice y cols., 2000). Cuando existe un trabajo, determinadas condiciones pueden hacer que la salud mental se vea perjudicada: las condiciones duras o precarias de trabajo (Beiser y cols., 1993; Magaña y Gil, 2003), los bajos ingresos (Vega y cols., 1986) y la mala situación financiera (Magaña y Gil, 2003; Rivera, 2007) se relacionan con la depresión. Relacionado con el empleo y las

responsabilidades familiares, se ha comprobado que la **redefinición o cambio de roles** en el país receptor produce problemas de salud mental, siendo peor cuanto mayor es el cambio (Chandola y cols., 2004; Nicholson, 1997).

Por último, el grado de **dependencia social** también se vincula a diferentes grados de salud mental. Se ha comprobado que las personas que son autónomas socialmente o aquellas que reciben ayuda puntual de instituciones manifiestan menos sintomatología ansiosa, depresiva y somática, que la población que recurre a instituciones sociales y que requiere de su ayuda para hacer frente al proceso migratorio (Martínez-Taboada y cols., 2008; Arnosó y cols., 2009a).

4.4.3.2 Experiencia de minoría

En cuanto a las experiencias que las personas inmigrantes viven como grupo minoritario, se observa que la **discriminación** es una de las variables que más veces se ha relacionado con la salud percibida y mental. Se ha demostrado que la alta percepción de discriminación se relaciona con la presencia de sintomatología somática (Krieger y Sidney, 1996; Utsey y Payne, 2000), ansiosa (Kessler, Mickelson y Williams, 1999; Pernice y Brook, 1994) y depresiva (Finch y cols., 2000; Noh y Kaspar, 2003).

En relación a los aspectos vinculados a la **identidad social**, se ha comprobado que la identificación con el país de origen se relaciona con la depresión (Gaudet y cols., 2005), sin embargo, en el estudio realizado por Asvat y Malcarne (2008) la identificación con la sociedad de partida funcionaba como un protector de la salud. Por otro lado, las personas con estrategias de aculturación de marginalización, aquella que está poco orientada hacia la cultura de origen y receptora, correlaciona con mayores niveles de depresión (Choi, Miller y Wilbur, 2009).

4.4.3.3 Redes sociales

Respecto a las redes sociales, no se han encontrado relaciones directas entre el nivel y tipo de contacto y la sintomatología psicológica, sin embargo, existen numerosos trabajos que hallan asociaciones positivas entre el **apoyo percibido** por parte de diferentes grupos culturales y una buena salud mental (Ritsner y cols., 2000; Silveira y Allebeck, 2002). Los diferentes estudios muestran que este apoyo es beneficioso tanto si proviene de la familia (Rivera, 2007; Vega, 1995) como si se recibe por parte de las personas en general (Martínez y cols., 2001; Vega y cols., 1986). Y que la ausencia de este apoyo explica la presencia de síntomas ansiosos, depresivos y somáticos (Chou, 2009; Ward y Kennedy, 1999).

CAPITULO V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y FORMULACIÓN DE LOS ESTUDIOS

1 INTRODUCCIÓN

La revisión realizada sobre el proceso de aculturación y el efecto que tiene en la adaptación sociocultural y psicológica de la población inmigrante, muestra el gran interés que suscita este fenómeno a nivel internacional. Existen numerosos trabajos realizados sobre tema, sin embargo las conclusiones a las que llegan son diversas, incluso a veces contradictorias, lo que dificulta hacer un pronóstico sobre la situación de la población inmigrante en el País Vasco.

Diferentes autores y autoras proponen la necesidad de realizar investigaciones sobre las migraciones en cada sociedad y con cada grupo cultural (Berry, 2003; Sabatier y Berry, 1996). Si se une a este motivo las contradicciones y desacuerdos encontrados en los estudios, sobre todo en el ámbito psicológico y de la salud mental, se concluye que es preciso continuar investigando sobre este tema.

En este capítulo se recogen los principales hallazgos de la literatura sobre migraciones y salud mental y se presentan los tres estudios planteados para profundizar en el impacto del proceso migratorio en el ajuste y salud de las personas inmigrantes.

2 PRINCIPALES ASPECTOS TEÓRICOS

La inmigración conlleva el contacto entre grupos sociales diferentes. Algunas de sus consecuencias más relevantes son el proceso de aculturación, la influencia en el ajuste y bienestar de las personas que los componen, así como la aparición de cierta sintomatología fruto del estrés de la situación. Estos tres fenómenos llevan asociados diversos abordajes teóricos que se describen a continuación.

2.1 Proceso de aculturación

El estudio del proceso de aculturación puede realizarse desde diferentes disciplinas, lo que hace que existan diversas formas de entender el fenómeno y diferentes modelos que expliquen las situaciones por las que pasan las personas inmigrantes. A esta circunstancia, hay que añadir la heterogeneidad de la población inmigrante y de sus trayectorias.

La mayoría de trabajos recoge tres aspectos que viven las personas inmigrantes en el proceso de aculturación: la sensación de pérdida por haber dejado el país de origen; las implicaciones que tiene el contactar con la cultura y la sociedad receptora; y las dificultades socioeconómicas y legales a las que en muchas ocasiones se enfrenta la población inmigrante.

La sensación de pérdida que se produce cuando las personas se separan de su país de origen y de todo lo afectivamente significativo puede derivar en situaciones de tristeza o **duelo migratorio** (Achotegui, 2002). Este tipo de duelo se caracteriza por ser parcial, recurrente, múltiple, ambiguo y trasgeneracional, unas características que lo distinguen del resto de duelos (Achotegui, 2000, 2002; Boss, 2002; Falicov, 2002). Puede transcurrir de modo normal o puede convertirse en patológico si no hay una elaboración adecuada o se superan las capacidades de adaptación de las personas (Achotegui, 2008; Eisenbruch, 1990).

La expresión del duelo migratorio varía en función del género y de la cultura de origen. Achotegui (2002) ha comprobado que las mujeres expresan el duelo antes que los hombres, lo que facilita su rápida elaboración. Esto puede deberse a la mayor facilidad que tienen las mujeres para manifestar la tristeza (Etxeberria y cols., 2003; Fujita y cols., 1991). Por otro lado, la cultura influye en la interpretación del dolor y en la forma de afrontarlo (Eisenbruch, 1984) y aunque la tristeza sea una emoción universal (Evans, 2002; Izard, 1977) en cada sociedad existen reglas culturales que regulan lo que es o no es apropiado expresar (Diener, 1984). Se ha comprobado que en general, en las sociedades colectivistas, masculinas, con escaso control de la incertidumbre y con alta distancia de poder no se tolera bien la muestra de emociones personales (Hofstede, 1991; 1999).

En relación al encuentro entre culturas, la percepción de diferencias puede producir un **choque cultural** o **estrés de aculturación** en las personas que están viviendo la experiencia (Berry, 1997; Ward y Kennedy, 1999). Estos fenómenos han sido abordados en la mayoría de trabajos que analizan la influencia de la inmigración y han recibido mayor atención que el duelo migratorio. En consecuencia, existen diferentes términos, modelos y propuestas de análisis, que en ocasiones producen confusión a la hora de analizar la información existente y dificultan la toma de decisión respecto a la investigación.

Por este motivo, en primer lugar es necesario hacer una aclaración entre los conceptos de choque cultural y estrés de aculturación. El primero es un término que se ha utilizado principalmente desde la antropología, mientras que desde la psicología se considera más apropiado hablar de estrés de aculturación (Berry, 1997). Ambos conceptos hacen referencia a las consecuencias derivadas del contacto de dos culturas (Berry, 1997, 2005), sin embargo el modo de entender dicho proceso y la formulación de los modelos es muy diferente.

El choque cultural hace alusión a la desorientación de las personas que viven en otra sociedad al percibir las diferencias existentes entre la cultura de origen y la receptora (Smith y Bond, 1993). Los modelos que han surgido a partir de esta definición proponen diversas fases por las que

pasan las personas en su proceso de ajuste. Existen diferentes modelos pero en todos ellos se describen etapas de dificultad y tristeza, y etapas positivas o de adaptación (p.e., Lysgaard, 1955; Levine y Adelman, 1993). Se ha comprobado que el comportamiento de los hombres y de las mujeres a lo largo de estas etapas es similar (Gullahorn y Gullahorn, 1963; Oberg, 1960). Sin embargo, las personas con mayor distancia cultural tienen más dificultades y perciben un mayor choque cultural (Hurt y Kim, 1990; Smith y Bond, 1998; Ward, 1996).

Estaríamos de acuerdo con otros trabajos en considerar que la definición de diferentes fases es una aproximación limitada porque no especifica las características y situaciones por las que pasan las personas inmigrantes (Hottola, 2003; Ward y cols., 2001). Así, para Ward y colaboradores (1998) es más preciso definir el ajuste en función de la adaptación emocional y psicológica que se va dando en el proceso de aculturación.

La aculturación se refiere a todos los cambios que se producen en las actitudes, conductas, costumbres, valores, identidad, etc., de las personas que están implicadas en este proceso (Graves, 1967). En consecuencia, el estrés de aculturación sería la tensión producida por la imposibilidad de hacer frente a los acontecimientos asociados a la aculturación (Berry y cols., 1997). Desde la psicología se da prioridad al término de estrés de aculturación porque se acerca a las perspectivas teóricas del estrés; porque tiene en cuenta no sólo las experiencias negativas sino también las positivas; y porque asume que la fuente del problema no es cultural sino intercultural, lo que demanda una atención a todo el proceso de aculturación y no tanto al primer impacto (Berry, 2003).

Los modelos definidos para estudiar el proceso de aculturación se centran en los contenidos y respuestas de este complejo proceso (Smith y Bond, 1993) pero se han fijado en diferentes elementos. En concreto en las actitudes de aculturación, en los cambios comportamentales o en las consecuencias psicológicas (Berry, 2008; Navas y cols., 2004).

En relación a las **actitudes de aculturación**, Berry y colaboradores (1987) han propuesto un primer modelo que mide la orientación hacia la sociedad de origen y hacia la sociedad receptora. De estas dos dimensiones surgen cuatro estrategias de aculturación: la integración, separación, asimilación y marginalización. Trabajos posteriores han incluido nuevas variables y dimensiones en el estudio de las actitudes. Las principales aportaciones han sido el estudio de las actitudes en la población inmigrante y autóctona (Bourhis y cols., 1997), la existencia de orientaciones grupales e individualistas (Moghaddam y cols., 1987), la diferenciación de varios ámbitos sociales (Piontkowski y cols., 2000), y la preferencia de unas estrategias u otras en función del ámbito definido (Navas y cols., 2004).

Las investigaciones en base a estas actitudes han mostrado que la integración es la opción más deseada, aunque han encontrado diferencias en función de la cultura en la preferencia del resto de posturas (Berry, 1997; Bourhis y cols., 1997). Tanto las características del contacto intergrupar (Piontkowski y cols., 2000) como las actitudes que muestra la población autóctona (Berry y Kalin,

1995; Montreuil y Bourhis, 2004) explicarían estos resultados. Si se tiene en cuenta las respuestas de los hombres y de las mujeres, se encuentran resultados diversos que no permiten afirmar que exista un efecto del género en la elección de las actitudes de aculturación.

Los modelos de **cambio comportamental** o aprendizaje sociocultural entienden la adaptación como el proceso de adquisición de las habilidades consideradas apropiadas en la sociedad receptora (Berry, 1997; Sabatier y Berry, 1996). Esta línea se basa en el desarrollo de destrezas interculturales (p.e., Gudykunst y Hammer, 1983; Furnham y Bochner, 1986) y se pone el énfasis en los comportamientos más que en las respuestas afectivas o de salud (Ward, 2008). Por este motivo, este punto de vista no se integra tan bien como otras perspectivas en el marco del estrés y la satisfacción (Berry y Ward, 2006).

En esta perspectiva existe una serie de modelos, los del aprendizaje cultural, que han focalizado sus esfuerzos en las leyes, normas y habilidades sociales del nuevo sistema (Ward y Kennedy, 1999), mientras que otros modelos se han centrado exclusivamente en la comunicación (Brislin y cols., 1983; Chen y Starosta, 1998). En ambos casos, se ha observado un efecto del origen cultural, en la medida en que la mayor distancia cultural se asocia a mayores dificultades socioculturales y comunicativas (Furnham y Bochner, 1986; Gudykunst, 2004; 1986; Ward y cols., 2001). Sin embargo, las conclusiones sobre la influencia del género son diversas. A pesar de ello, se encuentra una tendencia que apunta a un mayor aprendizaje y mayor efectividad comunicativa en las mujeres (Nicholson, 1997; Ouarasse y van de Vijver, 2005).

Por último, estarían los trabajos que estudian el efecto del proceso de aculturación en la **esfera psicológica**. Este grupo de estudios se centra en diferentes variables para describir el impacto del proyecto migratorio. Unas cuestiones sobre las que se profundiza en el siguiente apartado.

2.1.1 Estudio 1. Proceso de Aculturación

En relación a las investigaciones que se han llevado a cabo sobre el proceso de aculturación y sus características, la revisión realizada ha mostrado que la población inmigrante es heterogénea y que está influenciada por una gran variedad de situaciones que determinan su proyecto migratorio y su grado de bienestar. Diferentes modelos proponen que para realizar un acercamiento más preciso a las condiciones y realidades de esta población es necesario el estudio de las características sociodemográficas, premigratorias y postmigratorias de las personas inmigrantes, así como de las peculiaridades de la sociedad receptora y de origen (Berry y cols., 1987; Berry, 1997; Goldlust y Richmon, 1974; Ward y cols., 2001). Los trabajos propuestos en esta dirección, ponen de manifiesto que la interacción entre dos culturas (en cuanto a normas, ideologías dominantes, valores, lenguas, etc.) provoca que el proceso de aculturación sea diferente en cada grupo cultural y que también varíe de unos contextos de recepción a otros.

Por este motivo, la psicología transcultural considera necesario que las investigaciones de aculturación se realicen en cada contexto cultural (Berry, 2003). Así, los análisis de diferentes grupos culturales en diferentes países y regiones aportarán claridad a las teorías psicosociales sobre la aculturación (Sabatier y Berry, 1996).

Entre las variables y categorías sociales que sirven para describir a las personas y las situaciones que están viviendo, se ha demostrado que en el proceso migratorio, el género y el origen cultural toman una especial importancia, ya que facilitan la comprensión de las relaciones y demandas que surgen en el país receptor y de origen. Se sabe, que la posición que las mujeres tienen en ambas sociedades condiciona la percepción de los cambios que la emigración provoca en ellas, así como las obligaciones que tienen con su familia y las oportunidades en el nuevo entorno (Dion y Dion, 2001; Gregorio y Ramírez, 2000). Por otro lado, se ha comprobado que la mayor distancia cultural entre los países en contacto, está unido a mayores cambios y dificultades a afrontar en la nueva sociedad (Smith y Bond, 2003; Ward y Kennedy, 1999) y mayor rechazo y discriminación por parte de la población autóctona (Nesdale y Mak, 2003; Van Oudenhoven y Eisses, 1998).

Por último, en la medida en que las condiciones de las personas inmigrantes son diversas, se entiende que determinadas situaciones y/o que determinados grupos son más vulnerables que otros. Por lo general, las investigaciones realizadas a este respecto han concluido que las mujeres inmigrantes viven situaciones de mayor vulnerabilidad social, asistencia, laboral y legal (Dion y Dion, 2001; Standing, 2000), al igual que las personas que pertenecen a países con una mayor distancia cultural respecto a la sociedad receptora (Berry y cols., 1997; Ward y Kennedy, 1999).

Teniendo en cuenta estas propuestas teóricas y los resultados de investigaciones anteriores, el primer estudio se realiza para conocer las características del proceso de aculturación de las personas inmigrantes en un contexto determinado, País Vasco. Se analiza la población en general y atendiendo al género y a la distancia cultural, de modo que se describen las características de los hombres y mujeres que provienen de Latinoamérica y del Magreb.

2.2 Ajuste psicológico y Salud mental en la población inmigrante

Para la realización del estudio de la dimensión psicológica de la población inmigrante Berry (1997) propone una clasificación en la que agrupa los estudios que han tratado este tema y los enumera en función del grado de impacto: el nivel leve, cuando el ajuste se consigue a través de la adquisición de habilidades específicas, que correspondería a los trabajos sobre aprendizaje sociocultural y habilidades de comunicación; el nivel moderado, cuando el proceso de aculturación influye en el bienestar de las personas y es estudiado a partir de los procesos de estrés y

satisfacción; y el nivel grave, que hace alusión a la situaciones que son insuperables y que hay que abordar desde los modelos clásicos de salud mental.

En esta investigación se profundiza en los trabajos que estudian la situación de las personas inmigrantes cuando el proceso de aculturación produce un impacto moderado y grave. El impacto moderado se mide a partir del ajuste psicológico y el impacto grave a partir de la sintomatología psicológica.

En primer lugar, el ajuste psicológico se entiende como el grado de bienestar y satisfacción emocional de las personas que viven en un nuevo entorno, aunque también puede entenderse como un proceso de estrés y afrontamiento (Ward y Kennedy, 1999). En esta línea, se estudia el ajuste psicológico a través de las emociones, el estrés y la satisfacción que manifiesta la población inmigrante. Se asume que el proceso de aculturación influye en la vida de la población inmigrante, pero se defiende que el nivel del impacto es moderado y que puede ser afrontado y superado por la mayoría de las personas.

En cuanto a la **satisfacción**, se utiliza el bienestar subjetivo, una perspectiva que analiza lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas, así como a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que alcanzan cuando evalúan su existencia (Keyes y cols., 2002). En concreto se toma la satisfacción con la vida, un constructo que se refiere a aspectos de juicio cognitivo en el que las personas examinan los aspectos tangibles de la vida, sopesan lo bueno contra lo malo y lo comparan con un criterio anteriormente elegido (Diener y cols., 1985; Shin y Johnson, 1978). En este proceso, los juicios son el resultado de los criterios y las evaluaciones que realizan las personas implicadas (Veenhoven, 1994). Un aspecto especialmente importante al tratar con una población en la que las necesidades y criterios pueden ser muy diferentes a los que tiene la población autóctona.

En relación al **estrés**, la mayoría de los trabajos realizados con personas inmigrantes se han basado en el concepto de estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1986). En esta perspectiva se entiende que una situación es estresante en función de la valoración que realice la persona y de los recursos a los que tiene acceso. De modo que se defiende que la migración es un evento difícil, pero que no desemboca irremediabilmente en estrés.

Para describir el proceso de aculturación y su relación con el estrés se han propuesto diferentes modelos que tienen en cuenta tanto aspectos individuales como contextuales. Berry y colaboradores (1987) definen un modelo basado en tres elementos cuya relación es probabilística: el primero sería la descripción de la experiencia de aculturación; en segundo lugar estarían los estresores del proceso de aculturación; y por último los niveles de estrés manifestados. Años más tarde, Berry (1997) completa este modelo con la intención de indicar las variables más relevantes para el estudio de la aculturación. Así, propone analizar variables macro (factores sociales, políticos y demográficos de la sociedad de origen, actitudes de la sociedad receptora y apoyo ofrecido) y variables micro, tanto personales como situaciones (premigra y postmigra). Por último,

Ward y colaboradores (2001) distinguen los dominios psicológicos y socioculturales de la adaptación e integran variables de las dos sociedades, variables personales y características de la situación.

Estos modelos son muy precisos en definir las variables que caracterizan el proceso de aculturación así como las relaciones que se establecen entre estas variables y el estrés manifestado por la población inmigrante. Sin embargo, los factores que agrupan en las categorías difieren de unas propuestas a otras. Por este motivo, en este trabajo se ha tenido en cuenta las variables estudiadas por Berry (1997) y Ward y colaboradores (2001) pero se han categorizado siguiendo el esquema que se presenta a continuación.

El **proceso migratorio** se ha descrito utilizando una serie de variables sociodemográficas y personales. El perfil sociodemográfico se define a partir de la edad, el sexo, el origen cultural, las características familiares, la formación, el conocimiento del castellano, la religión y el grado de religión practicado.

En relación a las variables personales o individuales, se han diferenciado las que describen la situación anterior y la situación posterior a la emigración (Goldlust y Richmond, 1974). La situación premigratoria se ha definido a partir de variables recogidas en otros modelos, como las actitudes de aculturación y la experiencia migratoria previa (Ward y cols., 2001) o el motivo migratorio y las expectativas sobre la sociedad receptora (Berry, 1997). También se analiza la situación laboral en el país de origen.

En cuanto a las variables postmigratorias, se han dividido en tres categorías. Aquellas que describen los factores de integración social, en las que se estudia la situación jurídica, laboral y de vivienda, la dependencia institucional, y el tiempo de permanencia en la sociedad receptora, analizada anteriormente (Berry, 1997; Ward y cols., 2001). En segundo lugar, se recogen aspectos de la identidad y la experiencia como minoría, entre las que se encuentran la discriminación percibida y las estrategias reales de aculturación (Berry, 1997) y la distancia cultural percibida (Ward y cols., 2001). Y por último, se tienen en cuenta las redes sociales y familiares. En estas se miden aspectos del contacto con otras personas (Ward y cols., 2001), el apoyo percibido (Berry, 1997; Ward y cols., 2001) y además se incluyen aspectos que analizan las características familiares para conocer si la pareja, los hijos e hijas, y más familiares están junto a la persona entrevistada.

En segundo lugar, la salud mental y en concreto el estudio de la sintomatología psicológica se realiza para analizar las situaciones en las que el proceso de aculturación supera las capacidades adaptativas de la población inmigrante. La salud mental se entiende como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS; 1947). Por ello, es un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que no perturba el desarrollo de sus semejantes (OMS, 1962).

Bajo esta definición se entiende la salud mental dentro de un amplio concepto de bienestar, en el que el estrés y la satisfacción también estarían incluidos. Sin embargo, en este trabajo se ha considerado que la sintomatología psicológica hace alusión a un nivel más grave que el descrito por el estrés y la satisfacción.

Al hablar de inmigración y salud mental, generalmente se asocian los cambios socioculturales a la presencia de malestar o sintomatología. Sin embargo existen trabajos que rechazan o confirman parcialmente este presupuesto (Inkeles y Smith, 1970). Es decir, tras la aculturación se observan diferentes reacciones, hay personas que mejoran su vida y situación psicológica, otras que empeoran y otras que no ven alterada su salud mental (Berry y cols., 1987; Collazos y cols., 2008).

En los casos en los que el proceso de aculturación tiene un efecto negativo, la manifestación de estrés se vincula a problemas de salud mental (Berry, 1997; Ritsner y cols., 1996), en concreto a sintomatología depresiva, somática y depresiva (Hovey y Magaña, 2000; Nicassio y cols., 1992; Ritsner y cols., 2000). Asimismo, la baja satisfacción con la vida también se asocia a problemas de salud mental (Christopher y Kulig, 2000; Moreno-Jiménez y cols., 2008b; Neto, 2001).

Existen diferentes hipótesis y modelos que explican la vinculación del estrés que sufre la población inmigrante con los problemas de salud mental, entre los que se encuentra la *hipótesis del estrés de aculturación*, el *síndrome de Ulises* (Achotegui, 2002-2008), o, el *modelo de asentamiento y ajuste psicológico* (Beiser, 1999). Todos ellos hacen alusión a la vulnerabilidad que produce la percepción de estrés.

En cuanto a los modelos que explican la salud mental de las personas inmigrantes, se ha comprobado que los primeros estudios analizaban exclusivamente características individuales o características de la situación, lo que resultaba reduccionista (Odegaard, 1932; Eitineger, 1959). Autores como Goldlust y Richmond (1974) consideran que la población inmigrantes es heterogénea y que está influenciada por una gran variedad de características. Por este motivo proponen el estudio tanto de aspectos personales como contextuales, para lo que definen diferentes características sociodemográficas, premigratorias y postmigratorias.

En la actualidad, para explicar la salud mental de la población inmigrante, además de la hipótesis del estrés de aculturación, se utiliza la hipótesis de la paradoja del inmigrante. Ésta supone que la salud de las personas inmigrantes es buena al llegar a la sociedad receptora incluso es mejor que la de la población autóctona, pero que empeora con el paso del tiempo (Cuellar, 2000).

Al final, todos estos modelos e hipótesis son próximos al modelo clásico de vulnerabilidad-estrés. Son explicaciones posibles a la compleja tarea de justificar la variedad de resultados obtenidos en el estudio de la salud de la población inmigrante. Por tanto, no todos los hallazgos encontrados en las diferentes investigaciones se ajustan a las hipótesis y modelos establecidos.

En base a estos principios teóricos y para profundizar en el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante, se diseñan el segundo y tercer estudio.

2.2.1 Estudio 2. Ajuste psicológico y salud mental de la población inmigrante

Los trabajos que han analizado el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante han mostrado la diversidad de resultados obtenidos así como las contradicciones existentes. Se ha comprobado que el nivel de estrés percibido de las personas que viven en otra sociedad varía de unos contextos a otros y de unos grupos a otros. Así, aunque la mayoría de los trabajos indica que los niveles de estrés son moderados (Hovey y Magaña, 2000; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006), existen trabajos en los que son altos (Gil y Vega, 1996; Irfaeya y cols., 2008) e incluso bajos (Ataca y Berry, 2002; Matheny y cols., 2008). Asimismo, el porcentaje de personas que manifiesta alto estrés puede variar del 30% (Hiott y cols., 2008) al 8,7% (Ritsner y cols., 2000).

Existe mayor acuerdo cuando se analiza la influencia del género y del origen cultural. En general, se ha comprobado que las mujeres muestran mayores niveles de estrés (Dion y Dion, 2001; Raijman y Semyonov, 1997), al igual que las personas que proceden de culturas más lejanas (Berry y Kim, 1987; Furnham y Bochner, 1982).

Por último, se ha constatado la inconsistencia de ciertos resultados. No siempre el proceso de aculturación se relaciona con la percepción de estrés. Tanto los trabajos que comparan la situación de la población inmigrante y de aquella que permanece en la sociedad de origen (Kirkcaldy y cols., 2005; Vega y cols., 1998), como los estudios que analizan el efecto de haber emigrado (Koneru y cols., 2007) llegan a conclusiones que apoyan y rechazan dicha relación debido no sólo a las diferentes situaciones que se viven en la inmigración sino a las diferentes formas de conceptualizar la aculturación (Asvat y Malcarne, 2009).

En segundo lugar, los estudios que se han llevado a cabo sobre el bienestar de la población inmigrante, al igual que los trabajos sobre el estrés, han llegado a resultados diversos. La mayoría de las investigaciones realizadas han concluido que la población inmigrante muestra buenos índices de bienestar (Cuellar y cols., 2004; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006) y que el grado de satisfacción con la vida es peor que el mostrado por las personas que permanecen en el país de origen (Yoshida y cols., 1997). Sin embargo, los resultados de todos los trabajos no van siempre en esta dirección e indican que el grado de bienestar de las personas inmigrantes puede ser bajo (Basabe y cols., 2009; Hernández y cols., 2004), y que la satisfacción de las personas inmigrantes es similar a la de las personas que permanecen en origen (Neto, 1995; Savicki y cols., 2004).

Asimismo, existen diferentes factores que predicen los niveles de satisfacción de la población inmigrante. Las variables sociodemográficas se vinculan con el bienestar, sin embargo su poder predictivo es bajo y aumenta al tener en cuenta aspectos psicosociales (Diener, 1984; Sam, 1998). Tales como aspectos premigratorios (Liebkind y Jasinskaja-Lahti, 2000; Vohra y Adair, 2000) y postmigratorios, en concreto aquellos que hacen alusión a aspectos sociolaborales y jurídicos (Hernández y cols., 2002; Moreno-Jiménez y cols., 2008b), de identidad social (Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Neto, 1995) y redes sociales (Nicholson, 1997; Pernice y cols., 2000).

En cuanto a la influencia que el género y la cultura tienen en la satisfacción, las conclusiones no son claras. Hay una serie de trabajos que no encuentran diferencias (Neto, 1995; Ullman y Tatar, 2001), sin embargo en otros estudios sí se ha hallado un efecto del género en el grado de bienestar, aunque la información es contradictoria: unos muestran que los hombres tienen menos bienestar (Chen y cols., 2008; Utsey y cols., 2002) mientras que otros señalan que son las mujeres las que están menos satisfechas (Cuellar y cols., 2004; Neto, 2001). Por otro lado, se sabe que la cultura influye en la manifestación de la satisfacción con la vida (Diener y cols., 1995; Veenhoven, 2004). Partiendo de las dimensiones culturales propuestas por Hofstede (1991), se ha comprobado que las sociedades colectivistas, competitivas o masculinas, de alta evitación de la incertidumbre y jerárquicas, muestran menor felicidad y menor satisfacción (Basabe y cols., 2002). En relación a la población inmigrante, también se observan diferentes grados de bienestar en función de la cultura de origen (Baltatescu, 2005; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Neto, 2001).

Por último, la salud mental probablemente sea uno de los tópicos más analizados en el estudio de las migraciones y del proceso de aculturación, sin embargo las conclusiones obtenidas también son diversas. Esto puede deberse a la forma de entender el proceso migratorio y la salud mental (Koneru y cols., 2007), a los diferentes contextos y poblaciones que están en contacto (Berry y cols., 1987), así como a los instrumentos de medición utilizados.

Los estudios indican que la prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa y somática varía. En algunos casos las tasas observadas son de aproximadamente el 10% (Grywacz y cols., 2006; Hovey y Magaña, 2001, 2003; Pertíñez y cols., 2002), mientras que en otros aumenta al 30-40% (Barro y cols., 2004; Donnelly y Kim, 2008; Sánchez y López, 2008).

Por otro lado, en cuanto a la repercusión del proceso de aculturación en la salud mental de la población inmigrante, los datos también son diversos. Los trabajos que analizan la situación de la población inmigrante en comparación con la que permanece en la sociedad receptora obtienen resultados que apoyan y rechazan esta relación (Casadó, 2009; Hoppe y cols., 1991; Vega y cols., 1998), al igual que aquellas que vinculan los procesos de aculturación y la sintomatología (Escobar y cols., 2000; Koneru y cols., 2007).

Esta variabilidad de resultados cambia cuando se analiza el efecto del género y de la cultura, en el que se encuentra un mayor acuerdo. En este sentido se ha comprobado una mayor prevalencia

de síntomas en las mujeres (Borrel y cols., 2006; Cuellar y cols., 2004) y en las personas que provienen de sociedades con una mayor distancia cultural (Berry, 1997; Cuellar, 2000).

Al revisar estos estudios se hace difícil predecir cuál puede ser la situación en cuanto a bienestar y salud mental de la población inmigrante que viven en el País Vasco. Por este motivo, el segundo estudio se lleva a cabo para analizar las características de la situación emocional, el estrés, la satisfacción y la sintomatología psicológica de la población inmigrante en el contexto cultural de investigación.

El objetivo es conocer el nivel de ajuste psicológico y la salud mental de las personas inmigrantes. Asimismo, se examinan las características de los hombres y de las mujeres para determinar si el género influye en la manifestación de las variables estudiadas, y se tiene en cuenta el origen cultural de las personas para constatar si en la muestra de estudio se confirma la hipótesis de la distancia cultural. Además, se analiza si las situaciones de vulnerabilidad se asocian a problemas de salud mental. De este modo, se estudian las relaciones y la influencia entre el ajuste psicológico y la sintomatología psicológica.

Por último, se define una serie de variables sociodemográficas, premigratorias y postmigratorias, y se estudia el tipo de relación y el efecto que ejercen en la explicación del estrés, la satisfacción y la sintomatología psicológica.

Estos análisis se realizan para la población total y teniendo en cuenta los grupos que se forman en función del género y la cultura. De este modo, se podrá conocer si las variables que explican el ajuste psicológico y la salud mental son diferentes en base al género y a la cultura.

2.2.2 Estudio 3. Ajuste psicológico y salud mental de la población inmigrante y autóctona

Una de las líneas de estudio para conocer el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante consiste en comparar su situación con la de la población autóctona. Las investigaciones realizadas en este sentido llegan a resultados similares.

En cuanto al ajuste psicológico, la mayoría de trabajos está de acuerdo en afirmar que las personas inmigrantes perciben más estrés que las autóctonas (Cervantes y cols., 1989; Singhammer y Bancila, 2009) y que el grado de satisfacción con la vida es peor que el mostrado por la población local (Baltatescu, 2005). Sin embargo, los resultados de todos los trabajos no van siempre en esta dirección e indican que la satisfacción de las personas inmigrantes (Sam, 1998; Ríos-Rodríguez y Moreno-Jiménez, 2009) y el nivel de estrés (Amponsah, 2010), son similares al bienestar y a la tensión mostrada por la población autóctona.

En relación a la salud mental de la población inmigrante, las investigaciones realizadas en nuestra sociedad son escasas, aunque parecen sugerir que su salud es peor que la de la autóctona (Achotegui y cols., 2008; García-Campayo, 2002; Herrero y cols., 2001). Por lo general, en otros contextos se ha comprobado que las personas que han emigrado tienen peor salud que las locales (Bischoff y Wanner, 2008; Singhammer y Bancilla, 2009). Sin embargo, también existen trabajos en los que la salud es igual (Cuellar y cols., 2004; Pertíñez y cols., 2002) e incluso mejor que la de la población autóctona (Alegría y cols., 2008; Al-Issa, 2000).

De la revisión realizada se concluye que tanto en el ajuste psicológico como en la salud mental existe una mayoría de estudios que muestra la peor situación de la población inmigrante respecto a la autóctona. Sin embargo, la poca información existente sobre este fenómeno en nuestro entorno hace que sea necesario profundizar en el tema.

Por este motivo, en el tercer estudio se analizan las características del ajuste psicológico y de la salud mental de la población autóctona para compararla con las de la población inmigrante. En primer lugar se describen los niveles y la prevalencia de emociones positivas y negativas, de estrés, de satisfacción y de sintomatología. En segundo lugar, se analizan las variables que se asocian y que explican el ajuste psicológico y la salud mental.

Una vez de conocer la situación de la población autóctona, se cotejan los resultados obtenidos con aquellos de la población inmigrante. De este modo se comparan los niveles y la prevalencia de ajuste psicológico y salud mental, así como los factores que se asocian y explican cada una de las variables de estudio.

CAPITULO VI. METODOLOGIA

1 INTRODUCCIÓN

Como se ha mencionado en el Capítulo V, se han realizado 3 estudios con el objetivo de conocer las características del proceso migratorio de las personas inmigrantes, su grado de ajuste psicológico y salud mental, los factores explicativos, así como la comparación del ajuste psicológico y la salud mental con la población autóctona.

En este apartado, antes de comenzar con la descripción de la metodología, se van a comentar los sesgos más habituales que se producen en la investigación transcultural, así como ciertos criterios éticos que son relevantes en todas las investigaciones realizadas con personas, y en particular en psicología y psicología transcultural, que delimitan el procedimiento y diseño de la presente investigación.

A continuación se describirán las hipótesis, objetivos, muestras, instrumento y procedimiento que se ha utilizado en la realización del trabajo.

2 SESGOS Y CRITERIOS ÉTICOS

2.1 Dificultades en las investigaciones transculturales

La investigación sobre los procesos de aculturación está llena de dificultades conceptuales y metodológicas inevitables que son inherentes al constructo mismo de aculturación (Hunt, Schneider y Comer, 2004).

Metodológicamente hablando, y desde una perspectiva transcultural, los estudios desde la Psicología Social pueden diferenciarse en tres aspectos (Rodríguez, 2008): por un lado, los trabajos que exploran y contrastan una hipótesis específica de investigación; por otro, los estudios que comparan países o grupos étnicos con alguna variable psicosociológica; y, por último, las investigaciones que comparan ambos constructos como, varios grupos culturales en relación a una variable.

Es común distinguir entre estudios inter-culturales e intra-culturales (Rodríguez, 2008). Los primeros implican el estudio de varias culturas diferentes (europea vs. americana, por ejemplo), mientras que en los segundos se estudian diferentes culturas dentro de un mismo país o sociedad (por ejemplo, comparar el grupo mayoritario de un país con los grupos minoritarios como inmigrantes

o refugiados). Sea de una forma u otra, el estudio de las migraciones ha sido y es un tema clave dentro de las investigaciones inter-culturales e intra-culturales (van de Vijver, 2002; Jahoda, 2002; Vergara y Balluerka, 2000).

La psicología transcultural no sólo es una disciplina que envuelve nuevos conocimientos teóricos y conceptuales, sino que también ha influido en la discusión metodológica. Así, los desarrollos y la evolución de la técnica y del método en la investigación transcultural ha resultado fundamentalmente un camino diferente y único para realizar estos tipos de investigaciones (van de Vijver, 2001). En esta metodología los sesgos y la equivalencia son dos aspectos fundamentales (Poortinga, 1989) y que están relacionados en la medida en que la presencia de sesgos reduce la equivalencia entre los grupos (Van de Vijver y Leung, 1997; Van de Vijver, 2001).

Para la descripción de estos problemas, se va a seguir la clasificación propuesta en los trabajos realizados por Van de Vijver, Leung y Poortinga (Van de Vijver y Leung, 1997; Van de Vijver y Poortinga, 1997; Van de Vijver, 2001) en los que definen tres tipos de sesgos: el que se refiere al constructo teórico (sesgo de constructo), el que hace alusión a la forma de administrar el instrumento (sesgo de método) y el referente al contenido de los ítems (sesgo de ítems).

2.1.1 Validez de constructo o Sesgo de constructo

Este primer sesgo se produce cuando el constructo medido no es idéntico en todos los grupos culturales (Van de Vijver y Leung, 1997; Van de Vijver, 2001). Hay diferentes causas que pueden originar este problema (Van de Vijver y Leung, 1997): no conocer los comportamientos que en cada cultura están asociados al constructo; un pobre muestreo del dominio para la construcción del instrumento que lleva a la utilización de pocos ítems para representar un amplio constructo; y, la exportación de instrumentos occidentales a otros países para los cuales hay cuestiones que no son relevantes (Leung y Zhang, 1996). Estos motivos pueden hacer que la investigación no mida aquello sobre lo que verdaderamente se tiene interés.

Van de Vijver y Leung (1997) han propuesto diferentes alternativas para evitar estos sesgos o para corregir los problemas que hayan surgido. Entre estas alternativas proponen dos enfoques a adoptar. El primero sería el “*descentrado*” que tiene en cuenta la diversidad de las culturas en la conceptualización y diseño del estudio, y, que sugiere completar y ampliar con los conceptos desarrollados en otros países. Aunque esta técnica sea sencilla pocas veces se encuentra en la literatura. La segunda perspectiva, la *convergencia*, resulta más complicada porque requiere utilizar un instrumento específico para cada una de las culturas.

2.1.2 Sesgos sobre el método

Aunque en una investigación se haya delimitado correctamente el constructo y esté bien representado en un instrumento, no hay garantía de que no vayan a producirse más problemas en las puntuaciones. Los sesgos pueden surgir de las características en la aplicación del instrumento, lo que es descrito como sesgo de método (Van de Vijver y Leung, 1997). Por tanto, este tipo de errores harían referencia a variables extrañas o no controladas que aparecen asociadas al método (Van de Vijver, 2001). Se utiliza este término, porque generalmente los factores que producen los sesgos, son aquellos que se describen en los trabajos empíricos de corte experimental (Van de Vijver y Leung, 1997; Van de Vijver, 2001) y porque influyen en los resultados y en el instrumento.

Los problemas de método suelen producirse como consecuencia de varias situaciones: diferentes estilos de respuesta; deseabilidad social; diferente familiaridad o experiencia con los estímulos presentados y/o con el procedimiento de respuesta; imposibilidad de comparación entre las muestras; diferencias físicas durante la administración de la prueba, tales como la presencia de otra persona; la influencia que ejerce la persona entrevistadora y/o por los problemas de comunicación que surgen entre la persona que entrevista y la entrevistada (Van de Vijver y Leung, 1997).

El análisis de todos estos sesgos se realiza bajo una subdivisión que agrupa los problemas referentes a la muestra (sesgo de muestra), a los instrumentos (sesgo de instrumentos) y a los procedimientos (sesgo en la administración) (Van de Vijver, 2001).

a. Sesgo sobre la muestra

Este sesgo se produce cuando las muestras no son comparables. La equivalencia es el aspecto más importante en la investigación transcultural, ya que las comparaciones sólo pueden realizarse si los datos de las diferentes culturas son comparables (Van de Vivjer, 2001).

Los problemas sobre las muestras son recurrentes en las poblaciones heterogéneas y multiculturales en las que resulta difícil hacer muestras equivalentes (Páez y Vergara, 2000; Van de Vivjer, 2001). Por ese motivo es importante realizar un buen diseño de la muestra a utilizar. Vergara y Balluerka (2000) en función del tipo de estudio transcultural que se realice, proponen diferentes técnicas de muestreo de culturas y personas. Así, para los estudios de diferencias psicológicas el más adecuado es el *muestreo de conveniencia*, para los estudios orientados por la teoría y con objetivos claros el *muestreo sistemático*, y, para los estudios de generalización el *muestreo aleatorio*.

En la elección de las personas, el muestreo aleatorio simple no resulta de gran utilidad en la investigación transcultural, debido a la dificultad de disponer de muestras suficientemente amplias. Por ello, es aconsejable adoptar una técnica de muestreo aleatorio estratificado que contribuya a

controlar algunas de las diferencias culturales que no son objeto de estudio, así como utilizar estrategias de control experimental y estadístico (Vergara y Balluerka, 2000).

b. Sesgos sobre el instrumento

Los sesgos sobre el instrumento se producen cuando las diferencias observadas entre los grupos son fruto de características del instrumento utilizado. La fuente más importante de problemas es la que hace alusión a la familiaridad o conocimiento de los estímulos utilizados en las pruebas, a los estilos de respuesta de las personas, y, a la deseabilidad social (Van de Vijver y Leung, 1997).

En cuanto a la familiaridad que las personas puedan mostrar ante los estímulos presentados y/o ante el procedimiento de respuesta, Vergara y Balluerka (2000) proponen una solución a priori, que consiste en realizar estudios previos para analizar estas cuestiones, o en el caso del procedimiento, introducir ejemplos y ejercicios previos. Y una solución a posteriori que sería el ajuste estadístico de las características intrínsecas de los grupos objeto de comparación.

En relación a los estilos de respuesta, una de las críticas que se realiza a los estudios transculturales es que las diferencias culturales podrían atribuirse a diferentes estilos de respuesta (Páez y Vergara, 2000). Los sesgos de respuesta hacen referencia a las diferencias encontradas en las respuestas en una u otra dirección de la escala (Smith y Bond, 1993; van de Vijver y Leung, 1997) o en la deseabilidad social (Páez y Vergara, 2000). Se puede observar una tendencia a puntuar en el rango central de la escala o sesgo de moderación, o a puntuar en los extremos o sesgo de polaridad, bien en el polo positivo (aquiescencia) bien en el polo negativo (negatividad) (Rodríguez, 2009).

Se han propuestos diferentes procedimientos para reducir estas cuestiones, tales como calcular las desviaciones típicas de los ítems o de las medias (t-test) en las diferentes culturas, la utilización de pruebas de homogeneidad de varianzas o la comparación transcultural entre las sumas de las puntuaciones moderadas o extremas en ítems opuestos (Vergara y Balluerka, 2000). Asimismo, Leung y Bond (1989) proponen estandarizar las variables objeto de estudio en cada cultura.

c. Sesgos en el procedimiento

La última fuente de sesgo sobre el método hace alusión a las características del procedimiento, que por lo general se focalizan en la persona que realiza la entrevista y su interacción con la que es entrevistada (Van de Vijver, 2002).

La cultura de la persona investigadora o encuestadora puede condicionar la respuesta de las personas. Existen diferentes técnicas que pueden evitar o reducir este sesgo: a priori, se puede entrenar a la persona que realiza la entrevista o buscar mediadores ineterculturales; a posterior, se

pueden ajustar estadísticamente las características de quien realiza la entrevista (Vergara y Balluerka, 2000).

2.1.3 Sesgos del ítem

El tercer tipo de sesgo se refiere a los artefactos de la medida a nivel de ítem (Van de Vijver y Leung, 1997). Estos autores enfatizan el concepto que hace referencia al sesgo de ítem y no utilizan el término de funcionamiento diferencial de ítem propuesto desde la literatura anglosajona. Afirman que es un problema de medida que si no se atiende correctamente compromete la validez de las comparaciones transculturales.

Estos sesgos pueden producirse por diferentes motivos, tales como una pobre traducción de los ítems, formulación inadecuada de los ítems, los ítems que requieren una habilidad adicional, diferencias accidentales en la adecuación de los elementos de contenido.

En este sentido, se comprueba que la traducción y adaptación de los instrumentos son aspectos clave para evitar este tipo de riesgos. Entre las estrategias planteadas a priori, se encuentra la de asegurar en la traducción una equivalencia lingüística, semántica y funcional de los ítems para las diferentes culturas (Vergara y Balluerka, 2000). Se recomienda así que la técnica utilizada sea la traducción inversa (Brislin, 1986) que consiste en traducir el instrumento a otro idioma, para que posteriormente otra persona lo traduzca a la versión original. En cuanto a las soluciones que pueden darse a posteriori, estarían los estudios de fiabilidad de las escalas (Vergara y Balluerka, 2000).

2.2 Aspectos éticos

En este apartado se describen algunos de los criterios que son importantes tener en cuenta en la psicología en general, y en particular en la investigación, sobre todo cuando las personas que están en contacto tienen orígenes culturales diferentes y hay mayor probabilidad de malentendidos.

En las ciencias sociales, por lo general el conocimiento se obtiene a partir de una interacción entre una persona que realiza la investigación y otra que es entrevistada y ofrece la información, por lo que la interacción resulta ser clave (González, 2002). Tal y como se ha descrito en el apartado anterior, el tipo de relación establecida puede ser fuente de sesgos y malentendidos importantes, lo que lleva en ocasiones a forzar la situación en aras de evitar dichos sesgos pero, faltando al respeto y a los derechos de las personas. Por este motivo, es de especial relevancia instaurar unos principios éticos que regulen la práctica investigadora.

Al tratar el tema de la dimensión ética y sus implicaciones se cuestionan los criterios que definen una investigación éticamente correcta. Para asegurar que los principios son incuestionables y

para evitar las consideraciones subjetivas, las organizaciones profesionales establecen un marco común de normas que guían las actividades científico-profesionales de sus integrantes. Estos principios éticos se encuadran, a su vez, dentro de un marco legal que establece los criterios de responsabilidad jurídica en el ejercicio de cada profesión (Leibovich de Duarte, 2000).

En cuanto a las investigaciones en las que participan seres humanos, tras los experimentos realizados en los campos de concentración nazi, un grupo internacional de expertos elaboró en 1949 el Código de Nuremberg que establecía los criterios básicos que deben guiar dichos trabajos, donde se especifica claramente que no hay diferentes categorías de personas. Este código plantea 10 principios, que si bien es cierto que alguno de ellos se aleja un poco de las especificidades de la psicología, merece la pena mencionar: consentimiento voluntario, que sea beneficioso para la sociedad, que los resultados previos justifiquen la realización del experimento con personas, que se evite todo sufrimiento físico y mental innecesario, que no se realice si hay peligro de muerte o daño, que el grado de riesgo no exceda el grado de importancia humanitaria del problema, que se proteja a la persona, que se realice por profesionales cualificados, que la persona tenga libertad de interrumpirlo, y que la o el investigador esté preparado para terminar el experimento en cualquier fase (The Nuremberg Code, 1947).

Estos principios sitúan a las personas por encima de cualquier investigación, de lo que se deriva que sus necesidades, derechos, y, bienestar físico y psicológico priman ante cualquier exigencia del estudio. Estas cuestiones son importantes siempre que se plantea una investigación, pero toman mayor relevancia cuando la población de estudio se encuentra en una situación de sufrimiento o es especialmente vulnerable.

Las cuestiones éticas hacen referencia a todo el proceso de investigación, desde el planteamiento del tema hasta la publicación y aplicación de los resultados (Leibovich de Duarte, 2000), sin embargo en este apartado se van a presentar aquellos puntos más importantes que conciernen a la metodología de la investigación.

a. Consentimiento informado

El consentimiento informado se refiere a la aceptación voluntaria de las personas a participar en una investigación tras haber recibido una invitación en la que se ofrece información sobre los objetivos, el procedimiento y los posibles riesgos o beneficios (Leibovich de Duarte, 2000; Salkind, 1999). En el Código de Nuremberg (1947) se establecen que la participación debe ser voluntaria, que la personas tiene que tener capacidad legal para decidir su participación, que debe recibir completa información acerca de la investigación en la que participan, y, que la información debe presentarse de una forma clara y comprensible.

Tras estos pasos se solicita su conformidad, que es preferible que quede documentada por escrito en un documento realizado para tal fin (Leibovich de Duarte, 2000; Salkind, 1999). Esta

medida, pensamos que en determinadas ocasiones puede acarrear dificultades, malos entendidos e incluso desconfianza, por ejemplo en el caso de personas inmigrantes que no tienen la documentación de residencia o trabajo.

b. Engaño u omisión

El tema del engaño u omisión plantea un serio dilema ético en la investigación, si se tiene en cuenta que en algunos estudios al revelar los objetivos se puede sesgar o condicionar la información recogida. En estas ocasiones se utiliza el engaño para que los fenómenos que se esperan estudiar no queden invalidados al informar sobre el verdadero objetivo.

En psicología se utilizan a menudo investigaciones encubiertas en las que se ofrece una consigna distractiva que oculta el objetivo del estudio. Sin embargo, las normas establecen que tras la finalización de la investigación, la persona debe ser informada (Leibovich de Duarte, 2000).

c. Daño físico y/o psíquico

El engaño y la falta de respeto hacia la integridad de las personas deriva muchas veces en situaciones en las que se viven experiencias negativas, perjudiciales o indeseables, que pueden generar diferentes niveles de sufrimiento, miedo, fracaso, frustración o estrés (Leibovich de Duarte, 2000). Hay que eliminar toda posibilidad de daño psicológico y/o físico, por lo tanto, se abandonará cualquier experimento si existe alguna duda respecto a una posibilidad de riesgos (Salkind, 1999). La responsabilidad profesional, que se funda en el principio hipocrático que indica que se debe hacer aquello que beneficie al paciente, debe primar sobre las supuestas ventajas de un diseño de investigación (Leibovich de Duarte, 2000).

d. Asimetría en la relación participante-persona entrevistadora

Una cuestión importante es la relación que se establece entre la o el investigador y la persona participante a la hora de realizar el estudio. Los roles que estas personas adquieren se asocian a diferentes comportamientos y actitudes por los que se observa cierto sometimiento por parte de los sujetos frente a la figura del investigador. Es necesario tener presente las diferencias de “poder” y la relación asimétrica que se produce en una situación de investigación y tener muy claros los límites de las acciones, siempre dentro de los márgenes de respeto y cuidado (Leibovich de Duarte, 2000).

Creemos que esta cuestión tiene especial relevancia cuando se trabaja en investigaciones transculturales, en particular con población inmigrante, en las que la persona entrevistadora suele pertenecer a la sociedad receptora y la entrevistada a la minoría cultural. En estas situaciones se generan una serie de relaciones, de transferencias, que van más allá de lo personal y se basan en lo cultural. Desde la etnopsiquiatría (Moro y Lachal, 2006) se concibe a las personas como un conjunto

de características individuales y de elementos políticos, históricos, sociales, etc., que están asociados a su origen cultural. En este sentido, las relaciones pueden estar mediatizadas por este envoltorio cultural y producirse una serie de contratrasferencias culturales en las que se interactúa con la otra persona como perteneciente a una determinada cultura. Bajo este criterio, la relación persona entrevistadora-persona entrevistada, sería entre la mayoría y la minoría, lo que hace pensar en la construcción de una relación asimétrica todavía más acusada.

e. Anonimato, invasión de la privacidad y confidencialidad

El anonimato, la invasión de la privacidad y la confidencialidad están estrechamente relacionados con los principios y los valores que la psicología exige en todos los campos de aplicación y que quedan plasmados en el juramento hipocrático.

En un contexto de investigación el anonimato se vincula con la imposibilidad de asociar los resultados de una prueba con una persona en particular, con excepción de la persona encargada. Es importante que los datos recogidos no mantengan información de filiación personal que pueda identificar a los participantes de una investigación (Salkind, 1999).

Otra cuestión importante es la de no invadir la privacidad de la gente. En este sentido, la grabación, filmación u observación de entrevistas o sesiones, y, su utilización, debe hacerse siempre bajo el conocimiento y autorización de las personas implicadas (Leibovich de Duarte, 2000).

Por último, la confidencialidad en la investigación hace referencia al mantenimiento en el más estricto secreto de cualquier cosa que se averigüe. Por este motivo se debe controlar la situación de los datos y si es necesario hay que disfrazar la información recogida. El mejor modo de mantener la confidencialidad es reducir el número de personas que ven los resultados (Salkind, 1999).

f. Compartir los resultados

El tema de dar a conocer los resultados y la información de una investigación para autores como Salkind (1999) puede resultar controvertido, sin embargo, en general se asume que lo más adecuado es comunicarlo tan pronto como se finalice la investigación o sea posible.

En relación a los resultados, un aspecto importante es compartir la información y las conclusiones que se han obtenido con las personas que han colaborado en el estudio. En este sentido, se trata de dar una devolución de aquello que han compartido con el equipo investigador, generalmente, de manera altruista (Sánchez-Vidal, 2007).

3 INSTRUMENTO

3.1 Introducción

En esta investigación se ha utilizado un único cuestionario que recoge todas las variables que han sido utilizadas en el estudio 1 y 2, en los que se analizan las características de la población inmigrante, y en el estudio 3, en el que se realiza una comparación entre la población inmigrante y la autóctona.

Teniendo en cuenta que se trabaja con población inmigrante y con población autóctona, existen dos versiones similares del cuestionario. El primer instrumento diseñado ha sido el de la población inmigrante. Para ello se han recogido las variables indicadas en diferentes modelos propuestos sobre aculturación y estrés (Berry y cols, 1987; Berry, 1997; Ward y cols., 2001; Godlust y Richmongd, 1974), así como otros indicadores señalados en investigaciones desarrolladas sobre migraciones, bienestar psicológico, y/o, salud mental, que atienden aspectos como la influencia cultural y/o de género. Tras la elaboración del primer cuestionario se ha realizado la versión para la población autóctona en la que algunas variables han sido eliminadas.

3.2 Descripción del Instrumento

A continuación se detalla cómo y porqué se han decidido incluir una serie de variables y de escalas en el instrumento utilizado en la investigación, así como las razones por las que se han agrupado en diferentes apartados. En este sentido se describen las variables que explican el perfil psicosocial (sociodemográficas y situacionales (pre y postmigratorias), el ajuste psicológico, y, la salud mental de la población inmigrante y de la población autóctona.

3.2.1 *Variables sobre el perfil psicosocial*

a. Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas se miden a partir de diferentes preguntas elaboradas por el equipo investigador. Las cuestiones analizadas son:

- *Edad*
- *Sexo*

- *Origen cultural*
- *Características familiares (estado civil, y, pareja e hijos-hijas)*
- *Nivel de estudios*
- *Nivel de castellano*
- *Religión*
- *Práctica religiosa*

b. Variables personales: premigratorias y postmigratorias

b.1. Características personales anteriores al proceso migratorio

A partir de la indicación de Goldlust y Richmond (1974) sobre la necesidad de diferenciar entre las condiciones o variables pre y postmigratorias en el proceso de aculturación, y, de los modelos propuestos por Berry (1997), y, Ward y cols., (2001) en los que se detallan dichas variables, se han seleccionado determinados aspectos para analizar la situación anterior a la migración. De este modo en este trabajo se tiene en cuenta la experiencia migratoria previa y las actitudes de aculturación propuestas por Ward y cols., (2001), las expectativas sobre el asentamiento en el nuevo contexto y motivo migratorio (Berry, 1997), y además, se ha incluido otra variable, como es la situación laboral en el país de origen.

- *Expectativas sobre el asentamiento en la sociedad receptora:* Se realiza una pregunta en la que se valora si las expectativas previas a la migración, definían su asentamiento como permanente, provisional, o, si no lo sabían.
- *Motivo migratorio:* Se analiza si la razón por la que han iniciado el proyecto migratorio es económica, formativa, política, de reagrupación familiar u alguna otra razón diferente.
- *Situación laboral anterior:* Se pregunta por la ocupación laboral o responsabilidades en el país de origen.
- *Experiencia migratoria previa:* Se analiza si antes de emigrar al País Vasco han vivido en otro país. Si es afirmativo, se pregunta el motivo migratorio y el tiempo que vivió en dicho país.
- *Orientación hacia las dos sociedades y Actitudes de aculturación:* A partir de las dos dimensiones definidas por Berry y cols., (1987) se han redactado 4 preguntas tipo likert de 9 puntos (1 nada hasta 9 mucho) que miden de modo general las actitudes de aculturación y que han sido definidas y utilizadas anteriormente por Zlobinna y cols., (2004). La orientación hacia la sociedad de origen se mide con dos preguntas que analizan la importancia de mantener sus tradiciones y costumbres, y la importancia de mantener relación con personas de su país. Del mismo modo, la orientación hacia la sociedad receptora se analiza preguntando por la importancia de establecer

relación con las personas autóctonas y de aprender las nuevas tradiciones y costumbres. En el estudio realizado por Zloblinna (2004) los coeficientes de fiabilidad que obtuvo fueron adecuados: para la orientación hacia su país el alpha era de 0,85, y para la orientación hacia el país de acogida de 0,84.

b.2. Características de la situación posterior a la migración

Como en el apartado anterior, a partir de las propuestas de diferentes trabajos, se han seleccionado una serie de variables: las estrategias de aculturación y la discriminación percibida, analizadas por Berry (1997), el grado de contacto con otras personas y la distancia cultural percibida, propuestas por Ward y cols., (2001), y el tiempo de permanencia en el nuevo contexto y el apoyo recibido, recogidos en ambos modelos. Asimismo, se tiene en cuenta la situación jurídica y laboral, el alojamiento, la dependencia institucional y la estructura familiar en la sociedad receptora.

A su vez, para dar mayor orden y coherencia a los resultados, las variables que describen la situación posterior a la migración han sido agrupadas teniendo en cuenta el ámbito al que hacen referencia: en concreto se describen los factores de integración social, la identidad étnica y experiencia de minoría, y, las redes sociales y familiares.

b.2.1. Factores de integración social

Los factores de integración socioeconómica se refieren a las condiciones más básicas que toda persona necesita tener cubiertas, además de aquellos aspectos que se refieren a la situación de la población inmigrante y que son necesarias para lograr instalarse y vivir con unos mínimos de bienestar en nuestra sociedad. En concreto se analiza:

- *Tiempo de permanencia en el país:* se pregunta por los meses que han pasado desde que han llegado al estado y al País Vasco.
- *Situación jurídico-administrativa:* se realiza una pregunta para conocer su situación respecto a los permisos de residencia y de trabajo.
- *Situación laboral:* a partir de dos preguntas se analiza el tipo de ocupación laboral que las personas inmigrantes han alcanzado en la sociedad receptora y si en el momento de realizar la entrevista se encuentran empleadas o desempleadas.
- *Vivienda:* se pregunta cual es su residencia habitual para diagnosticar si tienen problemas de alojamiento o tienen la vivienda resuelta.
- *Necesidades en la sociedad receptora:* Se mide a partir de 8 preguntas que inciden en el grado de necesidad que tienen a la hora de tramitar la documentación de residencia, el empadronamiento, la asistencia médica, social y/o psicológica, el empleo, el alojamiento e

información sobre diferentes aspectos. Para ello se utiliza una escala likert de 5 puntos (1 nada hasta 5 mucho).

- *Dependencia social:* A partir del modelo psicosocial de Martínez-Taboada y colaboradoras (Martínez-Taboada, Arnosó, Iribarren, Luquin y Otero, 2004) se definen tres grados de dependencia social: Alta dependencia social, Media dependencia social y Autonomía social. Este modelo propone que en las situaciones de crisis las personas actúan en base a la percepción de control, al tipo de afrontamiento y a la posibilidad de utilizar recursos personales, sociales y culturales. Así, la alta dependencia social se refiere a las personas que realizan muchas demandas en las instituciones sociales y que necesitan su apoyo para hacer frente a la situación. Por este motivo, se dice que participan o se sitúan en programas de Acogida. La media dependencia social, se utiliza para identificar a las personas que son autónomas pero que reciben apoyo de las instituciones porque participan en diferentes programas de integración sociolaboral. Por este motivo, también se dice que son personas que están en Adaptación Sociolaboral. Por último, las personas que se integran dentro de la Autonomía Social, serían aquellas que no recurren a las instituciones públicas en busca de ayuda y que autogestionan sus necesidades. La determinación de una situación u otra se realiza en función del lugar en el que se realiza la entrevista.

b.2.2. Identidad y experiencia de minoría

En este apartado se analizan las cuestiones que tienen que ver con la identidad y con la experiencia como minoría cultural. De este modo, se analizan la orientación real hacia las dos sociedades y las estrategias de aculturación derivadas, y, la percepción de aproximación o distancia cultural respecto al entorno local. Asimismo, se analiza el nivel de discriminación percibida por parte de las personas autóctonas.

- *Orientación real hacia las dos sociedades y Estrategias de aculturación:* se han redefinido los ítems destinados a medir las actitudes de aculturación para poder analizar por un lado, el grado en el que realmente la población inmigrante practica su cultura (realiza las costumbres y tradiciones de su país de origen y mantiene relaciones con su grupo), y por otro lado, para poder establecer el grado en el que verdaderamente se relacionan con la población local y aprenden y practican las nuevas costumbres. Para ello se han redactado 4 preguntas tipo likert con 9 opciones de respuesta (1 nada hasta 9 mucho) a partir de las cuales se definen dos dimensiones, orientación real hacia la sociedad de origen y orientación real hacia la sociedad receptora. Las estrategias de aculturación se definen en base a las puntuaciones obtenidas en las dos dimensiones.
- *Distancia cultural percibida:* La distancia cultural percibida se mide a partir de una escala visual diseñada por Bergami y Bagozzi (2000) que permite determinar con rapidez y sin dificultad la identificación social con una organización o grupo de personas, y por consiguiente, su grado de

cercanía o lejanía. Esta escala visual tiene 8 opciones de respuesta que varían entre 1 totalmente cerca de 8 totalmente lejos. Bergami y Bagozzi (2000) compararon la bondad de su escala con otras escalas de identificación anteriores y concluyeron que la inclusión de un elemento visual ayuda a la persona a comparar mejor el solapamiento de su identidad con la de la organización, produciéndose por lo tanto un mejor reflejo de la identificación organizacional. El alfa de cronbach de la escala original es de .71.

La escala visual propuesta por Bergami y Bagozzi (2000) ha sido utilizada sobre todo en trabajos donde se ha medido la identificación entre empresa y consumidor-consumidora (Ahearne, Bhattacharya y Gruen, 2005; Sen y Bhattacharya, 2001). Sin embargo, también se ha empleado con inmigrantes adolescentes para conocer su grado de identificación con la escuela y con los pares (Chacón, 2005). Se utiliza esta escala porque permite determinar con una sola pregunta o imagen el grado de cercanía de la población inmigrante respecto a la sociedad local, algo de agradecer cuando hay muchas escalas que rellenar, cuando en ocasiones la situación es difícil y/o cuando hay problemas de lenguaje.

- *Discriminación percibida*: La discriminación que las personas inmigrantes perciben en el país receptor se mide a partir de unas preguntas descritas por el equipo investigador. Se compone de 4 ítems que miden el prejuicio percibido en el trabajo, en la calle, en los establecimientos públicos y a la hora de alquilar viviendas. Además, se hace una pregunta sobre la discriminación en general.

Diferentes investigaciones para medir el grado de discriminación percibido han realizado una pregunta en general y/o han creado diferentes preguntas que hacen alusión a los aspectos o ámbitos donde con mayor frecuencia se pueden dar situaciones de discriminación (Basabe y cols., 2009; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Smith, 2005; Techio, 2008).

b.2.3. Redes sociales y Familiares

Las redes sociales y familiares recogen las variables que analizan el soporte familiar que las personas inmigrantes tienen en la sociedad receptora, al igual que el nivel de contacto y el grado de apoyo que perciben de diferentes grupos culturales.

- *Redes Familiares*: Se analiza cuántas personas de su familia viven en la sociedad receptora y están junto a la persona entrevistada. En concreto en el caso de las que las personas tengan pareja y/o hijas o hijos se analiza las ocasiones en las que están junto a ellos/as, y por otro lado, se demanda si tienen más familiares cerca.
- *Redes sociales*: Se han realizado 3 preguntas tipo likert con 5 opciones de respuestas (1 nada hasta 5 mucho) que evalúan el grado de contacto con las personas de su país, con otras personas inmigrantes y con las autóctonas. Además, se ha definido 3 preguntas para conocer el apoyo que se percibe de las personas del país que origen que viven aquí, de otras personas inmigrantes y de las autóctonas.

3.2.2 Ajuste psicológico

El ajuste psicológico se entiende como el grado de bienestar de una persona que se encuentra en un nuevo entorno, aunque también se entiende como un proceso de afrontamiento y estrés (Ward y Kenney, 1993). En este sentido, se han tomado indicadores que muestran el grado de bienestar de las personas (emociones, percepción del tiempo, sentimiento de agradecimiento, consecución de logros, satisfacción con la vida y estrés).

- *Emociones*: la medición de las emociones se ha realizado a partir de un listado creado por el equipo investigador, que recoge aquellas emociones que mejor describen el sentir emocional de la población inmigrante. Está compuesto de 17 emociones que en estudios anteriores ha demostrado una consistencia interna de $\alpha=.76$ (Elgorriaga y cols., 2007).

Las personas deben señalar la presencia o la ausencia en el momento de realizar la entrevista de las siguientes emociones: orgullo, desprecio, alegría, rabia, indiferencia, tristeza, tranquilidad, miedo, soledad, angustia, cansancio, engaño, vergüenza, rechazo, satisfacción, confianza y esperanza.

- *Satisfacción con la vida*: para la medición de la satisfacción se ha utilizado la escala SWLS, Scale with life satisfaction, de Diener y cols., (1985) en la versión al castellano de Atienza y cols., (2000).

Esta escala fue diseñada por Diener y cols. (1985), para paliar la insuficiencia que había para medir el componente cognitivo del bienestar social. La satisfacción con la vida se define como una evaluación global que la persona hace sobre su vida (Pavot y cols., 1991), en la que examina los aspectos tangibles de su vida, sopesa lo bueno contra lo malo, lo compara con un criterio elegido por ella (Shin y Johnson, 1978) y llega a una conclusión. Estos juicios dependen de las comparaciones que realiza el sujeto y del estándar que considera apropiado (Atienza y cols., 2000). Este último detalle es muy importante ya que no se trata de un criterio impuesto externamente, sino que es la persona la que lo elige. Esto es especialmente relevante si tenemos en cuenta que estamos tratando con personas de otros países y de otras culturas, en las que no siempre las exigencias y los criterios son los mismos.

Las altas puntuaciones en esta escala indican altos niveles de satisfacción con la vida, siendo una medida adecuada para diferentes poblaciones como estudiantes, personas mayores, embarazadas y mujeres maltratadas. Además, ha sido traducida a diferentes lenguas: frances (Blais, Vallerand, Pelletier, y Briere, 1989), holandés (Arrindel y cols., 1991) y ruso (Baltsky y Diener, 1993), con una consistencia interna de α de Cronbach que oscila entre .89 y .79.

En castellano existen dos versiones, una realizada con alumnado y desde el ámbito psicológico (Atienza y cols., 2000), y otra realizada con mujeres embarazadas y desde la medicina (Cabañero y cols., 2004). Teniendo en cuenta nuestro ámbito y la población de estudio, hemos utilizado la versión de Atienza y cols (2000). Esta escala fue traducida por expertos nativos de ambas lenguas, la puntuación de 1-7 se modificó a 1-5 y la fiabilidad resultó ser de $\alpha .84$.

El SWLS se ha utilizado en numerosas investigaciones con población inmigrante en las que se ha comprobado que es adecuada con independencia del grupo cultural de origen y de las características de la sociedad receptora. Muestra de ello son los trabajos realizados con población hindú residente en New York (Murphy y Mahalingam, 2004) y en Canadá (Vohra, y Adair, 2000), con mujeres marroquíes y peruanas en España (Martínez y cols., 2002), con adolescentes de Angola, Cabo Verde e India en Portugal (Neto, 2001), con población portuguesa adolescente en Francia (Neto, 1995), con hombres y mujeres españolas en Canadá (Masgoret y Gardner, 1999), con refugiados y refugiadas bosnias en Noruega (Van Selm, Lackland y Van Oudenhoven, 1997) y con población de diferentes continentes en el País Vaco (Basabe y cols., 2009; Bobowik y cols., 2010).

- *Estrés percibido*: el estrés percibido se mide con la versión al castellano del Perceived Stress Scale (PSS-14) de (Cohen, Kamarak y Mermelstein, 1983) realizada por Remor y Carrobles (2001).

Es una escala que los autores construyeron en base a la perspectiva del estrés transaccional defendida por Lazarus (1966). Los ítems definidos miden hasta qué punto los acontecimientos de la vida son impredecibles, incontrolables o producen sobrecarga, aspectos que son claves en la percepción del estrés.

Es una escala que pregunta por las creencias generales sobre el estrés en el último mes en vez de proveer una lista específica de eventos, lo que permite medir el estrés general de la persona en base a sus criterios. Tal y como ocurría con la escala de satisfacción con la vida, este aspecto es especialmente importante cuando se estudia la situación de la población inmigrante, una situación influida por múltiples y diferentes situaciones difíciles de acotar, más aún, cuando los patrones culturales no son los mismos.

La versión española del PSS-14 (Remor y Carrobles, 2001) ha resultado ser adecuada, incluso para otras culturas de lengua castellana como México (Gonzalez y Landero, 2007) en las que han mostrado altos coeficientes de fiabilidad .81 (Remor, 2006).

Esta escala cuenta con 14 ítems con 5 opciones de respuesta (0 nunca hasta 4 muy a menudo) que miden el grado en el que en el último mes las personas han percibido diversos indicadores de estrés. Las puntuaciones altas en esta escala reflejan altos niveles de estrés en el último mes.

El PSS se ha aplicado con una variedad amplia de grupos (Remor, 2006) como personas con trastornos psiquiátricos, afectadas de VIH, con estrés académico o con diferentes enfermedades físicas. Se ha traducido y se ha validado a diversas lenguas, obteniendo propiedades psicométricas adecuadas, muestra de ello son la versión turca (Orücü y Demir, 2009), brasileña (Luft, Sanchez, Mazo y Andrade, 2007) o japonesa (Mimura y Griffiths, 2008).

En relación a las investigaciones con población inmigrante se ha comprobado que es adecuado con grupos culturales y en contextos diversos: estrés de hombres y mujeres de Lationamérica en España (Patiño y Kirchner, 2008), con misioneros de America del norte, Australia y Nueva Zelanda en Nepal (Navara y James, 2002), y en EEUU con inmigrantes árabes (Jaber y cols., 2003),

mujeres latinas (Dunn y O'Brian, 2009; Zambrana, Ell, Dorrington, Wachsmann, y Hodge, 1994), población china (Taylor-Piliae, Haskell, Waters y Froelicher, 2006) e inmigrantes provenientes de África (Landrine y Klonoff, 1996).

3.2.3 Salud Mental

Para la medición de la salud mental se ha buscado un instrumento que permita detectar la sintomatología presente en las personas inmigrantes como un indicador de su situación, y en ningún caso se pretende hacer un diagnóstico preciso, aunque el instrumento elegido sea adecuado para dicho fin en la población occidental.

Esta decisión se ha tomado teniendo en cuenta diferentes criterios: la definición realizada sobre la salud mental; las dificultades de su medición y las precauciones que hay que tener en el diagnóstico sobre todo cuando se trata con personas de otras culturas que tienen una representación de ellas mismas y de las causas de su enfermedad diferentes a las de occidente, tal y como se muestra desde la etnopsiquiatría.

En primer lugar, se analiza la percepción general que las personas inmigrantes tenían sobre su salud antes de emigrar, y la que actualmente tienen. Y en segundo lugar, se describe la sintomatología de salud mental en cuatro áreas diferentes: depresiva, ansiosa, somática o de trastornos de la alimentación.

- *Percepción de salud:* para medir la percepción sobre su salud en general se han realizado dos preguntas tipo likert con 5 opciones de respuesta (1 muy mala hasta 5 muy buena). La primera de ellas indaga sobre la percepción de su salud antes de salir del país, y la segunda, sobre la percepción en la actualidad.

Estas preguntas se han definido en base a la pregunta general utilizada en las encuestas poblacionales de salud realizadas por el Eustat (Euskal Estatistika Erakundea-Instituto Vasco de Estadística) y el INE (Instituto de Estadística Español).

- *Sintomatología psicológica:* La escala utilizada para medir la salud mental ha sido el Primary Health Questionnaire (PHQ) de Spitzer, Kroenke y Williams (1999) en su versión en castellano (Diez-Quevedo y colaboradores, 2001).

El PHQ es una versión autoadministrada del PRIME-MD (Spitzer y cols., 1994), primer cuestionario diseñado para detectar desordenes mentales en atención primaria y que fue construido a partir de los criterios internacionalmente reconocidos del DSM-III.

En el proceso de validación del PHQ se concluyó que las características operativas eran satisfactorias y comparables con las obtenidas con el PRIME-MD (Spitzer y cols., 1999). Se comprobó que las personas se sentían más cómodas respondiendo al PHQ y que se reducía el

tiempo de respuesta. De este modo, este instrumento se convirtió en el primer cuestionario autoadministrado para usar en atención primaria.

A partir de 6 módulos de preguntas en los que las personas deben responder en qué grado sienten los diferentes síntomas en un periodo de tiempo que oscila entre las 4 y las 2 semanas anteriores, se miden el porcentaje de personas que están en riesgo de desarrollar diferentes trastornos psicológicos. Con este instrumento se puede llegar a diagnosticar 8 desórdenes mentales: 1 (Severos) depresión mayor, trastorno de pánico, otros desordenes nerviosos y bulimia nerviosa, 2 (Moderados) otros trastornos depresivos, probable abuso de alcohol o dependencia, desordenes somáticos y trastornos de la alimentación.

La versión al castellano del PHQ demuestra que las características son satisfactorias y comparables con la versión original en inglés, obteniendo una sensibilidad mayor que 76% y una especificidad mayor que 88% (Diez-Quevedo y colaboradores, 2001).

El PHQ se ha traducido a más de 20 lenguas, bien el instrumento entero, como por ejemplo al castellano (Diez-Quevedo y colaboradores, 2001) o árabe (Becker, Al Zaid y Al Faris, 2002), bien alguno de sus módulos: entre otros el PHQ-9 o módulo de depresión en francés (Carballeira y cols., 2007), en brasileño (Osório, Vilela, Crippa y Loureiro, 2009) y en coreano (Choi y cols., 2007).

Se ha utilizado en otras investigaciones con población inmigrante, sobretodo en EEUU, con mujeres de diferentes grupos culturales (Kurz, Malcolm y Cournoyer, 2005), con población inmigrante coreana (Donnelly y Kim, 2008) o con población latina (Boiko, Katon, Guerra y Mazzoni, 2005; Caplan, 2007; Diaz-Perez, Farley y Cabanis, 2004). Aunque hay trabajos realizados en otros contextos que también han empleado esta escala o sus versiones, como con mujeres asiáticas en Canadá (Tang, Oatley y Toner, 2007).

Se considera que este instrumento es adecuado para la población inmigrante porque se ha demostrado su validez en diferentes culturas, el lenguaje es sencillo y fácil de comprender, su pasación es rápida y además fue construido para la atención primaria. En relación a esta última cuestión, aunque gran parte de las personas que han participado en la investigación no acuden a instituciones de ayudas sociales, se han realizado algunas entrevistas en los centros de atención al inmigrante de Cruz Roja, lugar que por las características del espacio así como de los tiempos disponibles se asemeja a los centros de atención primaria.

4 PLANTEAMIENTO DE LOS ESTUDIOS

4.1 ESTUDIO 1

En el primer estudio se analizan las características sociodemográficas y situacionales, tanto premigratorias como postmigratorias, de la población magrebí y latinoamericana que reside en el País Vasco. En segundo lugar, en base al género y la cultura se definen los principales perfiles psicosociales de la población inmigrante.

4.1.1 *Objetivos*

1. Conocer las características del proceso migratorio de la población inmigrante que residen en el País Vasco, entendiendo dicho proceso como un conjunto de variables sociodemográficas, personales, premigratorias y postmigratorias que condicionan el proyecto migratorio de cada persona.
2. Analizar las características del proceso migratorio en función del género y del origen cultural de las personas inmigrantes.
3. Detectar las situaciones más dificultosas y de mayor vulnerabilidad psicosocial, así como los grupos poblacionales con mayores necesidades.

4.1.2 *Método*

4.1.2.1 Población

Este estudio se dirige a la población inmigrante adulta, que pertenece a la primera generación de inmigrantes y que reside en el País Vasco. En concreto se realiza con aquellas mujeres y hombres que proceden de países del Magreb (Marruecos y Argelia) y de países latinoamericanos (Bolivia, Colombia, Argentina, Ecuador, República dominicana, Perú, México y otros países).

4.1.2.2 Muestra

La muestra definida para la investigación pretendía obtener muestras equiparables en función del grupo cultural y el sexo para lo cual se diseñó un muestreo estratificado de 2 x 2: la cultura de origen (Latinoamericana: baja distancia cultural, o, Magrebí: alta distancia cultural) y el sexo (Hombre o Mujer).

Tabla 1. Diseño muestral

	Hombres (100)	Mujeres (100)	Total
Magreb	100	100	200
Latinoamérica	100	100	200
Total	200	200	400

Aunque ésta era la propuesta inicial, las características sociodemográficas de la población inmigrante en el País Vasco (mayor proporción de mujeres latinas y hombres magrebíes) y las dificultades en el acceso a la muestra, no han permitido cumplir con este objetivo. En concreto, se estableció contacto con muchas mujeres magrebíes, bien en grupo bien en individual, que confirmaban la entrevista pero que finalmente no la querían realizar. Teniendo en cuenta el principio ético de voluntariedad en la realización de las entrevistas no se ha insistido más de dos veces, por este motivo, la muestra lograda representa la realidad social y no submuestras equitativas como era nuestro fin. Si bien el diseño incluía una muestra estratificada por sexo y lugar de procedencia, al final ha tenido que ser una muestra de conveniencia, algo bastante habitual en los estudios con población inmigrante (Vergara y Balluerka, 2000). Las características de la muestra final se presentan en la siguiente tabla.

La muestra final se compone de 405 personas inmigrantes adultas, de primera generación y que viven en el País Vasco. En total, el 50,9% son mujeres y el 49,1% hombres, que provienen de diferentes países de Latinoamérica (49,6%) y del Magreb (50,4%).

Tabla 2. Distribución de la muestra final de la población inmigrante

	Hombres (100)	Mujeres (100)	Total
Magreb	124	75	199
Latinoamérica	80	126	206
Total	204	201	405

4.1.2.3 Procedimiento

El trabajo de campo con la población inmigrante se ha llevado a cabo durante el 2008. Las personas participantes han constituido una muestra de conveniencia, sin embargo, se ha intentado que estuvieran representadas las diferentes situaciones por las que pasan o en las que se encuentran las personas inmigrantes en la sociedad vasca. Por este motivo, se han empleado diferentes estrategias de acceso a la muestra: dos dirigidas a personas que participan en programas de instituciones y una para personas que son autónomas socialmente.

Para acceder a la población que participan en programas de instituciones, se ha acudido a las oficinas de Cruz Roja San Sebastian. Antes de realizar las entrevistas se informó a la dirección de Cruz Roja Guipuzcoa de los objetivos de la investigación y se pidió su autorización para la pasación de los cuestionarios.

El contacto con las personas que son más vulnerables socialmente, aquellas que participan en programas de Acogida de Cruz Roja, se realizó personalmente y se entrevistó a aquellas que quisieron participar voluntariamente. Por otro lado, para acceder a la población que es autónoma pero que recibe apoyo institucional, se recurrió a los y las participantes de programas de adaptación sociolaboral. Una característica de esta población es que no acude asiduamente a las instalaciones de Cruz Roja, lo que dificulta tener un acercamiento a ellas. Por este motivo, desde esta organización y de modo confidencial, se nos facilitó una lista con información sobre el origen y sexo de las personas, y su número de teléfono. De este modo, las entrevistas se hicieron telefónicamente y al azar.

Por último, las entrevistas a las personas autónomas socialmente se hicieron a través de la técnica de bola de nieve o cadena, que consiste en contactar con las personas, a partir de otras personas conocidas, de modo que se va tejiendo una red comunicativa y de participación. Para esta técnica se contó con la colaboración de un mediador intercultural de Marruecos (entrenado para ello) que ofreció su ayuda para acceder y realizar las entrevistas con la población magrebí.

La información se ha obtenido por medio de una entrevista estructurada en la que como guión se ha utilizado el cuestionario realizado por el equipo investigador y descrito anteriormente. En el contacto directo con las personas inmigrantes, lo primero que se realizaba era una presentación de la persona entrevistadora y una explicación de los objetivos del trabajo. A continuación, se pedía la participación voluntaria y se garantizaba el anonimato, confidencialidad, privacidad y respeto a no querer contestar alguna de las cuestiones, tal y como se aconseja en los diferentes trabajos que estudian las cuestiones metodológicas y éticas (Leibovich de Duarte, 2000; Páez y Vergara, 2000; Salkind, 1999; The Nuremberg Code, 1947; Van de Vijver y Leung, 1997; Van de Vijver, 2001; Vergara y Balluerka, 2000). El consentimiento informado no se recogía por escrito por pensar que este formato podría llevar a susceptibilidades y hacer pensar que la información recogida era más importante o con consecuencias diferentes a las que se ofrecía en la presentación. Además, hay que tener en cuenta que no todas las personas tienen regularizada su situación jurídica y que el firmar una autorización podría despertar diferentes preocupaciones.

La asimetría en la relación entre participante y persona entrevistadora, en lo que se refiere a la distancia cultural, no se ha podido evitar más que en los casos en los que la entrevista ha sido realizada por el mediador intercultural. Para intentar que estas diferencias mediaran lo menos posible en la recogida de información, se ha resaltado el respeto a su opinión y se ha mencionado explícitamente que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Por último, se han realizado devoluciones parciales de los resultados en las oficinas de Cruz Roja y en grupos de discusión realizados con población inmigrante.

4.1.2.4 Instrumento

En este primer estudio se ha utilizado una parte del instrumento original que se ha diseñado para la población inmigrante y que se ha descrito anteriormente. Se han seleccionado las variables que permiten hacer un análisis del proceso migratorio y del perfil psicosocial de las personas inmigrantes: características sociodemográficas y las variables personales premigratorias y postmigratorias (factores de integración social, identidad étnica y experiencia de minoría, y, redes sociales y familiares).

4.2 ESTUDIO 2

Este estudio se ha definido para analizar el grado de ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante en general, y teniendo en cuenta la influencia del género y de la cultura. Así, por un lado se miden los niveles de estrés y de satisfacción que manifiestan en la nueva sociedad, y por otro lado, la presencia de sintomatología ansiosa, depresiva y somática.

En segundo lugar se estudia la relación existente entre el ajuste psicológico y la salud mental. Y por último, se determinan los factores que explican estas variables dependientes, determinando los diferentes modelos explicativos existentes para la población inmigrante en general y en función del género y de la cultura.

4.2.1 **Objetivos**

1. Analizar las características del ajuste psicológico y de la salud mental de la población inmigrante que reside en el País Vasco.
2. Examinar la relación entre el proceso de aculturación de las personas inmigrantes, y el grado de ajuste psicológico y de salud mental, para poder determinar los factores que explican los diferentes niveles de estrés, satisfacción, y sintomatología somática, ansiosa y depresiva.
3. Estudiar la influencia del género y de la cultura en el ajuste psicológico y en la salud mental de las personas inmigrantes, y, delimitar los factores que definen la sintomatología, el estrés y la satisfacción de los hombres y de las mujeres de Latinoamérica y del Magreb.
4. Analizar la relación e influencia entre existente entre el estrés percibido, la satisfacción con la vida y la sintomatología depresiva, ansiosa y somática.

4.2.2 Método

En el segundo estudio se analiza el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante residente en el País Vasco, unos aspectos que se han medido junto con las características sociodemográficas, premigratorias y postmigratorias. Por este motivo, la población, la muestra y el procedimiento llevado a cabo para la obtención de la información es el mismo que el explicado en el primer estudio. Sin embargo, en esta ocasión se analiza una parte del instrumento que anteriormente no se ha tenido en cuenta.

4.2.2.1 Instrumento

En este segundo trabajo se han utilizado todas las variables y escalas recogidas en el instrumento original que se ha diseñado para la población inmigrante y que se ha descrito anteriormente.

Se han utilizado las escalas de estrés percibido (PSS-14, Perceived Stress Scale de Cohen y cols., 1983; versión en castellano, Remor y Carrobles, 2001) y satisfacción con la vida (SWLS, Scale with life satisfaction de Diener y cols., 1985; versión en castellano de Atienza y cols., 2000) para describir el ajuste psicológico, y la escala PHQ (PHQ; Primary Health Questionnaire, de Spitzer y cols., 1999; versión en castellano de Diez-Quevedo y cols., 2001) para analizar la salud mental de la población inmigrante. Asimismo, se han utilizado las variables sociodemográficas, premigratorias y postmigratorias para determinar las variables del proceso de aculturación que se explican el ajuste psicológico y la salud mental.

4.3 ESTUDIO 3

El tercer estudio se ha llevado a cabo para conocer el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante en relación a la situación de la población autóctona. Para ello, en primer lugar se describe el nivel de estrés, satisfacción y sintomatología de la población local, así como las variables que la explican. En segundo lugar se comparan los resultados obtenidos sobre el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante y la población autóctona.

4.3.1 Objetivos

1. Conocer el ajuste psicológico y la salud mental de la población autóctona y analizar la influencia del género en estas variables.

2. Describir el efecto que las variables sociodemográficas, socioeconómicas y de redes sociales tienen en el estrés, la satisfacción y la salud mental de la población autóctona.
3. Analizar el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante en relación a las personas del País Vasco, teniendo en cuenta la influencia del género y el origen cultural.
4. Comparar los factores que explican el ajuste y la salud mental de la población inmigrante y autóctona.

4.3.2 Método

4.3.2.1 Población

Este primer estudio va dirigido a hombres y mujeres autóctonas mayores de 15 años que residen en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y que representan a la población de la sociedad receptora.

4.3.2.2 Diseño muestral

Para conocer las actitudes y opiniones de la población autóctona y poder generalizar los resultados a la sociedad vasca, es necesario tener una muestra que represente a la población, sobre todo en aquellos aspectos que pueden influir en la forma de pensar sobre la inmigración. En este sentido, se ha tenido en cuenta el sexo y la edad de las personas autóctonas (INE, 2008), así como, el grupo cultural sobre el que se realizan las preguntas.

Se ha planteado una muestra estratificada en función de sexo (hombre o mujer), de la edad (6 grupos a partir de los 15 años; 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65 o más) y de tres grupos de inmigrantes sobre los que se realizan diferentes preguntas (Magreb, Latinoamérica y Europa del Este*).

4.3.2.3 Participantes

La muestra final se compone de 306 personas autóctonas, de las cuales, 151 son hombres (49,81%) y 155 mujeres (50,19%), con una edad media de 44,76 años, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($F(1,304)=0,134$; $p=0,713$). Estos datos son similares a

* La información obtenida sobre la población de Europa del Este no se utiliza en este trabajo

los que ofrecen las estadísticas (INE 2008; edad media para Guipúzcoa 47,75 años y porcentaje de sexo 51,44% mujeres y 48,55% hombres).

Por otro lado, cuando se han medido aspectos de actitudes y comportamientos respecto a las personas inmigrantes, las preguntas se han focalizado respecto a 3 grupos. De este modo, el 32,35% (99) ha respondido sobre las personas del Magreb, el 33% (101) sobre la población latinoamericana y el 34,65% (106) sobre la población europea del este.

Tabla 3. Distribución de la muestra de la población local

Edad	Población sobre la que se responde						Total
	Magreb		Lationamérica		Europa del este		
	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	
15-24 años	6	9	6	5	6	7	12,75% (39)
25-34 años	10	9	10	11	12	9	19,93% (61)
35-44 años	8	10	11	8	10	9	18,30% (56)
45-54 años	9	9	7	10	10	9	17,65% (54)
55-64 años	7	8	9	8	10	8	16,34% (50)
65 o más años	7	7	6	10	7	9	15,03% (46)
Total	47	52	49	52	55	51	306

4.3.2.4 Procedimiento

El trabajo de campo con la población autóctona se ha llevado a cabo en el año 2008 y se ha realizado a partir de cuestionarios autoadministrados, lo que ha facilitado el acceso a la muestra. Además, de este modo se tiene la seguridad de que se cumplen algunos de los criterios éticos y que se impiden los problemas metodológicos descritos anteriormente (Leibovich de Duarte, 2000; Páez y Vergara, 2000; Salkind, 1999; The Nuremberg Code, 1947; Van de Vijver y Leung, 1997; Van de Vijver, 2001; Vergara y Balluerka, 2000): se garantiza el anonimato y la confidencialidad, y se evita la deseabilidad social, la invasión de la privacidad y la influencia de la persona entrevistadora.

Teniendo en cuenta que se ha diseñado una muestra representativa de la sociedad vasca en relación a la edad y el sexo de la población guipuzcoana, y que es importante acceder a personas de localidades y perfiles diferentes, se ha utilizado la estrategia de bola de nieve o cadena.

Para conseguir que la distribución de los cuestionarios fue lo más representativa posible, se ha contado con la colaboración de estudiantes residentes en diferentes ciudades y pueblos, que ha posibilitado la recogida de información de personas muy diversas. Para que todos y todas las participantes conozcan el objetivo de la investigación y no se produzcan engaños, se ha entrenado al grupo de estudiantes para que al distribuir las encuestas den la misma información.

4.3.2.5 Instrumento

Se han utilizado tres versiones del instrumento diseñado para la población inmigrante en la que se han modificado las preguntas para poder ser aplicadas a la población autóctona, en la que se han omitido las preguntas que indagan sobre el proceso migratorio y en las que se han añadido cuestionen que estudian las relaciones entre los diferentes grupos culturales. Por la importancia y las diferencias que marca el origen cultural de las personas en los contactos interculturales, estas últimas preguntas se focalizan en tres grupos: la población latinoamericana, magrebí y europea del este.

Las preguntas omitidas:

Las preguntas que se han omitido del instrumento original son aquellas que no pueden realizarse a la población autóctona porque tratan sobre el proceso migratorio de las personas que se instalan en nuestra sociedad. Sin embargo, se han mantenido aquellas que tratan sobre experiencias migratorias anteriores a la del objeto de estudio.

El apartado que estudia las características personales de la población inmigrante en el país de origen ha sido eliminado por completo. En concreto las preguntas descartadas han sido las que cuestionan sobre las expectativas sobre el asentamiento en el nuevo contexto, el motivo migratorio, la situación laboral anterior a emigrar, la orientación hacia las dos sociedades y las actitudes de aculturación.

En el resto de apartados se han podido realizar la mayoría de las preguntas a excepción del nivel de castellano (Características sociodemográficas), el tiempo de permanencia, situación jurídica y necesidades en la sociedad receptora (Características de la situación posterior a la migración: factores de integración social), orientación real hacia las dos sociedades, estrategias de aculturación y discriminación percibida (Características de la situación posterior a la migración: identidad étnica y experiencia de minoría), redes familiares en el país receptor (Características de la situación posterior a la migración: redes sociales y familiares), y, agradecimiento y logro de objetivos (ajuste psicológico).

Las preguntas modificadas:

Las preguntas modificadas son aquellas que necesitan matizarse para aplicarse a la población autóctona. En concreto, en las características sociodemográficas se modifica la pregunta sobre el origen nacional por la comunidad autónoma de nacimiento; en las características de la situación posterior a la migración en la identidad étnica y experiencia de minoría, la pregunta sobre la distancia cultural se realiza sobre la población magrebí, latinoamericana o europea del este, y en el apartado sobre las redes sociales y familiares, se mantiene la pregunta sobre el contacto con la

población autóctona e inmigrante en general, sin embargo se modifica la del contacto con el endogrupo por otra que demanda por el grupo magrebí, latinoamericano o europeo del este.

**CAPITULO VII. ESTUDIO 1: PERFILES
PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE**

1 INTRODUCCIÓN

En este primer estudio se analiza el proceso migratorio de las personas que han participado en esta investigación. El principal objetivo de este trabajo, tal y como se ha detallado en el apartado de metodología, consiste en conocer las características del proceso de aculturación de los hombres y mujeres del Magreb y de Latinoamérica que residen en el País Vasco. En segundo lugar, se analiza la influencia del género y de la cultura en dicho proceso, describiendo las diferencias y similitudes existentes entre los grupos. Y por último, se pretende determinar las situaciones y los grupos de mayor vulnerabilidad psicosocial, para lo cual se hará una descripción del perfil psicosocial de cada grupo.

La hipótesis general de partida es la siguiente:

Hipótesis 1.1: Se espera encontrar diferentes situaciones y perfiles psicosociales en función del género y de la cultura.

Hipótesis 1.2: Se espera que las mujeres y las personas que proceden de países culturalmente más lejanos señalen mayores dificultades socioeconómicas y psicosociales, y por tanto, muestren mayor grado de vulnerabilidad psicosocial.

Para ello, en primer lugar se describen las características sociodemográficas, las variables situacionales anteriores a la partida de su país de origen y las variables que muestran las condiciones en las que viven en la sociedad receptora que se agrupan en factores de integración social, cuestiones de identidad étnica y experiencia como minoría, y, las redes sociales. Todos estos aspectos se analizan en general y haciendo referencia a las diferencias y similitudes encontradas en función del género y de la cultura.

En segundo lugar, se detallan las especificidades y las situaciones de los hombres y mujeres magrebíes, así como de los hombres y mujeres latinoamericanas, dibujando así cuatro perfiles generales de la población inmigrante.

2 ESTUDIO 1: Perfiles psicosociales de la población inmigrante

Las 405 entrevistas realizadas permiten conocer las características de la población inmigrante que ha participado en el estudio, y profundizar en el proceso de aculturación y en los perfiles psicosociales en función del sexo y del origen cultural.

Antes de mostrar los resultados de este estudio es pertinente conocer las características de la muestra en función de estas variables. En el gráfico 1 se presenta el porcentaje de personas que procede del Magreb o de Latinoamérica, detallando los datos en función del país. Así, se observa que el 50,4% es de origen magrebí y el 49,6% de procedencia latinoamericana. En el gráfico 2 se muestra los datos en función del sexo en el que se puede observar que el 49,1% son hombres y el 50,9% mujeres.

Gráfico 1. Distribución en función de la nacionalidad

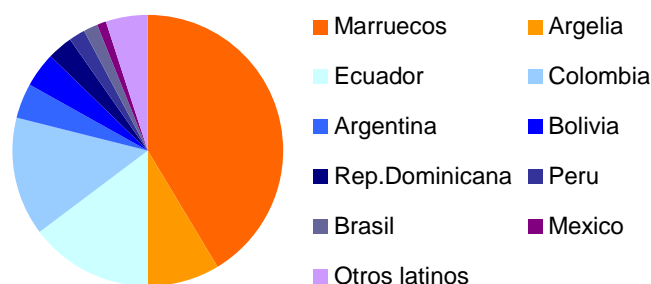
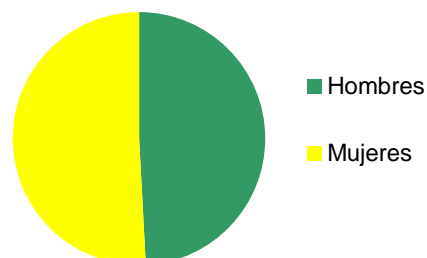
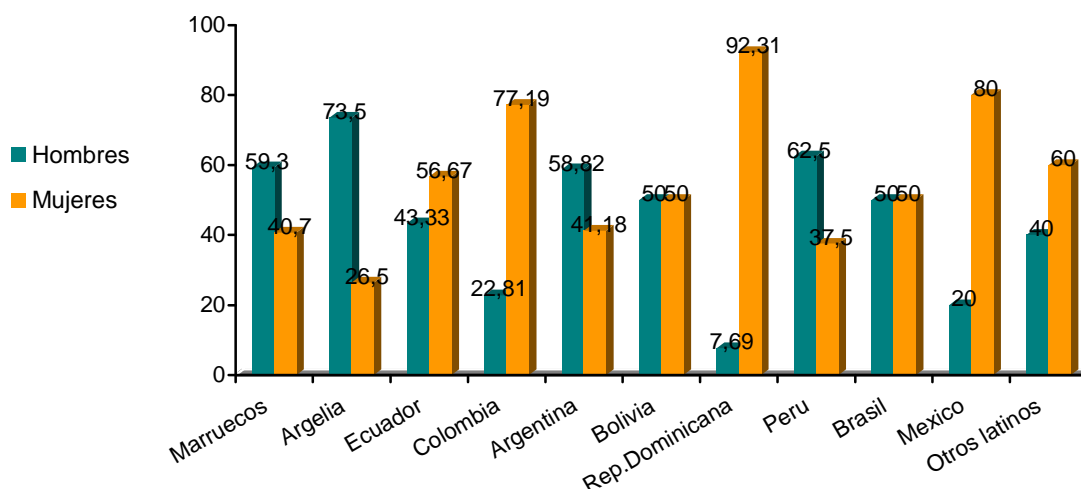


Gráfico 2. Distribución en función del sexo



La distribución de hombres y mujeres en cada grupo nacional no es homogénea, y muestra diferencias importantes en muchos países. Tal y como puede observarse en el gráfico que viene a continuación, por lo general, en los países del Magreb predomina la presencia de hombres mientras que en los países latinoamericanos hay mayor número de mujeres ($X^2(11)=46,25$; $p=,000$).

Gráfico 3. Distribución de la nacionalidad en función del sexo



Al hablar de origen cultural, tal y como se ha explicado en el capítulo 1, se han realizado dos grandes grupos culturales que abarcan las nacionalidades que son más similares entre sí, y que al mismo tiempo, más se diferencian del resto de nacionalidades. Hay estudios que muestran diferencias significativas entre las personas de nacionalidades consideradas culturalmente cercanas (Zlobina, 2004; Basabe y cols., 2004). Y esta probabilidad de que existan diferencias aumenta si se analizan variables que abarcan diferentes áreas como la situación psicosocial, cuestiones de identidad, emociones y salud, entre otros. Pero además, se sabe que las personas agrupadas en una misma nacionalidad muestran diferencias significativas en algunas variables, y es que no siempre la agrupación bajo criterios geográficos-políticos engloba a personas con un contexto social similar (Berry, 2001; Hofstede, 1980; Poortinga y cols., 1987; Fons y cols., 2004). Sin embargo, si atendemos a factores que describen las culturas y que definen la cercanía o distancia respecto a otro país, por ejemplo la lengua, la religión, el fenotipo, las costumbres, la alimentación, o, la historia entre otros, se podría agrupar los países de Latinoamérica por un lado, y a los países del Magreb por otro.

En la *Tabla 4* se detalla el número de personas que integra cada subgrupo: el subgrupo de hombres del Magreb (30,6%) y mujeres latinoamericanas (31,1%) son los que más presencia tienen en la muestra, seguido de las mujeres magrebíes (19,8%) y los hombres de Latinoamérica (18,5%).

Tabla 4. Distribución de la muestra en función del sexo y del grupo cultural

	MAGREB	LATINOAMERICA	Total
Hombres	124 (30,6%)	75 (18,5%)	199 (49,1%)
Mujeres	80 (19,8%)	126 (31,1%)	206 (50,9%)
Total	204 (50,4%)	201 (49,6%)	405

2.1 Características sociodemográficas y personales

En el proceso de aculturación, tal y como se ha descrito en la parte teórica y metodológica, son muchas las variables que explican las trayectorias y situaciones de la población inmigrante. Algunas de esas variables pertenecen al marco social, mientras que otras miden las variables a nivel individual. Berry (1997) considera que en el plano individual hay que diferenciar las características anteriores a la migración (edad, sexo, formación, estatus, motivo migratorio, expectativas, distancia cultural en idioma y religión, y, personalidad) así como aquellas propias de la sociedad receptora (tiempo de permanencia, estrategias de aculturación, afrontamiento, apoyo, y, actitudes percibidas de la sociedad local). Por otro lado, el modelo de Ward, Bochner y Furnham (2001), que se basa en la proposición de Berry (1997) clasifica las variables entre aquellas características personales (personalidad, idioma, experiencia, identidad cultura, estrategias de aculturación, valores y motivos migratorios) y las situacionales (tiempo de permanencia, contacto, apoyo, distancia cultural percibida y cantidad de eventos vitales).

A partir de estos dos modelos, para este estudio a nivel micro se definen por un lado las variables sociodemográficas, y por otro, las variables situacionales. Pero además, en estas últimas, se ha hecho una clasificación que incluye las que describen la situación premigratoria y las que representan la situación postmigratoria o actual de las personas inmigrantes, tal y como proponen algunos trabajos (Godlust y Richmongd, 1974).

Hay que indicar que algunas variables del nivel individual tienen implicaciones a nivel social y son a partir de las cuales se forman las categorías sociales, tales como el sexo, la nacionalidad y/o la raza, entre otras. Estas categorías condicionan en muchas ocasiones las situaciones que viven las personas y la forma en la que las otras personas les tratan, motivos por los cuales la descripción de las características del proceso migratorio y de los perfiles psicosociales se hace en función del origen cultural general y del sexo.

2.1.1 Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas hacen alusión a la edad, a determinadas características familiares (estado civil, y, pareja e hijos-hijas), al nivel de estudios alcanzado, al grado de conocimiento del castellano, a la religión y a la práctica religiosa.

En relación a la **edad**, se comprueba que la población inmigrante es joven, la media es de 33,71 años (d.t.=8,82). Al analizar los datos en franjas de edad se encuentra que todas las personas están en edad laboralmente activa y que una gran mayoría se sitúa entre los 25 y 44 años. En cuanto a las características de los grupos, el ANOVA y el Chi-cuadrado señalan que existen diferencias

significativas ($F(3,401)=8,70$; $p=,000$; $X^2(12)=42,11$; $p=,000$). En cuanto a la media, se comprueba que las mujeres latinoamericanas son de mayor edad que el resto.

Con relación a las **características familiares** se describe el estado civil y la situación en cuanto a la pareja, hijos e hijas, y familia extensa. En cuanto al **estado civil**, la mayoría de las personas están solteras (45,8%) o casadas (36,6%), el resto está separada (11,4%), vive en pareja (4,5%) o está viuda (1,7%), aunque se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro subgrupos ($X^2(12)=45,47$; $p=,000$). Así se observa que hay mayor porcentaje de mujeres latinoamericanas y magrebíes que están separadas, y que hay más personas de Latinoamérica que viven en pareja.

Independientemente de la situación civil, el 49,1% de las personas tienen **pareja**, siendo este porcentaje menor entre las mujeres del Magreb, el 37,5% frente al 45,2% de los hombres del Magreb, el 49,2% de las mujeres latinoamericanas y el 68% de los hombres de Latinoamérica.

Referente a la situación sobre los **hijos e hijas**, el 51,1% de la población inmigrante es padre o madre, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro subgrupos ($X^2(3)=24,46$; $p=,000$). En concreto en la población del Magreb, sobre todo entre los hombres, hay menor porcentaje de personas que son padres.

El **nivel de estudios** es en general bastante bueno, casi la mitad de las personas tienen estudios secundarios, una cuarta parte universitarios, y el resto se reparte entre los estudios primarios o aquellos que no han acudido a la escuela. Existen diferencias estadísticamente significativas en las cuatro submuestras ($X^2(15)=81,17$; $p=,000$): las mayoría tienen estudios primarios o secundarios, pero casi todas las mujeres latinoamericanas tienen formación, y junto con los hombres latinoamericanos, son las que más estudios universitarios han cursado, mientras que en la población magrebí, llama la atención el número de personas que no tiene estudios y/o que sabe leer y escribir.

El **conocimiento del idioma** tiene una relación directa con el origen cultural de las personas. De este modo, aunque en total hay muy pocas personas que tienen un nivel bajo (13,1%) o medio del castellano (26,1%), al analizar los grupos se encuentran diferencias significativas ($X^2(6)=205,34$; $p=,000$). En este sentido, las personas procedentes de países del Magreb, en mayor medida las mujeres, tienen menos conocimiento del idioma que aquellas de Latinoamericana.

Por último, las **creencias religiosas** también guardan una relación directa con la cultura de origen, por lo que existen diferencias entre los grupos culturales ($X^2(18)=378,18$; $p=,000$). En la población del Magreb hay una mayor proporción de personas musulmanas, mientras que en la población Latinoamericana, tres cuartas partes son católicas y alrededor de un 25% son evangelistas, ortodoxas, protestantes y de otras religiones, además de aquellas que son ateas. La **práctica religiosa** es media en general, aunque los hombres latinoamericanos son menos practicantes que el resto, y las mujeres magrebíes son las más practicantes ($F(3,377)=17,12$; $p=,000$).

Tabla 5. Variables sociodemográficas de las mujeres y hombres del Magreb y de Latinoamérica

	Total	MAGREB		LATINOAMERICA	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Edad	33,71 (d.t.=8,82)	32,11 ^d (d.t.=7,72)	32,71 ^d (d.t.=8,74)	32,01 ^d (d.t.=9,03)	37,03 ^{abc} (d.t.=9,01)
	F(3,401)=8,70; p=,000				
18-24 años	12,8%	8,1%	20%	21,3%	7,9%
25-34 años	45,2%	6,5%	36,3%	40%	38,9%
35-44 años	29,6%	25,8%	32,5%	29,3%	31,7%
45-54 años	1,6%	3,2%	11,3%	6,7%	19,8%
55-65 años	1,7%	2,4%	--	2,7%	1,6%
	X ² (12)=42,11; p=,000				
Estado civil					
Casado/a	36,6%	32,3%	35%	46,7%	36,5%
Soltero/a	45,8%	6,5%	42,5%	40%	36,5%
Separado/a	11,4%	4,8%	20%	4%	16,7%
Viudo/a	1,7%	--	2,5%	--	4%
Vive en pareja	4,5%	2,4%	--	9,3%	6,3%
	X ² (12)=45,47; p=,000				
Estructura Familiar					
Tiene pareja	49,1%	45,2%	37,5%	68%	49,2%
	X ² (3)=15,79; p=,001				
Tiene hijos/as	51,1%	24,2%	41,3%	64%	76%
	X ² (3)=75,77; p=,000				
Nivel de estudios					
No tiene estudios	3%	1,6%	10%	2,7%	,8%
Sabe leer y escribir	5,2%	13,7%	5%	--	--
Primarios	20%	26,6%	28,8%	9,3%	14,2%
Secundarios	45,2%	41,9%	33,8%	56%	48,8%
Diplomatura	15,3%	9,7%	17,7%	12%	21,3%
Licenciatura	11,4%	6,5%	5%	20%	15%
	X ² (15)=81,17; p=,000				
Conocimiento idioma					
Bajo	13,1%	16,3%	38,7%	1,4%	--
Medio	26,1%	52,8%	37,3%	4,3%	3,4%
Alto	6,8%	3,9%	24%	94,2%	96,6%
	X ² (6)=205,34; p=,000				
Religión					
Musulmana	47,5%	96%	89,9%	--	--
Católica	38,8%	2,4%	7,6%	73%	75%
Evangelista	4,8%	--	--	5,4%	12,1%
Protestante	1,3%	--	--	--	4%
Agnóstica	1,3%	,8%	--	--	,8%
Atea	2,5%	--	--	--	4,8%
Otra	4%	8,3%	2,5%	1,5%	3,2%
	X ² (18)=378,18; p=,000				
Práctica religiosa	3,14 (d.t.=1,19)	3,18 ^{bc} (d.t.=1,07)	3,82 ^{acd} (d.t.=1,08)	2,52 ^{abd} (d.t.=1,10)	2,98 ^{bc} (d.t.=1,21)
	F(3,377)=17,12; p=,000				

X^{abcd}= las pruebas post-hoc Tukey indican que las diferencias son significativas respecto a ^aHombres del Magreb, ^bMujeres del Magreb, ^cHombres de Latinoamérica y ^dMujeres de Latinoamérica.

2.1.2 *Variables personales: premigratorias y postmigratorias*

Las variables personales se refieren a las características que describen la situación de las personas inmigrantes y que hacen alusión a diferentes aspectos del área comportamental y cognitiva, así como a las variables que describen las condiciones, circunstancias, necesidades y dificultades que viven en su proyecto migratorio.

Teniendo en cuenta las aportaciones de Berry (1997) y Ward, Bochner y Furnham (2001) en cuanto a la clasificación de las variables a nivel micro, y siguiendo la propuesta de Goldlust y Richmon (1974) de estudiar las características pre y postmigratorias, en este estudio se ha realizado una división entre aquellas variables que reflejan la situación antes de emigrar, y aquellas otras que señalan las características en el contexto de recepción.

2.1.2.1 Características personales premigratorias

Las características personales anteriores al proceso migratorio tratan de reflejar las situaciones y condiciones de las personas inmigrantes cuando estaban en su país de origen. Goldlust y Richmond (1974) propusieron que había que estudiar los factores premigratorios para la comprensión del proceso de aculturación y adaptación en otro país, sin embargo, no especificaron las variables concretas a estudiar.

A partir de los modelos propuestos por Berry (1997), y, Ward y cols., (2001) en los que se detallan las variables premigratorias, en este trabajo se analizan los siguientes aspectos: la experiencia migratoria previa y las actitudes de aculturación que fueron descritas en el modelo de Ward y cols., (2001) y las expectativas sobre el asentamiento en el nuevo contexto y el motivo migratorio contemplado por Berry (1997). Además, se ha incluido otra variable, como es la situación laboral anterior a la migración.

En el país de origen la mayoría de las personas tenían una **ocupación**, bien porque estaban trabajando (de forma permanente 40,2% y temporal 30,3%), bien porque estaban estudiando (17,4%) o bien porque se dedicaban a las tareas del hogar (3,5%). Por tanto, antes de emigrar, tan sólo el 8,3% estaba en paro. Al analizar la situación laboral premigratoria en los cuatro grupos se observan diferencias significativas ($X^2(15)=78,57$; $p=,000$). Hay más personas de Latinoamérica, tanto hombres como mujeres, que han trabajado en el país de origen, permanente o provisionalmente. Por otro lado, es mayor la proporción de hombres y mujeres magrebíes que siempre han estado en paro, más mujeres magrebíes que siempre han trabajado en casa y menos mujeres latinoamericanas que sólo han estudiado.

El **motivo migratorio** principal es el económico (68,1%), seguido de la reagrupación familiar (1,9%), la formación (9,9%), de otros motivos (8,4%) y del refugio político (2,7%). Las razones no son

iguales para todos los grupos ($X^2(12)=54,78$; $p=,000$): los hombres y mujeres de Latinoamérica y hombres magrebíes emigran principalmente para mejorar su economía, mientras que en las mujeres magrebíes, además de lo económico, se observan mayor porcentaje respecto al resto de los grupos, que se traslada para reencontrarse con su familia y por otras razones.

En cuanto a la **experiencia migratoria previa**, alrededor el 15,4% de la población total ha emigrado a otro país antes de su asentamiento en el País Vasco. Sin embargo, cuando se tienen en cuenta las diferencias entre las cuatro submuestras se observan diferencias estadísticamente significativas ($X^2(3)=9,91$; $p=,019$) que indican que hay un mayor número de hombres magrebíes que han emigrado con anterioridad, el 23,4%, en relación a menos del 13% en el resto de grupos. El tiempo que han permanecido en otros países como emigrantes asciende aproximadamente al año y medio (17,34 meses), y no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($F(3,44)=,813$; $p=,494$).

Las intenciones o **expectativas** que se tenían sobre el **asentamiento** en la sociedad receptora antes de emigrar eran provisionales para la mitad de la muestra, permanentes para un tercio y dudosas para el 20% restante. La variabilidad observada entre los grupos es estadísticamente significativa ($X^2(6)=29,48$; $p=,000$): más de la mitad de las mujeres magrebíes y de los hombres y mujeres de Latinoamericana esperaban que su estancia fuera provisional, mientras que para más del 40% de los hombres magrebíes la asentarse en la sociedad receptora tenía un carácter permanente.

Las **orientaciones hacia su país de origen** muestran el deseo de las personas por mantener la propia cultura y la **orientación hacia el país receptor** representa la intención de aprender la nueva. En ambos casos, se observa que las puntuaciones son moderadas-altas, lo que de un modo general muestra que las personas inmigrantes se orientan hacia las dos sociedades. Las puntuaciones en la orientación hacia el país de origen son similares en todos los grupos ($F(3,334)=1,45$; $p=,227$). Sin embargo, existen diferencia significativas en la orientación hacia el país receptor ($F(3,339)=2,85$; $p=,037$): los hombres magrebíes son los que muestran una menor orientación en comparación con las mujeres magrebíes, que son las que mayores puntuaciones han obtenido en esta dimensión.

A partir de las puntuaciones en las dos dimensiones sobre la orientación cultural, se obtienen las **actitudes** de la población inmigrante respecto a la **aculturación**. Se comprueba que la mayoría de las personas opta por la integración (75,4%), seguida de la asimilación (16,1%), siendo las menos deseadas la separación (4,8%) y la marginalización (3,8%). Las diferencias encontradas entre los cuatro subgrupos no son estadísticamente significativas, pero podría decirse que son tendenciales ($X^2(9)=16,78$; $p=,052$).

Tabla 6. Variables personales anteriores a la aculturación

	MAGREB			LATINOAMERICA	
	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Ocupación país origen					
Trabajo permanente	40,2%	22,5%	39%	48%	52,8%
Trabajo provisional	30,3%	39,2%	14,3%	30,7%	31,2%
Ama de casa	3,5%	,8%	6,5%	--	7,2%
Estudiante	17,4%	24,2%	2,8%	21,3%	6,4%
Parado/a	8,3%	13,3%	19,5%	--	1,6%
Otra	,3%	--	--	--	,8%
	X ² (15)=78,57; p=,000				
Motivo migratorio					
Económico	68,1%	79,8%	46,3%	65,3%	71,7%
Refugio político	2,7%	2,4%	5%	1,3%	2,4%
Formación	9,9%	8,9%	5%	17,3%	9,4%
Reagrupación familiar	1,9%	4%	27,5%	12%	7,1%
Otros	8,4%	4,8%	16,3%	4%	9,4%
	X ² (12)=54,78; p=,000				
Experiencia migratoria					
Ha vivido en otros países	15,4%	23,4%	12,5%	13,3%	9,4%
	X ² (3)=9,91; p=,019				
Tiempo *	17,34m	18,76m	17m	9,93m	19,41m
	F(3,44)=,81; p=,494				
Expectativas asentamiento					
Permanente	29,7%	44,4%	29,2%	16%	23,6%
Provisional	5,6%	34,7%	50%	57,3%	62,2%
No sabe	19,7%	21%	2,8%	26,7%	14,2%
	X ² (6)=29,48; p=,000				
Orientación (actitud)**					
País de origen	6,32	6,58	6,24	6,01	6,28
	F(3,394)=1,45; p=,227				
País receptor	7,15	6,82 ^b	7,47 ^a	7,27	7,21
	F(3,394)=3,92; p=,009				
Actitudes de aculturación					
Integración	75,4%	75,8%	77,2%	68,1%	78%
Asimilación	16,1%	12,1%	21,5%	24,6%	11,8%
Separación	4,8%	8,1%	--	2,9%	5,4%
Marginalización	3,8%	4%	1,3%	4,3%	4,7%
	X ² (9)=16,78; p=,052				

* Medida realizada en meses ** Puntuación de 1 nada a 9 totalmente

2.1.2.2 Características personales postmigratorias

Las características postmigratorias describen la situación de la población inmigrante en la sociedad receptora, y son reflejo de las condiciones, las dificultades, las necesidades y los apoyos que viven en su establecimiento en el nuevo entorno.

Como en el apartado anterior, a partir de diferentes trabajos, se han medido las estrategias de aculturación y la discriminación percibida, analizadas por Berry (1997), el contacto y la distancia

cultural percibida, propuestas por Ward y cols., (2001), y el tiempo de permanencia y el apoyo, recogido en ambos modelos. Asimismo, se tiene en cuenta la situación jurídica y laboral, el alojamiento, la dependencia institucional y la red familiar.

A su vez, para dar mayor orden y coherencia a los resultados, estas variables han sido agrupadas teniendo en cuenta el ámbito al que hacen referencia: en concreto se describen los factores de integración socioeconómica, la identidad étnica y experiencia como minoría, y, las redes sociales y familiares.

Factores de Integración Socioeconómica

Los factores de integración socioeconómica hacen alusión a los recursos básicos necesarios para lograr instalarse y vivir con unos mínimos en nuestra sociedad. En concreto se analiza el tiempo de permanencia, la situación jurídica, laboral y de vivienda, el grado de dependencia institucional y las necesidades de las personas inmigrantes en la nueva sociedad.

Referente al **tiempo** medio que ha pasado desde que las personas han salido de su país de origen, se comprueba que ha transcurrido aproximadamente 5 años y medio (68,85 meses). El tiempo de permanencia es estadísticamente diferente entre los hombres del Magreb y de Latinoamérica ($F(3,397)=2,91$; $p=,034$): en los primeros han pasado aproximadamente 6 años y medio de media (79,16 meses), y algo más de 4 años y medio desde que lo han hecho los segundos (56,21 meses). Sin embargo, el tiempo de permanencia en el País Vasco es similar para las cuatro submuestras e inferior al que ha pasado desde que iniciaron el proceso migratorio ($F(3,397)=1,80$; $p=,146$). En concreto, los hombres y mujeres del Magreb y de Latinoamérica llevan una media de 4 años y medio (55,01 meses) en nuestra sociedad.

El **estatus laboral alcanzado** en la sociedad receptora se refiere a la ocupación laboral que han tenido habitualmente tras la migración. El 88,1% ha trabajado, por lo general de manera provisional aunque hay personas que han conseguido un contrato indefinido. En cuanto al 11,9% restante, un ,5% se dedica a las tareas doméstica, el 3% a estudiar y el 8,4% siempre ha estado en paro. La posición laboral varía significativamente entre los grupos ($X^2(12)=35,04$; $p=,000$), siendo la principal diferencia que la mayoría de las mujeres latinoamericanas ha trabajado alguna vez mientras que aproximadamente el 15% del resto de personas ha estado siempre en paro o estudiando. También se observa que hay mayor porcentaje de personas latinoamericanas en comparación con las del Magreb que han obtenido un trabajo permanente.

En relación a la **situación laboral** en el momento de realizar la entrevista, al tomar a toda la población en general, se comprueba que más del 75% tiene un empleo, sin embargo, la situación cambia cuando se analizan las particularidades de cada grupo ($X^2(3)=33,67$; $p=,000$). Mientras que

más del 80% de la población latinoamericana y de las mujeres magrebíes están empleadas, tan sólo el 6,5% de los hombres magrebíes tiene trabajo.

La **situación jurídica** está resuelta prácticamente para todas las personas, aunque alrededor del 10% todavía no tiene los permisos de residencia y/o trabajo en regla. Esta situación es especialmente negativa en los hombres magrebíes comparativamente al resto de grupos ($X^2(3)=8,00$; $p=,046$), en los que se observa que el 19,4% no tiene su situación regularizada. Por el contrario, las mujeres latinoamericanas son las que menos problemas tienen con la documentación.

En cuanto al **alojamiento**, se observa que el 14,6% de la muestra tiene problemas de residencia, entendiendo dichos problemas como la falta de vivienda o encontrarse en una institución. El resto se aloja mayoritariamente en pisos de alquiler, aunque hay personas que tienen piso propio o reside en otro tipo de viviendas, como por ejemplo, el lugar donde trabaja o en la casa de una persona conocida. Las diferencias entre los cuatro grupos son estadísticamente significativas ($X^2(12)=38,61$; $p=,000$): alrededor del 20% de la población magrebí tiene problemas de alojamiento, un porcentaje superior que el observado entre las personas latinoamericanas, quienes en más de tres cuartas partes viven en pisos de alquiler. Por último, destaca el porcentaje de hombres latinoamericanos que tienen vivienda propia.

Respecto al grado de **dependencia social** se comprueba que el 23% de las personas se encuentra en acogida o recurre a programas de asistencia social, la mitad de la población autogestiona sus necesidades pero participa en programas de adaptación sociolaboral, y el 26,7% de las personas son autónomas socialmente. Las diferencias entre los cuatro grupos son estadísticamente significativas ($X^2(6)=57,19$; $p=,000$). Se observa mayor número de hombres en programas de acogida, más mujeres magrebíes y latinoamericanas en situación de adaptación sociolaboral, y mayor número de hombres latinoamericanos en situación de autonomía social.

Finalmente, respecto a las **necesidades** de la población inmigrante, se observa que la **búsqueda de trabajo** es demandada por la mitad de las personas. En segundo lugar, más de una tercera parte de la población desea **lograr o cambiar de vivienda**, y, un 30% **necesita asistencia social**. El resto de demandas las realiza entre un 16,1% y el 24,3% de la población: **documentación de residencia, empadronamiento, información y asistencia médica y/o psicológica**.

Al analizar las diferencias entre los grupos, se comprueba que el grado de necesidad en cuanto a la documentación de residencia, asistencia médica y social, y, trabajo, es similar en los hombres y mujeres del Magreb y de Latinoamérica. Sin embargo, existen diferencias significativas en la necesidad de empadronamiento, asistencia psicológica, vivienda e información. Se observa que los hombres magrebíes realizan más demandas de empadronamiento ($X^2(3)=23,67$; $p=,000$); las mujeres magrebíes hacen más demandas de asistencia psicológica ($X^2(3)=1,41$; $p=,015$); y la población latinoamericana realiza menos peticiones de vivienda ($X^2(3)=26,03$; $p=,002$) e indican necesitar menos información de las instituciones ($X^2(3)=15,42$; $p=,001$).

Tabla 7. Factores de integración social

	Total	MAGREB		LATINOAMERICA	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tiempo de residencia *					
España	68,85 m	79,16 ^c m	73,93 m	56,21 ^a m	63,17 m
	F(3,397)=2,91; p=,034				
País Vasco	55,01 m	47,74 m	67,17 m	52,06 m	56,61 m
	F(3,397)=1,80; p=,146				
Estatus laboral alcanzado					
Trabajo permanente	19,6%	11,4%	17,7%	29,3%	23%
Trabajo provisional	68,5%	69,6%	65,8%	58,7%	74,6%
Ama de casa	,5%	--	2,5%	--	--
Estudiante	3%	4,9%	2,5%	2,7%	1,6%
Parado/a	8,4%	13,8%	11,4%	9,3%	,8%
	X ² (12)=35,04; p=,000				
Trabajo principal actualidad					
Desempleado	22%	39,5%	15%	18,7%	11,1%
Empleado	76,9%	6,5%	85%	81,3%	88,9%
	X ² (3)=33,67; p=,000				
Situación jurídica					
Irregular	12,8%	19,4%	10%	13,3%	7,9%
Regular	87,2%	8,6%	90%	86,7%	92,1%
	X ² (3)=8,00; p=,046				
Grado de dependencia social					
Alta dependencia (Acogida)	23%	46%	16,2%	20%	6,4%
Media dependencia (Adaptación Soc.)	50,3%	36,3%	73,8%	29,3%	61,9%
Autonomía social	26,7%	17,7%	10%	50,7%	31,7%
	X ² (6)=57,19; p=,000				
Alojamiento					
No tiene alojamiento	5,2%	8,1%	5%	5,3%	2,4%
Instituciones	9,4%	17,1%	16,3%	4%	,8%
Alquiler	75,2%	63,4%	72,5%	77,3%	87,2%
Propio	7,2%	6,5%	5%	12%	6,4%
Otro	3%	4,9%	1,3%	1,3%	3,2%
	X ² (12)=38,61; p=,000				
Necesidades					
Documentación residencia	23,3%	31,1%	16%	17,3%	2,6%
	X ² (3)=6,94; p=,074				
Empadronamiento	16,1%	28,7%	4%	13,3%	7,9%
	X ² (3)=23,67; p=,000				
Asistencia médica	2,4%	27%	20%	18,7%	15,1%
	X ² (3)=5,65; p=,129				
Asistencia psicológica	24,3%	23%	36%	13,5%	25%
	X ² (3)=1,41; p=,015				
Asistencia social	32,5%	35,2%	37,7%	25,3%	31%
	X ² (3)=3,24; p=,355				
Conseguir trabajo	54,8%	59,8%	59,7%	49,3%	50%
	X ² (3)=4,88; p=,253				
Obtener o mejorar vivienda	42%	5,8%	58,4%	37,3%	26,2%
	X ² (3)=26,03; p=,000				
Información	19,8%	28,7%	15,8%	25,3%	1,3%
	X ² (3)=15,42; p=,001				

* Medida realizada en meses

Redes Sociales y Familiares

Las redes sociales y familiares hacen referencia a las diferentes relaciones que las personas inmigrantes establecen con otros grupos, y, al número de familiares que tienen cerca. En primer lugar, se examina su situación familiar en la sociedad receptora, es decir, se presenta el porcentaje de población que tienen a su pareja, a sus hijos e hijas y/o a más familiares cerca. En segundo lugar se analiza el grado de contacto mantenido y el nivel de apoyo percibido por parte de la población de su país de origen que vive en la sociedad receptora, de las personas inmigrantes que proceden de otros lugares y de la sociedad de acogida.

Referente a la **estructura familiar**, de las personas que tienen pareja, se observa que en el 73,6% de los casos están junto a ella en el país receptor. Sin embargo, al analizar la situación de las cuatro submuestras se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($X^2(3)=25,03$; $p=,000$) entre los grupos: las mujeres magrebíes y las mujeres y hombres latinoamericanos están en más del 80% de los casos junto a sus parejas, mientras que tan sólo la mitad de los hombres magrebíes están en esta situación.

En cuanto a la situación de los **hijos e hijas**, el 69,4% de las personas que son padres o madres viven junto a sus hijos e hijas en la sociedad receptora. Al profundizar en la situación de la población inmigrante, se comprueba que hay más mujeres, en especial las magrebíes, que se encuentran en esta situación ($X^2(3)=9,70$; $p=,021$).

A parte de pareja e hijos e hijas, el 53,2% de las personas participantes en el estudio tienen a más **familiares** cerca, siendo las diferencias existentes entre los cuatro grupos estadísticamente significativas ($X^2(3)=23,81$; $p=,000$): hay menos hombres magrebíes acompañados por personas de su familia, concretamente el 36,9% en comparación a más de la mitad de mujeres magrebíes y latinoamericanas, y, al 7,3% de los hombres latinoamericanos.

Respecto al **contacto** que se establece con las diferentes poblaciones, las puntuaciones medias indican que el nivel de relación con la población autóctona es medio-alto (3,45 sobre 5) mientras que con el resto de personas inmigrantes y con su grupo de origen se sitúa por debajo del punto de corte, definiéndose como media (2,89 y 2,96 sobre 5 respectivamente). Al analizar las respuestas de las submuestras, en primer lugar se observa que el grado de contacto con las personas que proceden del mismo país de origen es mayor en los hombres latinoamericanos que en las mujeres magrebíes ($F(3,396)=2,79$; $p=,040$). En segundo lugar, el contacto con otras personas inmigrantes, es mayor en hombres y mujeres de Latinoamérica que en los hombres magrebíes ($F(3,398)=3,90$; $p=,009$). Sin embargo, el nivel de contacto establecido con las personas autóctonas es similar en todos los grupos ($F(3,398)=1,56$; $p=,198$).

En cuanto al nivel de **apoyo percibido** por parte de las personas de su mismo país de origen, de otras personas inmigrantes y de las autóctonas, se comprueba que en general es catalogado

como medio-bajo. Las puntuaciones de los diferentes grupos muestran percepciones similares en cuanto a la percepción de apoyo de las personas de su país. Sin embargo se observan diferencias estadísticamente significativas en el apoyo recibido por parte de la población inmigrante ($F(3,387)=3,56$; $p=,014$) y de la autóctona ($F(3,398)=8,72$; $p=,000$). Las mujeres latinoamericanas y magrebíes perciben mayor apoyo de la población inmigrante y de la población receptora que los hombres del Magreb.

Tabla 8. Redes sociales y familiares

	MAGREB			LATINOAMERICA	
	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Estructura Familiar					
La pareja está aquí $\chi^2(3)=25,03$; $p=,000$	73,6%	49,1%	80%	86,3%	82,5%
Los hijos/as están aquí $\chi^2(3)=9,70$; $p=,021$	69,4%	50%	81,3%	63%	75,3%
Tiene más familia $\chi^2(3)=23,81$; $p=,000$	53,2%	36,9%	61,3%	7,3%	54%
Contacto *					
Población origen $F(3,396)=2,79$; $p=,040$	2,96	2,96	2,75 ^c	3,28 ^b	2,89
Población inmigrante $F(3,398)=3,90$; $p=,009$	2,89	2,61 ^{cd}	2,93	3,11 ^a	3,01 ^a
Población receptora $F(3,398)=1,56$; $p=,198$	3,45	3,29	3,50	3,59	3,50
Apoyo *					
Población origen $F(3,397)=,216$; $p=,885$	2,62	2,57	2,68	2,57	2,65
Población inmigrante $F(3,387)=3,56$; $p=,014$	2,42	2,16 ^{bd}	2,58 ^a	2,48	2,54 ^a
Población receptora $F(3,398)=8,72$; $p=,000$	3,06	2,65 ^{bd}	3,46 ^a	3,09	3,18 ^a

* De 1 nada a 5 mucho

Identidad y situación de minoría cultural

En este apartado se analizan las cuestiones que tienen que ver con la identidad tanto con la sociedad de origen como con la sociedad receptora. De este modo, se analizan la orientación real hacia las dos sociedades, las estrategias de aculturación puestas en marcha en el nuevo contexto y la percepción de cercanía o distancia cultural respecto al entorno local. Asimismo, se analiza el nivel de discriminación que percibe la población inmigrante por parte de las personas locales.

En cuanto a la **distancia percibida** respecto a la población autóctona, la puntuación es media (4,79 sobre 8, siendo 8 totalmente cerca), lo que indica que las personas inmigrantes se sienten bastante cercanas e identificadas con la sociedad receptora. Sin embargo, las diferencias existentes entre los grupos son estadísticamente significativas ($F(3,384)=9,39$; $p=,000$) y señalan que los

hombres del Magreb se sienten más alejados y menos identificados con la población local que el resto de grupos.

Las **orientaciones de aculturación**, en lo que se refiere a los verdaderos comportamientos que la población inmigrante lleva a cabo en el mantenimiento de su cultura y en el aprendizaje de la nueva, superan la media, lo que indica que se practican ambas culturas. En concreto, el mantenimiento de la cultura de origen es medio-alto mientras que la práctica de las costumbres de la nueva es bastante alta. Las puntuaciones de los cuatro grupos son muy similares en la dimensión hacia el país de origen ($F(3,389)=1,28$; $p=,279$). Sin embargo, las mujeres del Magreb practican más las costumbres de la sociedad receptora que los hombres magrebíes y latinoamericanos ($F(3,389)=6,52$; $p=,000$).

A partir de estas dos orientaciones se establecen las **estrategias de aculturación** de la población inmigrante. El patrón de estrategias puestas en marcha por los diferentes grupos es muy parecido ($X^2(9)=9,49$; $p=,393$). La estrategia preferida por todas las personas es la integración (69,2%), seguida de la asimilación (16,8%), y por último la marginalización (7,9%) y la separación (6,1%).

Por último, la **percepción de discriminación** de la población inmigrante en general es baja, (2,09 sobre 5), sin embargo se encuentra que todas las mujeres magrebíes se sienten más discriminadas que el resto de los grupos ($F(3,382)=12,40$; $p=,000$).

Tabla 9. Identidad étnica y situación de minoría cultural

	MAGREB			LATINOAMERICA	
	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Distancia percibida *					
$F(3,384)=9,39$; $p=,000$	4,79	4,11 ^{bcd}	5,41 ^a	5,25 ^a	4,80 ^a
Orientaciones (comportamiento) **					
País origen	5,94	6,07	6,12	5,60	5,89
$F(3,389)=1,28$; $p=,279$					
País acogida	6,57	6,22 ^b	7,20 ^{ac}	6,36 ^b	6,66
$F(3,389)=6,52$; $p=,000$					
Estrategias de aculturación					
Integración	69,2%	68,5%	72,7%	65,8%	69,7%
Asimilación	16,8%	14,5%	22,1%	2,5%	13,4%
Separación	6,1%	8,1%	1,3%	5,5%	7,6%
Marginalización	7,9%	8,9%	3,9%	8,2%	9,2%
$X^2(9)=9,49$; $p=,393$					
Discriminación percibida ***	2,09	2,06 ^b	2,78 ^{acd}	1,69 ^b	1,93 ^b
$F(3,382)=12,40$; $p=,000$					

* De 1 muy lejos a 8 totalmente cerca; ** De 1 nada a 9 totalmente; *** De 1 nada a 5 mucho

2.2 Perfiles psicosociales de la población inmigrante: género y distancia cultural

Los análisis realizados muestran que la población inmigrante es heterogénea en cuanto a sus características sociodemográficas, a su situación premigratoria y a algunos aspectos de la situación postmigratoria, lo que se refleja en la descripción de los diferentes perfiles psicosociales.

Sin embargo, determinadas circunstancias que viven en la sociedad receptora son comunes a todas las personas. Así, se observa que el tiempo medio de residencia en el País Vasco es de 4,5 años y que muestran las mismas demandas en cuanto a trabajo, asistencia social, asistencia médica y la documentación. En concreto, la mitad de las personas quieren conseguir un empleo o mejorar la situación en la que se encuentran, una tercera parte necesita asistencia social y el 20% asistencia médica y el logro de la documentación de residencia.

Todas las personas confirman tener el mismo grado de contacto con la población receptora, que es calificado como moderado, y también perciben el mismo nivel de apoyo por parte de las personas de su país, que es relativamente bajo.

En relación a la práctica cultural, la orientación que tienen hacia el país de origen es media, tanto en las actitudes que muestran como en los comportamientos que llevan a cabo para mantener su cultura. Por otro lado, las estrategias de aculturación que emplean en la sociedad receptora siguen el mismo patrón de respuesta en todas las personas. La estrategia preferida es la integración, seguida de la asimilación y por último la marginalización y separación.

A pesar de estas similitudes, son más las características que diferencian a los hombres y mujeres de Latinoamérica y del Magreb que aquellas que les igualan. Por este motivo, a continuación se presentan las principales características de la población inmigrante que reside en el País Vasco, en función del género y del origen cultural.

2.2.1 *Hombres magrebíes*

Los **hombres del Magreb** se caracterizan por ser jóvenes y en su mayoría solteros, aunque aproximadamente la mitad tiene pareja, una tercera parte más familiares y el 25% hijos e hijas (en éstos dos últimos aspectos el porcentaje es menor al del resto de los grupos). Entre las personas que tienen pareja e hijos, sólo la mitad está junto a ellos, siendo la población que en mayor proporción se encuentra lejos de su familia. Todo esto indica que la red familiar de los hombres del Magreb es reducida y menor que la de las mujeres magrebíes y el grupo latinoamericano.

Respecto al conocimiento del idioma y a la religión, que están íntimamente ligados al origen cultural, se observa que tan sólo un 30% de las personas tiene un alto conocimiento o dominio del castellano y que el 96% se declara musulmán, aunque sostienen que su práctica es media, una puntuación inferior a la de las mujeres magrebíes.

El nivel formativo es inferior al de la población latinoamericana y similar al de las mujeres magrebíes que conforman la muestra: el 15,3% no ha acudido a la escuela, el 26,6% tiene estudios primarios, el 41,9% secundarios, el 9,7% ha cursado una diplomatura y el 6,5% una licenciatura.

En relación a las características de su situación antes de emigrar, se comprueba que una cuarta parte de los hombres magrebíes habían partido anteriormente a otros países, donde habían residido una media de año y medio. El proyecto migratorio actual es más largo, han pasado casi 7 años desde que los hombres magrebíes salieron de su país y 4 años desde que se instalaron en el País Vasco. Pero además, una gran parte de la población emigró con expectativas de asentarse definitivamente (el 44,4%), y aunque una tercera parte mantiene que es un proyecto provisional y el 20% se muestra indeciso, es el grupo que señala más intenciones de asentarse permanentemente en la sociedad receptora.

En el país de origen, el 13,3% estaba en paro y el 24,2% era estudiante. El 61,7% estaba trabajando pero tan sólo el 22,5% tenía un puesto de trabajo permanente.

La razón principal por la que han decidido salir de su país son los problemas económicos, aunque un 20% ha emigrado por otros motivos como para mejorar su formación, reagruparse con su familiar, buscar refugio político o por otras razones diferentes.

En relación a la situación de los hombres magrebíes en la sociedad receptora, se comprueba que aunque sea el grupo que más tiempo lleva fuera de su país, su situación socioeconómica es la peor. En el ámbito laboral, en comparación con los otros grupos hay un menor porcentaje que ha tenido trabajos permanentes (11,4%) y un mayor número de personas que nunca ha trabajado, el 13,8%. A la hora de realizar las entrevistas, el porcentaje de hombres parados asciende al 40%, un número muy superior al observado en las mujeres magrebíes y en el grupo latinoamericano. A esta situación de precariedad laboral, hay que añadir los problemas con la vivienda y con la regularización de sus permisos de residencia y trabajo. El 19,4% se encuentra en situación irregular y el 25,2% tiene problemas de alojamiento, bien porque vive en instituciones o bien porque no tiene una residencia. En cuanto a las demandas que realizan, son los que mayor necesidad de empadronamiento y de información indican, y junto con las mujeres magrebíes, tienen grandes necesidades de mejorar o encontrar una vivienda.

El contacto que mantienen tanto con las personas de su país de origen como con otras personas inmigrantes es moderado-bajo. Los resultados muestran que el nivel de contacto que los hombres magrebíes establecen con otras personas inmigrantes es menor que el establecido por las

mujeres y hombres de Latinoamérica. El grado de percepción de apoyo es bajo, comprobando que el nivel de apoyo percibido por parte de la población inmigrante en general y de la población receptora es menor en los hombres magrebíes que en las mujeres, bien del Magreb bien de Latinoamérica.

Por último, en lo que se refiere a la situación de minoría cultural y a aspectos de identidad étnica, se observa que la población masculina del Magreb son los que perciben una mayor distancia cultural respecto a la sociedad receptora, sin embargo, el nivel de discriminación percibida es bajo y similar al de la población latinoamericana.

El deseo de mantener y practicar su cultura de origen, tal y como hemos descrito en los aspectos generales de todos los grupos, es medio. En cuanto a la dimensión que mide las actitudes que muestran hacia la sociedad receptora y los comportamientos que llevan a cabo, los resultados indican que la orientación hacia la nueva sociedad es media e inferior al resto de los grupos. A pesar de ello, las actitudes y estrategias de aculturación que surgen al cruzar las dos dimensiones, señalan que la mayoría de los hombres magrebíes optan por la integración.

2.2.2 Mujeres magrebíes

Las **mujeres magrebíes** son jóvenes, y aunque aproximadamente el 80% de la población se reparte entre estar casada o soltera, destaca el porcentaje de mujeres que están separadas, el 20%. Independientemente del estado civil, el 41,3% tiene hijos e hijas y el 37,5% tiene pareja, siendo el porcentaje más bajo de todos los grupos. A pesar de ello en el 80% de las ocasiones están junto a su pareja e hijos. Además, el 61,3% tiene a más familiares cerca, lo que indica que al menos este porcentaje de personas puede contar con una pequeña red familiar.

Junto con los hombres magrebíes, son las personas con menor nivel educativo y que mayores problemas tienen con el idioma. El 15% no ha estudiado, el 28,8% tiene estudios primarios, el 33,8% secundarios, el 17,7% tiene una diplomatura y el 5% una licenciatura. En cuanto al conocimiento del castellano, sólo el 24% manifiesta dominar el idioma y un 38,7% tiene bajo nivel de lenguaje.

En relación a la religión, la mayoría de las mujeres magrebíes se declara musulmana y muy practicante, siendo el grado de práctica superior al del resto de los grupos.

La situación laboral de las mujeres magrebíes cuando residían en su país de origen, muestra que su participación en el ámbito productivo era menor al de los hombre magrebíes y al de la población latinoamericana: el 19,5% se encontraba en paro, el 2,8% era estudiante, el 6,5% se dedicaba al hogar y tan sólo el 53,3% estaba trabajando.

Antes del presente proyecto migratorio, el 12,5% de las mujeres había emigrado a otro país habiendo residido una media de año y medio. En la actualidad, el 46,3% ha emigrado principalmente por razones económicas. Sin embargo el número de mujeres que manifiesta este motivo es menor al de resto de los grupos, por lo tanto, se hacen más relevantes los motivos de reagrupación familiar (27,5%), otras razones (16,3%), refugio político (5%) o formación (5%).

Las expectativas sobre su asentamiento en la sociedad receptora antes de llegar eran provisionales para la mitad de las mujeres magrebíes, dudosas para el 2,8% y sólo el 29,2% consideraba su proyecto migratorio como definitivo.

Desde que iniciaron el proceso migratorio han transcurrido aproximadamente 6 años y desde que se instalaron en el País Vasco han pasado alrededor de 5 años y medio. En este tiempo, más del 85% de las mujeres magrebíes ha conseguido solucionar sus problemas laborales, jurídicos y de vivienda. En relación a estos indicadores de integración social, la mayoría de las mujeres ha conseguido trabajar en la sociedad receptora aunque han sido trabajos provisionales, y el 11,4% ha estado siempre en paro. En la actualidad, el 15% está desempleada, el 10% no tiene regularizada su situación jurídica y el 21,6% tiene problemas de alojamiento.

Junto con los hombres magrebíes, son las personas que más demandas de vivienda o de mejora de alojamiento realizan, casi el 60%. Además, es el grupo que más peticiones realiza de asistencia psicológica, el 36%. Sin embargo, son las que menos necesidad de empadronamiento tienen, el 4%.

En cuanto a las redes sociales, se observa que su nivel de contacto con las personas de su país de origen y con la población inmigrante en general es bajo-moderado. Por otro lado, la percepción de apoyo por parte de la población inmigrante es baja-moderada y de la población autóctona es medio-alta, siendo superior al apoyo que perciben los hombres magrebíes.

La orientación de las mujeres del Magreb hacia la cultura de la sociedad receptora es alta. En concreto, la puntuación en lo referente a las intenciones de aprendizaje de la nueva cultura es superior a la que muestra la población masculina magrebí, y respecto a los comportamientos que realizan, son superiores a los de los hombres latinoamericanos y magrebíes. La alta orientación en estas dimensiones se refleja en su alta percepción de cercanía respecto a la sociedad receptora. Sin embargo, y aunque parezca contradictorio, es el grupo que mayor discriminación percibe, a pesar de ello las puntuaciones en discriminación son bajas.

2.2.3 Hombres latinoamericanos

Los **hombres latinoamericanos** son jóvenes y su estado civil se reparte en la mayoría de los casos entre aquellos que están solteros y casados. Más del 65% tiene pareja y en el 86,3% de las

ocasiones están junto a ella en la sociedad receptora. Por otro lado, el 64% tiene hijos e hijas, sin embargo el 37% manifiesta que se encuentran en el país de origen. Además, el 7,3% tiene a más familiares cerca, lo que indica que como mínimo este número de personas tiene un familiar cerca y que la mayoría de los hombres magrebíes tiene una red familiar.

Su nivel de estudios es alto, superior al de la población magrebí y similar al de las mujeres latinoamericanas aunque ligeramente mejor. Tan sólo el 2,7% no tiene estudios y el 9,7% tiene estudios primarios. El resto de personas ha conseguido finalizar los estudios secundarios (56%), el 12% tiene una diplomatura y el 20% una licenciatura.

En cuanto a la religión, se observa mayor variabilidad que en la población magrebí: tres cuarta partes son católicos y el resto evangelistas o de otras religiones. A pesar de que todos los hombres se declaran seguidores de una religión, el grado de práctica es bajo.

En el país de origen todos los hombres latinoamericanos tenían una ocupación: una gran parte trabajaba, bien permanente o provisionalmente y el 21,3% restante estaba estudiando. Como en el resto de los grupos, el principal motivo migratorio es el económico (65,3%), aunque el 17,3% ha emigrado para mejorar su formación, el 12% para reagruparse con la familia, el 4% por otras razones y el 1,3% por motivos políticos. Sus intenciones de asentamiento en la nueva sociedad son provisionales, tan sólo el 16% emigraba con la expectativa de instalarse definitivamente y el 26,7% estaba en dudas.

Desde que comenzaron el proceso migratorio han pasado 5 años y medio, aproximadamente el mismo tiempo que llevan residiendo en el País Vasco, siendo así el grupo que menos tiempo lleva fuera de sus países. A pesar de ello, sus condiciones laborales, jurídicas y de alojamiento son bastante buenas: el 90% de los hombres magrebíes han trabajado alguna vez en la sociedad receptora, aunque en la actualidad el 18,7% está desempleado. El 13,3% no tiene permiso de residencia y de trabajo, y el 9,3% tiene problemas de alojamiento.

Una tercera parte de los hombres latinoamericanos realiza demandas de mejora o búsqueda de vivienda. El 14% tiene necesidad de empadronamiento, mostrando así más necesidad que las mujeres magrebíes y las latinoamericanas. Por otro lado, son los que menos peticiones de asistencia psicológica realizan, el 13,4%, y junto con los hombres magrebíes los que más información piden.

En relación a las redes sociales, el contacto que mantienen con la población de origen es moderado y superior al que establecen las mujeres magrebíes. El contacto con otras personas inmigrantes también es moderado y superior al que mantienen los hombres magrebíes. La percepción sobre el apoyo recibido por parte de la población inmigrante y de la población autóctona es baja-moderada y similar al resto de los grupos.

Por último, los hombres latinoamericanos tienen una baja percepción de discriminación por parte de las personas autóctonas, se sienten cercanos a la sociedad local y tienen una orientación moderada-alta hacia la nueva cultura. En relación a las actitudes, las puntuaciones son similares a las obtenidas con las mujeres latinoamericanas y con la población magrebí, sin embargo, la orientación hacia la sociedad receptora en cuanto a los comportamientos es menor que la mostrada por las mujeres del Magreb.

2.2.4 Mujeres latinoamericanas

Las **mujeres latinoamericanas** son jóvenes aunque son mayores que el resto de los grupos. En relación al estado civil, tres cuartas partes están casadas o solteras. Sin embargo llama la atención el porcentaje de personas que está viuda (4%), que vive en pareja (6,3%) o que está separada (16,7%), porque es mayor que en el resto de los grupos, con la excepción de las mujeres separadas del Magreb. El 49,2% tiene pareja y el 76% tiene hijos o hijas, y en más del 75% de las ocasiones están junto a ellas. Por otro lado, la mitad de las mujeres tiene a más familiares cerca.

El nivel de estudios y el conocimiento del idioma es alto y superior al de la población magrebí. Tan sólo una mujer no ha estudiado, el 14,2% tiene estudios primarios, el 48,8% secundarios, el 21,3% ha realizado una diplomatura y el 15% una licenciatura. En cuanto al castellano un 3,4% manifiesta tener un nivel medio y el 96,6% alto.

Desde el punto de vista espiritual es la población en la que más variedad de respuestas se ha observado. El 75% manifiesta ser católica, el 12,1% evangelista, el 4,8% atea, el 4% protestante, el 3,2% de otra religión y el ,8% agnóstica. El nivel de práctica religiosa es moderado, superior al de los hombres latinoamericanos pero inferior al de las mujeres magrebíes.

En relación a las características anteriores a la aculturación, se observa que el 84% de las mujeres latinoamericanas estaba trabajando, el 52,8% en empleos fijos mientras que el 31,2% en trabajos provisionales. En comparación con la población del Magreb, había muy pocas paradas, tan sólo un 1,6%. Es el grupo en el que se encuentra un menor porcentaje de personas que se dedicaban a los estudios, el 6,4% frente al 20% en los otros grupos. Además, tal y como ocurría en la población femenina del Magreb, había más mujeres latinoamericanas que se dedicaban exclusivamente al trabajo doméstico, el 7,2%.

Muy pocas mujeres habían emigrado anteriormente a otros países (9,4%), y en el proceso actual, aunque se observa una participación activa de la mujer latinoamericana, las intenciones que mostraban antes de emigrar sobre su asentamiento eran provisionales para el 62,2% y tan sólo un 23,6% afirmaba haber comenzado un proyecto permanente y definitivo. La mayoría salió de sus países por motivos económicos, el 71,7%, aunque también emigraron para mejorar su formación

(9,4%), por otras razones (9,4%), para reagruparse con su familia (7,1%) o para buscar refugio político (2,4%).

Han pasado más de 5 años desde que salieron de sus países y 4 años y medio desde que se instalaron en el País Vasco. En este tiempo han conseguido una posición laboral, jurídica y de vivienda más favorable que el resto de los grupos. El 97,6% ha trabajado alguna vez, aunque en el momento de realizar la entrevista el 11% se encontraba desempleada. El 7,9% se encuentra en una situación jurídico-administrativa irregular y el 3,2% tiene problemas de alojamiento.

En cuanto a las necesidades, hacen menos peticiones de empadronamiento que los hombres del Magreb y de Latinoamérica (7,9%), una cuarta parte necesita asistencia médica, un porcentaje inferior al que muestran las mujeres magrebíes pero superior al de los hombres latinoamericanos, y son las que menos demandan mejorar la vivienda y obtener información.

El nivel de contacto que mantienen con las personas de su país y con otras personas inmigrantes es medio, al igual que el apoyo que perciben de la población inmigrante y de la población autóctona.

Las mujeres latinoamericanas se sienten cercanas a la sociedad receptora y perciben poca discriminación por parte de la población local. Asimismo, tienen una orientación moderada-alta hacia la nueva cultura, tanto en las actitudes o intención de aprendizaje, como en los comportamientos o puesta en práctica de dicha cultura.

3 RESUMEN

Los resultados del estudio 1 han mostrado que las características psicosociales de la población inmigrante varían en función del género y de la cultura, y han constatado la existencia de diferentes condiciones y grados de vulnerabilidad. Pese a ello, la situación general de las personas inmigrantes que residen en nuestra sociedad es bastante positiva.

Tomada la muestra en su conjunto, se observa que es una población joven, que lleva 5 años y medio en España y 4 años y medio en el País Vasco, que en la mitad de los casos tiene pareja y/o hijos/as, con un nivel formativo bueno, y cuya religión mayoritaria es la católica o la musulmana. Alrededor del 70% trabajaba en su país de origen de forma permanente o provisional, ha emigrado por motivos económicos, su expectativa sobre el asentamiento en la sociedad receptora es provisional o está dudando, y su actitud en cuanto a la aculturación es la integración.

En relación a los factores de integración socioeconómica o condiciones de vivienda, situación laboral y diferentes necesidades que se consideran básicas en un estado de bienestar (Javaloy, 2001), se observa que entorno al 15% de las personas inmigrantes tienen problemas para la obtención de estos mínimos. Desde que se establecieron en la nueva sociedad, casi el 10% no ha trabajado nunca y al realizar la entrevista el 22% se encontraba en situación de desempleo. El 12,8% no tenía los permisos de vivienda o trabajo, el 14,6% manifestaba problemas de alojamiento, bien porque no tenía casa (5,2%) bien porque vive en instituciones (9,4%), y el 13,1% tenía grandes dificultades para comunicarse en castellano. Por último, alrededor del 20% manifiesta necesidades de documentación, empadronamiento, asistencia médica, tratamiento psicológico o información. El 32,5% requiere asistencia social, el 42% tiene necesidades de obtener o mejorar la vivienda, y el 54,8% de conseguir trabajo.

El contacto que las personas inmigrantes establecen con las diferentes poblaciones es catalogado como moderado, sin embargo, mientras que con el endogrupo y con personas inmigrantes de otros países es moderado-bajo, con las personas autóctona se califica como moderado-alto. Asimismo, el apoyo percibido es mayor cuando se trata de la población local que cuando viene por parte del endogrupo o de otras personas inmigrantes, no obstante al compararlo con el grado de contacto se comprueba que el nivel de apoyo percibido es inferior.

Por último, se observa que la discriminación que las personas inmigrantes perciben por parte de la población autóctona es baja, y que la identificación o la cercanía respecto a la sociedad receptora es bastante alta. Así, el mantenimiento de sus costumbres y la práctica de la nueva cultura es bastante alta, unas puntuaciones que se reflejan en el alto porcentaje de personas cuya estrategia de aculturación es la integración (70%).

CAPITULO VIII. ESTUDIO 2: AJUSTE PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

El segundo estudio se ha formulado con el objetivo de conocer las características del ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante. Asimismo, se quiere analizar la relación existente entre algunas variables que describen el proceso de aculturación y los niveles de estrés, la satisfacción con la vida y la sintomatología psicológica que presenta esta población. En tercer lugar, se incide en la influencia que el género y el origen cultural puede tener en el nivel de ajuste psicológico y salud mental, así como en las variables explicativas. Y por último, se estudia la relación que se establece entre las medidas de ajuste psicológico y de salud mental.

En base a estos objetivos las hipótesis planteadas son las siguientes:

Hipótesis 2.1: La población inmigrante, como consecuencia del proceso de aculturación y de las dificultades anteriormente descritas, mostrará altos niveles de estrés, de emociones negativas y de sintomatología psicológica, y bajos niveles de satisfacción con la vida y emociones positivas.

Hipótesis 2.2: En base a los estudios de género, se espera que en las mujeres inmigrantes haya una mayor manifestación emocional, presenten menos satisfacción con la vida y sus niveles de estrés y de sintomatología sean mayores que en los obtenidos en los hombres.

Hipótesis 2.3: Partiendo de los trabajos realizados sobre la distancia cultural, se espera que las personas magrebíes tengan una peor situación emocional, menor satisfacción con la vida y más estrés y sintomatología psicológica que las personas de Latinoamérica, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Hipótesis 2.4: Las condiciones de desigualdad, las situaciones de precariedad y las dificultades que viven las personas inmigrantes en el proceso de aculturación, se asociarán y explicarán una parte del ajuste psicológico y la salud mental de esta población.

Hipótesis 2.5: Teniendo en cuenta que las características del proceso migratorio de las personas varía en función del género y del origen cultural, se espera que las variables explicativas del ajuste psicológico y la salud mental difieran de un grupo a otro.

Hipótesis 2.6: Se espera que las altas puntuaciones en estrés y las bajas en satisfacción expliquen la manifestación de sintomatología ansiosa, somática y depresiva, asimismo, se espera encontrar una alta correlación entre las diferentes áreas de sintomatología psicológica.

Para ello, en primer lugar se analizan las características del ajuste psicológico de la población inmigrante en general y de los grupos distribuidos por género y origen cultural. Se muestra la situación emocional y los niveles de estrés y de satisfacción, así como los aspectos del proceso de aculturación que se asocian significativamente a estas variables. Además, se profundiza en el estudio

del estrés y de la satisfacción realizando diversos análisis de regresión que permiten determinar algunas de sus variables explicativas.

En segundo lugar, se lleva a cabo un análisis estructural para conocer la relación y la dirección que se establece entre el estrés, la satisfacción con la vida y las áreas de sintomatología psicológica. Unos análisis que son necesarios para conocer en qué medida la salud mental viene explicada por el estrés y la satisfacción.

Por último, se presenta la sintomatología psicológica de las personas inmigrantes en general, y de los grupos estudiados en particular. Se estudian las relaciones significativas entre las características del proceso de aculturación y los síntomas depresivos, somáticos y ansiosos, y se realizan diferentes análisis de regresión para delimitar las variables explicativas. Estos últimos análisis se llevan a cabo de dos formas: en un primer momento se estudian exclusivamente las variables utilizadas para describir el proceso de aculturación; y en segundo lugar, introduciendo las variables del ajuste psicológico que en el modelo estructural han resultado significativas.

1 NIVEL DE AJUSTE PSICOLÓGICO

El ajuste psicológico de la población inmigrante se ha definido como el grado de bienestar de las personas que se encuentran en un nuevo entorno o como un proceso de afrontamiento y estrés (Ward y Kenney, 1993). En base a esta descripción, el ajuste psicológico se ha estudiado tomando medidas de emociones, la satisfacción con la vida y el estrés general percibido.

1.1 Descripción del ajuste psicológico

1.1.1 Análisis previos

En el análisis de las medidas de emociones, primeramente se ha realizado un análisis factorial con rotación varimax para describir la situación emocional y profundizar en la estructura y dimensiones de las variables afectivas. La solución final ha arrojado cinco factores que explican el 55,16% de la varianza.

Los grupos de emociones resultantes del análisis factorial quedan descritos de la siguiente manera: las *emociones positivas*, que incluyen la confianza, la satisfacción, la alegría, el orgullo, la esperanza y la tranquilidad y que explican el 21,09% de la variabilidad emocional; las *emociones depresivas*, que engloban la angustia, la soledad, la tristeza y el miedo, y que representan el 13,28%

de la varianza; las *emociones de cansancio*, que se constituyen a partir del cansancio, el engaño y la vergüenza y que representan el 8,17% de la variabilidad emocional; las *emociones de rabia* (6,52%) que se describen a partir de la rabia y el rechazo; y por último, se encuentran las *emociones de indiferencia y desprecio* que representan el 6,08% de la variabilidad emocional.

Tabla 10. Matriz de componentes rotados (55,16% de la varianza explicada)

	Componentes				
	1	2	3	4	5
Emociones positivas: 21,09%					
Confianza	,796				
Satisfacción	,738				
Alegría	,727				
Orgullo	,682				
Esperanza	,639				
Tranquilidad	,578				
Emociones depresivas: 13,28%					
Angustia		,702			
Soledad		,694			
Tristeza		,679			
Miedo		,563			
Emociones de cansancio: 8,17%					
Cansancio			,695		
Engaño			,660		
Vergüenza			,602		
Emociones de rabia: 6,52%					
Rabia				,711	
Rechazado				,681	
Emociones de indiferencia y desprecio: 6,08%					
Desprecio					,726
Indiferencia					,707

1.1.2 Nivel de ajuste psicológico de la población inmigrante

Los resultados obtenidos sobre el ajuste psicológico de la población inmigrante, descrito a partir de las emociones, la satisfacción con la vida y los niveles de estrés percibido, muestran que la situación de las personas inmigrantes, en contra de lo esperado, es bastante positiva.

En relación a la **manifestación emocional** se describe el porcentaje de personas que siente las emociones definidas por el factorial. En la *Tabla 11*, se observa que las emociones positivas son las más presentes en la población inmigrante, el 82%, seguidas de las depresivas, que se manifiestan en la mitad de la población (55,6%). El 30,5% señala emociones de cansancio y el 24,7% de rabia. Por último, las emociones de indiferencia apenas están presentes en la población inmigrante (9,1%).

En cuanto al grado de **satisfacción**, las puntuaciones medias superan ligeramente el criterio de corte (15), lo que indica que la población inmigrante se siente moderadamente satisfecha (15,92 sobre 25). Al tener en cuenta los diferentes niveles de satisfacción se comprueba que el 14,9% muestra baja satisfacción, el 52,6% moderada y el 32,5% afirma sentirse muy satisfecha.

Por otro lado, los niveles de **estrés** son moderados (23,22 sobre 56) e inferiores al punto de corte de la escala (28), lo que muestra que la población inmigrante no percibe estrés aunque sus niveles de tensión son cercanos a ser considerados como estresantes. El 21,7% no manifiesta estrés, el 74,8% obtiene puntuaciones medias y el 3,5% presenta altos niveles de estrés.

Tabla 11. Nivel de ajuste psicológico

Emociones		Satisfacción*			Estrés			
Positivas	Depresiv.	Cansan.	Rabia	Indiferen.	Media*	%	Media**	%
82%	55,6%	30,6%	24,7%	9,1%	15,92 (4,72)	B. 14,9% M. 52,6% A. 32,5%	23,22 (8,99)	B. 21,7% M. 74,8% A. 3,5%

* Satisfacción: Puntuaciones entre 5 y 25; Nivel Bajo (entre 5 y 10), Nivel Medio (entre 11 y 19), Nivel Alto (entre 20 y 25).

** Estrés: Puntuaciones entre 0 y 56; Nivel Bajo (entre 0 y 14), Nivel Medio (entre 15 y 41), Nivel Alto (entre 42 y 56).

1.2 Proceso de aculturación y ajuste psicológico

En este apartado se estudia la relación entre las variables que describen el proceso de aculturación y el ajuste psicológico. En primer lugar se identifican las asociaciones existentes para en segundo lugar las variables predictoras de los niveles de estrés y de satisfacción.

1.2.1 Variables asociadas al ajuste psicológico

Para determinar las variables que se asocian al ajuste psicológico se realizan diferentes análisis de correlación con las variables sociodemográficas, premigratorias y postmigratorias. Antes de iniciar con este proceso se recategorizan las variables cualitativas en tantas variables como categorías de respuesta tenga la original. Las variables transformadas son: cultura (1-Magreb, 0-Latinoamerica), sexo (1-hombre, 0-mujer), estado civil (casado/a, soltero/a, separado/a, viudo/a, en pareja), ocupación laboral en el país de origen y receptor (permanente, provisional, jubilado, ama de casa, estudiante, parado/a), motivo migratorio (económico, formación, reagrupación familiar, refugio político y otro), intención de asentamiento (permanente, provisional, dudoso), actitudes y estrategias de aculturación (integración, asimilación, separación y marginalización), situación jurídica (1-resuelta, 0-no resuelta) y alojamiento (no tiene, instituciones, alquiler, propio y otro).

1.2.1.1 Variables sociodemográficas

El análisis de las correlaciones entre las variables sociodemográficas y las emociones, el estrés y la satisfacción, muestra que se establecen relaciones estadísticamente significativas, aunque la asociación es muy baja.

En relación a las **emociones**, se comprueba que la formación ($r=,173^{**}$) y el idioma ($r=,203^{**}$) correlacionan positivamente con las *emociones positivas*, mientras que ser del Magreb se vincula negativamente ($r=,162^{**}$). Tener pareja ($r=,125^*$), ser hombre ($r=,116^*$) y tener dominio del idioma ($r=,115^*$) se asocia negativamente con las *emociones depresivas*. Por otro lado, la edad ($r=,111^*$) y la práctica religiosa ($r=,109^*$) correlacionan negativamente con las emociones de rabia, y ser hombre se asocia positivamente tanto a las *emociones de rabia* ($r=,099^*$), como a las de *indiferencia* ($r=,117^*$) y *cansancio* ($r=,194^{**}$). Además, estas últimas emociones también correlacionan negativamente con el hecho de tener hijos/as ($r=,101^*$).

En cuanto al **estrés**, los análisis realizados muestran correlaciones estadísticamente significativas y positivas con el grupo cultural o ser del Magreb ($,153^{**}$), y negativas con la formación ($-,102^*$) y el conocimiento del idioma ($-,100^*$), aunque dichas correlaciones son muy bajas (*Tabla 12*). Sin embargo, el sexo, la edad, tener pareja e hijos y la práctica religiosa no se vinculan al estrés.

Las variables sociodemográficas correlacionan en mayor medida con la **satisfacción con la vida**. Tal y como se observa en la *Tabla 12* la edad ($,139^{**}$), tener hijos/as ($,191^{**}$), la formación ($,260^{**}$) y el conocimiento del idioma ($,317^{**}$) se vinculan positivamente con la satisfacción mientras que el sexo ($-,137^{**}$) y el provenir de países del Magreb ($-,348^{**}$) se asocian negativamente. Por otro lado tener pareja o la práctica religiosa no muestran correlaciones estadísticamente significativas.

Tabla 12. Correlaciones con las variables sociodemográficas

	Hombre	Magreb	Edad	Hijos/as	Pareja	Formación	Idioma	Pr. religiosa
E. Positivas	,047	-,162**	-,015	,038	,047	,173**	,204**	-,090
E. Depresiv.	-,116*	,047	-,076	,028	-,125*	-,027	-,115*	-,015
E. Rabia	,099*	,059	-,111*	-,033	,005	,085	,067	-,109*
E. Cansancio	,194**	,065	-,092	-,101*	-,027	-,003	,072	-,089
E. Indiferenc.	,117*	-,001	-,045	-,029	,057	-,075	,071	-,069
Estrés	,005	,153**	-,036	-,026	-,067	-,102*	-,100*	,043
Satisfacción	-,137**	-,348**	,139**	,191**	,075	,260**	,317**	-,070

* $p < .050$; ** $p > .010$

1.2.1.2 Variables situacionales

Premigratorias

En relación a las **emociones**, se hallan correlaciones significativas con las *positivas* y las de *cansancio*. Las primeras, se asocian positivamente con haber tenido un trabajo permanente en el país

de origen ($r=,160^{**}$), con la orientación hacia el país de origen ($r=,112^*$) y de acogida ($r=,225^{**}$) y con las actitudes de integración ($r=,103^*$), mientras que haber estado en paro en el propio país ($r=,145^{**}$) y tener actitudes de separación ($r=,107^*$) se vinculan negativamente. En segundo lugar, las *emociones de cansancio* correlacionan positivamente con haber tenido un trabajo provisional en la sociedad de origen ($r=,103^*$) y haber emigrado por motivos económicos ($r=,126^*$), y negativamente con haber emigrado por motivos de reagrupación familiar ($r=,158^*$).

Los análisis de correlación entre las variables premigratorias y el **estrés** indican que las relaciones no son estadísticamente significativas. Es decir, en la población inmigrante las diferentes ocupaciones en el país de origen, los motivos migratorios, la experiencia migratoria anterior, la intención de asentamiento, las orientaciones hacia las dos sociedades y las actitudes de aculturación no se asocian al estrés percibido. Sin embargo, hay dos excepciones como el hecho de haber estado en paro en el país de origen que correlaciona positivamente con el estrés ($r=,130^{**}$) y el hecho de haber sido estudiante que se asocia negativamente ($r=,099^*$), aunque en ambos casos la relación es muy baja.

En cuanto a la **satisfacción** con la vida, haber tenido un empleo permanente en el país de origen ($r=,193^{**}$), haber emigrado para mejorar la formación ($r=,116^*$) y tener una alta orientación hacia el país de acogida ($r=,122^{**}$) correlacionan positivamente con el bienestar, aunque las asociaciones sean bajas. Por otro lado, haber estado en paro en la sociedad de origen ($r=,186^{**}$), haber emigrado por motivos económicos ($r=,125^*$) y haber vivido anteriormente en otro país ($r=,122^*$) correlacionan negativamente con la satisfacción.

Tabla 13. Correlaciones con las variables premigratorias

	Ocupación laboral anterior						Motivo migratorio			
	Per.	Pro.	Ama.	Est.	Par.	Eco.	Ref.	For.	Rea.	Otr.
E. Positiva	,160**	-,080	,063	-,028	-,145**	-,016	,029	-,022	,022	,009
E. Depresi.	,081	-,097	-,050	,001	,096	,057	,019	-,033	-,080	,019
E. Rabia	-,056	,003	,001	,053	,044	,062	,016	,009	-,063	-,054
E. Cansan.	-,084	,103*	,013	,007	-,014	,126*	,015	-,022	-,158*	-,019
E. Indifere.	-,018	,043	-,024	-,019	,018	-,015	-,051	,073	-,082	,068
Estrés	-,001	-,012	,007	-,099*	,130**	,046	,047	-,056	-,042	,003
Satisfac.	,193**	-,086	-,020	,001	-,186**	-,125*	-,023	,116*	,079	,010
	Exp.M.	Expect.Asentamiento			Orientación		Actitudes aculturación			
	Ant.	Per.	Pro.	Dud.	Origen	Acogida	Int.	Sep.	Asi.	Mar.
E. Positiva	-,029	,003	-,001	-,003	,112*	,225**	,103*	-,107*	-,024	-,067
E. Depresi.	,065	,008	-,030	,029	-,019	,088	-,003	-,028	,057	-,076
E. Rabia	,034	-,006	-,058	,080	,077	,060	,045	-,017	-,027	-,031
E. Cansan.	,097	,072	-,056	-,012	,042	,017	,035	-,044	-,011	-,011
E. Indifere.	,060	-,038	-,028	,079	,028	,026	,001	,003	,006	-,017
Estrés	,054	-,033	-,051	,102	,038	,006	,045	-,039	-,031	-,001
Satisfac.	-,122*	,023	,038	-,074	,045	,122*	,020	-,064	,023	-,020

* $p < .050$; ** $p > .010$

Postmigratoriasa. Variables de Integración Social

En cuanto a las variables que se han utilizado para describir la situación de integración social de las personas inmigrantes, los análisis realizados han hallado numerosas asociaciones, aunque en la mayoría de los casos muy bajas.

Respecto a las **emociones**, las *positivas* correlacionan negativamente con el tiempo transcurrido en el País Vasco ($r=-,098^*$), ser estudiante ($r=-,119^*$), haber cambiado de estatus laboral (antes paro ahora trabajo, $r=-,103^*$; antes trabajo ahora paro $r=-,116^*$), no haber tenido trabajo en origen ni tenerlo en la actualidad ($r=-,099^*$), no tener vivienda ($r=-,106^*$) o tener alojamiento propio ($r=-,099^*$). Por otro lado, se asocian positivamente con diferentes aspectos de trabajo como tener trabajo en la actualidad ($r=,152^{**}$), tener trabajo provisional ($r=,156^{**}$), haber trabajado en el país de origen y tener trabajo en la sociedad receptora ($r=,192^{**}$), vivir de alquiler ($r=,169^{**}$), no tener problemas legales ($r=,112^*$) y estar en adaptación sociolaboral ($r=,158^{**}$).

Estar en acogida ($r=,163^{**}$) y alojarse en instituciones ($r=,131^{**}$) se vinculan positivamente a las *emociones depresivas*, mientras que el tiempo pasado en España ($r=-,199^{**}$) y en el País Vasco ($r=-,194^{**}$), tener trabajo permanente ($r=-,134^{**}$), tener alojamiento propio ($r=-,180^{**}$) y ser autónomo/a socialmente ($r=-,202^{**}$) se asocian negativamente.

Estar en adaptación sociolaboral correlaciona negativamente con las emociones de indiferencia ($r=-,128^{**}$) y positivamente con las *emociones de rabia* ($r=,136^{**}$). Estas últimas emociones también correlacionan positivamente con tener trabajo provisional ($r=,190^{**}$) y negativamente con el tiempo transcurrido en el País Vasco ($r=-,103^*$), tener trabajo permanente ($r=-,144^{**}$) y ser autónomo/a socialmente ($r=-,215^{**}$).

Por último, las *emociones de cansancio* correlacionan positivamente con estar en acogida ($r=,195^{**}$) y negativamente con el tiempo en España ($r=-,128^*$) y en el País Vasco ($r=-,201^{**}$), tener trabajo permanente ($r=-,113^*$), vivir en un piso en propiedad ($r=-,135^{**}$), tener los permisos de trabajo y residencia ($r=-,192^{**}$) y ser autónomo/a socialmente ($r=-,139^{**}$).

En relación a la percepción de **estrés**, las correlaciones son positivas con el hecho de estar en acogida ($r=,177^{**}$), con haber estado en paro en el país de origen y tener actualmente trabajo ($r=,110^*$) y con algunas de las necesidades: empadronamiento ($r=,119^*$), asistencia psicológica ($r=,199^{**}$), asistencia social ($r=,173^{**}$), trabajo ($r=,102^*$) y encontrar o mejorar la vivienda ($r=,255^{**}$). Por otro lado, existen asociaciones negativas con el tiempo pasado en el País Vasco ($r=-,105^{**}$), con el hecho de no haber cambiado de estatus laboral (siempre trabajo) ($r=-,139^{**}$), con tener alojamiento propio ($r=-,124^{**}$), y con la autonomía social ($r=-,213^{**}$).

En el caso de la **satisfacción**, se comprueba que correlaciona positivamente con las siguientes variables: tiempo de permanencia en el Estado ($r=,128^*$) y en el País Vasco ($r=,163^*$), haber tenido un trabajo permanente en la sociedad receptora ($r=,173^{**}$), tener la situación jurídica resuelta ($r=,174^{**}$), vivir de alquiler ($r=,144^{**}$) o tener alojamiento propio ($r=,102^*$), tener trabajo en la actualidad ($r=,306^{**}$), no haber cambiado de estatus laboral ($r=,322^{**}$) y estar en adaptación sociolaboral ($r=,147^{**}$) o ser autónomo/a socialmente ($r=,123^*$). Por otro lado, la satisfacción correlaciona negativamente con haber estado siempre en paro ($r=-,253^{**}$), no tener alojamiento ($r=-,101^*$), vivir en instituciones ($r=-,207^{**}$), haber estado trabajando y estar actualmente en paro ($r=-,253^{**}$), haber estado siempre en paro, en origen y actualmente ($r=-,200^{**}$) y con las necesidades de documentación ($r=-,161^{**}$), empadronamiento ($r=-,234^{**}$), vivienda ($r=-,273^{**}$), asistencia médica ($r=-,219^{**}$), asistencia psicológica ($r=-,134^{**}$), asistencia social ($r=-,272^*$) y trabajo ($r=-,175^{**}$).

Tabla 14. Correlaciones con las variables de integración socioeconómica

	Tiempo		Ocupación laboral alcanzada					Cambio situación laboral			
	Espa.	PV	Per.	Pro.	Ama.	Est.	Par.	Pa-tr.	Pa-pa.	Tr-pa.	Tr-tr
Pos.	-,083	-,098*	-,058	,156**	-,017	-,119*	-,095	-,103*	-,099*	-,116*	,192**
Dep.	-,199**	-,194**	-,134**	,097	-,052	-,056	,086	,078	,052	,041	-,095
Rab.	-,025	-,103*	-,144**	,190**	-,046	-,043	-,069	,036	,024	-,038	,006
Can.	-,128*	-,201**	-,113*	,094	,035	-,038	,021	-,066	,060	,037	-,024
Ind.	-,024	-,054	-,056	,017	-,026	,034	,042	-,035	,071	,025	-,033
Est.	-,069	-,105*	-,097	,055	-,065	-,014	,071	,110*	,067	,067	-,139*
Sat.	,128*	,163**	,173**	,002	-,014	,009	-,253**	-,074	-,200**	-,235**	,322**
	Traba.		Alojamiento			Sit.	Dependencia Social				
	Traba.	No vivienda	Institución	Alquiler	Propio	Juridi.	Acogida	Adaptac.	Autonom.		
Pos.	,152**	-,106*	-,037	,169**	-,099*	,112*	-,087	,158**	-,096		
Dep.	-,061	,012	,131**	,031	-,180**	-,054	,163**	,041	-,202**		
Rab.	,025	-,032	,019	,071	-,049	,064	,064	,136**	-,215**		
Can.	-,061	,087	,088	,025	-,135**	-,192**	,195**	-,041	-,139**		
Ind.	-,054	,042	,029	-,030	-,027	-,061	,063	-,128**	,085		
Est.	-,092	,070	,114*	,019	-,124*	-,048	,177**	,040	-,213**		
Sat.	,306**	-,101*	-,207**	,144**	,102*	,174**	-,304**	,147**	,123*		
	Necesidades										
	Documen.	Empadr.	A.Medica	A.Psicolo.	A.Social	Trabajo	Vivienda	Informac.			
Pos.	-,074	-,100*	-,176**	,031	-,076	-,003	-,157**	-,118*			
Dep.	,047	,095	,053	,220**	,153**	,106*	,121*	-,071			
Rab.	-,006	,014	-,051	,127*	-,010	,021	-,016	-,079			
Can.	,171**	,266**	,060	,073	,092	,011	,094	,044			
Ind.	,060	,038	,096	,129**	,109*	,117*	,045	,225**			
Est.	,025	,119*	,070	,199**	,173**	,102*	,255**	,069			
Sat.	-,161**	-,234**	-,219**	-,134**	-,272**	-,175**	-,273**	-,084			

* $p < .050$; ** $p > .010$

b. Variables de Redes Sociales y Familiares

Las **emociones positivas** correlacionan positivamente con el contacto que la población inmigrante establece con el endogrupo ($r=,357^{**}$), con otras personas inmigrantes ($r=,141^{**}$) y con la población autóctona ($r=,151^{**}$). Tener a la pareja ($r=-,167^{**}$) y a los hijos e hijas cerca ($r=-,106^*$), relacionarse con la población autóctona ($r=-,119^*$) y percibir apoyo por parte del endogrupo ($r=-,118^*$)

se asocia negativamente con las *emociones depresivas*. Las *emociones de rabia* se vinculan positivamente con el contacto mantenido con el endogrupo ($r=,155^{**}$) y negativamente con el apoyo de la población autóctona ($r=-,104^*$). Por otro lado, las *emociones de cansancio* correlacionan negativamente con tener familiares cerca ($r=-,147^{**}$), la relación establecida con la población local ($r=-,124^*$) y el apoyo percibido del endogrupo ($r=-,099^*$), de otras personas inmigrantes ($r=-,151^{**}$) y de la población autóctona ($r=-,186^{**}$). Finalmente, tener a la pareja cerca ($r=,108^*$) y tener contacto con las personas autóctonas ($r=,098^*$) se asocian positivamente con las *emociones de indiferencia*, y tener apoyo de las personas inmigrantes ($r=-,123^*$) y de las autóctonas negativamente ($r=-,141^{**}$).

Las variables que describen las características de las redes sociales y familiares de la población inmigrante en la sociedad receptora muestran poca correlación con el **estrés**. Así, se comprueba que tan sólo el contacto y el apoyo con la población autóctona correlaciona negativamente con el estrés ($r=-,123^*$) y ($r=-,151^*$), siendo dichas asociaciones muy bajas.

Los análisis realizados con la **satisfacción** muestran mayor asociación con las variables de redes sociales y familiares, siendo en todos los casos las correlaciones positivas aunque bastante bajas. De este modo, la satisfacción se vincula a tener a la pareja aquí ($r=,184^{**}$), a los hijos/as aquí ($r=,226^{**}$), a más familiares cerca ($r=,168^{**}$), a mantener contacto con el endogrupo ($r=,305^{**}$), otras personas inmigrantes ($r=,190^{**}$) y la población autóctona ($r=,217^{**}$), y por último, a percibir apoyo del endogrupo ($r=,114^*$), otras personas inmigrantes ($r=,211^{**}$) y la población autóctona ($r=,145^{**}$).

Tabla 15. Correlaciones con las variables de redes sociales y familiares

	Estructura familiar			Grado de contacto			Nivel de apoyo		
	Pareja aquí	Hijos/as aquí	Familiares aquí	Origen	Inmigrant.	Autoct.	Origen	Inmigrant.	Autoct.
E. Positiva	,055	-,002	,095	,357**	,141**	,151**	-,038	,032	,003
E. Depresi.	-,167**	-,106*	-,073	,029	-,026	-,119*	-,118*	-,028	-,062
E. Rabia	,012	-,039	-,003	,155**	,047	,029	-,076	-,028	-,104*
E. Cansan.	-,072	-,070	-,147**	,031	-,031	-,124*	-,099*	-,151**	-,186**
E. Indifere.	,108*	-,056	-,026	,071	-,017	,098*	-,092	-,123*	-,141**
Estrés	-,085	-,034	-,068	-,017	-,017	-,123*	-,076	-,039	-,151**
Satisfac.	,184**	,226**	,168**	,305**	,190**	,217**	,114*	,211**	,145**

* p < .050; ** p > .010

c. Variables de Percepción de minoría e Identidad

En relación a las variables medidas para definir determinados aspectos de la identidad y de las experiencias vividas como minoría, se han hallado pocas y bajas relaciones con las emociones, el estrés y la satisfacción.

Así, la cercanía cultural percibida ($r=,253^{**}$), la orientación real hacia la sociedad de origen ($r=,107^*$) y de acogida ($r=,174^{**}$), y la estrategia de integración ($r=,122^*$) correlacionan positivamente con las **emociones positivas** mientras que la estrategia de separación ($r=-,110^*$) y la discriminación percibida ($r=-,138^*$) se asocian negativamente. La cercanía cultural percibida se vincula

negativamente con las *emociones negativas* ($r=-,135^{**}$), y la discriminación percibida se asocia positivamente con las *emociones de rabia* ($r=,197^{**}$) y de *indiferencia* ($r=,179^{**}$). Por último, las *emociones de cansancio* se relacionan negativamente con la orientación real hacia la sociedad receptora ($r=-,142^{**}$) y positivamente con la estrategia de separación ($r=,101^*$).

En cuanto al **estrés**, se observa que la cercanía cultural percibida respecto a la sociedad receptora correlaciona negativamente con el estrés ($r=-,161^{**}$) y la discriminación percibida se asocia positivamente ($r=,192^{**}$).

Estas mismas variables se vinculan con la **satisfacción con la vida**. Tanto la cercanía cultural percibida como la orientación hacia la sociedad receptora se vincula positivamente con la satisfacción ($r=,256^{**}$ y $r=,155^{**}$) y la discriminación percibida por parte de la población autóctona correlaciona negativamente ($r=-,125^*$).

Tabla 16. Correlaciones con las variables de percepción de minoría e identidad

	Cercanía	Orientación		Estrategias de aculturación				Discriminación
	Cul. Perc.	Origen	Acogida	Int.	Asi.	Sep.	Mar.	percibida
E. Positiva	,253**	,107*	,174**	,122*	-,031	-,110*	-,069	-,138*
E. Depresi.	-,135**	-,021	-,008	-,016	-,023	,088	-,019	,073
E. Rabia	-,087	,052	-,001	,033	-,015	-,043	,002	,197**
E. Cansan.	-,077	-,031	-,142**	-,061	-,042	,101*	,073	,031
E. Indifere.	-,094	,005	-,002	-,006	,040	-,045	-,007	,179**
Estrés	-,161**	,020	-,033	,045	-,071	,010	,013	,192**
Satisfac.	,256**	,028	,155**	,053	,032	-,049	-,093	-,125*

* $p < .050$; ** $p > .010$

1.2.2 Variables explicativas del ajuste psicológico

En este apartado se estudia el ajuste psicológico de la población inmigrante que reside en el País Vasco y se definen las variables explicativas. Para ello, se realizan diferentes análisis de regresión lineal múltiple. Los estudios en cuanto a satisfacción y estrés son diversos por lo que no se parte de una teoría o trabajo determinado que determine la elección de las variables más relevantes. Al necesitar un procedimiento que introduzca muchas variables y seleccione aquellas que permitan tener el mejor ajuste posible, se realiza un análisis de regresión múltiple paso a paso.

1.2.2.1 Análisis de regresión: Estrés percibido

Las variables que van a participar en el análisis de regresión sobre el estrés percibido de la población inmigrante son aquellas que en los análisis de correlación han resultado ser significativas.

Las **variables predictoras** son: Origen cultural, Formación, Idioma, Ocupación laboral en el país de origen (estudiante o paro), Tiempo en el País Vasco, Alojamiento (Instituciones o Piso propio), Necesidades (empadronamiento, asistencia social, asistencia psicológica, trabajo o vivienda),

Contacto con población autóctona, Apoyo con población autóctona, Percepción de cercanía con la sociedad receptora, y, Discriminación percibida. Y la **variable criterio** es el estrés percibido.

Antes de iniciar con los análisis estadísticos se examinan las características de las variables que van a ser estudiadas porque la realización del análisis de regresión requiere que sean dicotómicas, por lo que las cualitativas y la cuantitativas deben ser adaptadas. Las variables cualitativas se habían transformado anteriormente para poder realizar los análisis de correlación, por lo tanto, en este apartado sólo se recategorizan las que son cuantitativas.

Las variables transformadas han sido las siguientes: Idioma (0-No, 1-Si), Contacto y Apoyo (0-No, 1-Si), Discriminación percibida (0-No, 1-Si). Otras variables por tener muchas opciones de respuesta se han transformado en más de una variable: formación (Baja, Media y Alta), Tiempo en España (0-1 año, 1-3 años, 3-5 años, más de 5 años) y Cercanía cultural (Baja, Media y Alta).

Una vez adecuadas las variables cuantitativas, se ha llevado a cabo una *regresión lineal múltiple paso a paso*. En el modelo han quedado eliminadas todas las variables menos 8 (necesidad de encontrar o mejorar una vivienda, autonomía, discriminación percibida, apoyo población autóctona, bajo nivel de estudios, ser estudiante, tener piso propio y necesidad de asistencia psicológica). Éstas variables son las que mejor explican el nivel de estrés percibido de la población inmigrante y a partir de las cuales se puede calcular una ecuación de regresión.

El último modelo de regresión se ha formado con 8 pasos ($F(8,396)=10,96$; $p=,000$) que logran explicar el 16,5% de la variabilidad del estrés percibido ($R^2=,181$ y $R^2 \text{ corregida}=,165$).

Tabla 17. Resumen del modelo: Estrés

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típico estimación	Estadísticos del cambio				
					Cambio en R ²	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. cambio F
1	,252	,063	,061	8,71537	,063	27,319	1	403	,000
2	,323	,104	,100	8,53298	,041	18,412	1	402	,000
3	,350	,122	,116	8,45849	,018	8,112	1	401	,005
4	,370	,137	,128	8,39855	,015	6,745	1	400	,010
5	,390	,152	,142	8,33333	,015	7,285	1	399	,007
6	,404	,164	,151	8,28796	,011	5,381	1	398	,021
7	,416	,173	,159	8,25091	,010	4,582	1	397	,033
8	,426	,181	,165	8,22001	,008	3,990	1	396	,046

a Predictores: (Constant), nec. Vivienda.

b Predictores: (Constant), nec. vivienda, autonomía.

c Predictores: (Constant), nec. vivienda, autonomía, discriminación.

d Predictores: (Constant), nec. vivienda, autonomía, discriminación, apoyo autoc.

e Predictores: (Constant), nec. vivienda, autonomía, discriminación, apoyo autoc., bajo nivel estudio.

f Predictores: (Constant), nec. vivienda, autonomía, discriminación, apoyo autoc., bajo nivel estudio, estudiante.

g Predictores: (Constant), nec. vivienda, autonomía, discriminación, apoyo autoc., bajo nivel estudio, estudiante, piso propio.

h Predictores: (Constant), nec. vivienda, autonomía, discriminación, apoyo autoc., bajo nivel estudio, estudiante, piso propio, asis.psicologica.

g Variable dependiente: estrés percibido.

La ecuación final queda formulada a partir de la constante (23,06) y los coeficientes beta no estandarizados de las variables incluidas en el octavo paso*: la necesidad de vivienda (3,28),

* La presentación de las variables en las ecuaciones de regresión siguen el orden de entrada de los pasos de la regresión.

negativamente estar en autonomía (-3,60), la discriminación percibida (2,22), negativamente el apoyo de la población autóctona (-2,46), el bajo nivel de estudios (3,86), negativamente ser estudiante (-2,42), negativamente tener alojamiento propio (-3,32) y tener necesidades psicológicas (2,04).

Tabla 18. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Estrés

Estrés	Beta	Beta estandarizada
Constante	23,06	
Necesidad vivienda	3,28	,180***
Autonomía	-3,60	-,177***
Discriminación percibida	2,22	,113*
Apoyo población autóctona	-2,46	-,135**
Bajo nivel de estudios	3,86	,118*
Ser estudiante	-2,42	-,101*
Alojamiento piso propio	-3,32	-,095*
Necesidad asistencia psicológica	2,04	,096
R ²		,181
Adj. R ²		,165

*p<,050; **p<,010; ***p<,000

1.2.2.2 Análisis de regresión: Satisfacción con la vida

En el análisis de regresión de la satisfacción se han introducido como **variables predictoras** las siguientes: Sexo, Origen cultural, Edad, Tener hijos/as, Formación, Idioma, Ocupación laboral en origen (permanente o paro), Motivo migratorio (económico o formación), Orientación hacia el país receptor (actitud y estrategia), Tiempo en España, Tiempo en el País Vasco, Ocupación laboral en el país receptor (permanente o paro), Trabajo en la actualidad, Alojamiento (no tiene, instituciones, alquiler o piso propio), Situación jurídica, Necesidades (documentación, empadronamiento, asistencia social, asistencia médica, asistencia psicológica, trabajo o vivienda), Pareja cerca, Hijos/hijas cerca, Familiares cerca, Contacto y Apoyo (población origen, inmigrante y autóctona), Cercanía cultural, y, Discriminación percibida. La **variable criterio** es la Satisfacción con la vida.

Antes de comenzar con los análisis estadísticos, se revisan las variables predictoras y se recategorizan aquellas que son cuantitativas y que no han sido transformadas anteriormente. Las variables que deben ser adaptadas son: Edad (18-24 años, 25-34 años, 35-44 años, 45-54 años y 55-65 años), Idioma (0-No, 1-Sí), Tiempo en el País Vasco (0-1 año, 1-3 años, 3-5 años, más de 5 años) y Orientación hacia el país receptor (0-Baja, 1-Alta).

La realización del análisis de regresión muestra que en el modelo explicativo de la satisfacción han quedado 7 variables introducidas ($F(7,395)=27,25$; $p=,000$): ser del Magreb, contacto con compatriotas, necesidad de asistencia social, trabajo en la actualidad, percepción de baja cercanía cultural, emigrar por motivos económicos y apoyo de la población inmigrante. Todas las demás quedan eliminadas.

Las 7 variables que han quedado introducidas en el análisis de regresión explican el 31,4% de la satisfacción con la vida de la población inmigrante ($R^2 = ,326$ y $R^2 \text{ corregida} = ,314$).

Tabla 19. Resumen del modelo: Satisfacción con la vida

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típico estimación	Estadísticos del cambio				
					Cambio en R ²	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. cambio en F
1	,348	,121	,119	4,43128	,121	55,185	1	401	,000
2	,433	,187	,183	4,26676	,066	32,520	1	400	,000
3	,490	,240	,234	4,13069	,053	27,788	1	399	,000
4	,530	,281	,273	4,02396	,041	22,445	1	398	,000
5	,550	,303	,294	3,96640	,022	12,635	1	397	,000
6	,561	,315	,305	3,93619	,012	7,117	1	396	,008
7	,571	,326	,314	3,91057	,011	6,207	1	395	,013

- a Predictores: (Constante), Magrebí.
- b Predictores: (Constante), Magrebí, contacto endogrupo.
- c Predictores: (Constante), Magrebí, contacto endogrupo, nec. asis. social.
- d Predictores: (Constante), Magrebí, contacto endogrupo, nec. asis. social, trabajo.
- e Predictores: (Constante), Magrebí, contacto endogrupo, nec. asis. social, trabajo, baja cercanía cultural.
- f Predictores: (Constante), Magrebí, contacto endogrupo, nec. asis. social, trabajo, baja cercanía cultural, mot. eco.
- g Predictores: (Constante), Magrebí, contacto endogrupo, nec. asis. social, trabajo, baja cercanía cultural, mot. eco, apoyo inmig. .
- h Variable Dependiente: Satisfacción con la vida.

A continuación, se describen la constante y los coeficientes beta no estandarizados del séptimo paso de la regresión y que sirven para realizar la formulación de la ecuación que explica el 31,4% de la satisfacción con la vida de la población inmigrante. Así, la satisfacción con la vida de la población inmigrante se definiría a partir de la constante (15,10) y de las siguientes variables: negativamente con provenir de países del Magreb (-2,38), tener contacto con las personas connacionales (1,96), negativamente con necesitar asistencia social (-1,95), tener trabajo (1,88), percibir cercanía cultural (1,33), negativamente con haber emigrado por motivos económicos (-1,10) y percibir apoyo de la población inmigrante (1,29).

Tabla 20. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Satisfacción con la vida

Satisfacción	Beta	Beta estandarizada
Constante	15,10	
Magrebí	-2,38	-,253***
Contacto endogrupo	1,96	,207***
Necesidad asistencia social	-1,95	-,193***
Trabajo	1,88	,166***
Cercanía cultural percibida	1,33	,139**
Motivo migratorio económico	-1,10	-,109**
Apoyo población inmigrante	1,29	,106*
R ²	,326	
Adj. R ²	,314	

*p<,050; **p<,010; ***p<,000

1.3 Influencia del género y la cultura en el ajuste psicológico

A continuación se estudia la influencia que el género y la cultura tienen en el ajuste psicológico de la población inmigrante. En primer lugar, se presenta la prevalencia de las emociones, el estrés y la satisfacción, y en segundo lugar se analizan las puntuaciones medias en estas dos últimas variables, en función de la cultura y del sexo.

En segundo lugar, se analizan las variables que están asociadas al ajuste psicológico de las personas inmigrantes en función de su sexo y de su origen cultural, para posteriormente determinar aquellas variables que explican el estrés y la satisfacción en cada uno de los cuatro grupos.

1.3.1 Nivel de ajuste psicológico en función del género y de la cultura

1.3.1.1 Prevalencia

En este apartado se analizan el porcentaje de personas que manifiestan las diferentes emociones, así como los diferentes niveles de estrés percibido y de satisfacción con la vida.

En relación a las **emociones**, se observa que el número de personas que siente emociones depresivas y de indiferencia es similar en los cuatro grupos (hombres magrebíes, mujeres magrebíes, hombres latinoamericanos y mujeres latinoamericanas). Sin embargo, en el resto de emociones se encuentran diferencias estadísticamente significativas. De este modo, se observa que las mujeres magrebíes manifiestan menos emociones positivas ($X^2(3)=12,20$; $p=,007$), los hombres magrebíes presentan más emociones de rabia ($X^2(3)=8,62$; $p=,035$), y por último, las mujeres magrebíes tienen menos emociones de cansancio, siendo los hombres magrebíes los que más las muestran ($X^2(3)=23,16$; $p=,000$).

Los análisis realizados sobre los niveles de **satisfacción** en los cuatro grupos realizados muestra que el número de personas inmigrantes que se siente satisfecha con su vida actual varía de unos a otros. Hay más hombres magrebíes que se sienten insatisfechos (26,6%), un número que multiplica por 2 y por 3 el porcentaje hallado en los demás grupos (*Tabla 21*). Por otro lado, alrededor de la mitad de la población latinoamericana, tanto hombres como mujeres, muestra una alta satisfacción con su vida, siendo este porcentaje muy superior al porcentaje de personas del Magreb que sienten una alta satisfacción. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($X^2(6)=48,66$; $p=,000$).

Asimismo, los análisis llevados a cabo con el **estrés** indican diferencias estadísticamente significativas en la percepción de los cuatro grupos ($X^2(6)=15,20$; $p=,019$). El porcentaje de personas que manifiesta alto estrés es bajo en los cuatro grupos (entre el 1,6%-6,3%), sin embargo se observa que hay mayor número de personas de Latinoamérica que muestran bajos niveles de estrés, sobre todo los hombres, el 34,7% y 23,8% en relación al 15-16,1% de la población magrebí.

Tabla 21. Variables sobre la dimensión psicológica

	MAGREB		LATINOAMERICA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Emociones *				
Positivas	86,3%	71,3%	90,7%	79,4%
	$\chi^2(3)=12,20; p=,007$			
Depresivas	58,9%	56,3%	46,7%	57,1%
	$\chi^2(3)=3,09; p=,377$			
Rabia	33,1%	16,3%	20%	24,6%
	$\chi^2(3)=8,62; p=,035$			
Cansancio	42,7%	11,3%	28%	32,5%
	$\chi^2(3)=23,16; p=,000$			
Indiferencia	12,9%	3,8%	12%	7,1%
	$\chi^2(3)=6,26; p=,100$			
Satisfacción con la vida				
Nivel bajo	26,6%	13,9%	9,5%	7,1%
Nivel medio	52,4%	69,6%	39,2%	50%
Nivel alto	21%	16,5%	51,4%	42,9%
	$\chi^2(6)=48,66; p=,000$			
Estrés percibido				
Nivel bajo	16,1%	15%	34,7%	23,8%
Nivel medio	80,6%	78,8%	61,3%	74,6%
Nivel alto	3,2%	6,3%	4%	1,6%
	$\chi^2(6)=15,20; p=,019$			

* Satisfacción: Puntuaciones entre 5 y 25; Nivel B (entre 5 y 10), Nivel M (entre 11 y 19), Nivel A (entre 20 y 25).

** Estrés: Puntuaciones entre 0 y 56; Nivel B (entre 0 y 14), Nivel M (entre 15 y 41), Nivel A (entre 42 y 56).

1.3.1.2 Puntuaciones medias

Para analizar la influencia del género y de la cultura en el ajuste psicológico, se ha llevado a cabo un análisis multivariado de varianza (MANOVA) en el que estas variables se han introducido como independientes para las medidas de estrés percibido y satisfacción con la vida. Se ha optado por un MANOVA porque el estrés y satisfacción son variables que están relacionadas.

Los resultados del MANOVA han mostrado un efecto principal significativo para la variable cultura ($Wilk's\ Lambda=,885; F(3,399)=25,94; p=,000$). Sin embargo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función del género ($Wilk's\ Lambda=,995; F(3,399)=,942; p=,391$), ni en la interacción entre el género y la cultura de la población inmigrante ($Wilk's\ Lambda=,988; F(3,399)=2,39; p=,092$).

En la siguiente tabla se presentan las puntuaciones obtenidas en Estrés y Satisfacción y se realiza la interpretación de los resultados del MANOVA. Las diferencias observadas en el nivel de estrés y de la satisfacción con la vida en función de la cultura son estadísticamente significativas ($F(1,402)=7,19; p=,008$) y ($F(1,402)=51,54; p=,000$): las personas del Magreb perciben más estrés que las latinoamericanas (24,41 y 22,01), y éstas últimas se sienten más satisfechas con la vida que la población magrebí (17,61 y 14,26). Sin embargo, los análisis realizados en base al género indican que las diferencias entre hombres y mujeres no son estadísticamente significativas, ni con el estrés ni con la satisfacción ($F(1,402)=,217; p=,641$) y ($F(1,402)=1,231; p=,268$).

Tabla 22. Nivel de ajuste psicológico

	GRUPO CULTURAL		GÉNERO	
	Magreb	Latinoamérica	Hombres	Mujeres
SATISFACCIÓN**	14,26	17,61	15,26	16,56
ESTRÉS*	24,41	22,01	23,27	23,17

* Satisfacción: Puntuaciones entre 5 y 25

** Estrés: Puntuaciones entre 0 y 56

El MANOVA mostraba que no existía un efecto principal de la interacción entre el género y la cultura. Sin embargo, al realizar las pruebas inter-sujetos se observa que la interacción es significativa en los resultados sobre satisfacción ($F(1,402)=4,61$; $p=,032$). Esto es así porque el MANOVA es más exigente que los ANOVAS que se hacen con cada variable dependiente. Así, se comprueba que los hombres y mujeres magrebíes muestran menos satisfacción que los hombres y mujeres latinoamericanas. La interacción del género y de la cultura en las puntuaciones de estrés no son estadísticamente significativas ($F(1,402)=,032$; $p=,857$).

Tabla 23. Nivel de satisfacción con la vida

	Total	MAGREB		LATINOAMERICA	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Satisfacción con la vida	15,92	13,69 ^{cd}	15,16 ^{cd}	17,90 ^{ab}	17,43 ^{ab}
Estrés percibido	23,22	24,30	24,60	21,56	22,26

1.3.2 Proceso de aculturación y ajuste psicológico: género y cultura

En primer lugar se presentan las correlaciones significativas entre las diferentes variables utilizadas para medir el proceso migratorio y el ajuste psicológico, teniendo en cuenta cuatro grupos: hombres magrebíes, mujeres magrebíes, hombres latinoamericanos y mujeres latinoamericanas.

En segundo lugar, se realizan análisis de regresión para comprobar si las variables que se vinculan al estrés y a la satisfacción difieren de unos grupos a otros.

1.3.2.1 Variables asociadas al ajuste psicológico: género y cultura

A continuación se presentan las correlaciones significativas que se establecen entre el ajuste psicológico y las variables sociodemográficas, premigratorias y postmigratorias en cada uno de los grupos definidos.

Hombres magrebíes

En los hombres magrebíes el **estrés** correlaciona negativa y significativamente con las intenciones de asentamiento provisional en el país receptor ($r=-,180^*$), el tiempo transcurrido en el País Vasco ($r=-,192^*$), tener trabajo en la actualidad ($r=-,188^*$), haber trabajado tanto en el país de origen como en el receptor ($r=-,180^*$), tener a la pareja ($r=-,180^*$) y a otros familiares cerca ($r=-,237^{**}$) y con la percepción de cercanía cultural ($r=-,198^*$). Por otro lado correlaciona positivamente con encontrarse en acogida ($r=,249^{**}$) y tener necesidades de vivienda ($r=,294^{**}$).

En esta población, la **satisfacción** se asocia positiva y significativamente con la formación ($r=,231^{**}$), el conocimiento del idioma ($r=,238^{**}$), el tiempo de permanencia en el Estado ($r=,323^{**}$) y en el País Vasco ($r=,239^{**}$), haber tenido un trabajo permanente ($r=,196^*$), tener trabajo en la actualidad ($r=,334^{**}$), tener alojamiento propio ($r=,206^*$), no haber cambiado de estatus laboral ($r=,309^{**}$), encontrarse en adaptación sociolaboral ($r=,314^{**}$), las actitudes de asimilación ($r=,177^*$), la cercanía cultural percibida ($r=,288^{**}$), tener a la pareja, a los hijos e hijas, y a más familiares cerca ($r=,181^*$; $r=,258^{**}$; $r=,207^*$), tener contacto con personas del país de origen ($r=,232^{**}$). Y el bienestar correlaciona negativamente con la práctica religiosa ($r=-,197^*$), haber estado siempre en paro en la sociedad receptora ($r=-,263^{**}$), haber trabajado en origen y ahora estar en paro ($r=-,240^{**}$), estar en acogida ($r=-,282^{**}$) y con tener necesidades de empadronamiento ($r=-,197^*$), documentación ($r=-,200^*$), trabajo ($r=-,232^{**}$), vivienda ($r=-,300^{**}$), asistencia social ($r=-,283^{**}$) e información ($r=-,241^{**}$).

Mujeres magrebíes

El **estrés** manifestado por las mujeres magrebíes correlaciona positiva y significativamente con haber estado en la sociedad de origen en paro ($r=,323^{**}$), haber estado en paro en el país de origen y tener trabajo en la actualidad ($r=,303^{**}$) y tener necesidades de vivienda ($r=,350^{**}$). Y negativamente se vincula a no haber cambiado de estatus laboral (estar trabajando antes y actualmente) ($r=-,302^{**}$) y a ser autónomas socialmente ($r=-,302^{**}$).

En cuanto a la **satisfacción**, se asocia negativa y significativamente con el hecho de tener pareja ($r=-,243^*$) y que la pareja esté cerca ($r=-,221^*$), con el hecho de haber estado parada en la sociedad de origen ($r=-,233^*$), con no haber trabajado nunca en la sociedad receptora ($r=-,252^*$), con vivir en instituciones ($r=-,248^*$) y con estar en acogida ($r=-,327^{**}$). Y positivamente con la orientación hacia el país de origen ($r=,261^*$), tener trabajo en la actualidad ($r=,227^*$), no haber cambiado de estatus laboral ($r=,298^{**}$), encontrarse en adaptación sociolaboral ($r=,233^*$), tener a más familiares cerca ($r=,229^*$), la orientación hacia la sociedad de origen ($r=,251^*$), el contacto con la población de origen y con las personas inmigrantes ($r=,309^{**}$ y $r=,353^{**}$).

Hombres latinoamericanos

En los hombres latinoamericanos el **estrés** correlaciona negativa y significativamente con la intención de asentamiento permanente en el país receptor ($r=-,234^*$), haber emigrado por reagrupación familiar ($r=-,261^*$), ser autónomos socialmente ($r=-,312^{**}$) y el nivel de apoyo de la población autóctona ($r=-,311^{**}$). Y positivamente con la orientación hacia el país receptor ($r=,278^*$), las actitudes y estrategias de integración ($r=,243^*$; $r=,246^{**}$), estar en acogida ($r=,265^*$), necesitar asistencia psicológica ($r=,296^{**}$) y asistencia social ($r=,265^*$).

En segundo lugar, la **satisfacción** se vincula positivamente con la intención de instalarse permanentemente en la sociedad receptora ($r=,345^{**}$), el tiempo transcurrido en el País vasco ($r=,239^*$), tener solucionada la situación jurídica ($r=,289^*$), la orientación hacia la sociedad receptora ($r=,296^*$), tener la pareja y a los hijos e hijas cerca ($r=,343^{**}$ y $r=,304^*$), el contacto con la población de origen ($r=,267$) y el contacto y apoyo percibido de la población autóctona ($r=,377^{**}$ y $r=,239^*$). Y negativamente con el motivo migratorio económico ($r=-,262^*$), haber vivido en otros países ($r=-,272^*$), vivir en instituciones ($r=-,296^*$) y necesitar asistencia social ($r=-,408^{**}$) y vivienda ($r=-,316^{**}$).

Mujeres latinoamericanas

En las mujeres latinoamericanas el **estrés** se asocia negativa y significativamente con el nivel de apoyo percibido por parte de la población autóctona ($r=-,287^{**}$) y correlaciona positivamente con la edad ($r=,181^*$), la práctica religiosa ($r=,194^*$), la discriminación percibida ($r=,262^{**}$) y la necesidad de vivienda ($r=,218^*$).

La **satisfacción** correlaciona positivamente con la necesidad de asistencia médica ($r=,326^{**}$) y social ($r=,229^{**}$), la orientación hacia la sociedad de origen ($r=,202^*$), la cercanía cultural ($r=,195^*$), el grado de contacto y apoyo de la población de origen ($r=,342^{**}$ y $r=,199^*$), de las personas inmigrantes ($r=,238^{**}$ y $r=,288^{**}$) y de la población autóctona ($r=,189^*$ y $r=,195^*$).

1.3.2.2 Variables explicativas del ajuste psicológico: género y cultura

En este apartado se realizan *regresiones lineales múltiples paso a paso* para conocer las variables que conforman los modelos explicativos del estrés y de la satisfacción en cada uno de los grupos definidos en función del género y del origen cultural.

Estrés

Los cuatro análisis de regresión realizados para los hombres magrebíes, mujeres magrebíes, hombres latinoamericanos y mujeres latinoamericanas, indican que los modelos explicativos así como la variabilidad de estrés percibido que explican, son diferentes en los cuatro grupos (*Tabla 24*).

En la población **masculina del Magreb**, para estudiar las variables que explican el estrés que manifiestan se introdujeron como variables predictoras: Tiempo en el País Vasco, Tener trabajo, Tener intenciones de asentamiento provisional, Estar en situación de acogida, Necesidad de vivienda, Tener a la familia y a la pareja cerca, Cercanía cultural y No haber cambios en el estatus laboral.

En el análisis de regresión se introdujeron tres variables ($F(3,120)=8,82$; $p=,000$): necesidad de vivienda, tener familia cerca y estar con la pareja. Explican un porcentaje bajo de la variabilidad en estrés, el 16% ($R^2=,181$ y $R^2 \text{ corregida}=,160$).

Así, el estrés en los magrebíes quedaría definido por la constante (21,79), tener necesidad de vivienda (4,66), tener a la familia cerca (en negativo) (-4,75) y tener pareja (-3,67).

En las **mujeres magrebíes** hay pocas variables del proceso migratorio que se asocian al estrés percibido y que se incluyen como variables predictoras. Estas son: Haber estado siempre en paro en el país receptor, Necesidad de tener vivienda o mejorarla, Estar en autonomía, Haber estado en paro en el país de origen y actualmente estar trabajando, y, Mantener el mismo estatus laboral que en el país de origen.

Al realizar el análisis de regresión todas las variables han sido eliminadas menos dos de ellas, necesitar vivienda y haber estado siempre en paro ($F(2,77)=9,10$; $p=,000$). Estas dos variables explican el 17% de la variabilidad del estrés en las mujeres magrebíes ($R^2=,191$ y $R^2 \text{ corregida}=,170$).

La ecuación final quedaría formada por la constante (20,15) más haber estado siempre en paro (7,08) y necesitar vivienda (5,53).

Los análisis realizados con la población **masculina de Latinoamérica**, parten de las siguientes variables predictoras: Motivo migratorio formación, Intenciones de asentamiento permanentes, Orientación hacia el país receptor, Actitudes de integración, Estar en acogida, Autonomía, Asistencia psicológica y social, Estrategias de integración y Apoyo percibido de la población autóctona.

Las variables estar en autonomía, necesitar asistencia psicológica, tener apoyo de la población autóctona y las estrategias de integración, son las que han quedado introducidas en el modelo de regresión ($F(4,64)=9,09$; $p=,000$), explicando el 32,3% ($R^2=,362$ y $R^2 \text{ corregida}=,323$).

La ecuación final para describir el estrés de los hombres latinoamericanos se compone de la constante (22,15) y negativamente de ser autónomo (-6,31), necesitar asistencia psicológica (8,83), negativamente con tener apoyo de la población autóctona (-5,26) y optar por estrategias de integración (4,61).

Por último, las variables predictoras que se utilizan para estudiar el estrés percibido de las **mujeres latinoamericanas** son muy pocas: Necesidad de vivienda, Apoyo percibido de la población autóctona y Percepción de discriminación.

Esta última es la única que se ha eliminado al realizar el análisis de regresión, así el apoyo percibido por parte de la población autóctona y las necesidades de vivienda han quedado introducidas ($F(2,123)=8,78$; $p=,000$) y explican el 11,1% de la variabilidad en estrés ($R^2=,125$ y R^2 corregida $=,111$).

La fórmula de la ecuación que explica el estrés de las mujeres de Latinoamérica se construye a partir de la constante (23,41), y negativamente con tener apoyo de la población autóctona (-4,75) y positivamente con tener necesidad de vivienda (4,00).

Tabla 24. Análisis de regresión sobre el estrés percibido: género y cultura

	MAGREB		LATINOAMÉRICA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Constante	21,79	20,15	22,15	23,41
Autonomía social	--	--	-6,31	--
Haber estado siempre en paro	--	7,08	--	--
Estrategias de integración	--	--	4,61	--
Necesitar vivienda	4,66	5,53	--	4,00
Necesitar asistencia psicológica	--	--	8,83	--
Tener familia cerca	-4,75	--	--	--
Tener pareja cerca	-3,67	--	--	--
Apoyo percibido población autóctona	--	--	-5,26	-4,75
R^2	,181	,191	,362	,125
R^2 corregida	,160	,170	,323	,111

Satisfacción

Los análisis de regresión que se presentan a continuación y que describen las variables que explican la satisfacción de los grupos definidos en función del género y de la cultura, tienen como resultado diferentes modelos y porcentaje de varianza explicada para los hombres magrebíes, mujeres magrebíes, hombres latinoamericanos y mujeres latinoamericanas.

En los **hombres magrebíes** las variables predictoras introducidas en el análisis de regresión son: Formación, Idioma, Práctica religiosa, Actitud de asimilación, Tiempo transcurrido en España y País Vasco, Ocupación laboral permanente, Trabajo, Alojamiento propio, Adaptación sociolaboral, No haber cambiado de estatus laboral (bien porque siempre han estado en paro bien porque siempre ha estado trabajando), Haber tenido trabajo y estar actualmente en paro, y Necesidades (empadronamiento, asistencia social, documentación, vivienda, trabajo e información).

Al realizar el análisis de regresión se comprueba que 5 de estas variables se introducen en el modelo (tener trabajo, necesitar vivienda, poca cercanía cultural, tener familia cerca y tener contacto

con el endogrupo) ($F(5,118)=8,05$; $p=,000$). Explican el 22,3% de la variabilidad en satisfacción ($R^2=,254$ y $R^2 \text{ corregida}=,223$).

La ecuación final se define con la constante (11,44) más tener trabajo (1,49), negativamente con necesitar vivienda (-1,83), percibir alta cercanía cultural (2,33), tener a familiares cerca (1,92) y tener contacto con el endogrupo (1,82).

En el estudio de la satisfacción que perciben las ***mujeres magrebíes***, se toman las siguientes variables como predictoras: No haber trabajado en el país de origen, Haber estado siempre en paro en la sociedad receptora, Orientación hacia la sociedad de origen, Alojadas en instituciones, Estar en acogida o en adaptación sociolaboral, Tener trabajo, Tener a la pareja y a la familia cerca, Mantener contacto con las personas de su país y las autóctonas y Orientación real hacia la sociedad receptora.

En el modelo de regresión quedan integradas 4 variables ($F(4,74)=7,21$; $p=,000$): estar en acogida, contacto con el endogrupo, alojamiento en instituciones y haber estado siempre en paro. Explican el 24,2% de la variabilidad ($R^2=,281$ y $R^2 \text{ corregida}=,242$).

La ecuación final quedaría configurada de la siguiente manera: la constante (15,39) y negativamente con estar en acogida (-2,94), tener contacto con el endogrupo (2,19), estar alojadas en instituciones (-2,20) y haber estado siempre en paro en la sociedad receptora (-2,02).

Las variables para realizar los análisis de regresión de los ***hombres de Latinoamérica*** son: Motivo migratorio formación, Haber vivido en otros países, Intención de asentamiento permanente, Haber estado siempre en paro, Alojamiento instituciones, Estar en acogida o adaptación sociolaboral, Tener trabajo, Tener a la pareja y a la familia cerca, Contacto con endogrupo y población autóctona, Orientación real hacia el país receptor, No cambios de estatus laboral y Estar trabajando cuando antes estaba en paro.

En el análisis se han incluido tres variables (contacto con la población autóctona, haber vivido en otros países y tener a la pareja cerca) ($F(3,64)=9,59$; $p=,000$). La variabilidad explicada asciende al 27,8% de la satisfacción ($R^2=,310$ y $R^2 \text{ corregida}=,278$).

La ecuación de regresión es la siguiente: constante (14,86) más contacto con la población autóctona (2,75), negativamente con haber emigrado anteriormente (-4,20) y tener a la pareja cerca (2,70).

Por último, al analizar la satisfacción de las ***mujeres latinoamericanas*** como variables se incluye: Edad, Práctica religiosa, Asistencia médica y social, Cercanía cultural, Apoyo de la población inmigrante y autóctona, Contacto y Apoyo del endogrupo y Orientación hacia el país de origen.

De todas estas variables, en el análisis de regresión se han incluido 5: contacto con el endogrupo, necesidad de asistencia médica, cercanía cultural moderada, apoyo de la población

autóctona y necesidad de asistencia social ($F(5,119)=15,02$; $p=,000$). El porcentaje de variabilidad explicada para el quinto paso es del 36,1% ($R^2=,387$ y $R^2 \text{ corregida}=,361$).

La ecuación final queda formada por la constante (16,47) más mantener contacto con el endogrupo (3,12), negativamente con la necesidad de asistencia médica (-3,99) y con la cercanía cultural moderada (-1,67), positivamente con el apoyo percibido por la población autóctona (1,62) y negativamente con la necesidad de asistencia social (-1,63).

Tabla 25. Análisis de regresión sobre la satisfacción con la vida: género y cultura

	MAGREB		LATINOAMÉRICA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Constante	11,44	15,39	14,86	16,47
Estar en Acogida	--	-2,94	--	--
Haber vivido en otro país	--	--	-4,20	--
Alojamiento en instituciones	--	-2,20	--	--
Tener trabajo	1,49	--	--	--
En la sociedad receptora siempre en paro	--	-2,02	--	--
Necesitar asistencia médica	--	--	--	-3,99
Necesitar vivienda	-1,83	--	--	--
Necesitar asistencia social	--	--	--	-1,63
Percibir alta cercanía cultural	2,33	--	--	--
Percibir cercanía cultural moderada	--	--	--	-1,67
Tener familiares cerca	1,92	--	--	--
Tener a la pareja cerca	--	--	2,70	--
Contacto con el endogrupo	1,82	2,19	--	3,12
Contacto población autóctona	--	--	2,75	--
Apoyo población autóctona	--	--	--	1,62
R^2	,254	,281	,310	,387
$R^2 \text{ corregida}$,223	,242	,278	,361

2 RELACIÓN ENTRE EL AJUSTE PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL

Antes de iniciar los análisis sobre la salud mental de la población inmigrante, es necesario comprobar si existe relación entre el ajuste psicológico y la sintomatología. Para este fin, en primer lugar se llevan a cabo diferentes análisis de correlación que señalan las relaciones estadísticamente significativas. Y en segundo lugar, se realiza un análisis estructural que indique la dirección de las relaciones así como la influencia que ejercen unas variables en otras.

2.1 Análisis de correlación

En la *Tabla 26* se presentan las correlaciones obtenidas entre la satisfacción, el estrés, la sintomatología depresiva, ansiosa y somática. Como se puede observar, las asociaciones son bajas o moderadas.

La satisfacción con la vida correlaciona negativa y significativamente con la sintomatología depresiva ($r=-,219^{**}$) y la sintomatología ansiosa ($r=-,175^{**}$). Por otro lado, el estrés correlaciona positiva y significativamente con las tres áreas de sintomatología: depresiva ($r=,276^{**}$), ansiosa ($r=,308^{**}$) y somática ($r=,166^{**}$).

Además, se observa que existe una correlación negativa y significativa entre las dos dimensiones utilizadas para medir el ajuste psicológico, entre el estrés y la satisfacción ($r=-,305^{**}$). Y también que existen asociaciones positivas y significativas entre las tres áreas de salud mental: entre la sintomatología depresiva y ansiosa ($r=,383^{**}$), depresiva y somática ($r=,467^{**}$), y ansiosa y somática ($r=,362^{**}$).

Tabla 26. Correlaciones entre el ajuste psicológico y la salud mental

	Satisfacción	Estrés	Depresión	Ansiedad	Somatización
Satisfacción	1				
Estrés	-,305**	1			
Depresión	-,219**	,276**	1		
Ansiedad	-,175**	,308**	,383**	1	
Somatización	-,035	,166*	,467**	,362**	1

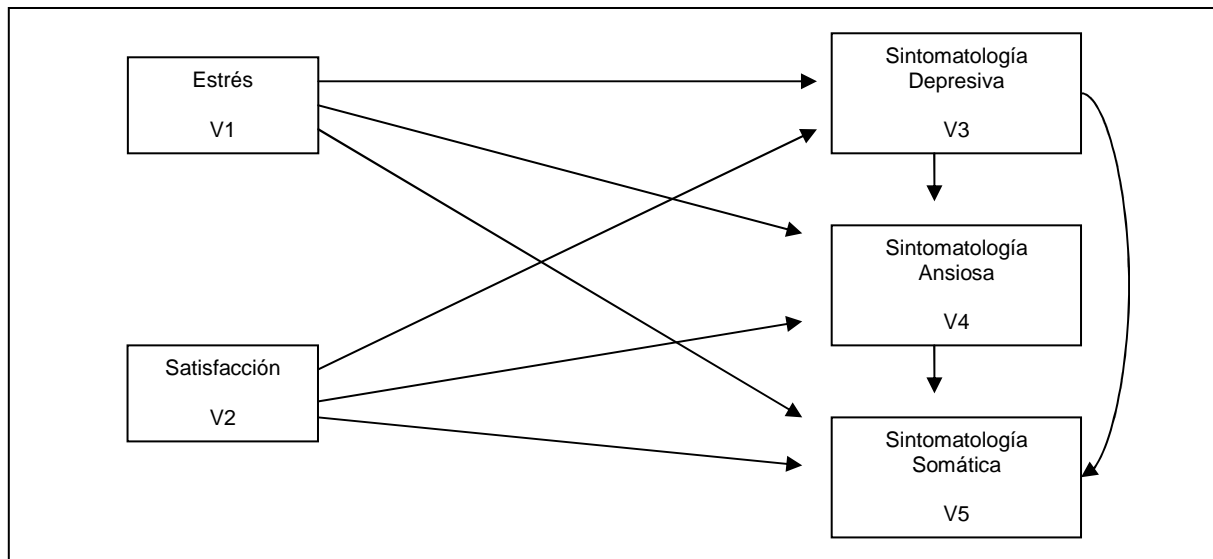
* $p<,050$; ** $p<,010$

2.2 Modelo estructural

Las correlaciones permiten conocer si las relaciones son estadísticamente significativas. Sin embargo no ofrecen información para conocer la dirección de dichas relaciones o en qué medida inciden unas variables sobre otras. Por este motivo, se realiza un análisis estructural, en concreto se lleva a cabo un path análisis con las variables de ajuste psicológico y de salud mental.

En la *Figura 5* se presenta el modelo empírico que va a ser testado en el path análisis y que se ha formulado en base a la literatura existente sobre el ajuste psicológico y la salud mental. En este sentido se espera que el estrés influya positivamente en la presencia de síntomas depresivos, ansiosos y somáticos, mientras que la satisfacción influya negativamente. Por otro lado, se espera que la sintomatología depresiva explique la presencia de sintomatología ansiosa y somática, y por último, que la sintomatología ansiosa explique la sintomatología somática.

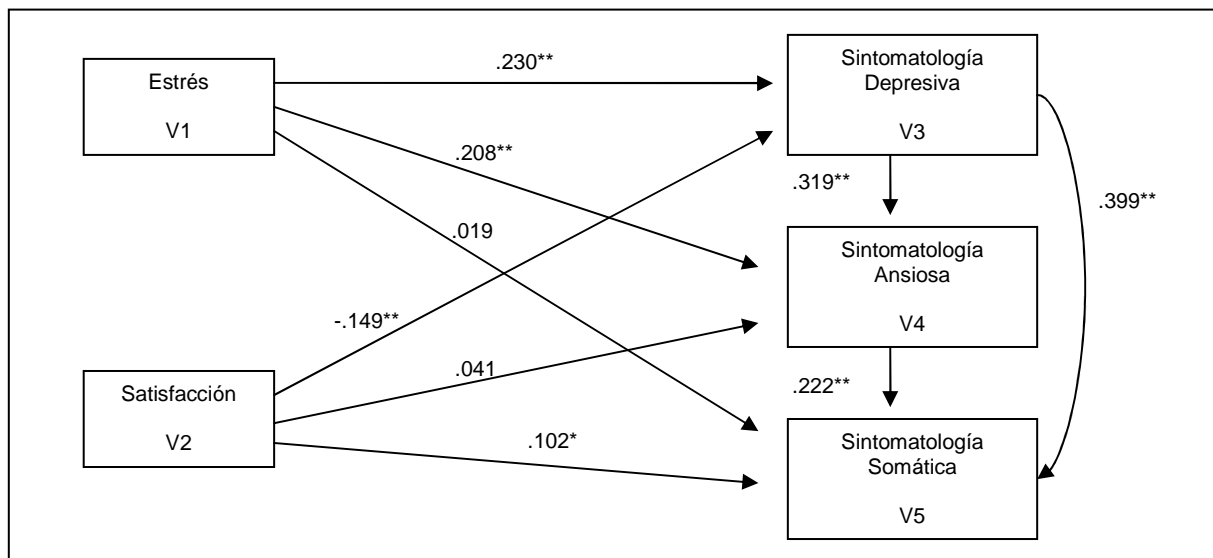
Figura 5. Modelo empírico sobre la relación entre el ajuste psicológico y la salud mental



La realización del path análisis ha mostrado que el modelo no es del todo satisfactorio. En la Figura 6. , se presentan los coeficientes de regresión estandarizados y los términos de error. Tal y como puede observarse en la el estrés no explica la presencia de síntomas somáticos y la satisfacción no explica la sintomatología ansiosa. Además, en contra de lo esperado la satisfacción influye positivamente en la presencia de síntomas somáticos.

Aunque el modelo estadístico obtenido no se ajuste totalmente a la propuesta realizada, es un modelo apto ($X^2(9)=9,457$; $p=,396$) y que se ajusta satisfactoriamente ($NFI=,941$; $SRMR=,059$).

Figura 6. Modelo estadístico sobre la relación entre el ajuste psicológico y la salud mental



3 NIVEL DE SALUD MENTAL

Una vez de conocer la relación entre el ajuste psicológico y la sintomatología, se procede a analizar la salud mental de la población inmigrante. En primer lugar se describe el nivel y la prevalencia de la salud mental y se estudian las relaciones entre las variables del proceso de aculturación y la sintomatología. Por último, se determinan las variables predictivas.

3.1 Descripción de la salud mental

3.1.1 *Análisis previos*

El instrumento utilizado para analizar la salud mental de la población inmigrante (PHQ) fue diseñado para trabajar en prevención primaria y su función consiste en un primer momento detectar a las personas que están en riesgo de desarrollar un determinado trastorno, para en un segundo lugar realizar un diagnóstico.

En este caso, sólo realizamos el primer paso, por lo que a partir de la administración de este instrumento se ha determinado la puntuación total en síntomas y de cada una de las áreas (somática, depresiva y ansiosa) pero haciendo alusión al grado de vulnerabilidad o riesgo.

Además de la puntuación media, se ha querido determinar el porcentaje de personas que puntúa en cada una de las áreas así como el número de personas que no presenta sintomatología. Para ello, en primer lugar se han recategorizado las variables que recogen las puntuaciones medias en depresión, ansiedad y somatización en 3 nuevas variables que indican la presencia o ausencia de síntomas de ese área. A continuación, a partir de la suma de las nuevas variables se ha identificado el número de personas que no presentan síntomas o que indican sintomatología de más de un área.

3.1.2 *Nivel de salud mental de la población inmigrante*

En relación a la salud, se analiza la percepción general que las personas inmigrantes tenían sobre su salud antes de emigrar y la que actualmente tienen. Por otro lado, se describe la sintomatología ansiosa, depresiva y somática.

El instrumento utilizado permite detectar la sintomatología presente en la población inmigrante, y por definición el porcentaje de personas que se encuentran en riesgo de desarrollar un determinado trastorno (Spitzer, y cols., 1999). Por tanto, los porcentajes que se presentan hacen alusión al grado de vulnerabilidad y en ningún caso a tasas de trastornos.

La **percepción sobre su salud antes de emigrar** es buena en toda la población, obteniendo una puntuación por encima de la media (3,94 sobre 5). Las respuestas ofrecidas sobre la **percepción que tienen sobre su salud en la actualidad** indican puntuaciones algo más bajas que las encontradas al analizar las respuestas sobre su situación en el país de origen, aunque se evalúa como buena (3,73 sobre 5). Los análisis realizados para comprobar si existen diferencias en la percepción de salud antes y después de emigrar, muestran que la percepción es significativamente peor en la sociedad receptora que en el país de origen ($t=-3,60$; $p=,000$).

Los análisis realizados con las puntuaciones medias en la percepción de salud indican que ésta ha empeorado en el país receptor. Sin embargo, cuando se analiza la percepción sobre la salud teniendo en cuenta el porcentaje de personas que realmente afirma que la salud ha empeorado, se comprueba que el porcentaje no es muy alto. En concreto, para el 75,6% de las personas su salud continua siendo igual que en su país de origen, el 3,8% manifiesta que se siente mejor y el 20,7% confirma que su salud ha empeorado tras la migración.

Tabla 27. Percepción de salud antes y después de emigrar

Percepción de salud*		Cambio en la percepción de la salud		
País Origen	País Receptor	Peor	Igual	Mejor
3,94	3,73	20,7%	75,6%	3,8%

* Puntuaciones de 1 mala a 5 muy buena

En relación a la salud mental de la población inmigrante se analizan tres aspectos diferentes: en un primer momento, se especifica el porcentaje de población que manifiesta sintomatología psicológica; en segundo lugar, se describe el número de áreas sintomáticas presentes; y por último, se detalla la presencia de sintomatología somática, ansiosa y depresiva.

El **porcentaje de población que manifiesta sintomatología psicológica** asciende al 71% de la muestra. En cuanto al **número de áreas** se observa que el 29% no muestra sintomatología, el 29,3% puntúa tan sólo en una de las áreas estudiadas, el 22,3% en dos áreas y el 19,6% en tres.

Por último, se comprueba que los **síntomas** más presentes en la población inmigrante son los que hacen referencia a la ansiedad (50,5%), seguidos por los somáticos (40%) y los depresivos (38,3%).

Tabla 28. Sintomatología psicológica

Presencia de sintomatología	Número de síntomas*	Número de síntomas			Riesgo		
		Depresiva**	Ansiosa***	Somática*** *	Depresiva	Ansiosa	Somática
70,8%	3,93	0,55	0,92	2,45	38,3%	50,5%	40%

* Puntuaciones entre 0 y 20; ** Puntuaciones entre 0 y 2; *** Puntuaciones entre 0 y 3; **** Puntuaciones entre 0 y 15.

3.2 Proceso de aculturación y salud mental

En primer lugar se hacen análisis de correlación para conocer las variables sociodemográficas, premigratorias y postmigratorias que se asocian a la sintomatología depresiva, ansiosa y depresiva. En segundo lugar, se seleccionan aquellas variables que han resultado significativas en los análisis de correlación y se realizan análisis de regresión para determinar cuáles son las que explican las diferentes áreas de sintomatología psicológica.

3.2.1 Variables asociadas a la salud mental

3.2.1.1 Variables sociodemográficas: Sintomatología ansiosa, depresiva y somática

En relación a las variables sociodemográficas se comprueba que la edad correlaciona negativamente con la sintomatología **depresiva** ($r=-,105^*$) y ser hombre correlaciona negativamente con la **ansiedad** ($r=-,101^*$). Por último, la formación y el conocimiento del idioma se asocian positivamente con la **somatización** ($r=,117^*$ y $r=,122^*$) y ser magrebí y practicar una religión se vinculan negativamente ($r=-,164^*$ y $r=-,135^*$).

Tabla 29. Correlaciones entre las variables sociodemográficas y la sintomatología

	Hombre	Magreb	Edad	Tener Hijos/as	Tener pareja	Formación	Idioma	Práctica religiosa
Depresivo	,085	,030	-,105*	-,020	-,039	-,009	,047	-,099*
Ansiedad	-,101*	,005	,044	,064	,005	-,002	-,034	-,097
Somático	-,023	-,164*	-,007	,030	-,061	,117*	,122*	-,135*

* $p < .005$; ** $p < .001$

3.2.1.2 Variables personales: Sintomatología ansiosa, depresiva y somática

Premigratorias

En cuanto a las características premigratorias se observa que los síntomas **depresivos** correlacionan positivamente con el hecho de haber emigrado por motivos formativos ($r=,134^{**}$) y haber tenido una experiencia migratoria previa ($r=,201^{**}$) y se vincula negativamente a tener actitudes de integración ($r=-,099$) y a tener una alta orientación hacia el país de origen ($r=-,130^{**}$).

La sintomatología **ansiosa** tan sólo se asocia positivamente a haber tenido una experiencia migratoria anterior a la actual ($r=,122^*$), y las **somatizaciones** correlacionan negativamente con haber estado parado en el país de origen ($r=-,106^*$), haber emigrado por motivos de reagrupación ($r=-,145^{**}$) y tener actitudes de integración ($r=-,164^{**}$), mientras que tener actitudes de asimilación y emigrar por motivos formativos se vinculan positivamente ($r=,165^{**}$ y $r=,214^{**}$).

Tabla 30. Correlaciones entre las variables premigratorias y la sintomatología

	Ocupación laboral anterior					Motivo migratorio				
	Per.	Pro.	Ama.	Est.	Parado	Eco.	Refugio	Form.	Reag.	Otro
Depresivo	,059	-,040	-,021	-,018	-,003	-,050	-,001	,134**	-,096	,048
Ansiedad	,074	-,037	,000	-,095	,060	,018	-,031	-,001	-,051	,045
Somático	,064	-,050	,031	,035	-,106*	-,066	,086	,214**	-,145**	-,009

	Exp.M.	Exp.Asentamiento			Orientación		Actitudes aculturación			
	Ant.	Per.	Pro.	Dud.	Origen	Acog.	Integrac.	Separ.	Asimil.	Margi.
Depresivo	,201**	-,145	,164	-,039	-,130**	-,046	-,099*	,031	,073	,050
Ansiedad	,122*	,017	,250	-,328	-,083	,028	-,054	,003	,080	-,040
Somático	,074	-,032	,012	,036	-,085	,032	-,164**	,086	,165**	-,051

* p < .050; ** p < .010

Postmigratorias

d. Variables de Integración Social

Muchas de las variables que describen la situación de integración socioeconómica de las personas inmigrantes se asocian a la salud mental. Así, el tiempo en el País Vasco ($r = -,160^{**}$), tener trabajo ($r = -,239^{**}$), la situación jurídica resuelta ($r = -,176^{**}$) y estar en adaptación sociolaboral ($r = -,317^{**}$) correlacionan negativamente con la **depresión** mientras que ser estudiante ($r = ,134^{**}$), no tener alojamiento o residir en instituciones ($r = ,111^*$ y $r = ,160^*$), estar en acogida ($r = ,277^*$) y diferentes necesidades (documentación $r = ,115^*$, empadronamiento $r = ,167^{**}$, vivienda $r = ,105^*$, asistencia médica $r = ,141^{**}$, asistencia social $r = ,106^*$ e información $r = ,149^{**}$), correlacionan positivamente.

Los análisis realizados con los síntomas **ansiosos** y las variables de integración socioeconómica son los que menos asociaciones significativas han detectado, y además, la correlaciones existentes son muy bajas. Así, se observa que la ansiedad se vincula negativamente con tener trabajo ($r = ,115^*$) y positivamente con alojarse en instituciones y estar en acogida ($r = ,115^*$ y $r = ,125^*$).

Por último, la sintomatología **somática** correlaciona negativamente con el tiempo pasado en el País Vasco ($r = -,138^{**}$), tener en la sociedad receptora un trabajo provisional ($r = -,155^{**}$) y estar en adaptación sociolaboral ($r = -,273^{**}$). Y se asocian positivamente a ser estudiante ($r = ,121^*$), no tener alojamiento ($r = ,199^*$), estar en acogida ($r = ,104^*$), estar en autonomía ($r = ,212^{**}$) y diferentes necesidades como son la documentación ($r = ,143^{**}$), la asistencia médica ($r = ,135^{**}$) y la asistencia psicológica ($r = ,142^*$).

Tabla 31. Correlaciones entre las variables de integración socioeconómica y la sintomatología

	Tiempo		Ocupación laboral alcanzada					Cambio situación laboral			
	Espa.	PV	Per.	Pro.	Ama.	Est.	Par.	Pa-tr.	Pa-pa.	Tr-pa.	Tr-tr
Depre.	-,084	-,160**	-,018	-,072	-,048	,134**	,077	,041	,188	-,039	-,085
Ansi.	-,073	-,076	-,044	,030	,005	-,029	,029	,125	,059	,032	-,145
Som.	-,089	-,138**	,117	-,155**	-,056	,121*	,033	-,099	-,124	,110	,057
	Traba.		Alojamiento			Sit.	Dependencia Social				
	Traba.	No vivienda	Instituc.	Alquiler	Propio	Juridi.	Acogida	Adaptac.	Autonomía		
Depre.	-,239**	,111*	,160**	-,077	-,069	-,176**	,277**	-,317**	,094		
Ansi.	-,182**	,061	,115*	-,029	-,034	-,060	,125*	-,084	-,024		
Som.	-,036	,199**	,038	-,050	-,062	-,084	,104*	-,273**	,212**		
	Necesidades										
	Docu.	Empadr.	A.Médica	A.Psicolo.	A.Social	Trabajo	Vivienda	Informa.			
Depre.	,115*	,167**	,141**	,058	,106*	,044	,105*	,149**			
Ansi.	,029	,048	,097	,053	,076	,069	,089	,016			
Som.	,143**	,076	,135**	,142**	,069	-,028	-,033	,085			

* p < .005; ** p < .001

e. Variables de Redes Sociales y Familiares

Respecto a las variables que describen las redes familiares y sociales, no se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas a excepción de tener familiares cerca, que se asocia negativamente con la sintomatología **depresiva** ($r=-,106^*$) y la **ansiosa** ($r=-,119^*$), y el hecho de tener a los hijos e hijas cerca, que se vincula negativamente a los síntomas **depresivos** ($r=-,119^*$).

Tabla 32. Correlaciones entre las variables de redes sociales y la sintomatología

	Estructura familiar			Grado de contacto			Nivel de apoyo		
	Pareja aquí	Hijos/as aquí	Familiares aquí	Origen	Inmigrant.	Autoct.	Origen	Inmigrant.	Autoct.
Depresivo	-,098	-,119*	-,106*	-,043	-,072	-,043	-,086	-,024	-,023
Ansiedad	-,027	,052	-,119*	-,030	-,011	-,025	-,019	,007	-,034
Somático	-,017	-,006	,009	,037	,016	-,036	-,008	-,040	-,017

* p < .005; ** p < .001

f. Variables de Identidad y Percepción de minoría

Por último, en relación a las variables de identidad y percepción de minoría, se encuentran correlaciones positivas entre la **somatización** y la estrategia de separación ($r=,154^{**}$) y negativas con la integración ($r=-,127^*$). Por otro lado, la sintomatología **depresiva** se vincula a la cercanía cultural percibida ($r=-,153^{**}$), la estrategia de integración ($r=-,100^*$) y el mantenimiento de la cultura de origen ($r=-,145^*$). Los síntomas **ansiosos** no se asocian significativamente con ninguna de las variables.

Tabla 33. Correlaciones entre las variables de identidad y percepción de minoría y sintomatología

	Cercanía		Orientación		Estrategias de aculturación			Discrimi.	
	Cul.	Perc.	Origen	Acogida	Int.	Asi.	Sep.	Mar.	percibida
Depresivo	-,153**		-,145**	-,045	-,100*	,041	,094	,034	,046
Ansiedad	-,016		-,075	,035	-,049	,055	,077	-,058	,116
Somático	-,086		-,094	-,047	-,127*	,073	,154**	-,016	-,094

* p < .005; ** p < .001

3.2.2 Variables explicativas de la salud mental

Para conocer las variables que explican los síntomas depresivos, ansiosos y somáticos, se realizan diferentes análisis de regresión. En primer lugar, se lleva a cabo un análisis de regresión con las variables que correlacionan significativamente con la sintomatología, y en segundo lugar, se incorporan las variables que en la ecuación estructural han sido significativas.

3.2.2.1 Análisis de regresión: Sintomatología depresiva

En el estudio de la sintomatología depresiva las **variables predictoras** son aquellas que en los análisis de correlación han resultado significativas: Edad, Hijos/as aquí, Familia aquí, Grado de práctica religiosa, Motivos migratorios formación, Tiempo en España y País Vasco, Trabajo, Orientación hacia el país de origen, Actitud de integración, No tener alojamiento, Situación jurídica, Necesidades (documentación, empadronamiento, asistencia social, asistencia médica o información) y Percepción de cercanía cultural. De estas variables, sólo hay que recategorizar dos: práctica religiosa (0-Baja, 1-Alta) y orientación hacia el país de origen (0-Baja, 1-Alta).

En el análisis de regresión lineal múltiple paso a paso han quedado introducidas 6 variables: estar en adaptación sociolaboral, la edad (35-44 años y 45-54 años), el trabajo, la práctica religiosa y el haber sido estudiante. Estas variables explican significativamente la variabilidad en depresión ($F(5,392)=12,75$; $p=,000$), aunque el porcentaje es bajo 15,1% ($R^2=,163$ y $R^2 \text{ corregida}=,151$).

Tabla 34. Resumen del modelo: Sintomatología depresiva

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típico estimación	Estadísticos del cambio				
					Cambio R ²	Cambio F	gl1	gl2	Sig. cambio F
1	,316	,100	,098	,76895	,100	44,070	1	397	,000
2	,348	,121	,116	,76095	,021	9,391	1	396	,002
3	,365	,133	,126	,75658	,012	5,589	1	395	,019
4	,380	,145	,136	,75244	,012	5,360	1	394	,021
5	,394	,155	,144	,74881	,010	4,826	1	393	,029
6	,404	,163	,151	,74609	,008	3,875	1	392	,050

a Predictors: (Constant), Adaptación sociolaboral.

b Predictors: (Constant), Adaptación sociolaboral, edad (45-54).

c Predictors: (Constant), Adaptación sociolaboral, edad (45-54), Trabajo.

d Predictors: (Constant), Adaptación sociolaboral, edad (45-54), Trabajo, Práctica religiosa.

e Predictors: (Constant), Adaptación sociolaboral, edad (45-54), Trabajo, Práctica religiosa, Estudiante.

f Predictors: (Constant), Adaptación sociolaboral, edad (45-54), Trabajo, Práctica religiosa, Estudiante, edad (35-44).

g Dependent Variable: DEPRESIÓN

El modelo final quedaría constituido por la constante (1,01) y negativamente con estar en adaptación sociolaboral (-,413), tener 45-54 años (-,276), tener trabajo (-,288), práctica religiosa (-,185) y positivamente con haber sido estudiante en origen (,544) y más tener 35-44 años (,168).

Al introducir en el análisis el estrés y la satisfacción, variables que en el modelo estructural han resultado ser significativas, quedan incluidas en el modelo predictivo ($F(6,390)=17,17$; $p=,000$) y explican el 19,8% ($R^2=,210$ y $R^2 \text{ corregida}=,198$). La formulación del modelo se realizaría a partir de la constante (1,01) y negativamente con estar en adaptación sociolaboral (-,449), con tener bajo nivel de

estrés (-,395), con tener entre 45-54 años (-,338), con mostrar alta satisfacción (-,225), con la práctica religiosa (-,183) y positivamente haber emigrado por motivos formativos (,283).

Tabla 35. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Sintomatología depresiva

Sintomatología depresiva	Beta	Beta estandariz.	Sintomatología depresiva (introduciendo estrés y satisfacción)	Beta	Beta estandar.
Constante	1,01		Constante	1,01	
Adaptación sociolaboral	-,413	-,255	Adaptación sociolaboral	-,449	-,277
Edad (45-54)	-,276	-,105	Edad (45-54 años)	-,338	-,128
Trabajo	-,288	-,146	--		
Práctica religiosa	-,185	-,110	Práctica religiosa	-,183	-,109
Ser estudiante	,544	,115	--		
Edad (35-44)	,168	,095	--		
			Motivo migratorio formación	,283	,105
			Bajo nivel de estrés	-,395	-,202
			Alta satisfacción	-,225	-,130
R ²	,163		R ²	,210	
Adj. R ²	,151		Adj. R ²	,198	

*p<,050; **p<,010; ***p<,000

3.2.2.2 Análisis de regresión: Sintomatología ansiosa

El análisis de regresión con la sintomatología ansiosa se realiza a partir de las variables que en los análisis de correlación han sido significativas. Las **variables predictoras** son el Sexo, Edad, Tener familia aquí, Práctica religiosa y Tener trabajo. Hay 4 variables que se han introducido significativamente (F(4,394)=7,75; p=,000): el trabajo, el sexo, la práctica religiosa y tener a la familia aquí, y explican menos del 10% de la variabilidad, concretamente el 6,4% (Tabla 36).

Tabla 36. Resumen del modelo: Sintomatología ansiosa

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típico estimación	Cambio R ²	Estadísticos del cambio				
						Cambio F	gl1	Gl2	Sig. cambio F	
1	,170	,029	,027	1,05771	,029	11,880	1	397	,001	
2	,221	,049	,044	1,04830	,020	8,157	1	396	,005	
3	,251	,063	,056	1,04157	,015	6,132	1	395	,014	
4	,270	,073	,064	1,03742	,010	4,168	1	394	,042	

- a Predictores: (Constant), Trabajo.
- b Predictores: (Constant), Trabajo, sexo.
- c Predictores: (Constant), Trabajo, sexo, práctica religiosa.
- d Predictores: (Constant), Trabajo, sexo, práctica religiosa y familia aquí.
- e Variable Dependiente: Ansiedad.

Aunque el porcentaje explicado sea muy bajo, los coeficientes beta no estandarizados indican que tener trabajo en la actualidad (-,519), ser hombre (-,358), practicar cualquier religión (-,275) y tener familiares cerca (-,217) influyen negativamente en la ansiedad.

Cuando en los análisis se introduce la satisfacción, el estrés y la sintomatología depresiva, se comprueba que la satisfacción y la depresión se incluyen en el modelo (F(5,391)=16,54; p=,000) y que la variabilidad explicada aumenta al 16,4% (R²=,175 y R² corregida=,164).

El modelo final se definiría a partir de la constante (1,15) y la sintomatología depresiva (.684), negativamente con tener trabajo (-,376) y ser hombre (-,349), la baja satisfacción (.320) y negativamente con la práctica religiosa (en negativo) (-,306).

Tabla 37. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Sintomatología ansiosa

Sintomatología ansiosa	Beta	Beta estandariz.	Sintomatología ansiosa (introduciendo estrés, satisf., y depre.)	Beta	Beta estandar.
Constante	1,71		Constante	1,15	
Trabajo	-,519	-,198***	Trabajo	-,376	-,144**
Sexo	-,358	,167**	Hombre	-,349	-,163**
Practica religiosa	-,275	-,124*	Práctica religiosa	-,224	-,101*
Familia aquí	-,217	-,101*	--		
			Sintomatología depresiva	,684	,310***
			Baja satisfacción	,320	,106*
R ²	,073		R ²	,175	
Adj. R ²	,064		Adj. R ²	,164	

*p<,050; **p<,010; ***p<,000

3.2.2.3 Análisis de regresión: Sintomatología somática

Las **variables predictoras** que se han introducido en el análisis de regresión son: Magreb, Formación, Idioma, Ocupación en el país de origen (parado), motivo migratorio (formación y reagrupación familiar), Actitudes de aculturación (integración y asimilación), Tiempo en el País Vasco, Ocupación en el país receptor (provisional y estudiante), Dependencia social (Acogida, Adaptación sociolaboral y Autonomía), Alojamiento (no tiene), Necesidades (documentación, asistencia médica y asistencia psicológica) y Estrategias de aculturación (integración y separación).

En el análisis se han introducido 8 variables (F(8,390)=14,25; p=,000): el motivo migratorio formación, la adaptación sociolaboral, la actitud de asimilación, no tener alojamiento, ser magrebí, la necesidad de asistencia psicológica, la estrategia de separación y el nivel medio de estudios. Estas variables explican el 21% de la variabilidad en somatización (R²=,226 y R² corregida=,210).

Tabla 38. Resumen del modelo: Sintomatología somática

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típico estimación	Cambio R ²	Cambio F	gl1	gl2	Sig. cambio F
1	,269	,072	,070	2,38298	,072	31,008	1	397	,000
2	,324	,105	,101	2,34343	,033	14,514	1	396	,000
3	,361	,131	,124	2,31282	,025	11,550	1	395	,001
4	,396	,157	,148	2,28069	,026	12,207	1	394	,001
5	,423	,179	,168	2,25387	,022	10,434	1	393	,001
6	,451	,203	,191	2,22280	,025	12,063	1	392	,001
7	,467	,218	,204	2,20491	,015	7,385	1	391	,007
8	,476	,226	,210	2,19598	,008	4,187	1	390	,041

a Predictores: (Const.), Adaptación.

b Predictores: (Const.), Adaptación, motivo migratorio formación.

c Predictores: (Const.), Adaptación, motivo migratorio formación, asimilación.

d Predictores: (Const.), Adaptación, motivo migratorio formación, asimilación, no alojamiento.

e Predictores: (Const.), Adaptación, motivo migratorio formación, asimilación, no alojamiento, magrebí.

f Predictores: (Const.), Adaptación, motivo migratorio formación, asimilación, no alojamiento, magrebí, asis.p psico.

g Predictores: (Const.), Adaptación, motivo migratorio formación, asimilación, no alojamiento, magrebí, asis.p psico., separación.

h Predictores: (Const.), Adaptación, motivo migratorio formación, asimilación, no alojamiento, magrebí, asis.p psico., separación, nivel medio estudio.

i Variable Dependiente: Sintomatología somática.

En la siguiente tabla se presentan la constante y los coeficientes beta no estandarizados que conforman el modelo. Así, a parte de la constante (2,97), la somatización se explicaría por, en negativo, estar en adaptación sociolaboral (-1,01), haber emigrado por motivos formativos (1,14), las actitudes de aculturación de asimilación (1,21), no tener alojamiento (1,89), en negativo ser magrebí (-,798), la necesidad de asistencia psicológica (,935), la estrategias de separación (1,30) y en negativo nivel de estudios medios (-,489).

Cuando en el análisis de regresión se incluye la satisfacción, el estrés y la sintomatología ansiosa y depresiva, se comprueba que la sintomatología depresiva y ansiosa quedan incluidas en el modelo, junto con otras 9 variables (F(1,385)=18,71; p=,000). El porcentaje explicado aumenta al 33% (R²=,348 y R² corregida=,330).

El modelo final queda definido por la constante (,437) y la sintomatología depresiva (1,52), ser autónomo/a socialmente (,857), la sintomatología ansiosa (,802), no tener alojamiento (1,91), haber emigrado por motivos formativos (1,18), actitudes de asimilación (1,35), negativamente con ser magrebí (-,550), necesidad de asistencia psicológica (,800), estrategias de separación (1,56), negativamente con no haber trabajado en el país de origen (-,820) y estrategias de integración (,630).

Tabla 39. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Sintomatología somática

Sintomatología somática	Beta	Beta estandariz.	Sintomatología somática (introduciendo estrés y satisfacción)	Beta	Beta estandar.
Constante	2,97		Constante	3,17	
Adaptación sociolaboral	-1,01	-,205***	--	--	--
Motivo formación	1,14	,139**	Motivo migratorio formación	1,18	,144**
Actitud asimilación	1,21	,183***	Actitud asimilación	1,35	,204***
No alojamiento	1,89	,155**	No alojamiento	1,91	,157**
Magrebí	-,798	-,162***	Magrebí	-,550	-,111**
Necesidad asistencia psicológica	,935	,161***	Necesidad asistencia psicológica	,800	,138**
Estrategia separación	1,30	,121**	Estrategia separación	1,65	-,145**
Nivel medio de estudios	-,489	-,095*	--		
			Autónomo/a socialmente	,857	,151**
			No haber trabajado en el país de origen	-,820	-,092*
			Estrategia de integración	,630	,117*
			Sintomatología depresiva	1,52	,299***
			Sintomatología ansiosa	,802	,162***
R ²	,226		R ²	,348	
Adj. R ²	,210		Adj. R ²	,330	

*p<,050; **p<,010; ***p<,000

3.3 Influencia del género y la cultura en la salud mental

3.3.1 Nivel de salud mental en función del género y la cultura

3.3.1.1 Percepción del estado de salud

La percepción sobre la salud antes y después de emigrar es en general buena en todas las personas aunque existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En primer lugar, al observar las puntuaciones medias sobre la calificación de la salud en el país de origen se comprueba que la percepción de las mujeres magrebíes es superior a la de los hombres magrebíes y mujeres latinoamericanas ($F(3,393)=2,91$; $p=,034$). En segundo lugar, al preguntar por la salud percibida en la sociedad receptora los datos revelan que las mujeres latinoamericanas son las que menos puntuación obtienen siendo significativamente inferior a la puntuación de las mujeres magrebíes ($F(3,393)=6,61$; $p=,000$).

Para comprobar si la migración influye en la percepción sobre la salud, se han realizado diversas pruebas t de student que muestran que la percepción de salud es significativamente peor en los hombres del Magreb ($t=-6,41$; $p=000$), los hombres de Latinoamérica ($t=-3,61$; $p=,001$) y las mujeres latinoamericanas ($t=-4,40$; $p=000$), sin embargo, estas diferencias no son significativas en las mujeres magrebíes ($t=-,624$; $p=,540$).

Los análisis realizados con las puntuaciones medias en percepción indican que ésta ha empeorado en el país receptor. Sin embargo, cuando se analiza la percepción sobre la salud teniendo en cuenta el porcentaje de personas que realmente afirma que la salud ha empeorado, se comprueba que el porcentaje no es muy alto y que también existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($X^2(6)=14,39$; $p=,026$): aunque la mayor parte opina que su salud es igual, en general se observa que hay mayor porcentaje de hombres magrebíes y mujeres latinoamericanas que perciben que su salud ha empeorado tras la migración.

Tabla 40. Percepción de salud antes y después de emigrar

	MAGREB			LATINOAMÉRICA	
	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Percepción salud antes emigrar* $F(3,393)=2,91$; $p=,034$	3,94	3,93 ^b	4,16 ^{ad}	3,93	3,84 ^b
Percepción salud actual* $F(3,393)=6,61$; $p=,000$	3,73	3,68	4,08 ^d	3,76	3,57 ^b
Cambio en la percepción de salud					
Peor	20,7%	22,1%	10,8%	16%	27,8%
Igual	75,6%	73,8%	85,1%	84%	66,7%
Mejor	3,8%	4,1%	4,1%	--	5,6%
	$X^2(6)=14,39$; $p=,026$				

* Puntuaciones de 1 mala a 5 muy buena

3.3.1.2 Prevalencia

En relación al porcentaje de población que manifiesta **sintomatología psicológica**, aunque se observa que los hombres magrebíes muestran menos síntomas que el resto de los grupos, en especial que las mujeres, los análisis estadísticos muestran que las diferencias no son estadísticamente significativas ($X^2(3)=2,57$; $p=,461$). Del mismo modo, a pesar de que los resultados en cuanto a la **cormobilidad** o porcentaje de personas que manifiesta síntomas de varias áreas al mismo tiempo varía de un grupo a otro, las diferencias no son estadísticamente significativas ($X^2(12)=11,73$; $p=,468$).

Por último, la prevalencia de sintomatología varía ligeramente de un grupo a otro, sin embargo los análisis estadísticos muestran diferencias estadísticamente significativas sólo en el área somática ($X^2(3)=15,23$; $p=,002$): las mujeres magrebíes muestran menos sintomatología somática que las mujeres y hombres latinoamericanos.

Tabla 41. Sintomatología psicológica

		MAGREB			LATINOAMÉRICA	
		Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Presenta sintomatología		70,8%	65,8%	73,4%	70,7%	73,8%
	$X^2(3)=2,24$; $p=,523$					
Cormobilidad						
Ningun área		29,3%	34,2%	26,6%	29,3%	26,2%
Una área		30,3%	27,5%	35,4%	34,7%	27%
Dos áreas		23%	23,3%	25,3%	17,3%	24,6%
Tres áreas		17,5%	15%	12,7%	18,7%	22,2%
	$X^2(9)=8,04$; $p=,529$					
Prevalencia						
Somática		40%	35,8%	25,3%	42,7%	51,6%
	$X^2(3)=15,23$; $p=,002$					
Ansiedad		50,5%	43,3%	59,5%	45,3%	54,8%
	$X^2(3)=6,73$; $p=,081$					
Depresiva		38,3%	40%	39,2%	37,3%	36,5%
	$X^2(3)=,377$; $p=,945$					

3.3.1.3 Puntuaciones medias

Existen correlaciones positivas entre la sintomatología ansiosa, somática y depresiva, por este motivo para analizar la influencia del género y de la cultura en la salud mental, se ha realizado un análisis multivariado de varianza (MANOVA).

Los resultados del MANOVA han mostrado un efecto principal significativo para la variable cultura ($Wilk's\ Lambda=,963$; $F(3,394)=4,10$; $p=,002$), para la variable género ($Wilk's\ Lambda=,970$; $F(3,394)=4,01$; $p=,008$), así como para la interacción entre el género y la cultura ($Wilk's\ Lambda=,987$; $F(3,394)=1,70$; $p=,165$).

Para la interpretación de los datos se toma la información de los ANOVAS realizados con cada variable dependiente por separado. Los resultados de estos análisis muestran que las puntuaciones en sintomatología depresiva y somática son similares en los hombres y en las mujeres ($F(1,396)=2,88$; $p=,090$ y $F(1,396)=,088$; $p=,766$). Sin embargo existen diferencias estadísticamente significativas en función del género en los síntomas ansiosos ($F(1,396)=5,22$; $p=,035$): las mujeres presentan más síntomas que los hombres. En cuanto al origen cultural, las respuestas de los hombres y las mujeres en los síntomas ansiosos y depresivos son parecidos ($F(1,396)=,402$; $p=,526$ y $F(1,396)=,036$; $p=,849$), pero se observa que las personas de Latinoamérica presentan más somatizaciones que las del Magreb, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($F(1,396)=10,50$; $p=,001$).

Tabla 42. Salud mental: cultura y género

	GRUPO CULTURAL		GÉNERO	
	Magreb	Latinoamérica	Hombres	Mujeres
Somática*	2,05	2,86	2,40	2,51
Depresiva**	0,55	0,54	0,62	0,48
Ansiosa***	0,93	0,92	0,81	1,03

* Somática: Puntuaciones entre 0 y 15.

** Depresiva: Puntuaciones entre 0 y 2.

*** Ansiosa: Puntuaciones entre 0 y 3.

Por último, el MANOVA indicaba que existía un efecto principal de la interacción entre el género y la cultura, sin embargo al analizar las puntuaciones inter-sujetos se comprueba que la interacción sólo es significativa con los síntomas somáticos ($F(1,396)=29,09$; $p=,028$) y no en los ansiosos o depresivos ($F(1,396)=,349$; $p=,555$ y $F(1,396)=,583$; $p=,446$).

Tabla 43. Interacción género y cultura

	MAGREB		LATINOAMERICA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Somática	2,30	1,67	2,56	3,03
Depresiva	0,87	1,02	0,72	1,03
Ansiosa	0,63	0,44	0,60	0,50

3.3.2 Proceso de aculturación y salud mental: género y cultura

Se analizan las correlaciones entre las variables descriptivas del proceso de aculturación y la salud mental en cada uno de los cuatro grupos definidos en función del género y de la cultura: hombres magrebíes, mujeres magrebíes, hombres latinoamericanos y mujeres latinoamericanas.

En segundo lugar, se realizan diferentes análisis de regresión para determinar las variables que explican la sintomatología somática, depresiva y ansiosa en cada uno de los grupos..

3.3.2.1 Variables asociadas a la salud mental: género y cultura

En este apartado se realizan los análisis de correlación entre la salud mental y las variables sociodemográficas, premigratorias y postmigratorias, para cada uno de los grupos.

Hombres magrebíes

En los hombres magrebíes la *sintomatología depresiva* se asocia positivamente al conocimiento de la lengua ($r=,200^*$), a la marginalización ($r=,227^*$), a vivir en instituciones ($r=,307^{**}$), estar en acogida ($r=,401^{**}$) y a que no haya cambiado su estatus laboral ($r=,262^{**}$). Y negativamente se vincula a tener trabajo ($r=,323^{**}$), estar en adaptación sociolaboral ($r=,387^{**}$), estar alojados en pisos de alquiler ($r=,235^*$), estar en paro en la actualidad cuando en el país de origen tenía trabajo ($r=,266^{**}$) y la cercanía cultural percibida ($r=,210^*$).

Las *somatizaciones* correlacionan positivamente con haber emigrado por motivos formativos ($r=,267^{**}$), con tener problemas de alojamiento ($r=,287^{**}$), necesitar asistencia psicológica ($r=,295^{**}$) y la estrategia de separación ($r=,260^{**}$). Por otro lado, se asocia negativamente con estar en adaptación sociolaboral ($r=,214^*$), la actitud de integración ($r=,210^*$) y la cercanía cultural percibida ($r=,248$).

Por último, los *síntomas ansiosos* se vinculan positiva y significativamente con no haber cambiado de estatus laboral ($r=,211^*$) y con la estrategia de separación ($r=,213^{**}$). Y correlaciona negativamente con tener trabajo ($r=,231^*$), estar en paro cuando en origen tenía trabajo ($r=,238^{**}$), tener a más familiares cerca ($r=,181^*$) y la cercanía cultural percibida ($r=,189^*$).

Mujeres magrebíes

En la población femenina del Magreb la *sintomatología depresiva* sólo se vincula negativa y significativamente a la cercanía cultural percibida ($r=,289^{**}$).

La *sintomatología ansiosa* correlaciona positivamente con la edad ($r=,236^*$), tener un trabajo permanente en la sociedad receptora ($r=,243^*$), vivir en instituciones ($r=,349^{**}$) y las necesidades de empadronamiento ($r=,268^*$). Por otro lado, la orientación hacia el país receptor ($r=,238^*$), tener trabajo provisional ($r=,222^*$) y estar en piso de alquiler se asocian negativamente ($r=,233^*$).

Finalmente los *síntomas somáticos* se vinculan negativamente con el tiempo transcurrido en el País Vasco ($r=,229^*$), tener a los hijos e hijas cerca ($r=,225^{**}$), vivir en piso de alquiler ($r=,359^{**}$), la orientación hacia su país ($r=,267^*$), la integración ($r=,336^{**}$) y estar en adaptación sociolaboral ($r=,360^{**}$). Y positivamente, las somatizaciones correlacionan positivamente con haber emigrado por motivos políticos ($r=,250^*$), alojarse en instituciones ($r=,306^{**}$), la orientación hacia el país de origen ($r=,235^*$), la orientación hacia el país receptor ($r=,281^*$), la asimilación ($r=,338^{**}$), la marginalización

($r=,369^{**}$), la estrategia de integración ($r=,239^*$), ser autónoma socialmente ($r=,317^{**}$) y tener necesidades de empadronamiento ($r=,244^*$).

Hombres latinoamericanos

La *sintomatología depresiva* correlaciona significativa y negativamente con el tiempo pasado en España ($r=,272^*$), en el País Vasco ($r=,245^*$), con estar en adaptación sociolaboral ($r=,306^{**}$), tener cerca a la pareja ($r=,228^*$), a los hijos/as ($r=,230^*$), a mantener contacto con las personas de su país de origen ($r=,237^*$), la orientación hacia el país de origen ($r=,274^*$) y con el grado de discriminación percibido ($r=,298^{**}$). Por otro lado, se asocia positivamente con el nivel formativo ($r=,248^*$), haber emigrado por motivos de formación ($r=,368^{**}$) y necesidades de empadronamiento ($r=,268$), de trabajo ($r=,328$) e información ($r=,300^{**}$).

La *ansiedad* se vincula positivamente con haber vivido en otros países ($r=,240^*$), tener necesidades de trabajo ($r=,264^*$) y de vivienda ($r=,287^*$), y el grado de discriminación percibida ($r=,229^*$). Y negativamente con el tiempo de residencia en España ($r=,245^*$) y tener trabajo permanente en la sociedad receptora ($r=,274^*$).

Los *síntomas somáticos* se asocian significativa y positivamente con el nivel formativo ($r=,243$), haber emigrado por motivos de formación ($r=,279^*$) y la necesidad de asistencia psicológica ($r=,305^{**}$). Y negativamente con la intención de asentamiento permanente ($r=,233^*$), el contacto con el endogrupo ($r=,356^{**}$) y el apoyo percibido de la población autóctona ($r=,244^*$).

Mujeres latinoamericanas

En las mujeres de Latinoamérica, la *depresión* se relaciona significativa y negativamente con el tiempo en el País Vasco ($r=,206^*$), el hecho de haber emigrado anteriormente ($r=,351^{**}$), estar en adaptación sociolaboral ($r=,313^{**}$), con la situación jurídica resuelta ($r=,343^{**}$), la orientación hacia el país de origen ($r=,281^{**}$) y la estrategia de integración ($r=,319^{**}$). Y positivamente con haber estado siempre en paro ($r=,292^{**}$), estar en acogida ($r=,253^{**}$), ser autónoma socialmente ($r=,194^*$), estrategia de separación ($r=,259^{**}$) y de asimilación ($r=,233^{**}$), y con las necesidades de vivienda ($r=,218^*$) y asistencia médica ($r=,213^*$).

Los *síntomas ansiosos* se vincula positivamente a estar en paro ($r=,233^{**}$), estar en acogida ($r=,191^*$), no haber cambiado su situación laboral ($r=,238^{**}$), a tener necesidad de asistencia médica ($r=,258^{**}$), la orientación hacia el país de origen ($r=,179^*$) y la estrategia de asimilación ($r=,245^{**}$). Y negativamente con tener trabajo ($r=,276^{**}$) y estar en paro cuando antes tenían trabajo ($r=,238^{**}$).

Finalmente, las *somatizaciones* correlaciona positiva y significativamente con la estrategia de asimilación ($r=,194^*$) y separación ($r=,194^*$), estar en acogida ($r=,231^{**}$) o ser autónoma socialmente ($r=,332^{**}$), y tener necesidades de información ($r=,204^*$), vivienda ($r=,201^*$), asistencia médica

($r=-,359^{**}$) y documentación ($r=-,339^{**}$). Y negativamente se vincula a tener trabajo provisional ($r=-,188^*$), estar en adaptación sociolaboral ($r=-,434^{**}$), y a tener la situación jurídica resuelta ($r=-,396^{**}$).

3.3.2.2 Variables explicativas de la salud mental: género y cultura

Sintomatología Depresiva

En el análisis de regresión realizado con los **hombres magrebíes** se han introducido las siguientes variables predictoras: Idioma, Tener trabajo, Adaptación, Acogida, Actitud y estrategia de marginalización, Cercanía cultural percibida, Alojamiento en alquiler o en instituciones, No tener cambios de estatus laboral y Estar trabajando cuando antes estaba en paro.

En el análisis se han excluido todas las variables a excepción de estar en una situación de acogida ($F(1,119)=14,22$; $p=,000$) y explican el 15,3% de la variabilidad ($R^2=,160$, $R^{2\text{ corregida}}=,153$). La ecuación final quedaría definida por la constante ($,286$) y encontrarse en acogida ($,732$).

Cuando en el análisis se incluye el estrés y la satisfacción, se observa que en el modelo se incluyen significativamente 2 variables ($F(2,117)=13,72$; $p=,000$), explicando el 17,6% de la variabilidad en depresión ($R^2=,190$, $R^{2\text{ corregida}}=,176$). Así, el modelo está constituido por la constante ($,156$) y estar en situación de acogida ($,614$) y percibir estrés ($,419$).

En el caso de las **mujeres magrebíes**, son muy pocas las variables que correlacionan con la sintomatología depresiva, y por tanto, que pueden utilizarse para la realización de las regresiones. Los análisis llevados a cabo confirman que sólo una de las variables queda incluida ($F(1,76)=9,38$; $p=,002$.) y que tan sólo explica el 10,3% ($R^2=,115$, $R^{2\text{ corregida}}=,103$). La formula sería la constante ($,676$) y en negativo la percepción de cercanía cultural ($-,404$). Este porcentaje explicado no aumenta al introducir en el análisis el estrés y la satisfacción.

En cuanto a los **hombres latinoamericanos**, son muchas las variables predictoras: Formación, Motivo migratorio formación, Tiempo en España y en el País Vasco, Adaptación sociolaboral, Necesidades (empadronamiento, trabajo e información), Tener pareja e hijos cerca, Contacto con el endogrupo, No haber cambio de estatus laboral y Haber trabajado en origen y encontrarse actualmente en paro.

De estas variables quedan introducidas en el análisis de regresión 3 ($F(3,71)=9,34$; $p=,000$): motivo migratorio por formación, tiempo en el País Vasco (más de 5 años) y tener contacto con el endogrupo. Estas variables explican el 25,3% ($R^2=,283$, $R^{2\text{ corregida}}=,253$).

El modelo de la ecuación de regresión se forma por la constante ($,520$), haber emigrado por motivos formativos ($,756$), llevar más de 5 años en el País Vasco ($,170$) y negativamente con tener contacto con el endogrupo ($-,417$).

Al introducir las variables de estrés y de satisfacción, el porcentaje explicado aumenta al 38,1% ($R^2=,423$, $R^2 \text{ corregida}=,381$). Se comprueba que se introducen significativamente 5 variables: motivos migratorios formativos, satisfacción media, primer año de ajuste en el País Vasco, bajos estrés y necesidad de información ($F(5,68)=9,98$; $p=,000$). El modelo final sería, la constante ($,168$) haber emigrado por motivos formativos ($,584$), satisfacción media ($,659$), primer año de ajuste ($,431$), negativamente percibir bajo estrés ($-,379$) y necesitar información ($,423$).

Por último, las variables que se introducen para la realización del análisis de regresión para explicar la depresión de las **mujeres latinoamericanas** son las siguientes: Haber vivido en otros países, Tiempo en el País Vasco, Estrategias de integración, Acogida, Adaptación sociolaboral, Autonomía, Situación jurídica, Haber estado siempre en paro, Necesidades (vivienda y asistencia médica), Orientación hacia el país de origen, y Estrategias de separación y asimilación.

En el análisis quedan incluidas 5 variables ($F(5,120)=12,32$; $p=,001$) que explican el 31,2% de la sintomatología depresiva ($R^2=,339$, $R^2 \text{ corregida}=,312$): el tiempo pasado en el País Vasco, entre 1 y 3 años, y más de 5 años.

El modelo final sería el siguiente: la constante ($,896$), haber vivido en otros países ($,630$), negativamente situación jurídica resuelta ($-,676$), estrategia de asimilación ($,616$) o de separación ($,642$) y estar en acogida ($,622$). La introducción del estrés y la satisfacción no ha arrojado un modelo significativo que aporte mayor explicatividad de la depresión en las mujeres latinoamericanas.

Tabla 44. Análisis de regresión sobre la sintomatología depresiva: género y cultura

	MAGREB				LATINOAMERICA			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	I*	II**	I	II	I	II	I	II
Constante	,286	,156	,657		,520	,168	,896	
Más de 5 años en el País Vasco	--	--	--	--	,170	--	--	--
Acogida	,732	,614	--	--	--	--	,622	--
Motivo migratorio formación	--	--	--	--	,756	,584	--	--
Contacto endogrupo	--	--	--	--	-,417	--	--	--
Alta cercanía cultural percibida	--	--	-,384	--	--	--	--	--
Haber vivido en otros países	--	--	--	--	--	--	,630	--
Situación jurídica resuelta	--	--	--	--	--	--	-,676	--
Estrategia de asimilación	--	--	--	--	--	--	,616	--
Estrategia de separación	--	--	--	--	--	--	,642	--
Lleva menos de un año en el País Vasco	--	--	--	--	--	,431	--	--
Necesitar información	--	--	--	--	--	,423	--	--
Percibir estrés	--	,419	--	--	--	--	--	--
Bajo estrés	--	--	--	--	--	-,379	--	--
Satisfacción media	--	--	--	--	--	,659	--	--
R ²	,160	,190	,115	--	,283	,423	,339	--
R ² corregida	,153	,176	,103	--	,253	,381	,312	--

*I= análisis de regresión realizado con las variables del proceso de aculturación que han resultado significativas en las correlaciones

**II=análisis de regresión realizado incluyen el estrés y la satisfacción

Sintomatología Ansiosa

En el análisis de la sintomatología ansiosa de la población **masculina del Magreb** se introducen sólo dos variables, Tener trabajo y Tener familia cerca, de las cuales sólo el trabajo queda incluida en el modelo. El porcentaje que explica es muy bajo (4,5%) ($R^2=,053$ y $R^2 \text{ corregida}=,045$), por lo que se puede decir que las variables utilizadas para describir el proceso de aculturación no explican los síntomas de ansiedad de los hombres magrebíes.

Al introducir el estrés, la satisfacción y la sintomatología depresiva en el análisis de la sintomatología ansiosa, se comprueba que tal sólo la sintomatología depresiva se introduce significativamente en el modelo ($F(1,118)=9,91$; $p=,002$). Así, la presencia de sintomatología depresiva explicaría el 7% de la sintomatología ansiosa ($R^2=,078$ y $R^2 \text{ corregida}=,070$).

El modelo se conformaría por la constante ($,625$) y los síntomas depresivos ($,652$).

En las **mujeres magrebíes**, las variables predictoras utilizadas en el análisis de regresión son: Edad, Orientación hacia el país de origen y receptor, Actitudes de asimilación, Tiempo en el País Vasco, Alojamiento en alquiler o en instituciones, Adaptación sociolaboral, Autonomía, Necesidad de empadronamiento y Estrategias de marginalización e integración.

Todas las variables han sido eliminadas menos estar alojadas en instituciones ($F(1,77)=10,69$; $P,002$), que explica el 11,1% de la variabilidad en ansiedad ($R^2=,122$ y $R^2 \text{ corregida}=,111$). El modelo sería la constante ($,864$) más estar alojadas en instituciones ($,983$).

Al introducir el estrés, la satisfacción y la sintomatología depresiva, se comprueba que la depresión queda incluida en el modelo ($F(2,75)=12,42$; $p=,000$) y el porcentaje explicado aumenta al 22,9% ($R^2=,249$ y $R^2 \text{ corregida}=,229$). Así, la fórmula quedaría definida por la constante ($,569$), presencia de sintomatología depresiva ($,750$) y estar alojado en instituciones ($,873$).

La ansiedad de los **hombres latinoamericanos** se estudia a partir de las siguientes variables: Haber sido emigrante, Tiempo en España, Tener trabajo, Necesidad de vivienda, Estrategia de asimilación, Orientación hacia el país receptor, No tener cambio de estatus laboral, y Haber trabajado y estar actualmente en paro.

Al realizar el análisis de regresión se observa que sólo una de las variables, la necesidad de vivienda se introduce en el análisis, explicando el 7% ($R^2=,082$ y $R^2 \text{ corregida}=,070$). El ANOVA era significativo ($F(1,73)=6,53$; $p=,013$). El modelo se conforma por la constante ($,511$) y la necesidad de vivienda ($,561$).

Cuando se han incorporado las variables de estrés, satisfacción y sintomatología depresiva se observa que la sintomatología depresiva se introduce significativamente en el modelo ($F(2,71)=19,49$; $p=,000$). El porcentaje explicado aumenta al 33,6% ($R^2=,355$ y $R^2 \text{ corregida}=,336$). La

formula final se definiría a partir de la constante (,164), presencia de sintomatología depresiva (1,029) y necesidad de vivienda (,429).

En relación a las **mujeres de Latinoamérica** las variables predictoras introducidas han sido: Haber estado en paro, Acogida, Necesidad de asistencia médica, Tener trabajo y Estrategia asimilación ($F(3,122)=8,22$; $p=,000$). De estas variables 3 han quedado incluidas en el análisis de regresión (trabajo, estrategia asimilación y estar en paro) y que explican el 14,8% ($R^2=,168$ y $R^2_{\text{corregida}}=,148$). La ecuación de regresión es la siguiente: constante (1,65) y negativamente el trabajo (-,832), más estrategia de asimilación (,818) y haber estado siempre en paro (2,35).

Cuando se introduce el estrés, la satisfacción y la sintomatología depresiva en el análisis de regresión, se observa que la satisfacción y la sintomatología depresiva quedan incluidas junto a otras dos variables, trabajo y estrategia de asimilación ($F(4,121)=9,53$; $p=,000$). Este modelo explica el 21,5% de la variabilidad en la sintomatología ansiosa ($R^2=,240$ y $R^2_{\text{corregida}}=,215$) y se formula a partir de la constante (1,54), tener trabajo (en negativo) (-,977), tener estrategias de asimilación (,643) y baja satisfacción (,814).

Tabla 45. Análisis de regresión sobre la sintomatología ansiosa: género y cultura

	MAGREB				LATINOAMERICA			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	I*	II**	I	II	I	II	I	II
Constante	1,19	,625	,864	,569	,511	,164	1,65	1,54
Trabajo	-,520	--	--	--	--	--	-,832	-,977
Alojamiento instituciones	--	--	,983	,873	--	--	--	--
Necesidad de vivienda	--	--	--	--	,561	,429	--	--
Estrategia de asimilación	--	--	--	--	--	--	,818	,643
Haber estado siempre en paro	--	--	--	--	--	--	2,35	2,35
Sintomatología depresiva		,652		,750		1,029		
Baja satisfacción		--		--		--		,814
R ²	,053	,078	,122	,249	,082	,355	,168	,240
R ² corregida	,045	,070	,111	,229	,070	,336	,148	,215

*I= análisis de regresión realizado con las variables del proceso de aculturación que han resultado significativas en las correlaciones
 **II=análisis de regresión realizado incluyen el estrés , la satisfacción y la sintomatología depresiva

Sintomatología Somática

El análisis de regresión sobre la sintomatología presente en los **hombres magrebíes** se realiza con las siguientes variables predictoras: Motivo migratorio formación, Actitud de integración, No tener alojamiento, Necesidad de asistencia psicológica, Adaptación sociolaboral, Estrategia de integración y marginalización, y Orientación hacia la sociedad de origen y de acogida.

La realización del análisis muestra que la asistencia psicológica, el motivo migratorio por formación, actitudes de integración, no tener alojamiento y estrategias de marginalización son las variables que quedan introducidas en el modelo. Estas 5 variables explican el 25,2% de la variabilidad

en somatización ($R^2=,284$ y $R^2 \text{ corregida}=,252$). El ANOVA correspondiente al quinto y último paso es estadísticamente significativo ($F(5,114)=9,02$; $p=,000$).

La formulación del modelo de regresión sería la siguiente: la constante (2,92), necesitar asistencia psicológica (2,16), haber emigrado por motivos formativos (2,64), negativamente con la actitud de integración (-1,79), no tener alojamiento (1,90) y negativamente con las estrategias de marginalización (-1,82).

Al incluir las variables de estrés, satisfacción y sintomatología depresiva y ansiosa, se comprueba que la satisfacción, la ansiedad y la depresión quedan introducida en el modelo explicativo de la somatización junto con otras cuatro variables ($F(7,112)=15,48$; $p=,000$). Este modelo consigue que el porcentaje explicado aumente al 29% ($R^2=,492$ y $R^2 \text{ corregida}=,460$).

En este caso, la fórmula final quedaría definida por la constante (1,18), sintomatología depresiva (1,77), sintomatología ansiosa (1,52), necesitar asistencia psicológica (2,14), haber emigrado por motivos formativos (2,59), actitud de integración (en negativo) (-1,82), satisfacción moderada (1,07) y las estrategias de marginalización (-1,74).

Las variables predictoras en el estudio de la sintomatología somática de las **mujeres magrebíes** son: Actitud de integración y asimilación, Orientación hacia el país de origen, Tiempo en el País Vasco, Alojamiento en instituciones y alquiler, Adaptación, Autonomía, Necesidades de empadronamiento, Tener a los hijos/as cerca, Estrategias de marginalización e integración, y Orientación hacia el país de origen y receptor.

En el análisis de regresión se han incluido 4 variables (adaptación sociolaboral, estrategias de integración, alojamiento en piso de alquiler y tener a los hijos e hijas cerca) ($F(4,73)=11,46$; $p=,000$). Estas variables explican el 34,9% de la variabilidad en somatización ($R^2=,382$ y $R^2 \text{ corregida}=,349$).

La ecuación de regresión se definiría de la siguiente manera: constante (5,54) y negativamente con las siguientes variables, estar en adaptación sociolaboral (-1,74), la actitud de integración (-1,42), alojamiento en piso de alquiler (-1,55), y tener a los hijos e hijas cerca (-,988).

Al introducir el estrés, la satisfacción y la sintomatología depresiva y ansiosa en el análisis de la somatización se comprueba que los síntomas depresivos se introducen en el modelo junto a otras 5 variables ($F(6,71)=11,10$; $p=,000$). El porcentaje de somatizaciones explicado aumenta al 44% ($R^2=,484$ y $R^2 \text{ corregida}=,440$) y la fórmula quedaría definida por la constante (4,07) y negativamente con estar en adaptación sociolaboral (-1,09), negativamente con la actitud de integración (-1,21), negativamente con el alojamiento en pisos de alquiler (-1,45), síntomas depresivos (1,36), negativamente con tener a los hijos/as cerca (-,882) y ser autónoma socialmente (1,62).

En la población **masculina de Latinoamérica** las variables predictoras han sido las siguientes: Formación, Motivo migratorio formativo, Contacto endogrupo, Apoyo población autóctona, Estrategia de asimilación y separación.

El análisis de regresión consta de tres pasos en los que se incluye el contacto con el endogrupo, el motivo migratorio por formación y el apoyo percibido de la población autóctona. La variabilidad explicada es del 21,6% ($R^2=,248$ y R^2 corregida= $,216$). El ANOVA del último paso es estadísticamente significativo ($F(3,71)=7,80$; $p=,000$).

El modelo final sobre la somatización de los hombres latinoamericanos se forma con la constante (3,56) y negativamente con el contacto con el endogrupo (-1,43), motivo migratorio de formación (1,34) y negativamente con percibir apoyo de la población autóctona (-,834).

Al introducir el estrés, la satisfacción, la sintomatología depresiva y ansiosa, se comprueba que la sintomatología depresiva y el estrés pasan a formar parte del modelo explicativo de la somatización de los hombres latinoamericanos junto con el contacto que mantienen con el endogrupo ($F(3,70)=11,34$; $p=,000$). El porcentaje explicado aumenta ligeramente al 29,8% ($R^2=,327$ y R^2 corregida= $,298$) y el modelo de regresión se construye a partir de la constante (3,21), síntomas depresivos (1,25), contacto con el endogrupo (en negativo) (-1,25) y bajo estrés (en negativo) (-1,04).

Para la realización del estudio de la somatización de las **mujeres latinoamericanas** se han incluido las siguientes variables: Ocupación laboral provisional, Acogida, Adaptación sociolaboral, Autonomía, Necesidades (información, vivienda, asistencia médica y documentación), Situación jurídica y Estrategias de asimilación o separación.

En el análisis de regresión han quedado 4 variables, la adaptación sociolaboral, la necesidad de asistencia médica, situación jurídica resuelta y estrategias de asimilación. La variabilidad que explican estas variables es del 31,6% ($R^2=,338$ y R^2 corregida= $,316$). El ANOVA del cuarto paso es estadísticamente significativa ($F(4,121)=15,46$; $p=,000$).

La ecuación de regresión se define a partir de la constante (5,47) y negativamente estar en adaptación sociolaboral (-1,53), necesidad de asistencia médica (1,56), negativamente con la situación jurídica resuelta (-2,09) y más estrategia de asimilación (1,39).

La inclusión del estrés, la satisfacción y la sintomatología depresiva y ansiosa en el análisis de las somatizaciones muestra que los síntomas depresivos y ansiosos pasan a formar parte del modelo ($F(5,120)=18,08$; $p=,000$). El porcentaje explicado aumenta al 40,6% ($R^2=,430$ y R^2 corregida= $,406$). Así, el modelo de regresión se definiría a partir de la constante (4,13), síntomas depresivos (1,39), negativamente con estar en adaptación sociolaboral (-1,32), necesitar asistencia médica (1,24), síntomas ansiosos (,962) y negativamente con tener la situación jurídica resuelta (-1,61).

Tabla 46. Análisis de regresión sobre la somatización: género y cultura

	MAGREB				LATINOAMERICA			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	I*	II**	I	II	I	II	I	II
Constante	2,92	1,18	5,54	4,07	3,56	3,21	5,47	4,13
Tener hijos/as aquí	--	--	-,988	-,882	--	--	--	--
Adaptación sociolaboral	--	--	-1,74	-1,09	--	--	-1,53	-1,32
Autonomía social	--	--	--	1,62	--	--	--	--
Motivo migratorio por formación	2,64	2,59	--	--	1,34	--	--	--
No tener alojamiento	1,90	--	--	--	--	--	--	--
Alojamiento piso de alquiler	--	--	-1,55	-1,45	--	--	--	--
Situación jurídica resuelta	--	--	--	--	--	--	-2,09	-1,61
Necesitar asistencia psicológica	2,16	2,14	--	--	--	--	--	--
Necesitar asistencia médica	--	--	--	--	--	--	1,56	1,24
Contacto endogrupo	--	--	--	--	-1,43	-1,25	--	--
Apoyo población autóctona	--	--	--	--	-,834	--	--	--
Actitud de integración	-1,79	-1,82	-1,42	-1,21	--	--	--	--
Estrategia de marginalización	-1,82	-1,74	--	--	--	--	--	--
Estrategia integración	--	--	--	--	--	--	--	--
Estrategia de asimilación	--	--	--	--	--	--	1,39	--
Satisfacción moderada	--	1,07	--	--	--	--	--	--
Bajo estrés	--	--	--	--	--	-1,04	--	--
Sintomatología depresiva	--	1,77	--	1,36	--	1,25	--	1,39
Sintomatología ansiosa	--	1,52	--	--	--	--	--	,962
R ²	,284	,492	,382	,484	,248	,327	,338	,430
R ² corregida	,252	,460	,349	,440	,216	,298	,316	,406

*I= análisis de regresión realizado con las variables del proceso de aculturación que han resultado significativas en las correlaciones

**II=análisis de regresión realizado incluyen el estrés y la satisfacción

4 RESUMEN

Los objetivos principales de este estudio han sido conocer las características del ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante en general y atendiendo a las diferencias que pueden producirse en base al género y a la cultura.

En primer lugar se han analizados los niveles y prevalencia de estrés, satisfacción y sintomatología psicológica, y en segundo lugar se han descrito las variables que se asocian y que explican dichas variables. En ambos casos, se ha estudiado el ajuste psicológico y la salud mental teniendo en cuenta toda la población inmigrante en general, y haciendo subgrupos en función del género y de la cultura.

4.1 Ajuste psicológico

Al finalizar el estudio se puede concluir que el ajuste psicológico de la población inmigrante en su conjunto es bastante bueno, y mejor de lo que se esperaba al inicio de la investigación. Se

observa un mayor porcentaje de emociones positivas que negativas y los niveles de estrés percibido y de satisfacción con la vida son moderados.

En concreto, el 82% de la población confirma sentir **emociones** positivas, unas emociones que van acompañadas en muchas ocasiones de otras de corte depresivo (55,6%), de cansancio (30,5%), de rabia (24,7%) y/o de indiferencia y desprecio (9,1%).

En relación al **bienestar subjetivo**, las puntuaciones medias indican que el nivel de satisfacción con la vida está por encima del punto de corte (15,92 sobre 25) lo que quiere decir que la satisfacción de esta población es media. Sin embargo, los resultados cambian y son más específicos al analizar los diferentes grados de bienestar observando que el 14,9% tiene una baja satisfacción, el 52,6% una satisfacción moderada y que el 32,5% último afirma sentir un alto bienestar.

Los análisis realizados para estudiar la relación entre la satisfacción con la vida y el proceso migratorio revelan asociaciones significativas y delimitan variables que predicen el bienestar subjetivo. En concreto, el 31,4% de la satisfacción de la población inmigrante se explica a partir de tener contacto con el endogrupo, recibir apoyo de la población inmigrante, tener trabajo, percibir cercanía cultural, y en negativo, provenir de países del Magreb, necesitar asistencia psicológica y haber emigrado por motivos económicos.

A parte de estos 7 factores predictores, se han hallado correlaciones significativas, aunque bajas, con una serie de variables sociodemográficas, premigratorias y postmigratorias. En este sentido, la edad, tener hijos, la formación, el conocimiento del idioma, emigrar por motivos formativos, haber trabajado permanentemente en el país de origen, tener una alta orientación hacia la sociedad receptora, el tiempo transcurrido en España y País Vasco, vivir en alquiler o en piso propio, tener la situación jurídica resuelta y la autonomía social, se asocian positivamente con el bienestar. Sin embargo, ser hombre, no haber trabajado nunca, haber emigrado anteriormente a otro país, no tener alojamiento o vivir en instituciones, estar en situación de acogida, percibir discriminación y tener diferentes necesidades (documentación, empadronamiento, asistencia social y médica, trabajo y vivienda), correlacionan negativamente.

En cuanto a los niveles de **estrés percibido**, los análisis realizados muestran que las puntuaciones medias se sitúan por debajo del punto de corte de la escala, lo que indica niveles bajo-moderados de estrés (23,22 sobre 56). Al analizar los diferentes grados de intensidad, se comprueba que muy pocas personas perciben altos niveles de estrés (3,5%), y que aunque la mayoría confirma un estrés moderado (74,8%), el 21,7% de la población estudiada confirma no sentirse estresada.

Por otro lado, se comprueba que las variables sociodemográficas, premigratorias y postmigratorias utilizadas para describir el proceso de aculturación predicen muy poco porcentaje del estrés percibido, el 16,5%. La necesidad de vivienda, la discriminación percibida, el bajo nivel de estudios, la necesidad de asistencia psicológica, y en negativo estar en situación de autonomía

social, el apoyo de la población autóctona, ser estudiante y tener alojamiento propio serían las variables que conforman el modelo explicativo del estrés de la población inmigrante.

Además, hay que señalar que el estrés se asocia positivamente con provenir de países del Magreb, haber estado en el país de origen en paro y vivir actualmente en instituciones, y negativamente con la formación, el idioma, haber sido estudiante en el país de origen, el tiempo transcurrido en el País Vasco, el contacto con la población autóctona y la cercanía cultural percibida.

Una vez de haber estudiado el ajuste psicológico de la población inmigrante en general, se han llevado a cabo diferentes análisis teniendo en cuenta el género y la cultura de las personas inmigrantes, encontrando algunas diferencias relevantes.

En cuanto a las emociones, el número de personas que siente emociones depresivas y de indiferencia es similar en los cuatro grupos sin embargo, en el resto de emociones se encuentran diferencias estadísticamente significativas: en las mujeres magrebíes hay una menor prevalencia de emociones positivas, entre los hombres magrebíes existen más personas con emociones de rabia, y por último, hay menos mujeres magrebíes y más hombres magrebíes que señalan emociones de cansancio. Estos resultados no apoyan las hipótesis planteadas en cuanto a la experiencia emocional. Se esperaba la presencia de más emociones negativas en las mujeres y en las personas procedentes del Magreb, unos resultados que se dan parcialmente con las emociones de rabia, positivas y de cansancio.

Se comprueba que existe un efecto principal significativo de la cultura, tal y como se proponía en las hipótesis, sin embargo, en contra de lo esperado, no se encuentra este resultado con la variable género. Los hombres y las mujeres tienen los mismos niveles de estrés y de satisfacción con la vida, sin embargo, las personas de Latinoamérica muestran menos estrés y más satisfacción que las personas magrebíes. Al analizar las variables dependientes en base a los cuatro grupos que surgen al cruzar el género y la cultura, se observa que en el grupo del Magreb las mujeres muestran mayor bienestar mientras que en la población latinoamericana los hombres muestran más bienestar. Sin embargo en el nivel de estrés las puntuaciones de los cuatro grupos son similares.

Estos resultados, en relación a las puntuaciones medias varían ligeramente cuando se tienen en cuenta la prevalencia de estrés y de satisfacción. Los datos en cuanto a la satisfacción son acordes a los hallados en el MANOVA y en el análisis de la interacción: se observa que hay un mayor porcentaje de hombres magrebíes, en comparación con los otros grupos, que se siente insatisfechos, y la mitad de la población latinoamericana muestra una alta satisfacción, un porcentaje superior al mostrado en la población magrebí. Relativo al estrés, al analizar la prevalencia de los cuatro grupos, y contrariamente a lo que ocurría con las puntuaciones medias, se observan diferencias estadísticamente significativas, sin embargo la interpretación de los datos llega a la misma conclusión que se obtenía al analizar el efecto de la cultura: hay más personas latinoamericanas en comparación con las magrebíes, que perciben bajo estrés, sobre todo los hombres.

Tras el análisis del nivel de estrés y de satisfacción de los hombres y mujeres del Magreb y de Latinoamérica e independientemente del grado de ajuste psicológico mostrado por las personas inmigrantes, se estudian los factores predictores de dicho ajuste y se comprueba que las variables sociodemográficas, premigratorias y postmigratorias que actúan como factores explicativos varían de unos grupos a otros.

En relación al **estrés**, se comprueba que las variables del proceso de aculturación analizadas explican muy poco porcentaje de la variabilidad, entre el 11,1% y el 32,3%. En la población *masculina del Magreb*, el 16% de la percepción de estrés viene explicado por demandar una vivienda o una mejora de vivienda, y en negativo por tener a la familia y a la pareja cerca. El 17% del estrés percibido por las *mujeres magrebíes* se explica a partir de dos variables que son las necesidades de vivienda y el hecho de haber estado siempre en paro. En los *hombres latinoamericanos* el porcentaje de estrés explicado es algo superior al del resto de los grupos, el 32,3%. En este caso ser autónomo socialmente y tener apoyo de la población autóctona en negativo, y necesitar asistencia psicológica y optar por estrategias de integración en positivo explican el estrés. Por último, el 11,1% de estrés de las *mujeres de Latinoamérica* se explica por tener apoyo de la población autóctona en negativo y por tener necesidades de vivienda en positivo.

En cuanto a los niveles de **satisfacción**, el porcentaje explicado es superior al encontrado en los análisis realizados con el estrés percibido. En este sentido, se observa que el porcentaje explicado varía entre el 22,3% y el 36,1%. En la población *masculina del Magreb*, el 22,3% de la satisfacción se explica por tener trabajo, percibir cercanía cultural, tener a familiares cerca, tener contacto con las personas de su país y en negativo necesitar vivienda. Los niveles de satisfacción de las *mujeres magrebíes*, el 24,2%, viene explicado por tener contacto con las personas de su país, y en negativo por estar en una situación de acogida, estar alojadas en instituciones y no haber logrado trabajo en la sociedad receptora. En el grupo de *hombres de Latinoamérica* tener contacto con la población autóctona, tener a la pareja cerca, y haber emigrado anteriormente en negativo, explica el 27,8% de la satisfacción de esta población. Por último, el 36,1% de la satisfacción percibida por las *mujeres latinoamericanas* viene explicada por mantener contacto con las personas de su país y con el apoyo de la población autóctona en positivo, y en positivo con la percepción de cercanía cultura y las necesidades de asistencia médica y social.

4.2 Relación entre el ajuste psicológico y la salud mental

El nivel de ajuste psicológico de la población inmigrante está relacionado con su salud mental. El estrés correlaciona moderadamente con las tres áreas de sintomatología psicológica mientras que la satisfacción se relaciona negativamente con los síntomas depresivos y de ansiedad. Además, se encuentra una asociación negativa y moderada entre el estrés y la satisfacción, así como correlaciones positivas entre las áreas somáticas, depresivas y ansiosas.

Además de las correlaciones significativas, se ha estudiado la influencia que las variables del ajuste psicológico ejercen en la salud mental. Los resultados del path analysis revelan que el estrés influye positivamente en la manifestación de síntomas depresivos y ansiosos, y que la satisfacción influye negativamente en los síntomas depresivos y positivamente en los somáticos. Por otro lado, se ha analizado la influencia entre las diferentes áreas de salud mental hallando que la presencia de síntomas depresivos influye positivamente en la aparición de síntomas ansiosos y somáticos, así como la manifestación de síntomas ansiosos influye en la presencia de síntomas somáticos.

Estas relaciones se tienen en cuenta a la hora de estudiar las variables que explican la salud mental de las personas inmigrantes.

4.3 Salud mental

La población inmigrante percibe que tiene una buena salud, sin embargo las puntuaciones muestran que es peor que la que tenían en la sociedad de origen. Al tener en cuenta cómo valoran el cambio, se observa que el 20,7% siente que su salud ha empeorado y el 3,8% que ha mejorado.

Estas respuestas varían en función del género y de la cultura. Las mujeres magrebíes perciben que su salud es mejor que la del resto de grupos, tanto en origen como en el país receptor. Sin embargo, al considerar la valoración realizada sobre el estado de salud antes y después de emigrar se comprueba que ningún hombre de Latinoamérica percibe que su salud ha mejorado y que hay mayor número de hombres magrebíes y mujeres latinoamericanas que siente un deterioro de su salud.

En relación a la salud mental de la población inmigrante se comprueba que el 71% de la muestra presenta sintomatología de al menos un grupo sintomático, en concreto el 29,2% tiene síntomas de una de las áreas, el 22,2% de dos áreas y el 19,6% de las tres áreas. Estos resultados no difieren al analizarlos en función del género y de la cultura.

La sintomatología más presente en las personas inmigrantes es la ansiosa (50,5%), seguida de la somática (40%) y por último la depresiva (38,3%). El género y la cultura no condicionan la prevalencia de sintomatología, excepto en el área somática en la que se observa que hay menos mujeres magrebíes que las muestran.

Al analizar las puntuaciones medias obtenidas en cada área sintomática se encuentra un efecto principal significativo de la cultura y del género. Las puntuaciones en sintomatología depresiva y somática son similares en los hombres y en las mujeres, sin embargo éstas muestran significativamente más síntomas ansiosos. En cuanto al origen cultural, las personas de Latinoamérica presentan más somatizaciones que las del Magreb, no obstante las respuestas en los síntomas ansiosos y depresivos son similares.

Estos resultados son parecidos a los hallados al estudiar la prevalencia de sintomatología en los cuatro grupos. Se observa que el porcentaje de personas que muestran síntomas depresivos y ansiosos no varía de un grupo a otro, mientras que en la sintomatología somática se comprueba que las mujeres magrebíes muestran significativamente menos síntomas que los hombres y mujeres latinoamericanas.

Cuando se estudia la relación entre las variables del proceso migratorio y la salud mental, se han obtenido modelos que predicen un bajo porcentaje de la variabilidad de respuestas. Es decir, las variables seleccionadas para describir el proceso de aculturación explican un bajo porcentaje de la sintomatología, concretamente el 6,4% de la sintomatología ansiosa, el 12,5% de la depresiva y el 21% de la somática.

Los **síntomas ansiosos** que muestra la población inmigrante se explican a partir de las siguientes variables en negativo: tener trabajo, ser hombre, practicar cualquier religión y tener familiares cerca. Asimismo, al incorporar en los análisis el ajuste psicológico y los síntomas depresivos, se comprueba que la satisfacción y la sintomatología se introducen significativamente en el modelo, aumentando la varianza explicada al 16,4%.

Las variables y el porcentaje explicado varían cuando se considera el género y el origen cultural de las personas. Así, en las mujeres de Latinoamérica tener estrategias de asimilación, haber estado siempre en paro, y tener trabajo en negativo predice el 14,8% de la variabilidad. En el resto de los grupos, sólo se encuentra una variable significativa: en la población masculina del Magreb, tener trabajo en negativo (4,5%), en las mujeres magrebíes estar alojada en instituciones (11,1%) y en los hombres latinoamericanos la necesidad de vivienda o de mejorarla (7%).

Cuando en estos análisis se incorporan el ajuste psicológico y la sintomatología depresiva, la variabilidad de ansiedad explicada aumenta en todos los grupos. En el modelo de las mujeres latinoamericanas se incluye significativamente la satisfacción con la vida aumentando el porcentaje explicado al 21,5%. En el resto es la sintomatología depresiva la que se introduce en los modelos significativamente logrado aumenta el porcentaje al 7% en los hombres magrebíes, al 22,9% en las mujeres magrebíes y al 22,6% en los hombres latinoamericanos.

En cuanto a los **síntomas depresivos**, haber emigrado para mejorar la formación, tener entre 35 y 44 años y estar alojado en instituciones, y en negativo tener trabajo, tener la situación jurídica resuelta y ser practicante de cualquier religión, explican el 12,5% de la variabilidad. Este porcentaje aumenta al 19,8% cuando se incorpora en el análisis las variables de ajuste psicológico, en el que queda incluida significativamente la satisfacción.

Al tener en cuenta el género y la cultura, las variables y el porcentaje explicado varía de un grupo a otro. En la población masculina del Magreb, el 18,2% de la depresión se predice a partir de encontrarse en situación de acogida y de tener actitudes de marginalización. En las mujeres magrebíes, la cercanía cultural percibida en negativo explica el 9,3% la sintomatología depresiva. En

los hombres latinoamericanos, las variables predictoras son haber emigrado por motivos formativos, llevar más de 5 años en el País Vasco, y en negativo, con tener contacto con las personas del endogrupo (25,3%). Y finalmente, en las mujeres latinoamericanas, el 15,6%, se explica por el tiempo que llevan en el País Vasco, en concreto dos intervalos, más de 5 años, o entre 1 y 3 años.

La incorporación de la satisfacción y del estrés en el estudio de la sintomatología depresiva de estos grupos no puede mejorar los modelos encontrados en las mujeres latinoamericanas y magrebíes. Sin embargo, en los hombres del Magreb el estrés se incluye significativamente en el modelo consiguiendo explicar un 15,3%, y en los hombres latinoamericanos la satisfacción y el estrés aumentan la varianza explicada al 38,1%.

Por último, la **sintomatología somática** en la población general, se predice a partir de haber emigrado por motivos económicos, tener actitudes de asimilación, no tener alojamiento, tener necesidad de asistencia psicológica y estrategias de separación, y en negativo por estar en adaptación sociolaboral, ser magrebí y tener formación primaria y secundaria.

Al tener en cuenta el ajuste psicológico y la sintomatología depresiva y ansiedad en el análisis de las somatizaciones, el porcentaje explicado aumenta al 33%, siendo los síntomas depresivos y ansiosos los que se incluyen significativamente en el modelo.

En los hombres magrebíes, el 25,2% de las somatizaciones, puede predecirse a partir de tener necesidades de asistencia psicológica, haber emigrado por motivos formativos, no tener alojamiento, y en negativo con la actitud de integración y tener estrategias de marginalización. El porcentaje explicado aumenta al 46% cuando en el modelo se incluyen los síntomas ansiosos, depresivos y la satisfacción. En las mujeres magrebíes, la estrategia de integración, estar en adaptación sociolaboral, tener actitudes de asimilación y tener a los hijos e hijas cerca predice el 58,4% de la variabilidad. Al realizar los análisis con las variables de ajuste psicológico y salud mental, en el modelo se incluye significativamente la depresión y explica el 44% de la varianza. En los hombres de Latinoamérica, el 21,6%, se explica por haber emigrado por motivos formativos, y en negativo con el contacto con el endogrupo y el apoyo de la población autóctona. El modelo mejora cuando se incorporan las medidas de ajuste psicológico y salud mental. Así, la depresión y el estrés quedan incluidas significativamente y consiguen explicar el 29,8%. Por último, en las mujeres latinoamericanas, el 31,6% de la variabilidad en somatización viene explicado por tener necesidades de asistencia médica y tener estrategias de asimilación en positivo, y en negativo estar en adaptación sociolaboral y tener resuelta la situación jurídica. La sintomatología depresiva y la ansiosa, al pasar a formar parte del modelo, aumentan la varianza explicada al 40,6%.

**CAPITULO IX. ESTUDIO 3: AJUSTE PSICOLÓGICO Y
SALUD MENTAL: población inmigrante y autóctona**

El objetivo general de este tercer estudio consiste en analizar el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante en comparación con la población autóctona, teniendo en cuenta el género y los diferentes orígenes culturales.

Para llevar a cabo este trabajo, en primer lugar se analizan las características y la situación de la población autóctona. Y en segundo lugar, se comparan los resultados obtenidos sobre el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante y de la población autóctona, analizando las respuestas en base al género y a los tres grupos culturales analizados (personas autóctonas, latinoamericanas y magrebíes).

Las hipótesis que van a guiar el estudio son las siguientes:

Hipótesis 3.1: La población autóctona mostrará altos niveles de satisfacción y bajos niveles de estrés y sintomatología psicológica.

Hipótesis 3.2: Las características sociodemográficas y psicosociales de la población autóctona tendrán bajo poder predictivo del estrés, de la satisfacción y de los síntomas depresivos, ansiosos y somáticos.

Hipótesis 3.3: El nivel de ajuste psicológico influirá en la salud mental de la población autóctona. En concreto, el estrés influirá positivamente en la manifestación sintomatológica mientras que la satisfacción lo hará negativamente. Asimismo, la presencia de síntomas de un área tendrá un efecto positivo en la manifestación de síntomas de otras áreas.

Hipótesis 3.4: Las personas inmigrantes mostrarán un peor ajuste psicológico en comparación con la población autóctona. En concreto, se espera una mayor prevalencia de emociones negativas y menor de emociones positivas, mayores niveles de estrés y menos satisfacción con la vida en las personas inmigrantes.

Hipótesis 3.5: La salud mental de la población inmigrante será peor que la mostrada por la población autóctona, de modo que se espera encontrar más personas con problemas de salud mental, mayor cormobilidad y mayor prevalencia de sintomatología depresiva, somática y ansiosa.

Hipótesis 3.6: Las mujeres inmigrantes y autóctonas presentarán una mayor manifestación emocional, un peor ajuste psicológico y mayor sintomatología que los hombres inmigrantes y autóctonos.

Hipótesis 3.7: En la explicación del ajuste psicológico y de la salud mental la situación psicosocial tendrá un mayor peso explicativo en la población inmigrante que en la población autóctona.

1 CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA

Contar con la participación de una muestra representativa de la población vasca permite conocer las características sociodemográficas y psicosociales, el bienestar psicológico y la salud mental de la sociedad que recibe a la población inmigrante objeto de este estudio.

En este apartado se describe el perfil psicosocial de las mujeres y de los hombres vascos, presentando en la medida de lo posible, las mismas variables estudiadas anteriormente con la población inmigrante. De este modo, aunque se han realizado algunas modificaciones en el instrumento utilizado para la investigación, se detallan las características sociodemográficas, la situación socioeconómica y las redes sociales de la población autóctona.

Antes de pasar a describir los perfiles psicosociales es conveniente detallar las características de la muestra en cuanto a sexo y edad, ya que son los aspectos que se han controlado y que aseguran que la muestra sea representativa de la población autóctona. El 49,7% son mujeres y el 5,3% hombres con una media de edad de 44,76 años, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($t=-2,529$; $p=,713$). En este sentido, las características en relación a estas variables son similares a los datos que ofrecen las fuentes estadísticas sobre las personas del País Vasco (INE, 2008: edad media para 47,75 años y porcentaje de sexo 51,44% mujeres y 48,55% hombres).

Gráfico 4. Distribución en función de la edad

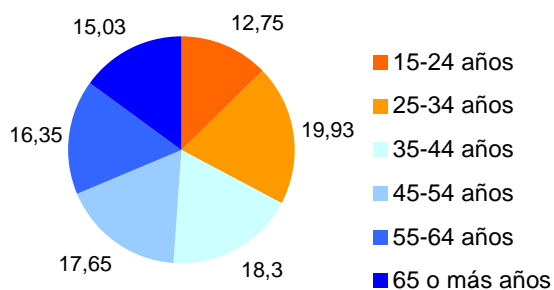
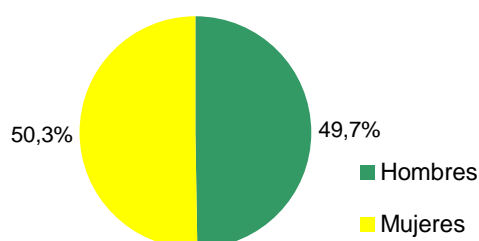
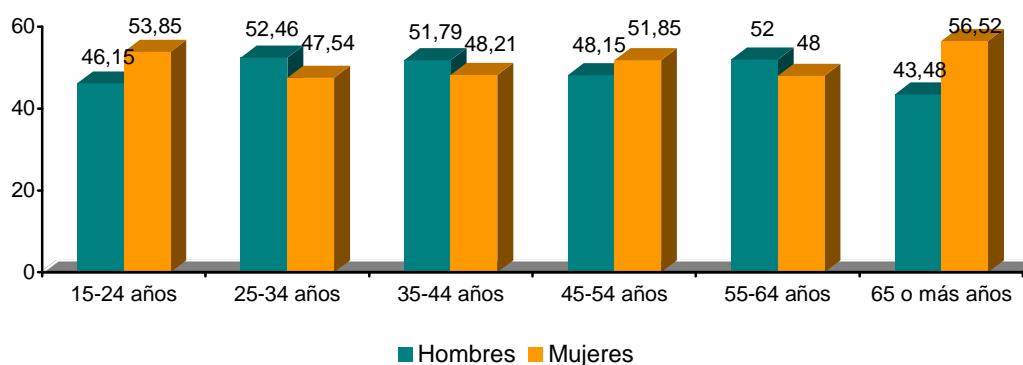


Gráfico 5. Distribución en función del sexo



La distribución de hombres y mujeres en cada grupo de edad de la muestra de este estudio y que se presenta en el siguiente gráfico (*Gráfico 6*), sigue las directrices que muestran el patrón población según el INE (2008): 15-24 años (51,27% hombres y 48,73% mujeres), 25-34 años (51,57% hombres y 48,43% mujeres), 35-44 años (5,92% hombres y 49,08% mujeres), 45-54 años (49,42% hombres y 5,58% mujeres), 55-64 años (48,89% hombres y 51,11% mujeres), y, 64 o más años (41,67% hombres y 58,33% mujeres).

Gráfico 6. Distribución de la muestra en función de la edad y del sexo



1.1 Características sociodemográficas y situacionales

1.1.1 Variables sociodemográficas

En este apartado se recogen aspectos sociodemográficos que hacen alusión al lugar de nacimiento (Comunidad autónoma del País Vasco u otra comunidad), a la experiencia migratoria en otro país, a las características respecto a la familia (el estado civil, y, la situación en cuanto a pareja e hijos-hijas) y el nivel de estudios alcanzado (*Tabla 47*). Además se pregunta por las creencias religiosas, y en el caso de que afirmen seguir alguna religión, se pregunta por el grado en que lo practican.

En relación al **lugar de nacimiento** se diferencia entre aquellas personas que han nacido en la Comunidad autónoma del País Vasco (CAPV) y entre aquellas que son originarias de otras regiones porque estas últimas también han emigrado y representan a la población inmigrante interna. Se observa que de las personas entrevistadas el 86,3% ha nacido en la CAPV y el 13,7% restante, proviene de otras comunidades. Al especificar por sexos, se comprueba que hay más hombres que han nacido en otras regiones, el 18,2% en comparación al 9,2% de las mujeres ($X^2(1)=5,19$; $p=,023$).

La **experiencia migratoria vivida en otro país**, se refiere a aquella parte de la población entrevistada que ha vivido en otros países, lo que quiere decir que ha sido emigrante externa y que ha

tenido una experiencia migratoria probablemente similar a la de las personas que proceden de otros países. El 17,3% de las personas entrevistadas ha vivido en otros países. Las diferencias observadas entre hombres y mujeres las diferencias no son significativas significativas ($X^2(1)=1,99$; $p=,158$).

La **estructura familiar** se define teniendo en cuenta el estado civil, el porcentaje de personas que tiene pareja, la nacionalidad de la pareja, y por último, el número de personas que tienen hijos o hijas. Los análisis demuestran que la situación familiar de los hombres y de las mujeres guipuzcoanas es muy parecida y que las diferencias no son significativas.

Tal y como se comprueba en la siguiente tabla (*Tabla 47*) la mitad de la población está casada, un tercio soltera, alrededor del 10% vive en pareja, y es muy bajo el porcentaje de personas separadas o viudas, 6,9% y 3,2% respectivamente ($X^2(4)=8,06$; $p=,089$).

Independientemente del cual sea el estado civil, el 76,2% de las personas entrevistadas tiene pareja, y de este porcentaje, en el 3,2% de los casos la pareja es de otro país ($X^2(1)=,78$; $p=,375$), una situación similar en hombres y mujeres.

El porcentaje de mujeres que tiene al menos un hijo o hija es mayor que el de los hombres, aunque tal y como se ha señalado anteriormente estas diferencias no son estadísticamente significativas ($X^2(1)=2,31$; $p=,128$), por lo que se puede afirmar que casi el 60% de la muestra es padre o madre.

El **nivel educativo** de las personas participantes en este estudio es bueno, tan sólo el 5,3% no ha estudiado, aunque sabe leer y escribir. El 23,2% tiene estudios primarios, el 28,8% secundarios, el 16,3% ha realizado cursos de formación superior o una diplomatura y el 26,5% último tiene una licenciatura. Las características en cuanto al nivel de formación no son estadísticamente diferentes entre hombres y mujeres ($X^2(5)=3,19$; $p=,671$).

En cuanto a la **religión** no hay diferencias entre hombres y mujeres, más de la mitad de la población guipuzcoana se define católica, un 3,3% de otras religiones, un ,7% evangelista y un ,7% protestante. El 22,5% es atea y el 19,3% agnóstica. El grado de práctica religiosa en general es bajo, aunque el grado de práctica de las mujeres es significativamente más alto que el de los hombres ($t=-2,52$; $p=,012$).

Tabla 47. Variables sociodemográficas de las mujeres y hombres autóctonos

	Total	MUJERES	HOMBRES
Lugar de nacimiento*			
CAPV	86,3%	9,8%	81,8%
Otras comunidades	13,7%	9,2%	18,2%
	$X^2(1)=5,19; p=,023$		
Ha vivido en otros países	17,3%	2,4%	14,3%
	$X^2(1)=1,99; p=,158$		
Estado civil			
Casado/a	47,7%	47,4%	48,1%
Soltero/a	3,1%	25%	35,1%
Separado/a	3,9%	4,6%	3,2%
Viudo/a	6,2%	9,2%	3,2%
Vive en pareja	12,1%	13,8%	1,4%
	$X^2(4)=8,06; p=,089$		
Estruc. Familiar			
Tiene pareja	76,2%	78,4%	74%
	$X^2(1)=,78; p=,375$		
Pareja extranjera	3,2%	3,5%	2,6%
Tiene hijos	57,5%	61,8%	53,2%
	$X^2(1)=2,31; p=,128$		
Nivel de estudios			
No tiene estudios	,7%	,7%	,6%
Sabe leer y escribir	4,6%	5,9%	3,2%
Primarios	23,2%	21,1%	25,3%
Secundarios	28,8%	29,6%	27,9%
Diplomatura	16,3%	18,4%	14,3%
Licenciatura	26,5%	24,3%	28,6%
	$X^2(5)=3,19; p=,671$		
Religión			
Católica	53,6%	61,2%	46,1%
Evangelista	,7%	--	1,3%
Protestante	,7%	,7%	,6%
Otro	3,3%	3,3%	3,2%
Atea	22,5%	17,8%	27,3%
Agnóstica	19,3%	17,1%	21,4%
	$X^2(5)=9,03; p=,108$		
Práctica religiosa*	2,53 (d.t.=1,23)	2,74 (d.t.=1,29)	2,28 (d.t.=1,12)
	$t=-2,52; p=,012$		

* De 1-Nada a 5-Mucho

1.1.2 Variables situacionales: integración socioeconómica y redes sociales

1.1.2.1 Factores de Integración Socioeconómica

Los factores de integración socioeconómica se definen a partir de la descripción de las condiciones de vivienda, la situación laboral, la responsabilidad de las tareas del hogar y las diferentes necesidades que la población autóctona pueda tener en aspectos que se consideran básicos en un estado de bienestar (Javaloy, 2001).

En cuanto a la **vivienda**, la situación de las mujeres y hombres guipuzcoanos es muy parecida ($X^2(2)=,509$; $p=,775$). Se observa que el alquiler es la opción más común entre la población guipuzcoana, concretamente el 67,6% de las personas se aloja de este modo. El 12,1% vive en piso propio y el 2,3% restante se encuentra en otro tipo de situación, generalmente en casa de sus padres o de alguna persona de su familia.

En relación al **estatus laboral**³, de la muestra entrevistada tan sólo el 1% se encuentra en paro, más de la mitad tiene un trabajo permanente y el 11,1% un trabajo temporal. El 15,4% está jubilada, el 13,4% está estudiando y el 5,2% se dedica a las tareas del hogar. La situación de la mujer guipuzcoana con relación al trabajo remunerado y en comparación con la del hombre es significativamente peor ($X^2(5)=14,38$; $p=,013$). Son menos las que tienen un trabajo permanente y más las que tienen un trabajo temporal, se encuentran en paro y/o se dedican sólo a las tareas del hogar. Estos datos han de ser leídos con cautela, en tanto que las opciones de respuesta se refieren no sólo al trabajo, sino que existen posibilidades tales como el estudio o las tareas del hogar.

Por último, al analizar la responsabilidad sobre las **tareas domésticas**, se observa que el 38,2% realiza más de la mitad de las tareas del hogar. Las diferencias entre hombres y mujeres son estadísticamente significativas, alrededor del 45% de los hombres hace menos del 25% del trabajo doméstico mientras que ese mismo porcentaje de mujeres se encarga de más de tres partes de las tareas del hogar. En total, el 62,4% de las mujeres se responsabiliza de más de la mitad del trabajo doméstico en comparación con el 13,6% de los hombres. Hay que tener en cuenta que el 9,2% de las mujeres se dedica exclusivamente a las tareas del hogar, pero este porcentaje dista mucho del número total de mujeres que sobrellevan la casa ($X^2(3)=77,20$; $p=,000$).

Las **necesidades** definidas en este apartado versan en relación a la necesidad de asistencia médica, psicológica y social, el logro o mejora de la vivienda, búsqueda o mejora de trabajo, y por último, de información sobre organismos en general. Los datos recogidos señalan que por lo general la población vasca no acusa demasiadas necesidades, ya que en todos los casos el porcentaje de las mismas se sitúa entre el 13,4% y el 28,1%. La necesidad de asistencia médica es la más demandada, sobre todo entre las mujeres siendo la diferencia respecto a los hombres estadísticamente significativa, un 36,2% frente al 2,1% ($X^2(1)=9,75$; $p=,001$). En el resto de necesidades, las respuestas de hombres y mujeres son similares no existiendo diferencias estadísticamente significativas. De este modo, después de la asistencia médica, la búsqueda de información sobre organismos e instituciones, y, la obtención o mejora de la vivienda es una cuestión que necesita aproximadamente el 20% de la población, seguida de la necesidad de trabajo, asistencia social y asistencia psicológica, que se acerca más al 15%.

³ La recogida de la información fue en el 2008, anterior a la crisis económica

Tabla 48. Variables sociodemográficas de las mujeres y hombres autóctonos

	Total	MUJERES	HOMBRES
Ocupación laboral			
Trabajo permanente	53,9%	46,7%	61%
Trabajo provisional	11,1%	13,2%	9,1%
En Paro	1%	1,3%	,6%
Jubilación	15,4%	14,5%	16,2%
Tareas del hogar	5,2%	9,2%	1,3%
Estudiante	13,4%	15,1%	11,7%
	$\chi^2(5)=14,38; p=,013$		
Vivienda			
Propio	12,1%	12,5%	11,7%
Alquiler	67,6%	65,8%	69,5%
Otro	2,3%	21,8%	18,8%
	$\chi^2(2)=,509; p=,775$		
Trabajo doméstico*			
0-25%	32,3%	17,4%	47,3%
26-50%	29,5%	2,2%	39,3%
51-75%	1,1%	18,2%	2,1%
76-100%	28,1%	44,2%	11,5%
	$\chi^2(3)=77,20; p=,000$		
Necesidades			
Asistencia médica	28,1%	36,2%	2,1%
	$\chi^2(1)=9,75; p=,001$		
Asistencia psicológica	13,4%	15,2%	11,7%
	$\chi^2(1)=,823; p=,230$		
Asistencia social	14,4%	15,8%	13%
	$\chi^2(1)=,488; p=,296$		
Conseguir trabajo	16%	17,8%	14,3%
	$\chi^2(1)=,688; p=,250$		
Obtener/mejorar vivienda	18,8%	2,1%	17,5%
	$\chi^2(1)=,336; p=,333$		
Información	23%	2,5%	25,3%
	$\chi^2(1)=,991; p=,195$		

1.1.2.2 Redes Sociales

Por redes sociales se entiende el grado de contacto y el nivel de apoyo percibido por parte de la población autóctona y respecto a la población inmigrante en general y con dos grupos culturales en particular (Latinoamérica y Magreb).

Se analiza el porcentaje de personas que tienen trato con personas procedentes de otros países y se detalla el tipo de relación que establecen. Además, se mide el grado de contacto y el nivel de apoyo percibido por parte de diferentes grupos culturales.

Relación con la población inmigrante

Uno de los primeros aspectos a tener en cuenta es si el grupo local mantiene **relaciones con personas que proceden de otros países**. Por la influencia que pueda tener el origen cultural en el trato con otras personas, se ha preguntado a una parte de la muestra cuestiones sobre el grupo magrebí y a otra parte de la muestra sobre la población de Latinoamérica.

La población vasca que ha respondido sobre las **personas del Magreb**, revela que tan sólo el 3,3% tiene trato con personas procedentes de Marruecos y de Argelia, no existiendo diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ($X^2(1)=,964$; $p=,223$). En cuanto al tipo de relación, en la mayoría de los casos les definen como personas conocidas o del entorno laboral, no habiendo en ningún caso relación familiar, tanto en los hombres como en las mujeres ($X^2(3)=,233$; $p=,972$).

La información recogida sobre la **población latinoamericana**, indica que alrededor del 67% de los hombres y mujeres vascas tratan con personas procedentes de países latinoamericanos ($X^2(1)=,131$; $p=,441$), siendo el contacto bastante cercano. Aunque muchas personas califican el trato que mantienen con la población inmigrante como de “gente conocida” o de “relaciones laborales”, es mayor la población que las denomina como “amigas o familiares” ($X^2(3)=3,69$; $p=,449$).

Las diferencias en cuanto al trato con los diferentes grupos culturales es estadísticamente significativo; las personas autóctonas se relacionan más con las personas de Latinoamérica que con las del Magreb ($X^2(1)=28,03$; $p=,000$) y además estas relaciones son más cercanas en la medida en que hay más personas calificadas como amigas o familiares ($X^2(4)=15,49$; $p=,004$).

Tabla 49. Relaciones con la población inmigrante

	Total		MUJERES		HOMBRES	
	Magreb	Latino.	Magreb	Latino.	Magreb	Latino.
Tienen relación con inmigrantes $X^2(1)=,964$; $p=,223$ (Magreb) $X^2(1)=,131$; $p=,441$ (latino.)	3,3%	67,6%	34,6%	69,4%	25,5%	66%
Tipo de relación						
Vecinal	2%	2%	6,3%	6,1%	8,3%	--
Conocido-a	15,2%	11,8%	56,3%	18,2%	50%	17,6%
Laboral	6,1%	2,6%	18,8%	36,4%	25%	26,5%
Amistad	5,1%	25,5%	18,8%	33,3%	16,7%	44,1%
Familiar	--	5,9%	--	6,1%	--	11,8%
$X^2(3)=,233$; $p=,972$ (Magreb) $X^2(3)=3,69$; $p=,449$ (Latino.)						

Contacto y apoyo de la población inmigrante y autóctona

Las redes sociales se han medido teniendo en cuenta el nivel de contacto y el grado de apoyo percibido por parte de las personas autóctonas y de la población inmigrante en general. Y en segundo lugar se ha analiza el contacto y apoyo con un grupo cultural determinado (Magreb o Latinoamérica).

El **contacto** que se mantiene con otras personas autóctonas es alto (4,27 sobre 5), sin embargo, con la población inmigrante se define como bajo (2,11 sobre 5). Las respuestas ofrecidas por los hombres y por las mujeres son muy parecidas en estos dos aspectos, no habiendo diferencias estadísticamente significativas ($t=,145$; $p=,885$) y ($t=-,896$; $p=,371$).

El nivel de **apoyo** que la población local percibe por parte de las personas autóctonas es medio alto (3,64 sobre 5), encontrando puntuaciones más altas entre las mujeres que entre los hombres ($t=-2,237$; $df=284,08$; $p=,026$). Por otro lado, el apoyo que se recibe por parte de las personas inmigrantes, es bajo (1,70 sobre 5), tanto en los hombres como en las mujeres, ($t=1,37$; $p=,169$).

Una vez analizadas las redes sociales con la población autóctona e inmigrante, se estudia el grado de contacto y el nivel de apoyo percibido por parte del grupo magrebí y latinoamericano. El grado de contacto que las personas autóctonas mantienen con el **grupo magrebí** es muy bajo (1,55 sobre 5), así como el nivel de apoyo recibido (1,38 sobre 5). En ambos casos, las respuestas de las mujeres y de los hombres son muy parecidas, por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas ($t=-1,097$; $p=,276$) y ($t=-,043$; $p=,966$). Cuando se trata de la **población de Latinoamérica** las puntuaciones aumentan ligeramente. El nivel de contacto se describe como medio bajo (2,36 sobre 5) y el grado de apoyo percibido como bajo (2,11 sobre 5), no existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres ($t=1,369$; $p=,175$) y ($t=1,580$; $p=,117$).

Al analizar las diferencias en el grado de contacto y de apoyo que la población autóctona establece con las personas del Magreb y de Latinoamérica, se comprueba que dichas diferencias son estadísticamente significativas: tanto en el nivel de contacto ($t=-5,584$; $p=,000$) como el nivel de apoyo ($t=-4,722$; $p=,000$) es mayor con la población latinoamericana.

Tabla 50. Redes sociales de la población autóctona

	Total		MUJERES		HOMBRES	
Contacto *						
Población inmigrante	2,08 (d.t.=1,03)		2,13 (d.t.=1,04)		2,02 (d.t.=1,02)	
$t=-,896$; $p=,371$						
Población autóctona	4,27 (d.t.=,91)		4,27 (d.t.=,89)		4,28 (d.t.=,93)	
$t=,145$; $p=,885$						
Apoyo *						
Población inmigrante	1,70 (d.t.=,98)		1,62 (d.t.=,92)		1,78 (d.t.=1,04)	
$t=1,37$; $df=291$; $p=,169$						
Población autóctona	3,64 (d.t.=1,14)		3,79 (d.t.=1,04)		3,49 (d.t.=1,22)	
$t=-2,237$; $p=,026$						
	Magreb	Latino.	Magreb	Latino.	Magreb	Latino.
Contacto *						
Población inmigrante	1,55 (d.t.=,85)	2,37 (d.t.=1,15)	1,64 (d.t.=,89)	2,20 (d.t.=,98)	1,45 (d.t.=,80)	2,51 (d.t.=1,27)
$t=-1,097$; $p=,276$ (magreb) $t=1,369$; $p=,175$ (latino.)						
Apoyo *						
Población inmigrante	1,38 (d.t.=,74)	2,11 (d.t.=1,32)	1,38 (d.t.=,73)	1,89 (d.t.=1,13)	1,38 (d.t.=,73)	2,30 (d.t.=1,46)
$t=-,043$; $p=,966$ (magreb) $t=1,580$; $p=,117$ (latino.)						

* De 1 nada a 5 mucho

2 NIVEL DE AJUSTE PSICOLÓGICO DE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA

El ajuste psicológico de la población autóctona se describe utilizando los mismos criterios y medidas que han servido para describir e interpretar la situación de la población inmigrante. En este sentido se describe la situación emocional de las personas autóctonas así como el grado de estrés percibido y su nivel de satisfacción con la vida.

2.1 Descripción del ajuste psicológico

La descripción del ajuste psicológico se realiza presentando las características de la población en relación a su situación emocional, el estrés que perciben en la sociedad receptora, así como sus niveles de satisfacción con la vida.

2.1.1 *Análisis previos*

Para describir la **situación emocional** y profundizar en la estructura y dimensiones de las variables afectivas se ha realizado un análisis factorial con rotación varimax, cuya solución final ha arrojado cinco factores que explican el 52,57% de la varianza. A partir de estos análisis se obtienen unos factores o grupos que engloban diferentes variables y que facilitan la interpretación de las emociones. Los grupos de emociones quedan descritos de la siguiente manera:

- **Emociones depresivas:** este primer factor explica el 16,79% de la varianza y está compuesto por cuatro emociones: miedo, angustia, rabia y tristeza;
- **Emociones de discriminación:** este grupo se describe a partir de emociones como la vergüenza, indiferencia, desprecio, engaño y rechazado. Constituyen el segundo factor y representan el 13,22% de la varianza total;
- **Emociones de esperanza:** el tercer factor (8,30%) agrupa la esperanza, la confianza y la tranquilidad;
- **Emociones de alegría:** el orgullo, la alegría y satisfacción forman el cuarto factor y representan el 7,27% de la varianza;
- **Emociones de cansancio y soledad:** este último factor explica el 6,67% de la variabilidad emocional y recoge las emociones de cansancio y soledad.

Tabla 51. Matriz de componentes rotados (55,81% de la varianza explicada)

	Componentes				
	1	2	3	4	5
Emociones Depresivas: 16,79%					
Miedo	,738				
Angustia	,687				
Rabia	,586				
Tristeza	,528				
Emociones de Marginación: 13,32%					
Vergüenza		,691			
Indiferencia		,574			
Desprecio		,572			
Engaño		,565			
Rechazado		,443			
Emociones de Esperanza: 8,30%					
Esperanza			,754		
Con confianza			,696		
Tranquilidad			,517		
Emociones de Alegría: 7,27%					
Orgullo				,716	
Alegría				,692	
Satisfecho				,507	
Emociones de cansancio y soledad: 6,67%					
Cansancio					,681
Soledad					,641

Una vez de realizar el análisis factorial y de conocer su estructura factorial, se compara con los factores obtenidos con la población inmigrante. Se observa que los factores son diferentes en una población y en otra, lo que imposibilita la comparación entre ambos grupos. Como el objetivo de estudiar el ajuste psicológico de las personas autóctonas es poder compararlo con las características de las inmigrantes, se ha tomado la decisión de recategorizar las 17 emociones en 5 nuevas variables siguiendo el mismo criterio utilizado con la población inmigrante. Emociones positivas (confianza, satisfacción, alegría, orgullo, esperanza y tranquilidad), emociones depresivas (angustia, soledad, tristeza y miedo), emociones de vergüenza (cansancio, engaño y vergüenza), emociones de rabia (rabia y rechazo) y emociones de indiferencia y desprecio (indiferencia y desprecio).

2.1.2 Niveles de ajuste psicológico de la población autóctona

El nivel de ajuste psicológico de las personas autóctonas es bastante bueno. Muestran más emociones positivas que negativas, se sienten satisfechas con su vida y el estrés percibido es moderado (Tabla 52).

La mayoría de las personas autóctonas confirma sentir **emociones** positivas (el 91,8%) y aunque también se observa la manifestación de emociones consideradas negativas, su presencia es mucho menor. El 35,9% muestra emociones de cansancio, el 25,2% depresivas, el 13,1% de rabia y el 11,4% de indiferencia. En relación a la manifestación emocional de hombres y mujeres, se comprueba que las mujeres sienten más emociones de cansancio y menos de indiferencia que los hombres ($X^2(1)=4,97$; $p=,017$ y $X^2(1)=3,74$; $p=,039$). Sin embargo, en el resto de variables, las respuestas ofrecidas no varían en función del sexo.

Los niveles y la prevalencia de **satisfacción** con la vida y de estrés de la población autóctona no son diferentes estadísticamente entre hombres y mujeres. Respecto al bienestar, las puntuaciones medias superan el punto de corte (15) lo que señala que la población autóctona se siente bastante satisfecha (18,44 sobre 25). Tan sólo el 3,6% de las personas afirman sentir poca satisfacción con su vida, mientras que el bienestar del 55,3% es moderado y del 41,1% es alto.

Por último, el nivel de **estrés** percibido se sitúa por debajo del punto de corte (26) considerándose bajo-moderado (21,63 sobre 56). El 16,1% tiene bajos niveles de estrés, el 83,6% moderados y únicamente el ,3% se percibe con altos niveles de estrés.

Tabla 52. Variables sobre la dimensión psicológica

	Total	MUJERES	HOMBRES
Emociones			
Positivas	91,8%	9,8%	92,9%
Depresivas	25,2%	25,7%	24,7%
Cansancio	35,9%	42,1%	29,9%
Rabia	13,1%	11,8%	14,3%
Indiferencia	11,4%	7,9%	14,9%
Satisfacción con la vida *	18,44	18,37	18,50
	$t=-,297$; $p=,767$		
Bajo	3,6%	5,3%	2%
Medio	55,3%	53%	57,5%
Alto	41,1%	41,7%	4,5%
	$X^2(2)=1,18$; $p=,266$		
Estrés percibido**	21,63	22,17	21,09
	$t=1,298$; $p=,198$		
Bajo	16,1%	17%	15,1%
Medio	83,6%	83%	84,2%
Alto	,3%	--	,7%
	$t=-,297$; $p=,767$		

* Satisfacción: Puntuaciones entre 5 y 25; Nivel Bajo (entre 5 y 10), Nivel Medio (entre 11 y 19), Nivel Alto (entre 20 y 25).

** Estrés: Puntuaciones entre 0 y 56; Nivel Bajo (entre 0 y 14), Nivel Medio (entre 15 y 41), Nivel Alto (entre 42 y 56).

2.2 Perfil psicosocial y ajuste psicológico

En este apartado se analiza la influencia que las características sociodemográficas, la situación socioeconómica y las redes sociales tienen en el ajuste psicológico de la población autóctona. Se realizan análisis de correlación para detectar aquellas variables que están asociadas al estrés y a la satisfacción con la vida, así como análisis de regresión para determinar las variables que la explican.

Antes de calcular la correlación entre las diferentes variables, aquellas que son cualitativas tienen que recategorizarse en dicotómicas, haciendo tantas variables como categorías de respuesta tiene la variable original. Las variables transformadas han sido el estado civil (soltero/a, casado/a, viudo/a, separado/a, en pareja), la ocupación laboral (permanente, provisional, jubilado, ama de casa, estudiante, parado/a) y el alojamiento (alquiler, propio, otro).

2.2.1 Variables asociadas al ajuste psicológico

2.2.1.1 Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas, tal y como puede observarse en la siguiente tabla (Tabla 53), tienen poca relación con el ajuste psicológico a pesar de ello, se encuentran algunas correlaciones significativas, aunque éstas son bajas. Así, tener pareja ($r=,125^*$) se asocia positivamente a las *emociones positivas*, la edad ($r=,143^*$) y estar viudo/a ($r=,199^{**}$) se vincula positivamente a las *emociones depresivas* y ser hombre ($r=-,140^*$) correlaciona negativamente con las *emociones de cansancio*. Por otro lado, el *estrés percibido* correlaciona negativamente con la edad ($r=-,256^{**}$) y estar soltero/a se relaciona positivamente ($r=,148^{**}$), mientras que estar separado/a se asocia negativamente a la *satisfacción con la vida* ($r=-,185$).

Tabla 53. Correlaciones con las variables sociodemográficas

	Hombre	Edad	Estado civil				Pareja	Hijo/as	
			Casado/a	Separado/a	Viudo/a	Soltero/a			
E. Positivas	,082	-,005	,028	,021	-,097	,013	-,001	,125*	-,035
E. Depresiv.	-,105	,143*	-,038	,012	,199**	-,053	-,024	-,111	,032
E. Cansan.	-,140*	,025	-,029	-,004	,058	,024	-,030	-,053	,002
E. Rabia	,039	-,020	,049	-,029	-,058	,011	-,029	-,004	-,058
E. Indiferen.	,011	,059	,022	,071	,063	-,098	,014	-,029	,047
Estrés	-,074	-,256**	-,106	-,032	-,101	,148**	,049	,012	-,050
Satisfacción	,017	,009	,076	-,185**	-,035	-,005	,026	,056	-,037

* $p < .005$; ** $p > .001$

2.2.1.2 Variables situacionales: integración socioeconómica y redes sociales

Integración socioeconómica

Referente a las variables que describen la situación socioeconómica de la población autóctona y su asociación con el ajuste psicológico, en la *situación emocional* sólo se encuentran relaciones estadísticamente significativas con las emociones depresivas y de cansancio. Así, la formación y tener trabajo permanente correlaciona negativamente tanto con las emociones depresivas ($r=-,161^{**}$; $r=-,141^*$) como con las emociones de cansancio ($r=-,123^*$; $r=-,138^*$). Por otro lado, tener trabajo provisional ($r=-,138^*$), necesitar asistencia médica ($r=-,165^{**}$) y psicológica ($r=-,145^*$), y estar jubilado/a se vincula positivamente con las emociones depresivas ($r=-,141^*$). Además esta última variable, haber llegado a la jubilación, correlaciona con las emociones de cansancio ($r=-,121^*$).

En cuanto al *bienestar*, se encuentran pocas variables que correlacionan significativamente con la satisfacción, tan sólo la necesidad de asistencia psicológica ($r=-,116^*$) y médica ($r=-,164^{**}$) se asocian negativamente con ella.

Sin embargo, al analizar las puntuaciones de *estrés* se observan mayor número de correlaciones. Así, ser jubilado/a y vivir de alquiler se vincula negativamente ($r=-,215^{**}$ y $r=-,164^{**}$) mientras que tener trabajo provisional ($r=-,137^*$), diferentes necesidades (asistencia psicológica, $r=-,191^{**}$; trabajo, $r=-,161^{**}$; vivienda, $r=-,160^{**}$; información, $r=-,115^*$) y tener alojamiento propio ($r=-,196^{**}$) se asocia positivamente. En cualquier caso, son muy bajas.

Tabla 54. Correlaciones con las variables situacionales

	Formac.	Religión		Ocupación laboral					
		Practica	Per.	Pro.	Jub.	Ama.	Est.	Par.	
E. Positivas	-,003	-,063	-,039	,033	,111	-,080	-,043	,020	
E. Depresiv.	-,161**	,033	-,141*	,138*	,141*	,001	-,068	-,005	
E. Cansan.	-,123*	-,016	-,138*	,061	,121*	-,088	,078	-,015	
E. Rabia	-,092	-,082	-,011	,068	,012	-,047	-,042	,051	
E. Indiferen.	-,055	,059	-,035	,028	,107	-,038	-,053	-,033	
Estrés	,081	-,077	,049	,137*	-,215**	-,027	,052	-,018	
Satisfacción	,055	,097	-,101	-,048	,102	,112	,026	-,057	
	Necesidades				Alojamiento				
	A. Méd.	A. Psic.	A. Soc.	Trab.	Vivi.	Infor.	Alqu.	Pro.	Otro.
E. Positivas	-,098	-,097	-,041	-,017	,003	,004	,001	-,047	,038
E. Depresiv.	,165**	,145*	,053	,099	-,046	,070	,004	,098	-,085
E. Cansan.	,050	,017	-,093	,010	,033	-,001	-,083	,093	,021
E. Rabia	-,098	-,094	-,018	,099	-,010	,064	,010	,023	-,031
E. Indiferen.	,046	,026	-,005	-,024	,034	,081	,018	,096	-,100
Estrés	,092	,191**	,080	,161**	,160**	,115*	-,164**	,196**	,032
Satisfacción	-,164**	-,116*	-,035	-,003	,035	-,012	-,067	-,031	,103

* p < .005; ** p > .001

Redes sociales

Por último, se observan pocas relaciones significativas entre las redes sociales y el ajuste psicológico. La *satisfacción* no correlaciona con ninguna variable, sin embargo, tener contacto con la población autóctona ($r=,131^*$) correlaciona positivamente con las *emociones positivas*, percibir apoyo por parte de la población autóctona se vincula negativamente con las *emociones de indiferencia* ($r=-,113^*$), y tener contacto con la población latinoamericana ($r=,247^*$) y percibir apoyo de la población inmigrante ($r=,126^*$) y latinoamericana ($r=,251^*$) correlaciona positivamente con el nivel de *estrés*.

Tabla 55. Correlaciones con las redes sociales

	Relación		Grado de contacto				Nivel de apoyo			
	Inmigrantes	Inm.	Aut.	Mag.	Lat.	Inm.	Aut.	Mag.	Lat.	
E. Positivas	-,090	-,050	,131*	-,083	,053	-,013	,072	-,130	-,015	
E. Depresiv.	-,022	,004	,046	-,093	,103	-,091	,057	-,164	,088	
E. Cansan.	-,040	,017	,031	,059	-,020	-,008	,037	,042	-,034	
E. Rabia	,024	-,096	,083	-,078	,020	-,104	-,097	-,108	-,118	
E. Indiferen.	-,130	-,014	-,070	,076	,068	,004	-,113*	-,004	,080	
Estrés	,004	,083	-,048	,058	,247*	,126*	-,043	,018	,251*	
Satisfacción	,003	-,020	,046	-,034	-,029	,070	,091	,019	-,059	

* $p < .005$; ** $p > .001$

2.2.2 Variables explicativas del ajuste psicológico

Para conocer el efecto que las variables sociodemográficas, de integración socioeconómica y de redes sociales tienen en el ajuste psicológico, se han realizado análisis de regresión lineal múltiple paso a paso teniendo como variables criterio el estrés percibido y la satisfacción con la vida.

2.2.2.1 Estrés

Para la realización del modelo explicativo del estrés se han integrado como variables predictoras aquellas que en los análisis de correlación han resultado ser significativas: edad, estar soltero/a, ocupación provisional, jubilado/a, alojamiento alquiler, alojamiento propio, asistencia psicológica, necesidad trabajo, necesidad vivienda y apoyo de la población inmigrante. Antes de comenzar con los análisis se han recategorizado las variables cuantitativas para que puedan utilizarse en la regresión (la edad y el apoyo de la población inmigrante).

En el modelo final han quedado incluidas 3 variables (estar jubilado, tener alojamiento propio y tener entre 18-24 años) que predicen significativamente el estrés ($F(3,301)=1,58$; $p=,000$), aunque el porcentaje explicado es muy bajo, el 8,6% ($R^2=,095$ y $R^2_{\text{corregida}}=,086$). En la *Tabla 56* se indica la variabilidad explicada y el cambio que se produce en la R^2 en cada uno de los pasos del modelo.

Tabla 56. Resumen del modelo: Estrés

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típico estimación	Estadísticos del cambio				
					Cambio en R ²	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. cambio en F
1	,215	,046	,043	7,10947	,046	14,678	1	303	,000
2	,284	,081	,075	6,99089	,035	11,366	1	302	,001
3	,309	,095	,086	6,94650	,015	4,872	1	301	,028

a Predictores: (Constante), Jubilado/a.

b Predictores: (Constante), Jubilado/a, Alojamiento propio.

c Predictores: (Constante), Jubilado/a, Alojamiento propio, Edad (18-24 años).

d Variable Dependiente: Estrés percibido.

Por último, en la siguiente tabla se presenta el valor de la constante y los coeficientes beta no estandarizados que se utilizan para formular la ecuación final. Así, el estrés percibido de la población autóctona se definiría* a partir de la constante (21,37), estar jubilado/a en negativo (-3,74), tener alojamiento propio y tener entre 18 y 24 años.

Tabla 57. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Estrés percibido

Estrés	Beta	Beta estandarizada
Constante	21,37	
Jubilado/a	-3,743	-,186**
Alojamiento propio	4,055	,182**
Edad (18-24 años)	2,666	,123*
R	,095	
R ²	,086	

*p<,050; **p<,010; ***p<,000

2.2.2.2 Satisfacción

En el análisis de regresión realizado para comprobar la influencia de las variables sociodemográficas, socioeconómicas y las redes sociales en la satisfacción con la vida de la población autóctona se han tomado las variables que en los análisis de regresión han resultado ser significativas: estar separado/a, necesidades (asistencia psicológica y médica).

Los resultados del análisis de regresión han demostrado que de estas variables sólo estar separado/a se incluye en el modelo (Tabla 58) y predice significativamente la satisfacción ($F(5,302)=1,68$; $p=,001$). Esta variables sólo explica el 3,1% de la variabilidad en satisfacción ($R^2=,034$ y $R^2 \text{ corregida}=,031$), de lo que se deduce que el bienestar de la población autóctona se explica a partir de variables que no se han controlado.

* La presentación de las variables en las ecuaciones de regresión siguen el orden de entrada de los pasos de la regresión.

Tabla 58. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Satisfacción con la vida

Estrés	Beta	Beta estandarizada
Constante	18,57	
Estar separado/a	-3,49	-,185**
R	,034	
R ²	,031	

*p<,050; **p<,010; ***p<,000

2.3 Influencia del género en el ajuste psicológico de la población autóctona

Para analizar si el estrés y la satisfacción que manifiestan los hombres y las mujeres autóctonas están explicadas por diferentes variables, a continuación se realizan diferentes análisis de correlación que indican las variables asociadas al ajuste psicológico, y análisis de regresión, que señalan las variables que permiten predecir los diferentes grados de estrés y satisfacción.

2.3.1 Variables asociadas al ajuste psicológico en función del género

2.3.1.1 Sociodemográficas

En la población *masculina* el **estrés** se asocia negativamente con la edad ($r=-,330$) y estar casado ($r=-,195^*$) y positivamente con el estado civil de soltero ($r=,250^{**}$) y con la formación ($r=,211^{**}$). En el caso de las *mujeres*, el estrés también se vincula negativamente con la edad ($r=-,198^*$), y además se asocia con el hecho de estar viudas ($r=-,182^*$).

En relación a la **satisfacción con la vida**, en los *hombres* se asocia positivamente al hecho de estar casados ($r=,195^*$) y negativamente con estar solteros ($r=-,248^{**}$). En la población *femenina* ninguna correlación es estadísticamente significativa.

2.3.1.2 Situacionales

Integración socioeconómica

En los *hombres*, el **estrés** se relaciona negativamente con la jubilación ($r=-,254^{**}$) y estar alojado en alquiler ($r=-,228^{**}$), y positivamente con tener alojamiento propio ($r=,279^{**}$). El estrés de las *mujeres autóctonas* correlaciona positivamente con tener un trabajo provisional ($r=,192^*$) y negativamente con estar jubilada ($r=-,178^*$).

Los niveles de **satisfacción con la vida** de los *hombres y las mujeres autóctonas* no correlacionan con ninguna variable de integración socioeconómica.

Redes sociales

En relación a las variables que describen las redes sociales, el contacto con la población inmigrante ($r=,322^{**}$) correlaciona positivamente con el nivel de **estrés** que manifiestan los *hombres*. En la población *femenina*, el estrés se vincula negativamente con el apoyo percibido por parte de la población autóctona ($r=-,232^{**}$).

En la satisfacción no correlaciona ninguna. Sin embargo en las mujeres se observan correlaciones positivas entre la satisfacción con la vida y el apoyo percibido por parte de la población autóctona ($r=,214^{**}$).

2.3.2 Variables explicativas del ajuste psicológico en función del género

2.3.2.1 Estrés

En los **hombres autóctonos** las variables que se introducen en el análisis de regresión como predictoras son la edad, estado civil soltero, formación, jubilados, alojamiento (alquiler y propio) y contacto con población inmigrante.

De estas variables han quedado incluidas en el modelo 4 variables que predicen significativamente el estrés ($F(4,141)=9,50$; $p=,000$): el contacto con la población inmigrante, estar jubilado, alojamiento propio y bajo nivel de estudios. Estas variables explican el 19% de la variabilidad en estrés ($R^2=,212$ y $R^{2\text{corregida}}=,190$).

La ecuación final del estrés se define a partir de la constante (2,86), el contacto con la población inmigrante (5,36), negativamente con estar jubilado (-3,25), estar alojado de alquiler (4,50) y negativamente con el bajo nivel de estudios (-6,31).

En el caso de las **mujeres autóctonas** sólo hay cinco variables que se introducen en los análisis como variables predictoras: edad, estar viuda, jubilada, tener trabajo provisional y percibir apoyo de la población autóctona.

Al realizar el análisis de regresión se comprueba que sólo dos de estas variables predicen significativamente el estrés ($F(2,143)=8,68$; $p=,000$): la edad (25-34 años) y estar jubilada. El porcentaje explicado es muy bajo, el 9,6% ($R^2=,108$ y $R^{2\text{corregida}}=,096$).

Así, el modelo del estrés percibido para las mujeres sería: constante (21,03), más edad 25-34 años (3,53) y negativamente estar jubilada (-3,81).

Tabla 59. Análisis de regresión sobre el estrés: hombres y mujeres

	Hombres	Mujeres
Constante	11,44	21,03
Edad 25-34 años	--	3,53
Bajo nivel de estudios	-6,31	--
Estar jubilado/a	-3,25	-3,81
Alojamiento alquiler	4,50	--
Contacto población inmigrante	5,36	--
R^2	,254	,108
R^2 corregida	,223	,096

2.3.2.2 Satisfacción

Los análisis de correlación mostraban pocas asociaciones significativas entre las variables sociodemográficas, socioeconómicas y de redes sociales y los niveles de satisfacción. Por este motivo, las variables a integrar en los análisis de regresión son muy pocas.

Los resultados muestran que en las **mujeres autóctonas** la única variable que puede introducirse, el apoyo de las personas autóctonas, no queda incluida en el modelo. En la **población masculina**, de las dos variables predictoras (estar separado o casado), tan sólo el hecho de estar separado ha resultado significativo ($F(1,151)=9,85$; $p=,002$), pero la variabilidad que explica es muy baja, el 5,5% ($R^2=,061$ y $R^{2\text{corregida}}=,055$). El modelo quedaría constituido de la siguiente manera: la constante que tiene un valor de 18,65 y estar separado (-4,65).

Tabla 60. Análisis de regresión sobre la satisfacción: hombres y mujeres

	Hombres	Mujeres
Constante	18,65	--
Estar separado	-4,65	--
R^2	,061	--
R^2 corregida	,055	--

3 RELACIÓN ENTRE EL AJUSTE PSICOLOGICO Y LA SALUD MENTAL

Antes de iniciar los análisis sobre la salud mental de la población autóctona, se realizan análisis de correlación y ecuaciones estructurales. Estos análisis permiten conocer en primer lugar si existen relaciones estadísticamente significativas entre las variables de ajuste psicológico y salud mental; y en segundo lugar, si la presencia de unas variables influye en las demás.

3.1 Análisis de correlación

Los análisis de correlación indican que entre el bienestar y la salud mental existen correlaciones estadísticamente significativas, aunque las asociaciones son bajas o moderadas.

En este sentido, la satisfacción con la vida se vincula negativa y significativamente con la sintomatología depresiva ($r=-,153^{**}$) y ansiosa ($r=-,115^{**}$), sin embargo las asociaciones no son estadísticamente significativas con la sintomatología somática ($r=-,092$). Por otro lado, el estrés correlaciona positivamente con las tres áreas de salud mental: depresiva ($r=,127^{**}$), ansiosa ($r=,124^{**}$) y somática ($r=,150^{**}$).

Asimismo, se observan correlaciones negativas y estadísticamente significativas entre el estrés y la satisfacción ($r=-,362^{**}$), y entre las tres áreas de salud mental: entre la sintomatología depresiva y ansiosa ($r=,213^{**}$), entre la sintomatología depresiva y somática ($r=,183^{**}$), y por último, entre la sintomatología ansiosa y somática ($r=,393^{**}$).

Tabla 61. Correlaciones entre el ajuste psicológico y la salud mental

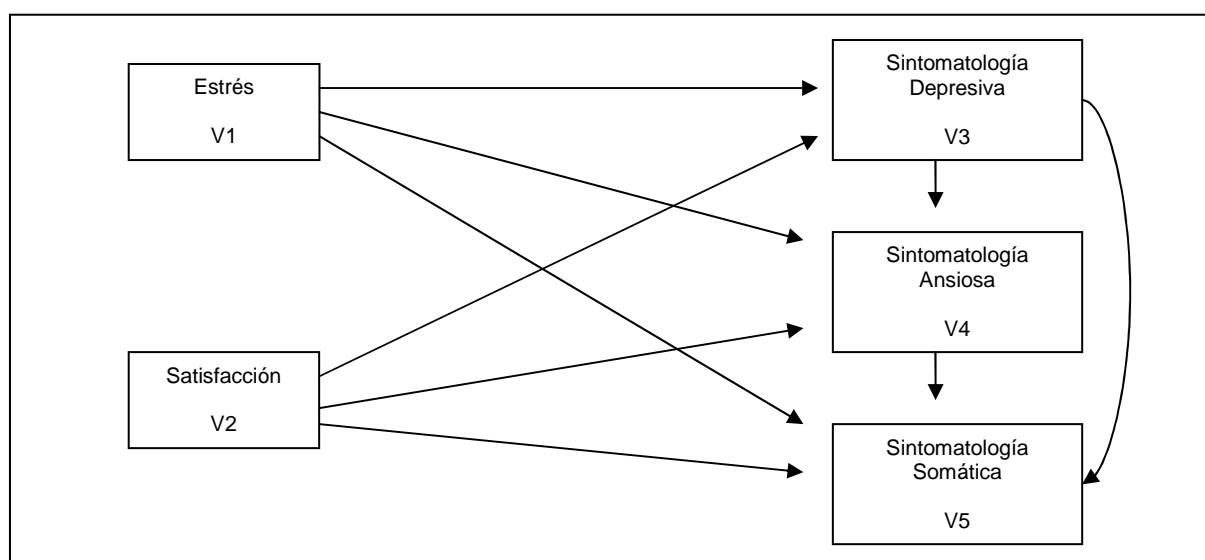
	Satisfacción	Estrés	Depresión	Ansiedad	Somatización
Satisfacción	1				
Estrés	-,362**	1			
Depresión	-,153**	,127**	1		
Ansiedad	-,115**	,124*	,213**	1	
Somatización	-,092	,150**	,183**	,393**	1

3.2 Path analysis

Una vez analizadas las correlaciones existentes entre las variables del ajuste psicológico y la salud mental, se realiza un análisis de ecuaciones estructurales para determinar la dirección de las relaciones o las variables que determinan la presencia de otras variables.

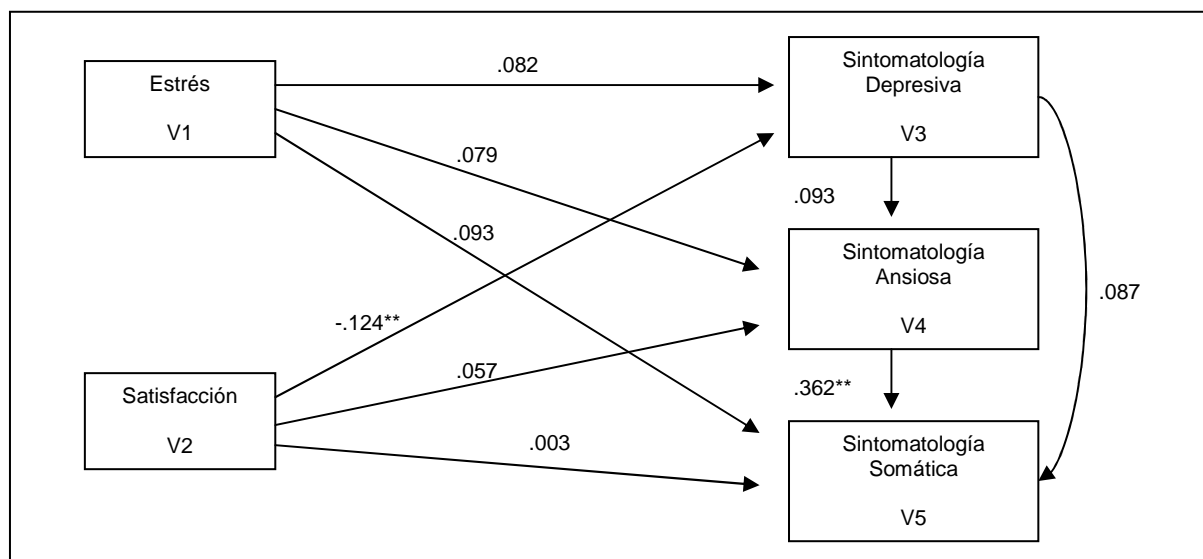
En concreto, se espera que el estrés tenga una influencia positiva en la sintomatología depresiva, ansiosa y somática, mientras que la influencia de la satisfacción en estas áreas de salud mental se espera que sea negativa. Por otro lado, se espera que la sintomatología depresiva influya positivamente en la sintomatología ansiosa y somática, y por último, que los síntomas ansiosos influyan en los somáticos.

Figura 7. Correlaciones entre el ajuste psicológico y la salud mental



Este modelo empírico ha sido testado a partir de un path analysis. Los resultados indican que el modelo diseñado no es satisfactorio y que son pocas las relaciones definidas que resultan ser significativas. En este sentido, aunque el modelo resultante es adecuado estadísticamente $X^2(9)=9,457$; $p=,396$; $NFI = 0.976$; $SRMR = 0.035$., tan sólo se cumplen 2 de los supuestos planteados. Así, tal y como se presenta en la *Figura 2*, la satisfacción influye negativamente en la manifestación de sintomatología depresiva, y la presencia de síntomas ansiosos influye en la sintomatología somática. Sin embargo, el estrés no influye en ninguna área de salud mental, la satisfacción no influye en los síntomas ansiosos y somáticos, y la sintomatología depresiva no influye en la manifestación de síntomas ansiosos o somáticos.

Figura 8. Correlaciones entre el ajuste psicológico y la salud mental



4 NIVEL DE SALUD MENTAL

4.1 Descripción de la salud mental

La salud mental se de la población autóctona se describe teniendo en cuenta la percepción general que las personas tienen sobre su salud, así como la presencia de sintomatología ansiosa, depresiva y somática.

4.1.1 Análisis previos

En primer lugar, para conocer la sintomatología presente en la población inmigrante se ha calculado la puntuación total de síntomas así como la puntuación en cada una de las áreas: depresiva, somática y ansiosa. Una vez calculadas estas variables, se han recodificado estas puntuaciones para crear unas nuevas variables en las que se indicara la presencia o ausencia de sintomatología psicológica. A partir de estas nuevas variables, se calcula el porcentaje de personas cuya salud mental es buena y aquellas que puntúan en una, dos o tres áreas sintomáticas.

4.1.2 Nivel de salud mental de la población autóctona

La salud mental se describe teniendo en cuenta la percepción que las personas autóctonas tienen sobre su salud en general y la presencia de sintomatología somática, depresiva y ansiosa. La

población autóctona considera que su **salud** es bastante buena (3,78 sobre 5) encontrando diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de hombres y mujeres ($F(1,303)=1,48$; $p=,001$). La percepción que los hombres tienen sobre su salud es mejor que la que manifiestan las mujeres. En este sentido se observa que una minoría afirma que su salud es mala o muy mala, y que es mayor el porcentaje de hombres que la define como buena o muy buena ($X^2(4)=1,50$; $p=,033$).

Respecto a la **sintomatología**, el 21,5% de la población autóctona manifiesta síntomas en al menos una de las áreas estudiadas, comprobando diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres, el 11,2% frente al 31,8% ($X^2(1)=19,08$; $p=,000$). En relación a las áreas, además de existir diferencias en el porcentaje de personas que no presenta sintomatología (68,2% y 88,8%), se observa que las mujeres puntúan en más de un grupo sintomático. Así, el 21,2% de las mujeres indica sintomatología de un área, el 7,9% de dos y el 2,6% de tres, mientras que en los hombres, el 9,9% puntúa en una, el ,7% en dos y el ,7% en las tres áreas ($X^2(3)=21,55$; $p=,000$).

Por último, el 12,5% muestra síntomas somáticos, el 9,8% depresivos y el 7,2% ansiosos, encontrando en los tres casos diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres ($X^2(1)=14,73$; $p=,000$; $X^2(1)=12,76$; $p=,000$; $X^2(1)=3,7$; $p=,039$). Éstas últimas muestran mayor sintomatología somática (19,9%-5,3%), ansiosa (12,5%-1,9%) y depresivas (13,2%-6,5%).

Tabla 62. Variables sobre la salud mental de la población autóctona

	Total	MUJERES	HOMBRES
Percepción salud actual*	3,78	3,63	3,92
$F(1,303)=1,48$; $p=,001$			
Muy mala	,7%	1,3%	--
Mala	3,3%	4,6%	2%
Normal	3,8%	36,2%	25,5%
Buena	47,5%	44,7%	5,3%
Muy buena	17,7%	13,2%	22,2%
$X^2(4)=1,50$; $p=,033$			
Presenta sintomatología	21,5%	31,8%	11,2%
$X^2(1)=19,08$; $p=,000$			
Número de síntomas			
No presenta síntomas	78,5%	68,2%	88,8%
Un grupo sintomático	15,5%	21,2%	9,9%
Dos grupos sintomáticos	4,3%	7,9%	,7%
Tres grupos sintomáticos	1,7%	2,6%	,7%
$X^2(3)=21,55$; $p=,000$			
Sintomatología			
Somática	12,5%	19,9%	5,3%
$X^2(1)=14,73$; $p=,000$			
Ansiedad	7,2%	12,5%	1,9%
$X^2(1)=12,76$; $p=,000$			
Depresiva	9,8%	13,2%	6,5%
$X^2(1)=3,7$; $p=,039$			

Rango de respuesta: 1. Muy mala 2. Mala 3. Normal 4. Buena 5. Muy buena

4.2 Perfil psicosocial y salud mental

En este apartado se analiza la influencia que las características sociodemográficas, socioeconómicas y de redes sociales tienen en el ajuste psicológico y la salud mental de la población autóctona. Para ello, en primer lugar se realizan los análisis de correlación para detectar aquellas variables que están asociadas a la sintomatología ansiosa, depresiva y somática. Y en segundo lugar se llevan a cabo diferentes análisis de regresión para determinar las variables predictoras.

Antes de calcular la correlación entre las diferentes variables, aquellas que son cualitativas tienen que recategorizarse en dicotómicas, haciendo tantas variables como categorías de respuesta tiene la variable original. En este sentido se han recategorizado las siguientes variables: estado civil (soltero/a, casado/a, viudo/a, separado/a, en pareja), ocupación laboral (permanente, provisional, jubilado, ama de casa, estudiante, parado/a) y alojamiento (alquiler, propio, otro).

4.2.1 Variables asociadas a la salud mental

4.2.1.1 Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas tienen baja correlación con la sintomatología en la población autóctona. Los síntomas depresivos no correlacionan significativamente con ninguna variable. El área ansiosa se relaciona negativamente con ser hombre ($r=-,275^{**}$). Y finalmente, la sintomatología somática se vincula positivamente con estar viudo/a ($r=,132^*$) y la edad ($r=,123^*$) y negativamente con ser hombre ($r=-,265^{**}$) y estar soltero/a ($r=-,145^*$).

Tabla 63. Correlaciones entre las variables sociodemográficas y sintomatología

	Hombre	Edad	Estado civil				Pareja	Hijo/as	
			Casado/a	Separado/a	Viudo/a	Soltero/a			
Depresivo	-,104	-,008	-,046	,013	,042	,056	-,047	-,089	-,018
Ansiedad	-,275**	-,076	,010	,036	-,072	,013	-,001	,063	,040
Somático	-,265**	,123*	,008	,019	,132*	-,145*	,084	,030	,078

* $p < .050$; ** $p > .010$

4.2.1.2 Variables situacionales

Factores de integración social

Al analizar las variables utilizadas para describir la integración socioeconómica de la población autóctona se observan más relaciones significativas que las encontradas con las variables sociodemográficas. En relación a la sintomatología depresiva se hallan relaciones significativas y

positivas con tener vivienda propia ($r=,133^*$) y necesitar asistencia médica ($r=,256^{**}$) y psicológica ($r=,134^*$), y negativamente con tener trabajo permanente ($r=-,142^*$). Los síntomas ansiosos sólo se vinculan significativamente con necesitar un empleo ($r=,132$). Y la sintomatología somática correlaciona positivamente con estar jubilado/a ($r=,196^{**}$) y necesitar asistencia médica ($r=,315^{**}$) y negativamente con tener trabajo permanente ($r=-,191^{**}$) y la formación ($r=-,144^*$).

Tabla 64. Variables de integración socioeconómica y correlación con la sintomatología

	Formación	Religión		Ocupación laboral				
		Practica	Perma.	Provisi.	Jubila.	Ama casa	Estudiante	Parado/a
Depresivo	-,033	,035	-,142*	,101	,052	,059	,029	-,031
Ansiedad	,036	-,016	-,011	,098	-,091	-,020	,033	,006
Somático	-,144*	,115	-,155**	,077	,196**	,053	-,074	-,038

	Necesidades					Alojamiento			
	A. Médica	A. Psicolo.	A. Social	Trabajo	Viviend.	Informa.	Alquil.	Propio	Otro
Depresivo	,256**	,134*	,064	-,005	-,033	-,022	-,100	,133*	,008
Ansiedad	,055	,059	-,068	,132*	,028	-,038	-,042	,069	-,007
Somático	,315**	,073	,044	,055	-,082	-,028	,026	,027	-,052

* $p < .050$; ** $p > .010$

Redes familiares y sociales

En la *Tabla 65* se presentan las correlaciones halladas entre la sintomatología psicológica y las variables descriptoras de las redes familiares y sociales de las personas autóctonas. Tal y como puede observarse, las relaciones encontradas no son estadísticamente significativas en ningún caso, salvo en el área somática que se vincula negativamente con el hecho de tener relación con la población inmigrante ($r=-,252^{**}$) y en la sintomatología depresiva que correlaciona positivamente con tener contacto con la población de Latinoamérica ($r=,207^*$).

Tabla 65. Correlaciones entre las redes sociales y el estrés y la satisfacción

	Relación		Grado de contacto			Nivel de apoyo			
	Inmigr.	Inm.	Aut.	Mag.	Lat.	Inm.	Aut.	Mag.	Lat.
Depresivo	-,023	,011	-,052	-,060	,207*	-,005	,023	-,071	,125
Ansiedad	,045	,009	,045	-,029	,038	-,079	-,013	,002	-,027
Somático	-,252**	-,066	,101	,024	-,177	-,095	,059	,043	-,061

* $p < .050$; ** $p > .010$

4.2.2 Variables explicativas de la salud mental

Una vez de haber determinado las variables que correlacionan significativamente con la sintomatología somática, depresiva y ansiosa, se realizan tres análisis de regresión para comprobar cuáles de estas variables pueden explicar y predecir la salud mental de la población autóctona.

4.2.2.1 Sintomatología depresiva

Las variables predictoras para el análisis de regresión de la depresión son la ocupación permanente, la necesidad de asistencia psicológica o médica, el alojamiento propio y el contacto con la población latina.

Las variables que han quedado introducidas en el modelo han sido la necesidad de asistencia psicológica y el alojamiento propio ($F(2,302)=13,14$; $p=,000$), que explican el 7,4% de la variabilidad en depresión ($R^2=,080$ y $R^2 \text{ corregida}=,074$).

Tabla 66. Resumen del modelo: Depresión

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típico estimación	Estadísticos del cambio				
					Cambio en R ²	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. cambio en F
1	,256	,066	,063	,43093	,066	21,270	1	303	,000
2	,283	,080	,074	,42828	,015	4,762	1	302	,030

a Predictores: (Constante), Asistencia médica.

b Predictores: (Constante), Asistencia médica, alojamiento propio.

d Variable Dependiente: Sintomatología depresiva.

La sintomatología depresiva de la población autóctona se define a partir de la constante (,007) más necesidad de asistencia médica (,318) y tener alojamiento propio (,241).

Cuando se introducen la satisfacción en el análisis de la depresión, aquella que ha sido significativa en el modelo estructural, se comprueba que queda incluida significativamente en el modelo ($F(4,299)=11,80$; $p=,000$) y que aumenta el porcentaje explicado aumenta al 12,5% ($R^2=,136$ y $R^2 \text{ corregida}=,125$). La formula final quedaría definida por la constante (,105), la necesidad de atención médica (,304), baja satisfacción (,342), alta satisfacción (en negativo) (-,121) y tener alojamiento propio (,171).

Tabla 67. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Depresión

Depresión	Beta	Beta estandarizada	Depresión	Beta	Beta estandarizada
Constante	,007		Constante	,105	
Nec. Asistencia médica	,318	,250**	Nec. Asistencia médica	,304	,245***
Alojamiento propio	,241	,121*	Alojamiento propio	,171	,130*
			Baja satisfacción	,342	,148**
			Alta satisfacción	-,121	-,137*
R	,080			,136	
R ²	,074			,125	

* $p<,050$; ** $p<,010$; *** $p<,000$

4.2.2.2 Sintomatología ansiosa

Para el análisis de la ansiedad se introducen como variables predictoras aquellas que han sido significativas en los análisis de correlación: sexo y necesidad de trabajo. En el modelo sólo ha quedado introducida estadísticamente el sexo ($F(1,303)=24,73$; $p=,000$), que explica el 7,2% de la variabilidad en ansiedad, una variabilidad muy baja ($R^2=,075$ y $R^2 \text{ corregida}=,072$).

Tabla 68. Resumen del modelo: Ansiedad

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típico estimación	Estadísticos del cambio				
					Cambio en R ²	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. cambio en F
1	,275	,075	,072	,69792	,075	24,738	1	303	,000

a Predictores: (Constante), Sexo.
d Variable Dependiente: Sintomatología ansiosa.

Aunque el porcentaje explicado es muy bajo, en la población autóctona la puntuación en ansiedad se define por la constante (.822) y ser hombre (en negativo) (-,398).

En el análisis estructural, ninguna de las variables influía en la sintomatología ansiosa, por este motivo no se realiza un segundo análisis de regresión.

Tabla 69. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Ansiedad

Ansiedad	Beta	Beta estandarizada
Constante	,822	
Hombre	-,398	-,275**
R	,075	
R ²	,072	

*p<,050; **p<,010; ***p<,000

4.2.2.3 Sintomatología somática

La sintomatología somática se analiza a partir del: sexo, edad, estar viudo/a o separado/a, formación, estar jubilado/a, necesitar asistencia médica y tener relación con población inmigrante.

Al realizar el análisis de regresión se comprueba que la necesidad de asistencia médica, el sexo y estar jubilado/a son las variables que quedan incluidas significativamente en el modelo (F(3,299)=2,45; p=,000) y explican el 16,2% de la varianza (R²=,170 y R² corregida=,162).

Tabla 70. Resumen del modelo: Somatización

Modelo	R	R ²	R ² corregida	Error típico estimación	Estadísticos del cambio				
					Cambio en R ²	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. cambio en F
1	,315	,099	,096	1,33997	,099	33,152	1	301	,000
2	,384	,147	,141	1,30606	,048	16,837	1	300	,000
3	,413	,170	,162	1,29031	,023	8,364	1	299	,004

a Predictores: (Constante), Asistencia médica.
b Predictores: (Constante), Asistencia médica, sexo.
c Predictores: (Constante), Asistencia médica, sexo, jubilado/a.
d Variable Dependiente: Sintomatología somatización.

La somatización en la población autóctona se describe a partir de la constante (.822), la necesidad de atención médica (1,02), ser hombre (en negativo) (-,643) y estar jubilado/a (.608).

Al introducir en el análisis de la somatización los síntomas ansiosos se comprueba que quedan incluidos en el modelo (F(4,298)=20,56; p=,000). La varianza de somatización explicada asciende al 20,6% (R²=,216 y R² corregida=,206).

El modelo de regresión se definiría a partir de la constante (,555), la necesidad de atención médica (1,032), la sintomatología ansiosa (,623), estar jubilado/a (,710) y ser hombre (en negativo) (-,510).

Tabla 71. Análisis de regresión lineal múltiple paso a paso: Somatización

Somatización	Beta	Beta estandarizada	Somatización	Beta	Beta estandarizada
Constante	,822		Constante	,555	
Nec. Asistencia médica	1,02	,252**	Nec. Atención médica	1,032	,254***
Hombre	-,643	-,228**	Hombre	-,510	-,181**
Jubilado/a	,608	,155**	Jubilado/a	,710	,181**
R	,170		Sintomatología ansiosa	,623	,221***
R ²	,162				

*p<,050; **p<,010; ***p<,000

4.3 Influencia del género en la salud mental de la población autóctona

4.3.1 Variables asociadas a la salud mental en función del género

4.3.1.1 Sociodemográficas

En cuanto a la **sintomatología depresiva**, en la población *masculina* se asocia únicamente con el hecho de tener pareja ($r=-,181^*$), y en la población *femenina* no hay ninguna variables sociodemográfica que se vincule con la depresión.

Los síntomas **ansiosos** no se relacionan significativamente con los datos sociodemográficos, ni en la población *masculina* ni *femenina*.

Por último, en relación a la **sintomatología somática**, las únicas correlaciones significativas se hallan en el grupo de los *hombres*. Así, se comprueba que se asocia positiva y significativamente con la edad ($r=,258^{**}$), estar viudo ($r=,247^{**}$), tener hijos ($r=,191^*$) y práctica religiosa ($r=,277^*$), y negativamente con estar soltero ($r=-,186^*$) y la formación ($r=-,235^{**}$).

4.3.1.2 Situacionales

Integración socioeconómica

En los *hombres* la **sintomatología depresiva** se relaciona positivamente con la necesidad de asistencia médica ($r=,229^{**}$), y en las *mujeres* correlaciona negativamente con tener trabajo permanente ($r=-,185^*$) y positivamente con tener trabajo provisional ($r=,205^*$), necesitar asistencia médica ($r=,254^{**}$) y asistencia psicológica ($r=,218^{**}$).

En cuanto a la **ansiedad**, solo existen correlaciones significativas en la población *masculina*, en la que se halla una relación positiva con la necesidad de trabajo ($r=,194^*$).

Las **somatizaciones**, en la población *masculina* y *femenina* se vinculan positivamente con la necesidad de asistencia médica ($r=,341^{**}$) y ($r=,266^{**}$), y en los hombres con estar jubilado ($r=,343^{**}$).

Redes sociales

En cuanto a las redes sociales, no se hallan correlaciones estadísticamente significativas, a excepción de la población *femenina*, en la que se observa que la **ansiedad** correlaciona negativamente con el hecho de tener contacto con personas de otros países ($r=-,173^*$), y la **somatización** se vincula negativamente con tener relación con la población inmigrante ($r=-,283^*$).

4.3.2 **Variables explicativas de la salud mental en función del género**

A continuación se introducen las variables que han resultado ser significativas en las correlaciones para conocer cuales variables explicativas de la salud mental. Se incluyen las variables utilizadas para describir el proceso de aculturación y en segundo lugar, se introducen aquellas variables del ajuste psicológico o salud mental que en la ecuación estructural han resultado ser significativas.

4.3.2.1 Síntomas depresivos

En la **población masculina** las variables que se introducen en el análisis de regresión son: tener pareja y necesitar asistencia médica. Estas dos variables quedan introducidas en el modelo y explican significativamente ($F(2,150)=6,81$; $p=,001$) el 7,1% de la variabilidad en depresión ($R^2=,083$ y $R^{2\text{corregida}}=,071$). La ecuación final de la sintomatología depresiva se define a partir de la constante ($,176$), necesitar atención médica ($,287$) y tener pareja (en negativo) ($-,148$).

Al introducir la satisfacción en el análisis de regresión, no se consigue mejorar el modelo anterior. Es decir, estas medidas no explican los síntomas depresivos de los hombres autóctonos.

En el caso de las **mujeres autóctonas** para la realización del análisis de regresión se incluye: tener trabajo permanente, trabajo provisional, asistencia médica y asistencia psicológica. De ellas sólo quedan introducidas la necesidad de asistencia médica y el tener trabajo provisional que predicen significativamente ($F(2,149)=8,76$; $p=,000$) el 9,3% de la variabilidad en depresión ($R^2=,105$ y $R^{2\text{corregida}}=,093$). En las mujeres autóctonas, la sintomatología depresiva se definiría a partir de la constante ($,259$), la atención médica ($,324$) y el trabajo provisional ($,303$).

Cuando en el análisis de la sintomatología depresiva se incluye la satisfacción, se comprueba que se introduce significativamente en el modelo ($F(2,148)=1,25$; $p=,000$). El porcentaje explicado aumenta ligeramente al 11% ($R^2=,122$ y $R^{2\text{corregida}}=,110$). Así, el modelo quedaría de la siguiente manera: la constante ($,008$), más necesidad de atención médica ($,333$), más baja satisfacción ($,458$).

Tabla 72. Análisis de regresión sobre la sintomatología depresiva: género

	POBLACIÓN AUTÓCTONA			
	Hombres		Mujeres	
	I*	II**	I	II
Constante	,176	,176	,259	,008
Necesitar atención médica	,287	,287	,324	,333
Tener pareja	-,148	-,148	--	--
Trabajo provisional	--	--	,303	--
Baja satisfacción	--	--	--	,458
R^2	,083	--	,105	,122
$R^{2\text{corregida}}$,071	--	,093	,110

*I= análisis de regresión realizado con las variables del proceso de aculturación que han resultado significativas en las correlaciones

**II=análisis de regresión realizado incluye la satisfacción

4.3.2.2 Síntomas ansiosos

En el estudio de la sintomatología ansiosa de la población **masculina** se introduce únicamente una variable, la necesidad de trabajo. Esta variable queda introducida significativamente en el modelo ($F(1,151)=5,91$; $p=,016$) pero sólo explica un 3,1% de la variabilidad ($R^2=,038$ y $R^{2\text{corregida}}=,031$). El modelo sería la constante ($,400$) y la necesidad de trabajo ($,475$).

Como en el caso de los hombres, la sintomatología ansiosa de las **mujeres** autóctonas sólo puede estudiarse a partir de una variable: tener relación con la población inmigrante. Esta variable sólo predice el 2,4% ($R^2=,030$ y $R^{2\text{corregida}}=,024$), ($F(1,150)=4,63$; $p=,033$). La fórmula sería la constante ($,952$) y negativamente tener contacto con la población inmigrante ($-,285$).

En el estudio de la sintomatología ansiosa no se han realizado más análisis de regresión porque en el modelo estructural se ha comprobado que ninguna variable es significativa.

Tabla 73. Análisis de regresión sobre la sintomatología ansiosa: género

	POBLACIÓN AUTÓCTONA	
	Hombres	Mujeres
Constante	,400	,952
Necesitar trabajo	,475	--
Contacto población inmigrante	--	-,285
R ²	,038	,030
R ² corregida	,031	,024

4.3.2.3 Síntomas somáticos

La sintomatología somática presente en los ***hombres autóctonos*** se estudia a partir de la edad, estar viudo o soltero, tener hijos, estar jubilado, formación y asistencia médica. En el análisis de regresión quedan introducidas 3 variables: estar jubilado, necesitar asistencia médica y estar viudo. Estos factores predicen significativamente la somatización ($F(3,148)=12,28$; $p=,000$), en concreto el 18,3% de la variabilidad ($R^2=,199$ y $R^{2\text{corregida}}=,183$). La fórmula final quedaría definida por la constante (,299), estar jubilado (,678), necesitar atención médica (,803) y estar viudo (,960). Esta fórmula no mejora cuando se introduce el análisis la sintomatología ansiosa, que era la única variable de ajuste psicológico y sintomatología que influye en la manifestación de somatizaciones.

En las ***mujeres*** las variables predictoras son: la necesidad de asistencia médica y tener relación con la población inmigrante. De estas variables, en el modelo de regresión sólo queda incluida la necesidad de asistencia médica ($F(1,143)=7,68$; $p=,006$) que explica el 4,4% de la variabilidad ($R^2=,051$ y $R^{2\text{corregida}}=,044$). Así, la fórmula quedaría definida por la constante (1,051) y necesitar asistencia médica (,913). Al incluir en el análisis de regresión de la somatización la puntuación en síntomas ansiosos, se comprueba que quedan incluidos significativamente ($F(2,142)=9,77$; $p=,003$). La introducción de esta variable consigue que la variabilidad explicada aumente al 10,9% ($R^2=,121$ y $R^{2\text{corregida}}=,109$). La fórmula final sería la siguiente: constante (,501), síntomas ansiosos (,871) y asistencia médica (,997).

Tabla 74. Análisis de regresión sobre la sintomatología somática: género

	POBLACIÓN AUTÓCTONA			
	Hombres		Mujeres	
	I*	II**	I	II
Constante	,299	,299	1,051	,501
Estar jubilado/a	,678	,678	--	--
Necesitar atención médica	,803	,803	,913	,997
Estar viudo/a	,960	,960	--	--
Síntomas ansiosos	--	--	--	,871
R ²	,199	,199	,051	,121
R ² corregida	,183	,183	,044	,109

*I= análisis de regresión realizado con las variables del proceso de aculturación que han resultado significativas en las correlaciones

**II=análisis de regresión realizado incluye sintomatología ansiosa

5 AJUSTE PSICOLÓGICO Y SALUD MENTAL: población inmigrante y autóctona

En este apartado se compara el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante y de la población autóctona teniendo en cuenta las diferencias de género y el origen cultural. En primer lugar se realizan comparaciones sobre las emociones, la percepción de salud y el número de personas que manifiestan sintomatología.

En segundo lugar, para poder comprobar si el origen cultural y el género influyen en la satisfacción, el estrés y los síntomas depresivos, somáticos y ansiosos se llevan a cabo dos análisis multivariados de la varianza (MANOVA). Estos análisis se utilizan cuando hay dos o más variables dependientes que están relacionadas y cuando tenemos más de dos variables independientes. De este modo, se realiza un MANOVA con el estrés y la satisfacción (ajuste psicológico) y otro MANOVA con los síntomas somáticos, depresivos y ansiosos (salud mental).

5.1 Ajuste psicológico de la población autóctona e inmigrante

A continuación se presenta la comparación entre el ajuste psicológico de la población inmigrante y la autóctona. En un primer momento se analiza la prevalencia de emociones, estrés y satisfacción en función del origen cultural (población autóctona, magrebí y latinoamericana). En segundo lugar, se analizan las puntuaciones de satisfacción y estrés en función del género y del origen cultural.

5.1.1 Prevalencia

El estudio de las **emociones** manifestadas por la población autóctona y la inmigrante demuestra que el número de personas que muestran emociones de indiferencia es similar en los seis grupos y no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($X^2(5)=8,37$; $p=,137$). Sin embargo se comprueba que hay menos mujeres magrebíes y latinoamericanas que manifiestan emociones positivas, aunque en todos los grupos la presencia de estas emociones es alta ($X^2(5)=3,06$; $p=,000$).

En la población autóctona se encuentran menos personas con emociones depresivas ($X^2(5)=69,98$; $p=,000$). Por otro lado, hay menos mujeres magrebíes en relación al resto de los grupos que manifiestan emociones de cansancio ($X^2(5)=25,80$; $p=,000$). Y por último, en cuanto a las emociones de rabia, se encuentra mayor número de mujeres latinoamericanas y hombres magrebíes que las manifiestan ($X^2(5)=25,03$; $p=,000$).

En cuanto a la percepción de **satisfacción con la vida**, se observan respuestas similares en la población autóctona y latinoamericana, en las que hay pocas personas que manifiesten poca satisfacción (menos del 9,5%) y la mayoría se reparte entre la satisfacción moderada y alta satisfacción. Estos resultados difieren estadísticamente de los resultados de la población magrebí, un grupo en el que se observa mayor número de personas con baja satisfacción, (13,9%-26,6%), y menor número de personas con alta satisfacción, menos del 21% en comparación con más del 4,5% de los hombres y mujeres autóctonas y latinoamericanas ($X^2(10)=81,66$; $p=,000$).

Finalmente, los niveles de **estrés** difieren significativamente de unos grupos a otros ($X^2(10)=81,66$; $p=,000$). En la población latinoamericana, tanto hombres como mujeres, hay mayor porcentaje de personas que tienen bajas puntuaciones en estrés en comparación con la población magrebí y autóctona (el 23,8%-34,7% en comparación con alrededor del 15%), y aunque pocas personas manifiestan estrés, en general el porcentaje es mayor en la población inmigrante.

Tabla 75. Sintomatología en la población autóctona e inmigrante

	AUTÓCTONA		MAGREBÍ		LATINOAMERICANA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Emociones						
Positivas	92,9%	9,8%	86,3%	71,3%	9,7%	79,4%
	$X^2(5)=3,06$; $p=,000$					
Depresivas	24,7%	25,7%	58,9%	56,3%	46,7%	57,1%
	$X^2(5)=69,98$; $p=,000$					
Cansancio	29,9%	42,1%	42,7%	11,3%	28%	32,5%
	$X^2(5)=25,80$; $p=,000$					
Rabia	14,3%	11,8%	33,1%	16,3%	20%	24,6%
	$X^2(5)=25,03$; $p=,000$					
Indiferencia	14,9%	7,9%	12,9%	3,8%	12%	7,1%
	$X^2(5)=8,37$; $p=,137$					
Satisfacción con la vida						
Bajo	2%	5,3%	26,6%	13,9%	9,5%	7,1%
Medio	57,5%	53%	52,4%	69,6%	39,2%	50%
Alto	4,5%	41,7%	21%	16,5%	51,4%	42,9%
	$X^2(10)=81,66$; $p=,000$					
Estrés percibido						
Bajo	17%	15,1%	16,1%	15%	34,7%	23,8%
Medio	83%	84,2%	8,6%	78,8%	61,3%	74,6%
Alto	--	,7%	3,2%	6,2%	4%	1,6%
	$X^2(10)=31,25$; $p=,001$					

5.1.2 Estrés y Satisfacción de la población autóctona e inmigrante

Con el objetivo de comparar el ajuste psicológico de la población inmigrante y de la población autóctona y de conocer el posible efecto del origen cultural y del género en la percepción de estrés y de satisfacción con la vida, se ha realizado un análisis multivariado de la varianza (MANOVA).

Los resultados de este análisis, tal y como se esperaba, muestran un efecto principal significativo para la variable origen cultural ($Wilk's\ Lambda=,856$; $F=28,27$; $p=,000$), sin embargo, no se encuentra un

efecto principal significativo ni en función del género (*Wilk's Lambda*=,996; $F=1,230$; $p=,287$), ni de la interacción entre el origen cultura y el género (*Wilks' Lambda*=,991; $F=1,65$; $p=,159$).

Los ANOVAS realizados con cada variable dependiente por separado revelan que las diferencias en las puntuaciones de satisfacción y estrés son estadísticamente significativas ($F(2,701)=58,74$; $p=,000$ y $F(2,701)=7,51$; $p=,001$). Los análisis post hoc (Tukey), muestran que las diferencias en estrés son entre el grupo del Magreb, que son quienes más estrés manifiestan, y la población autóctona y latinoamericana. En cuanto a la satisfacción, las diferencias también se encuentran entre la población autóctona y latinoamericana por un lado y la magrebí por otra, siendo en este caso las puntuaciones de satisfacción más bajas en esta última población.

Tabla 76. Nivel de ajuste psicológico de la población autóctona e inmigrante

	GRUPO CULTURAL			GÉNERO	
	Autóctona	Magrebí	Latinoamericana	Hombres	Mujeres
Satisfacción*	18,44 ^b	14,26 ^{ac}	17,61 ^b	16,67	17,33
Estrés**	21,59 ^b	24,40 ^{ac}	22,05 ^b	22,53	22,70

* Satisfacción: Puntuaciones entre 5 y 25

** Estrés: Puntuaciones entre 0 y 56

Los estadísticos hallados para el efecto principal de la interacción del género y de la cultura indican que no es significativo, sin embargo al realizar los análisis con cada variable dependiente por separado se observa que no existen diferencias significativas en la puntuación de estrés ($F(2,701)=,119$; $p=,888$) pero sí en la puntuación de satisfacción ($F(2,701)=3,15$; $p=,043$).

Aunque los análisis realizados con el MANOVA confirman que las diferencias son significativas en función de la cultura y no del género, se han realizado comparaciones múltiples y análisis post hoc (Tukey) atendiendo a los 6 grupos que surgen al cruzar las dos variables independientes. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de estrés entre la población masculina autóctona, y los hombres magrebíes y mujeres magrebíes ($p<,050$). Por otro lado, en las puntuaciones de satisfacción con la vida las diferencias estadísticamente significativas se encuentran entre la población magrebí (hombres y mujeres) por un lado, y la población latinoamericana y autóctona por otro ($p<,050$).

Tabla 77. Ajuste psicológico en la población autóctona e inmigrante

	AUTÓCTONA		MAGREBÍ		LATINOAMÉRICA	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Satisfacción	18,37 ^{cd}	18,50 ^{cd}	15,16 ^{abef}	13,69 ^{abef}	17,43 ^{cd}	17,90 ^{cd}
Estrés	22,09	21,09 ^{cd}	24,56 ^b	24,30 ^b	22,26	21,67

X^{abcd}= las pruebas post-hoc Tukey indican que las diferencias son significativas respecto a ^aMujeres autóctonas, ^bHombres autóctonos, ^cMujeres magrebíes, ^dHombres magrebíes, ^eMujeres de Latinoamérica, y ^fHombres de Latinoamérica.

5.2 Salud mental

5.2.1 Prevalencia de sintomatología en la población autóctona e inmigrante

En la siguiente tabla se describen las características sobre la prevalencia de la salud mental de la población inmigrante y autóctona. En ella se puede observar que la **presencia de sintomatología** es significativamente mayor en la población inmigrante que en la autóctona (más del 65,8% de los casos en comparación a menos del 31,8%). Además, en cada grupo cultural se percibe que hay mayor número de mujeres con síntomas, siendo las diferencias especialmente relevantes en la población autóctona y algo menor en la magrebí, ($X^2(5)=182,33$; $p=,000$).

En relación al **número de síntomas** de diferentes áreas que las personas manifiestan, se observa que en la población inmigrante, a parte de que haya más personas con sintomatología hay mayor número de personas, tanto del Magreb como de Latinoamérica, que muestran síntomas de dos y tres áreas, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($X^2(15)=203,70$; $p=,000$).

Por último, en cuanto al área depresiva, somática y ansiosa, las diferencias en el porcentaje de personas que muestran síntomas de esos grupos son estadísticamente significativas. Tanto en la sintomatología **depresiva** como en la **ansiosa**, hay menos personas de la población autóctona que confirma dichos síntomas, sobre todo los hombres ($X^2(5)=74,89$; $p=,000$ y $X^2(5)=161,84$; $p=,000$). En el área **somática** existe una mayor variabilidad: aunque la prevalencia sigue siendo menor en el grupo autóctono, y en este caso las tasas son mayores en la población latinoamericana que en la magrebí, las diferencias entre las mujeres autóctonas y las magrebíes no son muy grandes ($X^2(5)=9,30$; $p=,000$).

Tabla 78. Sintomatología en la población autóctona e inmigrante

	AUTÓCTONA		MAGREBÍ		LATINOAMERICANA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Presencia de sintomatología $X^2(5)=182,33$; $p=,000$	11,2%	31,8%	65,8%	73,4%	7,7%	73,8%
Número de síntomas						
No presenta síntomas	88,8%	68,2%	34,2%	26,6%	29,7%	26,2%
Un grupo sintomático	9,9%	21,2%	27,5%	35,4%	34,7	27%
Dos grupos sintomáticos	,7%	7,9%	23,3%	25,3%	17,3%	24,%
Tres grupos sintomáticos	,7%	2,6%	15%	12,%	18,7%	22,2%
$X^2(15)=203,70$; $p=,000$						
Sintomatología						
Depresiva $X^2(5)=74,89$; $p=,000$	6,5%	13,2%	40%	39,2%	37,3%	36,5%
Somática $X^2(5)=9,30$; $p=,000$	5,3%	19,9%	35,8%	25,3%	42,7%	51,6%
Ansiosa $X^2(5)=161,84$; $p=,000$	1,9%	12,5%	43,3%	59,5%	45,3%	54,8%

5.2.2 Niveles de Salud mental de la población autóctona e inmigrante

Antes de iniciar con el análisis de la salud mental, se estudia la percepción que la población inmigrante y autóctona tiene sobre su salud en general. Para ello se realiza un ANOVA que muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres magrebíes, que son quienes perciben una mejor salud, y entre los hombres autóctonos, hombres magrebíes y mujeres latinoamericanas, que son quienes menores puntuaciones obtienen, aunque en todos los casos se considera que la salud es bastante buena ($F(5,704)=4,30$; $p=,001$).

Tabla 79. Sintomatología en la población autóctona e inmigrante

	AUTÓCTONA		MAGREBÍ		LATINOAMERICANA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Percepción de salud general*	3,75 ^d	3,81	3,69 ^d	4,07 ^{ace}	3,76	3,57 ^d
	F(5,704)=4,30; p=,001					

* Puntuaciones: 1-Muy mala a 5-Muy buena.

X^{abcd} = las pruebas post-hoc Tukey indican que las diferencias son significativas respecto a ^aMujeres autóctonas, ^bHombres autóctonos, ^cMujeres magrebíes, ^dHombres magrebíes, ^eMujeres de Latinoamérica, y ^fHombres de Latinoamérica.

En segundo, se realiza un MANOVA tomando como variables dependientes el sumatorio de la sintomatología ansiosa, depresiva y somática. Los resultados revelan un efecto principal significativo para la variable origen cultural ($Wilk's\ Lambda=,856$; $F=28,27$; $p=,000$). Sin embargo en contra de lo pensado, al igual que ocurría en la medida de ajuste psicológico, no se encuentra un efecto principal del género ($Wilk's\ Lambda=,996$; $F=1,230$; $p=,287$), ni tampoco de la interacción cultura y género ($Wilk's\ Lambda=,991$; $F=1,65$; $p=,159$).

En base a la cultura, los ANOVAS realizados con las variables dependientes por separado muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva ($F(2,697)=31,19$; $p=,000$), ansiosa ($F(2,697)=8,53$; $p=,000$) y somática ($F(2,697)=52,98$; $p=,000$). Para la interpretación de los datos se han realizado pruebas post hoc (Tukey) que muestran que las diferencias significativas en depresión y ansiedad se establecen entre el grupo autóctono y el inmigrante, tanto latinoamericano como magrebí. Sin embargo, las diferencias en sintomatología somática son estadísticamente significativas entre los tres grupos, de modo que la población autóctona es la que menos somatizaciones manifiesta, siendo la población latinoamericana la que más síntomas muestra.

Por otro lado, aunque no se hallaba un efecto principal del género, al realizar los análisis con las variables dependientes por separado se observan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de depresión ($F(1,697)=4,90$; $p=,027$), en la que los hombres muestran puntuaciones más altas, un resultado que va en contra de lo esperado. Sin embargo las puntuaciones en ansiedad y somatización no difieren de un grupo a otro ($F(1,697)=3,09$; $p=,079$) y ($F(1,697)=,027$; $p=,871$).

Tabla 80. Nivel de ajuste psicológico de la población autóctona e inmigrante

	GRUPO CULTURAL			GÉNERO	
	Autóctona	Magrebí	Latinoamericana	Hombres	Mujeres
Depresión*	,13 ^{bc}	,55 ^a	,54 ^a	,42	,32
Ansiedad**	,62 ^{bc}	,93 ^a	,92 ^a	,74	,84
Somatización***	,87 ^{bc}	2,05 ^{ac}	2,86 ^{ab}	1,67	1,86

* Puntuaciones entre 0 y 2; ** Puntuaciones entre 0 y 3; *** Puntuaciones entre 0 y 15.

X^{abc}= pruebas post-hoc Tukey, diferencias significativas respecto a ^aPobl. autóctona, ^bPobl. magrebí, ^cPob. latinoamericana.

La interacción entre el género y la cultura no tiene un efecto principal significativo en la sintomatología, pero al analizar dichas variables de una en una se comprueba que la interacción es significativa para la sintomatología depresiva ($F(2,697)=3,88$; $p=,021$), no así para la ansiosa ($F(2,697)=2,73$; $p=,066$) ni la somática ($F(2,697)=,487$; $p=,615$).

Al realizar comparaciones múltiples y análisis post hoc (Tukey) en base a los 6 grupos los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en las tres áreas psicológicas. Las mujeres y los hombres autoctonos tienen menos síntomas depresivos que las mujeres y hombres del Magreb y de Latinoamérica ($F(5,699)=13,98$; $p=,000$). Las mujeres autóctonas tienen menos ansiedad que las mujeres magrebíes y las latinoamericanas, y los hombres autóctonos menos que las mujeres latinoamericanas ($F(5,699)=5,04$; $p=,000$). Y por último, en cuanto a las somatizaciones, los hombres magrebíes y los hombres y mujeres latinoamericanas, muestran más síntomas que la población autóctona ($F(5,699)=25,08$; $p=,000$).

Tabla 81. Salud mental de la población autóctona e inmigrante

	AUTÓCTONA		MAGREBÍ		LATINOAMÉRICA	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Depresión $F(5,699)=13,98$; $p=,000$,10 ^{cdef}	,16 ^{cdef}	,44 ^{ab}	,63 ^{ab}	,50 ^{ab}	,60 ^{ab}
Ansiedad $F(5,699)=5,04$; $p=,000$,58 ^{ce}	,66 ^e	1,02 ^a	,87	1,03 ^{ab}	,72
Somatización $F(5,699)=25,08$; $p=,000$,98 ^{def}	,75 ^{cdef}	1,67 ^{be}	2,30 ^{ab}	3,03 ^{abc}	2,56 ^{ab}

* Puntuaciones entre 0 y 2; ** Puntuaciones entre 0 y 3; *** Puntuaciones entre 0 y 15.

X^{abcdef}= las pruebas post-hoc Tukey indican que las diferencias son significativas respecto a ^aMujeres autóctonas, ^bHombres autóctonos, ^cMujeres magrebíes, ^dHombres magrebíes, ^eMujeres de Latinoamérica, y ^fHombres de Latinoamérica.

5.3 Variables explicativas del ajuste psicológico y de la salud mental: población inmigrante y autóctona

En este apartado se comparan las variables explicativas del ajuste psicológico y de la salud mental de la población inmigrante y de la población autóctona, tanto en general como teniendo en cuenta el género y el origen cultural de las personas.

Al ser datos que se han trabajado anteriormente, se recogen los resultados obtenidos en el estudio 2 sobre la población inmigrante y se comparan con los presentados en el presente estudio sobre la población autóctona.

En primer lugar se describen las variables que explican al ajuste psicológico y la salud mental de la población autóctona e inmigrantes en general. Y en segundo lugar se realizan los análisis teniendo en cuenta el género y el origen cultural (población autóctona, magrebí y latinoamericana).

5.3.1.1 Estrés

Población general

En el análisis del estrés se han introducido diferentes variables sociodemográficas, de integración socioeconómica y relacionadas con las redes sociales. Además, en el caso de la población inmigrante se han tenido en cuenta aspectos de la sociedad receptora y de la experiencia como minoría.

Los análisis muestran que los porcentajes que logran explicar los modelos formados en el análisis de regresión son muy bajos, aunque en la población inmigrante es superior al de la población autóctona y quedan introducidas más variables. Las variables que resultan ser significativas son diferentes en los dos modelos, a excepción del alojamiento propio, aunque en este caso, la dirección de la influencia es diferente en cada grupo. Además, hay que señalar que en el modelo de la población inmigrante quedan incluidas dos variables que con la población autóctona no se han podido medir (discriminación percibida y autonomía).

Así, en la población autóctona el 8,6% de la variabilidad en estrés se predice a partir de estar jubilado (en negativo), tener alojamiento propio y tener entre 18 y 24 años. Mientras que en la población inmigrante, el 16,8% se explica por tener necesidad de vivienda y de asistencia psicológica, percepción de discriminación, tener bajo nivel de estudios, y en negativo por tener alojamiento propio, ser autónomo/a socialmente, percibir apoyo de la población autóctona y ser estudiante.

Poblaciones en función del género y la cultura

Al realizar los análisis atendiendo a los 6 grupos que se forman al cruzar el género y la cultura, se observa que el porcentaje explicado varía de unos grupos a otros, así como las variables predictivas. Los porcentajes explicados oscilan entre el 9,6% y el 32,3%: son especialmente bajos en las mujeres autóctonas y latinoamericanas, alrededor del 10%, en los hombres y mujeres magrebíes son algo superiores (16-17%), y por último, son más altos en los hombres autóctonos y latinoamericanos (22,3% y 32,3%).

Tal y como puede observarse en la siguiente tabla, las variables que han resultado ser significativas, pueden ser positivas o negativas. Las primeras indican que su presencia explica la manifestación de estrés, mientras que las segundas señalan que lo reducen.

Las variables que mejor explican una parte del estrés manifestado por los hombres autóctonos son: alojamiento en pisos de alquiler, tener contacto con población inmigrante, estar jubilado y bajo nivel de estudios (estas dos últimas en negativo). En las mujeres autóctonas, además de la jubilación (en negativo), tener entre 25 y 34 años explica un porcentaje del estrés experimentado.

En las mujeres magrebíes, haber estado siempre en paro y necesitar una vivienda, son las variables que explican una parte del estrés. Asimismo, la necesidad de vivienda junto con tener a la familia y a la pareja cerca (estas dos en negativo), explican el estrés de los hombres magrebíes.

Por último, las estrategias de integración, la necesidad de asistencia psicológica, ser autónomo socialmente (en negativo) y percibir apoyo de la población autóctona (en negativo), explican los niveles de estrés de los hombres latinoamericanos. En las mujeres latinoamericanas, además del apoyo percibido por la población autóctona (en negativo), la necesidad de obtener o mejorar la vivienda explica el estrés percibido.

Tabla 82. Análisis de regresión sobre el estrés percibido: género y cultura

	AUTÓCTONA		MAGREBÍ		LATINOAMÉRICA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Constante	11,44	21,03	21,79	2,15	22,15	23,41
Autonomía	--	--	--	--	-6,31	--
Haber estado siempre en paro	--	--	--	7,08	--	--
Estrategias de integración	--	--	--	--	4,61	--
Necesitar vivienda	--	--	4,66	5,53	--	4,00
Necesitar asistencia psicológica	--	--	--	--	8,83	--
Tener familia cerca	--	--	-4,75	--	--	--
Tener pareja cerca	--	--	-3,67	--	--	--
Apoyo población autóctona	--	--	--	--	-5,26	-4,75
Edad 25-34 años	--	3,53	--	--	--	--
Bajo nivel de estudios	-6,31	--	--	--	--	--
Estar jubilado/a	-3,25	-3,81	--	--	--	--
Alojamiento alquiler	4,50	--	--	--	--	--
Contacto población inmigrante	5,36	--	--	--	--	--
R ²	,254	,108	,181	,191	,362	,125
R ² corregida	,223	,096	,160	,170	,323	,111

5.3.1.2 Satisfacción

Poblaciones en general

En relación a la satisfacción, las variables medidas con la población autóctona no han dado información relevante. Tan sólo una variables resulta significativa, el estar separado/a y explica el 3,4% de la satisfacción. Sin embargo, en la población inmigrante las variables sociodemográficas, socioeconómicas y de redes sociales, además de algunos indicadores premigratorios y de identidad, tienen más importancia a la hora de explicar la satisfacción con la vida. En concreto, se observa que el 31,4% de la variabilidad en satisfacción se explica por tener contacto con el endogrupo, tener un trabajo, percibir apoyo de la población inmigrante y sentir cercanía cultural, y negativamente por provenir del Magreb, necesitar asistencia social y haber emigrado por motivos económicos.

Poblaciones en función del género y la cultura

Tal y como puede observarse en la siguiente tabla, en la población autóctona, de las variables introducidas en los análisis de regresión tan sólo el estado civil de separación resulta ser significativo y tan sólo en la población masculina. Además, el porcentaje explicado es muy bajo: el 5,5% de la varianza en satisfacción en los hombres autóctonos se predice a partir de esta variable, en negativo.

Sin embargo, en la población inmigrante el porcentaje de satisfacción explicado va desde el 22,1% al 36,1%. De este modo, en los hombres magrebíes el 22,3% de la satisfacción se explica por las siguientes variables: tener trabajo, alta cercanía cultural, tener familiares cerca, tener relación con el endogrupo y necesidades de vivienda (en negativo).

En la población femenina magrebí, el 24,3% de la satisfacción se predice a partir de tener contacto con el endogrupo y en negativo con estar en programas de asistencia social, con estar alojado en instituciones y con haber estado siempre en paro.

En los hombres latinoamericanos haber vivido en otro país (en negativo), tener a la pareja cerca y tener contacto con la sociedad local explican el 27,8% de la variabilidad en satisfacción.

Y por último, el 36,1% de la satisfacción manifestada por las mujeres latinoamericanas puede predicirse a partir del contacto con el endogrupo, el apoyo de la población local, y en negativo por la necesidad de asistencia médica y social, y la percepción de cercanía cultural moderada.

Tabla 83. Análisis de regresión sobre la satisfacción: género y cultura

	AUTÓCTONA		MAGREBÍ		LATINOAMÉRICA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Constante	18,65	--	11,44	15,39	14,86	16,47
Estar en Acogida	--	--	--	-2,94	--	--
Haber vivido en otro país	--	--	--	--	-4,20	--
Alojamiento en instituciones	--	--	--	-2,20	--	--
Tener trabajo	--	--	1,49	--	--	--
En la sociedad receptora siempre en paro	--	--	--	-2,02	--	--
Necesitar asistencia médica	--	--	--	--	--	-3,99
Necesitar vivienda	--	--	-1,83	--	--	--
Necesitar asistencia social	--	--	--	--	--	-1,63
Alta cercanía cultural	--	--	2,33	--	--	--
Cercanía cultural moderada	--	--	--	--	--	-1,67
Tener familiares cerca	--	--	1,92	--	--	--
Tener a la pareja cerca	--	--	--	--	2,70	--
Contacto con el endogrupo	--	--	1,82	2,19	--	3,12
Contacto población autóctona	--	--	--	--	2,75	--
Apoyo población autóctona	--	--	--	--	--	1,62
Estar separado	-4,65	--	--	--	--	--
R ²	,061	--	,254	,281	,310	,387
R ² corregida	,055	--	,223	,242	,278	,361

5.3.1.3 Síntomas depresivos

Población en general

La sintomatología depresiva en la población autóctona e inmigrante se define a partir de diferentes variables, sin embargo, la varianza explicada es muy baja en ambos casos (el 7,4% en la población autóctona y el 15,1% en la población inmigrante).

Si en las personas autóctonas una parte se puede explicar a partir de dos variables, la necesidad de asistencia médica y tener alojamiento propio, en las personas inmigrantes toman parte más variables. Así, ser estudiante y tener entre 35 y 44 años, y en negativo estar en programas de adaptación sociolaboral, tener entre 45 y 54 años, tener trabajo y practicar alguna religión explicarían una parte de la sintomatología depresiva en la población inmigrante. De estas variables, sólo una se ha medido exclusivamente en la población inmigrante: el hecho de estar en adaptación sociolaboral.

Poblaciones en función del género y la cultura

El estudio de la sintomatología depresiva en cada grupo hace que en general los porcentajes explicados aumenten ligeramente y que se integren más variables en los modelos predictores. En este sentido, se observa una mayor participación de variables referentes a la migración.

De este modo, el 25,3% de la sintomatología depresiva de los hombres latinoamericanos se explica por llevar más de 5 años en el País Vasco, haber emigrado para mejorar la formación y tener contacto con el endogrupo (en negativo). En la población femenina latinoamericana, el 31,2% de la variabilidad en síntomas depresivos se predice a partir de: estar en programas de asistencia social, haber vivido en otros países, tener estrategias de asimilación o separación, y tener los permisos de residencia y trabajo (en negativo).

En la población magrebí y autóctona, además de explicar menor porcentaje de varianza, quedan menos variables introducidas. Así, el 15,3% de la sintomatología de los hombres magrebíes se explica por estar en programas de asistencia social, y en las mujeres, el 1,3% por tener cercanía cultural (en negativo). Entre las personas autóctonas, en concreto en las mujeres, el 9,3% se predice a partir de necesitar asistencia médica, y el 7,1% de la sintomatología depresiva de los hombres se explica por necesitar asistencia médica y tener pareja (en negativo).

Tabla 84. Análisis de regresión sobre la sintomatología depresiva: género y cultura

	AUTÓCTONA		MAGREBÍ		LATINOAMÉRICA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Constante	,176	,259	,286	,657	,520	,896
Más de 5 años en el País Vasco	--	--	--	--	,170	--
Programas de asistencia social	--	--	,732	--	--	,622
Motivo migratorio formación	--	--	--	--	,756	--
Contacto endogrupo	--	--	--	--	-,417	--
Cercanía cultural percibida	--	--	--	-,384	--	--
Haber vivido en otros países	--	--	--	--	--	,630
Situación jurídica	--	--	--	--	--	-,676
Estrategia de asimilación	--	--	--	--	--	,616
Estrategia de separación	--	--	--	--	--	,642
Lleva menos de un año en el País Vasco	--	--	--	--	--	--
Necesitar información	--	--	--	--	--	--
Tener pareja	-,148	--	--	--	--	--
Necesitar asistencia médica	,287	,324	--	--	--	--
Trabajo provisional	--	,303	--	--	--	--
R ²	,083	,105	,160	,115	,283	,339
R ² corregida	,071	,093	,153	,103	,253	,312

5.3.1.4 Síntomas ansiosos

Población en general

En cuanto a la sintomatología ansiosa, los análisis de regresión realizados explican una parte muy pequeña de la varianza, el 7,2% en la población autóctona y el 6,4% en la población inmigrante. Se comprueba que ser hombre reduce la sintomatología ansiosa de las personas autóctonas e inmigrantes. Sin embargo, mientras que para las primeras es la única variable explicativa, en las segundas tener trabajo, practicar alguna religión y tener a la familia cerca, serían otros factores que explicarían los bajos niveles de ansiedad.

Poblaciones en función del género y la cultura

El estudio de los síntomas ansiosos es el que menor explicatividad ha obtenido. Los porcentajes explicados son muy bajos y en cada grupo sólo queda incluida una variable en el modelo, a excepción de las mujeres latinoamericanas. En estas últimas, el 14,8% de la sintomatología ansiosa se predice por haber estado siempre en paro, tener estrategias de asimilación y tener trabajo (en negativo).

En la población autóctona, la necesidad de trabajo explica el 3,1% de la sintomatología ansiosa de los hombres y el tener contacto con la población inmigrante (en negativo), el 2,4% en las mujeres.

Finalmente, el 4,5% de los síntomas ansiosos de los hombres magrebíes se predice a partir de tener trabajo (en negativo) y el 11,1% de la ansiedad de las mujeres del Magreb, por estar alojadas en instituciones.

Tabla 85. Análisis de regresión sobre la sintomatología ansiosa: hombres y mujeres

	AUTÓCTONA		MAGREBÍ		LATINOAMÉRICA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Constante	,400	,952	1,19	,864	,511	1,65
Trabajo	--	--	-,520	--	--	-,832
Alojamiento instituciones	--	--	--	,983	--	--
Necesidad de vivienda	--	--	--	--	,561	--
Estrategia de asimilación	--	--	--	--	--	,818
Haber estado siempre en paro	--	--	--	--	--	2,35
Necesitar trabajo	,475	--	--	--	--	--
Tener contacto con la población inmigrante	--	-,285	--	--	--	--
R ²	,038	,030	,053	,122	,082	,168
R ² corregida	,031	,024	,045	,111	,070	,148

5.3.1.5 Síntomas somáticos

Población en general

La sintomatología somática es la que mayor explicatividad obtiene. En la población autóctona, el 16,2% de la variabilidad en la somatización se puede predecir a partir de la necesidad de asistencia médica y de estar jubilado/a, y en negativo, ser hombre. Por otro lado en la población inmigrante el porcentaje explicado es mayor, el 21%, y en el modelo participan diferentes y más variables que en el modelo de la población autóctona. Así, la sintomatología somática de las personas inmigrantes se explica a partir de haber emigrado para mejorar la formación, la actitud de asimilación, no tener alojamiento, necesitar asistencia psicológica y la estrategia de separación, más las siguientes variables en negativo: estar en adaptación sociolaboral, proceder de países del Magreb y haber cursado estudios primarios o secundarios.

Poblaciones en función del género y la cultura

En la siguiente tabla se presentan las variables y el porcentaje explicado en cada uno de los grupos. Tal y como se puede observar, excepto en el caso de las mujeres autóctonas, la variabilidad explicada es mayor que la encontrada en las otras áreas sintomáticas.

En los hombres autóctonos, el 18,3% de las somatizaciones se predicen por necesitar asistencia médica, estar jubilado y estar viudo. En las mujeres, la única variable significativa es la necesidad de atención médica, que explica el 4,4%.

En la población masculina de Latinoamérica el modelo obtenido explica el 21,6% de la varianza y está compuesto por tener contacto con el endogrupo (en negativo), percibir apoyo de la población autóctona (en negativo) y haber emigrado por motivos formativos. En las mujeres latinoamericanas, el 31,6% de la variabilidad en los síntomas somáticos se predice a partir de la necesidad de asistencia médica, las estrategias de asimilación y en negativo por estar en programas de adaptación sociolaboral y tener la situación jurídica resuelta.

Por último, en los hombres del Magreb, el 25,2% de las somatizaciones se explican por no tener alojamiento, haber emigrado para mejorar la formación, necesitar asistencia psicológica y en negativo por tener actitudes de integración y estrategias de marginalización. En las mujeres magrebíes, el 34,9% de los síntomas somáticos se predicen a partir de cuatro variables, todas ellas en negativo: tener hijos/as cerca, estar en programas de adaptación sociolaboral, vivir en pisos de alquiler y tener actitudes de integración.

Tabla 86. Análisis de regresión sobre la sintomatología somática: hombres y mujeres

	AUTÓCTONA		MAGREBÍ		LATINOAMÉRICA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Constante	,299	1,051	2,92	5,54	3,56	5,47
Tener hijos/as aquí	--	--	--	-,988	--	--
Adaptación sociolaboral	--	--	--	-1,74	--	-1,53
Motivo migratorio por formación	--	--	2,64	--	1,34	--
No tener alojamiento	--	--	1,90	--	--	--
Alojamiento piso de alquiler	--	--	--	-1,55	--	--
Situación jurídica	--	--	--	--	--	-2,09
Necesitar asistencia psicológica	--	--	2,16	--	--	--
Necesitar asistencia médica	,803	,913	--	--	--	1,56
Contacto endogrupo	--	--	--	--	-1,43	--
Apoyo población autóctona	--	--	--	--	-,834	--
Actitud de integración	--	--	-1,79	-1,42	--	--
Estrategia de marginalización	--	--	-1,82	--	--	--
Estrategia integración	--	--	--	--	--	--
Estrategia de asimilación	--	--	--	--	--	1,39
Alto nivel de formación	--	--	--	--	--	--
Estar jubilado	,678	--	--	--	--	--
Estar viudo	,960	--	--	--	--	--
R ²	,199	,051	,284	,382	,248	,338
R ² corregida	,183	,044	,252	,349	,216	,316

6 RESUMEN

6.1 Ajuste psicológico y salud mental de la población autóctona

6.1.1 Niveles de Ajuste psicológico de la población autóctona

El nivel de ajuste psicológico de las personas autóctonas, tal y como se esperaba, es bastante bueno. La presencia de emociones de cansancio, depresivas, de rabia y de indiferencia se sitúa entre el 35,9% y el 11,4%, y la mayoría confirma sentir emociones positivas, el 91,8%. Las mujeres manifiestan más emociones de cansancio y menos de indiferencia que los hombres. En relación al bienestar, las puntuaciones medias muestran que la población autóctona se siente satisfecha y al estudiar los diferentes niveles se observa que tan sólo el 3,6% afirma tener baja satisfacción. Por otro lado, el estrés percibido es bajo-moderado y tan sólo el ,3% muestra niveles altos de estrés. Las diferencias observadas en los niveles y prevalencia de satisfacción y de estrés entre hombres y mujeres no son estadísticamente significativas.

Cuando se estudia el efecto que las variables sociodemográficas, socioeconómicas y de redes sociales tienen en la explicación del estrés y de la satisfacción se comprueba, acorde a las hipótesis establecidas, que la variabilidad explicada es muy baja.

En relación al **estrés**, tener alojamiento propio, tener entre 18 y 24 años, y estar jubilado/a en negativo predice el 8,6% del estrés de la población autóctona. Además, el estrés correlaciona positivamente con la ocupación provisional, el alojamiento de alquiler, la necesidad de trabajo, la necesidad de vivienda y el apoyo de la población inmigrante.

El porcentaje explicado del estrés así como las variables predictoras varía en los hombres y en las mujeres. En los hombres, el 19% del estrés se explica por tener contacto con la población inmigrante, estar alojado en alquiler, y negativamente con estar jubilado y tener bajo nivel de estudios. Además, se asocia negativa y significativamente a la edad y positivamente a estar soltero y tener alojamiento propio. En las mujeres autóctonas, el porcentaje explicado es inferior, el 9,6%, y las variables predictoras son estar jubilada en negativo y tener entre 25 y 34 años. Además se asocia positivamente con tener un trabajo provisional y negativamente con percibir apoyo de la población autóctona.

En cuanto a la **satisfacción**, el porcentaje explicado por las variables sociodemográficas, socioeconómicas y de redes sociales, es muy bajo (3,1%). En esta ocasión, sólo la situación civil de soltería en negativo predice la satisfacción. A parte de esta variable, también se asocia negativamente a tener necesidades psicológicas y médicas.

En las mujeres, sólo hay una variable que puede introducirse en el análisis de regresión, y ésta no resulta estadísticamente significativa. Sin embargo, en la población masculina estar separado en negativo explica el 5,5% de la satisfacción.

6.1.2 Relación entre el ajuste psicológico y la salud mental

En cuanto a la relación que se establece entre el ajuste psicológico y la salud mental, se comprueba que el estrés se asocia positivamente a la sintomatología depresiva, ansiosa y somática, y que la satisfacción se vincula negativamente con la depresión y la ansiedad, aunque en ambos casos las relaciones son bajo-moderadas.

Además, se observa una correlación negativa y moderada entre el estrés y la satisfacción, variables utilizadas para definir el ajuste psicológico, y relaciones positivas, aunque bajo-moderadas, entre las tres áreas de sintomatología psicológica.

Cuando se analiza la dirección de las relaciones o la influencia del ajuste psicológico en la salud mental, se comprueba que en la población autóctona la presencia de estrés no influye en la manifestación de sintomatología psicológica, y que la muestra de satisfacción sólo influye en el área

ansiosa. Por otro lado, se observa que la presencia de sintomatología depresiva no condiciona la presencia de síntomas ansiosos y somáticos, mientras que la aparición de síntomas ansiosa influye en la presencia de somatizaciones.

6.1.3 Niveles de salud mental de la población autóctona

La percepción de la población autóctona sobre su salud es bastante buena (3,78 sobre 5), tan sólo el 4% considera que es mala o muy mala. A pesar de que se considere positivamente la salud, las mujeres muestran peores puntuaciones que los hombres.

En relación a la salud mental se observa que el 21,5% de las personas autóctonas manifiestan algún tipo de síntoma. En las mujeres, acorde a las hipótesis planteadas se observa una mayor presencia de sintomatología (31,8% frente al 11,2%) y una mayor cormobilidad: el 21,2% muestra sintomatología de un área, el 7,9% de dos y el 2,6% de tres, mientras que en los hombres, el 9,9% puntúa en una, el ,7% en dos y el ,7% en las tres áreas

En general, el 12,5% muestra síntomas del área somática, el 9,8% del área depresiva y el 7,2% del área ansiosa. Sin embargo estos porcentajes varían cuando se analizan las diferencias entre hombres y mujeres, comprobando una mayor prevalencia de sintomatología en las mujeres tanto en las somatizaciones (19,9%-5,3%), como en los síntomas ansiosos (12,5%-1,9%) y depresivos (13,2%-6,5%).

Al estudiar el poder de las variables sociodemográficas, socioeconómicas y de redes sociales para predecir la salud mental de la población autóctona, se encuentran pocas variables que se incluyan en los modelos y muy bajos porcentajes explicados. Unos resultados que confirman las hipótesis planteadas.

El 7,4% de la **sintomatología depresiva** se predice a partir de la presencia de necesidad de asistencia psicológica y de tener alojamiento propio. Además, la depresión correlaciona negativamente con tener un trabajo permanente y positivamente con tener necesidad de asistencia psicológica o médica y tener contacto con la población latina. Este modelo predictivo, mejora al incluir la satisfacción en el análisis de regresión, que consigue explicar el 12,5% de la variabilidad en síntomas depresivos.

Al estudiar los factores que se asocian a la sintomatología depresiva de los hombres y de las mujeres por separado, se encuentran algunas diferencias entre los dos grupos. En relación a los *hombres*, se comprueba que el 7,1% de la depresión se explica por las necesidades de asistencia médica y tener pareja en negativo. En el caso de las *mujeres*, también la necesidad de asistencia médica además de tener trabajo provisional, explican el 9,3% de la variabilidad en depresión. Además, correlaciona positivamente con tener necesidad de asistencia psicológica y negativamente con el trabajo permanente.

Cuando se incorporan las medidas de ajuste psicológico a los análisis de regresión, se comprueba que en los hombres no mejora el modelo definido mientras que en las mujeres la satisfacción se incorpora al modelo de regresión aumentando el porcentaje explicado al 11%.

En cuanto al **área ansiosa**, de las variables estudiadas sólo el sexo y la necesidad de trabajo correlacionan significativamente con la ansiedad mostrada por la población autóctona, la primera en positivo y la segunda en negativo. El análisis de regresión confirma que sólo el sexo, en concreto ser hombre en negativo, explica el 7,2% de la variabilidad de respuestas. Al introducir el estrés y la satisfacción en el análisis de regresión, se comprueba que las dos variables se incluyen significativamente en el modelo y que el porcentaje explicado aumenta ligeramente al 11,2%.

Los análisis realizados teniendo en cuenta el género, dan como resultado dos modelos que incluyen una única variable y que explican muy bajo porcentaje de la ansiedad. En concreto, el 3,1% de la ansiedad de los *hombres* se explica por la necesidad de trabajo y el 2,4% de la ansiedad de las *mujeres* se predice a partir de tener contacto con la población inmigrante en negativo. Este porcentaje aumenta al 10,4% cuando se incorpora el estrés y la satisfacción, sin embargo, estas variables no resultan estadísticamente significativas en el análisis de la ansiedad de los hombres autóctonos.

Por último, la **sintomatología somática** se asocia significativamente a mayor número de variables: positivamente correlaciona con la edad, estar viudo/a, estar jubilado/a y necesitar asistencia médica, y se vincula negativamente con el sexo, estar soltero/a, formación, tener trabajo permanente y establecer contacto con la población inmigrante. De estas variables, la asistencia médica, ser hombre en negativo y estar jubilado/a explican el 16,2% de las somatizaciones. Si en este análisis se incorporan las variables de ajuste psicológico y sintomatología ansiosa, aquellas que han resultado ser significativas en el análisis estructural, se observa que la baja satisfacción y los síntomas ansiosos se incorporan al modelo explicando el 22,3% de la varianza en somatizaciones.

En la población *masculina*, el 18,3% de las somatizaciones se predicen por el hecho de estar jubilado, necesitar asistencia médica y estar viudo. Además, se asocian significativamente con la edad, tener hijos, la práctica religiosa y la formación. El porcentaje de síntomas somáticos explicado en las *mujeres* es mucho menor, el 4,4%, y se predice a partir de una única variable que es la necesidad de asistencia médica. Cuando se incorpora al análisis las medidas de ajuste psicológico, se comprueba que la satisfacción aumenta ligeramente la variabilidad explicada al 6,6%.

6.2 Comparación del ajuste psicológico y salud mental: población autóctona e inmigrante

6.2.1 Ajuste psicológico de la población autóctona e inmigrante

En cuanto a las emociones manifestadas, se comprueba que las positivas son las más presentes en todos los grupos, a pesar de ello hay menor número de mujeres latinoamericanas y magrebíes que las sienten. En éstas últimas, también se observa menor porcentaje de personas que manifiesta emociones de cansancio. Referente a las emociones depresiva, se comprueba que están más presentes en la población inmigrante, y las emociones de rabia son más comunes en los hombres magrebíes y mujeres latinoamericanas. Por último, el número de personas que muestran emociones de indiferencia es similar en todos los grupos. A la vista de estos resultados se concluye que la hipótesis realizada, por la que se esperaba encontrar más emociones positivas y menos negativas en la población autóctona, se confirma con las emociones depresivas, se confirma parcialmente con las emociones positivas y de rabia, y no se dan con las emociones de indiferencia y de cansancio. En segundo lugar, no puede corroborarse la hipótesis que planteaba una mayor expresión emocional en las mujeres.

Los análisis realizados para estudiar el efecto de la cultura y el género en el nivel de estrés y de satisfacción con la vida, revelan un efecto principal significativo de la variable cultura, sin embargo se observa que el género y la interacción no tienen un efecto principal significativo. Así, en la línea de lo planteado en las hipótesis, se observa que las personas del Magreb manifiestan más estrés y menos satisfacción que la población latinoamericana y autóctona, aunque en contra de lo esperado las puntuaciones de las personas de Latinoamérica son similares a las de las autóctonas. Asimismo, tampoco se confirma la hipótesis respecto al género y se observan puntuaciones similares en los hombres y en las mujeres.

Al realizar los análisis en base a los 6 grupos que se forman al cruzar el género y la cultura, en las puntuaciones de satisfacción se confirma que las diferencias se establecen entre el grupo magrebí por un lado y el latinoamericano y autóctono por otro. Sin embargo, con el estrés se han hallado diferencias entre la población masculina autóctona, que es quien menos estrés manifiesta, y los hombres magrebíes y mujeres magrebíes que son los y las que más estrés perciben.

Estos resultados se repiten al tener en cuenta el porcentaje de personas que se siente satisfecha o estresada. En esta línea, hay más personas magrebíes que confirman bajos niveles de bienestar y más número de personas latinoamericanas y autóctonas que se sienten satisfechas. Por otro lado, los resultados sobre el estrés confirman parcialmente los resultados hallados con el MANOVA: se observa mayor número de personas latinoamericanas que tienen bajos niveles de estrés y menos personas autóctonas que manifiestan altas puntuaciones en estrés.

6.2.2 Salud mental de la población autóctona e inmigrante

La percepción sobre la salud en general es buena en todas las poblaciones, sin embargo se encuentran diferencias estadísticamente significativas que indican que las mujeres magrebíes tienen una mejor percepción de su salud que los hombres autóctonos y magrebíes, y mujeres de Latinoamérica.

Sin embargo, al estudiar la salud mental se encuentra que la situación de las personas que han emigrado es peor que la de la población local, unos resultados que apoyan la hipótesis planteada. La presencia de sintomatología es significativamente mayor en la población inmigrante que en la autóctona (más del 65,8% de los casos en comparación a menos del 31,8%), y además hay mayor número de personas que manifiestan síntomas de dos o tres áreas de salud mental al mismo tiempo (alrededor del 20% frente a menos del 7,9% o 2,6%).

Al tener en cuenta cada uno de los grupos sintomáticos por separado se encuentra una menor prevalencia de sintomatología ansiosa, depresiva y somática en las personas autóctonas, sobre todo en los hombres. Las respuestas de las personas inmigrantes son muy similares, a excepción de la sintomatología somática, que está más presente en la población latinoamericana.

El MANOVA realizado para comprobar la influencia del género y de la cultura en la sintomatología psicológica, indica un efecto principal significativo para la variable origen cultural. Sin embargo en contra de lo pensado, no se encuentra un efecto principal del género, ni tampoco de la interacción cultura y género. Las diferencias en depresión y ansiedad se establecen entre la población autóctona por un lado y la inmigrante por otro, y en el caso de la sintomatología somática, las diferencias son estadísticamente significativas entre los tres grupos, siendo la población latinoamericana la que más síntomas muestra y la autóctona la que menos.

A pesar de que el género no muestra un efecto principal en la sintomatología, los análisis realizados con cada variable indican diferencias estadísticamente significativas en el área depresiva, en la que los hombres muestran puntuaciones más altas, un resultado que va en contra de lo esperado. Sin embargo las puntuaciones en ansiedad y somatización son similares en hombres y mujeres.

Al tener en cuenta los 6 grupos se comprueba que en el área depresiva las mujeres y los hombres autóctonos tienen menos síntomas que las mujeres y hombres del Magreb y de Latinoamérica. En el área ansiosa, las mujeres autóctonas tienen menos síntomas que las mujeres magrebíes y las latinoamericanas, y los hombres autóctonos menos que las mujeres latinoamericanas. Y por último, en cuanto a las somatizaciones, los hombres magrebíes y los hombres y mujeres latinoamericanas, muestran más síntomas que la población autóctona.

6.2.3 Variables explicativas del ajuste psicológico y la salud mental de la población autóctona e inmigrante

Los análisis realizados para conocer los modelos que explican el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante y autóctona, se han realizado a partir de variables sociodemográficas, de integración socioeconómica, de redes sociales, y en el caso de la población inmigrante, de su situación premigratoria y de identidad. Dichos modelos han conseguido explicar una baja variabilidad del estrés, la satisfacción y la sintomatología psicológica, sobre todo en la población autóctona. Es verdad, que en la población inmigrante se han tenido en cuenta más aspectos que en la población autóctona, sin embargo se comprueba que variables comunes a las dos poblaciones tienen más peso en las situaciones de las personas inmigrantes en comparación a las de las autóctonas.

La información sobre los modelos explicativos de la población inmigrante ha sido recogida en el resumen del estudio 2, y en este resumen se han presentado los modelos de la población autóctona, por este motivo en este apartado se realiza una comparación general de los modelos predictivos de ambas poblaciones.

En relación al **estrés percibido**, los análisis realizados consiguen explicar el 8,6% del estrés en la población inmigrante y el 16,8% en la población autóctona. Las variables predictivas en los dos grupos son diferentes, salvo el alojamiento propio que aparece en los dos modelos, aunque con signo diferente. El estrés de las personas autóctonas se explica a partir de la edad, el alojamiento y la ocupación (jubilación), mientras que en las personas inmigrantes se predice a partir de la formación, ocupación (estudiante), alojamiento, autonomía social, necesidad de vivienda y asistencia sociológica, y percepción de apoyo.

En cuanto a la **satisfacción**, se ha comprobado que las variables utilizadas no predicen el bienestar de la población autóctona en la medida en que sólo una variable, el estado civil, ha podido explicar el 3,4% del bienestar. Sin embargo, en las personas inmigrantes estas variables tienen más peso y a partir de 7 factores se ha logrado predecir el 31,4% de la satisfacción: origen cultural, motivo migratorio, trabajo, apoyo percibido, contacto, distancia cultural y necesidad de asistencia social.

En cuanto a la sintomatología psicológica, las variables introducidas en los análisis de regresión han explicado un bajo porcentaje. En concreto, la sintomatología **ansiosa** es la que menos explicación ha logrado, tanto en la población autóctona (7,2%) como en la población inmigrante (6,4%). En las personas autóctonas, sólo el hecho de ser hombre predice una parte de la varianza de ansiedad, mientras que en la población inmigrante se incluyen otras variables como el trabajo, la práctica religiosa y tener familia.

La sintomatología **depresiva** de la población autóctona e inmigrante también se define a partir de diferentes variables. Así, el 7,4% de la varianza de depresión en las personas autóctonas se predice

por la necesidad de atención médica y el alojamiento. En la población inmigrante, el 15,1% se explica a partir de la edad, el trabajo, la ocupación y la participación en programas de adaptación sociolaboral.

Por último, al estudiar la sintomatología **somática** se han obtenido más variables predictoras y mayor variabilidad explicada, tanto en las personas autóctonas, el 16,2%, como en las inmigrante, el 21%. Los factores que se incorporan a los modelos de regresión de uno y otro grupo son diferentes. Las somatizaciones de la población autóctona se explican a partir del sexo, estar jubilado/ y la necesidad de asistencia médica, mientras que en la población inmigrante se predice a partir del origen cultural, la formación, los motivos migratorios, las actitudes de aculturación, el alojamiento, necesidad de asistencia psicológica y estar en programas de adaptación sociolaboral.

CAPITULO X. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo se ha realizado con el objetivo de conocer el perfil psicosocial de la población magrebí y latinoamericana, y analizar su ajuste psicológico y su salud mental, atendiendo a la influencia que el origen cultural y el género puedan tener en estos aspectos.

Para este fin, además de contar con personas inmigrantes, se ha tenido en cuenta a la población autóctona. De este modo, se ha contactado con hombres y mujeres del Magreb y de Latinoamérica, que fueran mayores de edad, que pertenecieran a la primera generación de inmigrantes y que se encontraran en diferentes situaciones psicosociales. Y por otro lado, se ha realizado una muestra representativa de la población del País Vasco, en base al género y la edad, que actúe como grupo control.

La presentación de los datos se ha estructurado en tres estudios diferentes. El primero se centra en las características del proceso de aculturación de las personas inmigrantes, el segundo analiza los niveles de ajuste psicológico y la salud mental de esta población, y en el tercero se realiza una comparación entre la situación de la población inmigrante y autóctona. En todos los casos, se ha tenido en cuenta el género y el origen cultural de las personas.

A continuación se muestran los principales hallazgos obtenidos y se discuten los resultados en base a las teorías y los trabajos recogidos en la parte teórica.

1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1.1 Proceso de aculturación

El estudio realizado para conocer los detalles del proceso de aculturación de la población inmigrante del País Vasco y determinar los aspectos de mayor dificultad, pone de manifiesto que la situación de la mayoría de las personas es positiva. Además, acorde a la hipótesis definida (Hip. 1.1.) se confirma que el género y el origen cultural marcan diferencias en las características del proceso de aculturación, dándose así diferentes perfiles psicosociales.

En su conjunto, la población inmigrante es joven y lleva alrededor de 4 años y medio en el País Vasco. En la mitad de los casos tienen pareja y/o hijos/as, y su nivel formativo es bueno. Alrededor del 70% ha emigrado por motivos económicos, trabajaba en su país de origen, su expectativa sobre el asentamiento en la sociedad receptora es provisional o está dudando, y su actitud en cuanto a la aculturación es la integración. En general estos datos son congruentes con investigaciones anteriores realizadas en el mismo entorno (Basabe y cols., 2004; Martínez-Taboada y cols., 2006).

En un Estado de Bienestar se considera que el trabajo, la vivienda y otras necesidades, como pueden ser la sanidad o la regularización administrativa, son básicas (Javaloy, 2001). En general, los resultados indican que gran parte de las personas inmigrantes han cubierto estas necesidades. Sin embargo, aproximadamente el 15% no ha trabajado nunca y/o al realizar la entrevista se encontraba en desempleo, tiene problemas para regularizar su situación jurídico-administrativa, no tiene una vivienda adecuada o presenta necesidades de documentación, empadronamiento, asistencia médica, ayuda psicológica o información. Este porcentaje aumenta cuando se indaga sobre las necesidades de asistencia social (32,5%) y de mejora de condiciones de la vivienda (42%) y de trabajo (54,8%).

El nivel de contacto que se establece con otros grupos, así como el nivel de apoyo percibido, es catalogado como medio, tal y como se ha mostrado en trabajos realizados en contextos cercanos (Basabe y cols., 2004; Martínez y cols., 1999). Aunque las puntuaciones sean moderadas se observa que el grado de contacto es superior al nivel de apoyo percibido, y que el contacto y el apoyo percibido por parte de la población autóctona es mayor que el obtenido por parte del endogrupo y de otras personas inmigrantes.

Por último, la discriminación que las personas inmigrantes perciben por parte de la población autóctona es baja y siente bastante cercanía respecto a la sociedad receptora. Por otro lado, el mantenimiento de sus costumbres y la práctica de la nueva cultura es bastante alta, lo que se traduce en una mayoría de personas cuya estrategia de aculturación es la integración, apoyando así trabajos anteriores (p.e., Berry, 1997; Bourhis y cols., 1997; Navas y cols., 2004).

Al analizar el perfil psicosocial de la población inmigrante, se ha demostrado que las trayectorias migratorias son heterogéneas (Goldlust y Richmond, 1974) y que existen varios factores que condicionan las situaciones, circunstancias y oportunidades que las personas viven en la inmigración. El origen cultural y el género son dos de los aspectos que influyen significativamente en el proceso de aculturación (Arnosó, Elgorriaga y Martínez-Taboada, 2008; Gregorio, 1997; Solé, 2003; Ward y Kennedy, 1993).

En primer lugar, en cuanto al origen cultural se comprueba que en general la situación de la población latinoamericana es más favorable que la del grupo magrebí, tal y como se esperaba (Hip. 1.2.). En concreto, se observa que las personas del Magreb se encuentran con más problemas para comunicarse en castellano, tienen menor nivel educativo, su situación laboral y de vivienda es más precaria, y demandan más asistencia social y ayudas para encontrar o mejorar las condiciones de alojamiento. Estos datos apoyan los trabajos en los que se defiende la importancia de la cultura en la vivencia del proceso de aculturación (Levine y Adelman, 1993; Ward y Kennedy, 1993) y confirmarían las mayores dificultades que se dan en los grupos que tienen una menor similitud cultural (Smith y Bond, 1998; Ward, 1996).

En relación al idioma, se sabe que el manejo de la lengua está condicionado por el origen cultural. En este caso, mientras que para la población latinoamericana las dificultades del idioma pueden reducirse a la adaptación de unas palabras, para la magrebí supone el aprendizaje de una nueva lengua.

El conocimiento del idioma permite una adecuada comunicación y es una herramienta que facilita la adquisición de recursos sociales y la adaptación sociolaboral (Swami y cols., 2010). En esta línea, se podría pensar que sus problemas de comunicación, entre otros factores, van unidos a sus mayores dificultades para encontrar un empleo o una vivienda.

Por otro lado, el menor nivel educativo junto con las mayores tasas de desempleo en la sociedad de origen y en consecuencia a una menor experiencia laboral, podrían ser otras de las variables que condicionan la situación de la población magrebí en la sociedad receptora. Por un lado, la educación es un recurso personal que contribuye a la adaptación social y que ayuda a afrontar las dificultades del proceso (Berry y Sam, 1997). Y por otro lado, en muchas ocasiones el acceso al ámbito profesional está condicionado por la formación y la experiencia laboral previa. De todos modos, hay que tener presente que las personas inmigrantes sólo tienen posibilidad de trabajar en los empleos de difícil cobertura, que rara vez son de una alta cualificación. Cinco son los principales sectores donde se integra la población inmigrante: la agricultura, la construcción, el servicio doméstico, la hostelería, el textil y la confección (Solé y cols., 2000).

El hecho de que la población magrebí tenga más problemas para obtener un empleo o una vivienda, y que estos aspectos dependan en gran medida de las oportunidades que ofrezca la población autóctona, hace pensar que las actitudes de la sociedad receptora influyen en esta situación. Se sabe que la percepción de rechazo tiene un efecto negativo en la adaptación, y que la presencia de discriminación está condicionada por el grupo cultural al que pertenecen las personas inmigrantes (Ataca y Berry, 2002). En general, se prefieren a aquellas que se ven culturalmente más cercanas (Safdar y cols., 2008). Y la mayor distancia cultural puede llevar a actitudes de separación y marginalización (Piontkiwki y cols., 2000). En esta línea, el ámbito laboral y de vivienda son dos de los sectores en los que mayor exclusión sufre la población inmigrante, especialmente las mujeres que migran con poco dominio del lenguaje (Haberfeld y cols., 2000).

En segundo lugar, los resultados obtenidos en función de sexo no permiten confirmar las hipótesis establecidas (Hip. 1.2.). A partir de las investigaciones que proponen que la situación de las mujeres en el ámbito social, laboral, económico y jurídico es de mayor vulnerabilidad e inferioridad (Darvishpour, 2002; Standing, 2000), se espera encontrar mayores dificultades psicosociales en la población femenina. Los resultados revelan que las condiciones laborales, jurídicas y de alojamiento no son peores en las mujeres, incluso los hombres tienen más problemas de empleo y para regularizar la situación jurídica. Este mejor ajuste de las mujeres en el ámbito laboral, puede deberse a sus mayores capacidades comunicativas y empáticas (Haslberger, 2007; Selmer y Leung, 2003).

Por otro lado, se comprueba que las mujeres realizan menos demandas que los hombres, sobre todo en relación al empadronamiento y a la búsqueda de información. La única excepción hallada es el mayor número de mujeres que demandan asistencia psicológica, una necesidad que podría explicarse

tanto por la mayor presencia de síntomas en esta población como por la mayor facilidad que tienen las mujeres de mostrar sus emociones (Brody y Hall, 2000; Etxeberria y cols., 2003).

Relacionado con la socialización y la influencia que la educación puede ejercer en los roles que las personas adoptan en su vida y en particular en los procesos migratorios, se ha comprobado que la situación laboral premigratoria y las características de reagrupación familiar posmigratoria son diferentes en los hombres y en las mujeres. Se observa que antes de emigrar, aunque la mayoría de las personas trabajaba fuera de casa, había un mayor porcentaje de mujeres que se dedicaba exclusivamente a las labores domésticas. Esto se traduce en un mayor porcentaje de personas con falta de experiencia laboral, algo que podría dificultar el acceso al mundo laboral. Sin embargo, el crecimiento de la demanda en el sector doméstico hace que las mujeres encuentren espacios de trabajo y tengan así menos tasas de paro que los hombres. Ya en la sociedad receptora, en relación con la responsabilidad que se adquiere hacia la familia, se observa que hay un mayor número de mujeres que ha conseguido la reagrupación de sus hijos e hijas. Estos dos aspectos, hacen referencia al rol de la mujer dentro de la estructura familiar y son un reflejo de los procesos de socialización en los que se educa a la mujer para que sea más afectiva que los hombres y para que se encargue del cuidado familiar (Ting-Toomey, 2005).

Por último, en general las mujeres perciben más apoyo por parte de la población inmigrante y de la población autóctona. Se sabe que las mujeres tienen mejores habilidades sociales que los hombres (López y cols., 1998), que muestran más empatía (Hoffman, 1977; Mestre y cols., 2004) y que entienden la comunicación como una vía para desarrollar y mantener relaciones sociales (Gudykunst, 2004; Basow y Rubinfeld, 2003), aunque en ocasiones encuentran dificultades para encontrar esos espacios (Martínez y cols., 2002). Estos aspectos pueden influir en la calidad de las relaciones sociales que las mujeres establecen con otros grupos, y en consecuencia, en el mayor apoyo percibido. Por otro lado, habría que tener presente la importancia que tienen las redes migratorias en los procesos de aculturación, particularmente de las mujeres latinas (Gregorio, 1997), lo que explicaría que el apoyo de la población inmigrante en las mujeres sea mayor.

El hecho de ser hombre o mujer es una variable imprescindible a tener en cuenta en los procesos migratorios por la influencia que tiene en el proceso decisorio y en el reparto del trabajo (Balán, 1990), pero debe ser analizada junto con el origen cultural, ya que el comportamiento de los hombres y las mujeres varía de unos países a otros (Gregorio y Ramírez, 2000). Gregorio (1997) propone que para analizar los procesos de aculturación hay que considerar el grupo doméstico y las redes migratorias establecidas en la sociedad receptora. Así, en función de las oportunidades que ofrezcan las dos sociedades, y de las características de las redes migratorias, la persona elegida para emigrar es el hombre o la mujer. En nuestro caso, se podría afirmar que en la población de Latinoamérica las oportunidades son mayores para las mujeres, mientras que en la población del Magreb, las oportunidades serían mejores para los hombres. Esto justifica que las mujeres latinoamericanas y los hombres magrebíes sean las que inicien las cadenas migratorias y los que más tiempo llevan en el País

Vasco. Asimismo, de este modo se entiende que determinadas características y circunstancias de los hombres y de las mujeres varíen de un grupo cultural a otro.

Prácticamente todas las mujeres latinoamericanas han conseguido trabajar en la sociedad receptora y en el momento de realizar la entrevista tenían las tasas más bajas de paro. Su situación de vivienda, jurídico-administrativa y laboral es la más positiva de todos los grupos. Una situación que podría deberse al mayor tiempo que llevan como emigrantes (Ward y Kennedy, 1999), a las mayores facilidades sociolaborales que les ofrece la sociedad receptora (Gregorio y Ramírez, 2000), al apoyo percibido por las redes migratorias (Gil y Vega, 1996), o a una interacción de todas ellas.

Por otro lado, aunque en los hombres latinoamericanos la opción migratoria mayoritaria sea la económica, destaca el porcentaje que migra por formación. Del mismo modo, aunque la reagrupación no sea una de las opciones principales, los datos revelan que es el grupo que más familiares tiene cerca y que son los que en más ocasiones están junto a su pareja. Estos resultados apoyarían los trabajos en los que se reivindica el papel que tienen las mujeres latinoamericanas como iniciadoras del proceso migratorio (Arnosó y cols., 2008; Solé, 2000; Izquierdo, 2000). Además, a estos resultados hay que añadir que son los que más contacto mantienen con las personas de su país que viven en la nueva sociedad, y que es el grupo que más tarde a iniciado el proyecto migratorio y que desde su entrada en España menos tiempo ha tardado en instalarse en el País Vasco. El hecho de que tengan una amplia red familiar y mayor contacto con el endogrupo, y que sean los que menos tiempo llevan fuera de su país, han sido los motivos que hacen pensar que en general los hombres emigran en segundo lugar. Sin embargo, al preguntar la razón migratoria, pocos confirman que es la reagrupación familiar. Se podría creer que realmente emigren por otros motivos; que se unan las razones económicas y familiares; o, que en base a la deseabilidad social y teniendo en cuenta la función que tienen como cabeza de familia en su país de origen (Mogollón y Vázquez, 2006), prefieran dar otro tipo de respuestas.

La población femenina magrebí, es el grupo en el que mayor número de personas ha emigrado por reagrupación familiar, a pesar de ello su razón migratoria principal es la económica. Esto indica que aunque las mujeres magrebíes sean las que en más ocasiones emigran para estar junto con su familia, el móvil principal para hombres y mujeres es el trabajo (Izquierdo, 2000). Unos resultados que apoyan los estudios que defienden el papel activo de la mujer inmigrante en los procesos migratorios (Gregorio, 1997). Las mujeres magrebíes son las que más practican su religión, un aspecto importante de su cultura. Pero a su vez, también son las que más practican la cultura de la sociedad receptora, un resultado también encontrado en Holanda con las mujeres marroquíes (Ouarasse y van de Vijver, 2005), y que llama la atención si se tiene en cuenta que en las sociedades occidentales la barrera más frontal se produce en la mujer magrebí (Soriano y Santos, 2002). Estos resultados, en la medida en que no se dan entre las mujeres latinoamericanas, apoyan parcialmente los estudios que demuestran que las mujeres tienen una mayor implicación en el mantenimiento y transmisión de sus tradiciones (Amer y Hovey, 2007; Dion y Dion, 2001; Morrison y James, 2009) y que tienen más facilidades con algunos aspectos de la cultura receptora (Brandon, 1991).

Por otro lado, a pesar de que las mujeres magrebíes sean las que más importancia dan a la práctica de la cultura receptora, son las que más rechazo perciben de la población autóctona. La mujer inmigrante está sometida a una múltiple discriminación por ser mujer, extranjera, y en muchos casos, de otra raza diferente (Haberfeld y cols., 2000; Solé, 2000). El hecho de que las mujeres magrebíes sean las que más rechazadas se sienten, y que los hombres magrebíes y las mujeres latinoamericanas no tengan esta opinión, indica que en la muestra de estudio para que se perciba discriminación deben confluír diferentes fuentes de vulnerabilidad y que no es suficiente con proceder de un cultura lejana o con ser mujer. En este sentido, los resultados no pueden confirmar que haya una mayor discriminación en las mujeres (Raijman y Semyonov, 1997) o en las personas con una mayor distancia cultural (Navas y cols., 2004; Nesdale y Mak, 2003).

En la población masculina del Magreb hay más personas que han emigrado anteriormente a otros países, son los que más tiempo llevan en España y los que más intenciones de asentamiento permanente manifiestan. A pesar de ello, es el grupo que más dificultades encuentra: las tasas de desempleo son altas y tienen problemas para solucionar su situación jurídica, lo que se refleja en el mayor número de demandas para conseguir la documentación de residencia y obtener un trabajo.

En relación a la identificación con la nueva cultura, se comprueba que son las personas que más distancia perciben, aunque confirmen que se sienten bastante cercanas al país receptor. Y por último, en cuanto a la red familiar, se observa que los hombres magrebíes son las personas que en menos ocasiones están junto a su pareja, a sus hijos e hijas, u otras personas de su familia. Lo que les priva de los recursos naturales que ofrece la familia, con quien se comparte los problemas y dificultades del proceso migratorio (Kuo y Tsai, 1986). Además, son los que menos contacto establecen con otras personas inmigrantes, lo que reduce aún más sus redes sociales.

En resumen, se podría concluir que en general la población magrebí tiene más problemas y es más vulnerable que la población latinoamericana, apoyando así los trabajos que defienden que la distancia cultural influye en el proceso de adaptación (Furnham y Bochner, 1986; Smith y Bond, 1999; Ward y cols., 2001). En relación al género, y en la línea de investigaciones anteriores (Swami y cols., 2010; Ye, 2006), se comprueba que en la población latinoamericana no hay grandes diferencias en el proceso de aculturación de las mujeres y de los hombres. Sin embargo, en la población del Magreb se observa que los hombres se encuentran con más dificultades que las mujeres en la adaptación sociocultural. Estos mismos resultados se obtuvieron en un estudio realizado en Holanda (Ouarasse y van de Vijver, 2005) y en el País Vasco (Zlobina y cols., 2006). En concreto, en este último trabajo, al igual que en los resultados del presente estudio, observaron que los hombres magrebíes tenían una peor adaptación que las mujeres, sin embargo esta situación no se daba con la población latinoamericana y sudafricana. Por tanto, se concluye que la población masculina del Magreb es el grupo más vulnerable y que más dificultades tiene en el proceso de aculturación en el País Vasco.

1.2 Ajuste psicológico

El ajuste psicológico de la población inmigrante se ha definido como el grado de bienestar y satisfacción emocional de las personas que viven en un nuevo entorno, aunque también puede entenderse como un proceso de estrés y de afrontamiento (Ward y Kennedy, 1999). Por este motivo, para realizar una descripción lo más precisa posible se ha medido una serie de emociones, los niveles de estrés percibido y la satisfacción con la vida.

Referente a las emociones manifestadas en el proceso de aculturación, se comprueba que la activación emocional inicial es sobre todo positiva. En este sentido, aunque la inmigración se asocie a cambios (Smith y Bond, 1993) y a situaciones de pérdida (Achotegui, 2002), prevalecen emociones como la esperanza, la satisfacción, la alegría, el orgullo y la tranquilidad. Unos resultados que son congruentes con estudios realizados en el mismo contexto (Basabe y cols., 2004; 2009; Martínez-Taboada y cols., 2006).

Las emociones de corte negativo están menos presentes en la población inmigrante. El 10% siente indiferencia y desprecio hacia la población autóctona, aunque son las emociones menos presentes. Por otro lado, alrededor del 25% de las personas, manifiestan emociones de cansancio (cansancio, engaño y vergüenza) y de rabia (rabia y sentirse rechazado/a), unas emociones que representan las dificultades y novedades que la población inmigrante afronta, así como las reacciones a posibles actitudes de rechazo. A pesar de ello, hay que indicar que el número de personas que manifiestan este tipo de emociones es relativamente bajo.

Por último, hay un grupo que adquiere más importancia que las emociones negativas anteriores. La mitad de la población confirma sentir emociones depresivas que se describen a partir de la angustia, la soledad, la tristeza y el miedo. La mayor prevalencia de estas emociones se justifica por la relación que tienen con la percepción de pérdida y de duelo migratorio (Brink y Saunders, 1976). Sin embargo, la manifestación de estas emociones se consideran propias del proceso migratorio y sólo son preocupantes cuando superan las capacidades adaptativas de las personas (Achotegui, 2008).

En segundo lugar, desde la literatura científica se ha considerado que la inmigración es una importante fuente de estrés (Hertz, 1988; Lazarus, 2000) y ha sido definida como uno de los sucesos vitales no normativos que más tensión provoca y que requiere de un mayor reajuste en todos los ámbitos de la vida (Jerusalem y Kleine, 1991).

Los resultados del segundo estudio indican que el nivel medio de estrés es moderado y que no llega al criterio establecido para que pueda considerarse que las personas inmigrantes residentes en el País Vasco se sienten estresadas. Además, se comprueba que el porcentaje de personas que manifiesta alto estrés es bajo, tan sólo el 3,5%. Estos datos no apoyan la hipótesis formulada, en la que se esperaba encontrar una mayor prevalencia y puntuaciones medias más altas (Hip. 2.1.), tal y como

habían mostrado trabajos anteriores (Gil y Vega, 1996; Irfaeya y cols., 2008; Miranda y Matheny, 2000). Sin embargo, los resultados obtenidos van en la misma línea que una gran parte de las investigaciones en las que se concluye que ante los cambios de la migración el estrés percibido es medio. Unas conclusiones a las que han llegado estudios realizados tanto en nuestro entorno (Salvador y cols., 2010; Patiño y Kirchner, 2008) como en países asiáticos, europeos y americanos (p.e., Chen y cols., 2008; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Hovey y Magaña, 2000).

Por otro lado, profundizando en la prevalencia, se observa que la situación es estresante para el 3,5%, para el 74,8% el grado de tensión es moderado y para el 21,7% final el proceso de aculturación no es estresante. En el trabajo de Ritsner y su equipo (2000) el número de personas estresadas por los cambios de la migración también era bajo, mientras que en el trabajo de Hiott (Hiott y cols., 2008) el porcentaje ascendía al 30%.

Estos resultados contradicen el supuesto de que la inmigración es un suceso vital estresante, al menos si para definir dichos sucesos se toma la primera propuesta de Holmes y Rahe (1967). Para estos autores un suceso vital es una experiencia social objetiva que altera las actividades habituales de la persona y que provoca tensión. Sin embargo, obvian las diferencias individuales y afirman que para todas las personas determinados acontecimientos son estresantes (Dohrenwend, 2006; Pélicier, 1993). Se ha demostrado que no siempre un evento tiene la misma influencia sobre las personas, una crítica que pronto fue solucionada por Milley y Rahe (1995) cuando revisaron los trabajos originales e introdujeron nuevos eventos y valoraciones individuales.

En el caso concreto de la inmigración, se asume que es un proceso que conlleva muchos cambios y que es potencialmente estresante, pero se ha comprobado que las consecuencias difieren de unas personas a otras y que no todas llegan a manifestar estrés (Berry y cols., 1997; Collazos y cols., 2008). En este sentido, la perspectiva transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984) sería más adecuada para explicar los resultados obtenidos. Lazarus y Folkman (1984), consideran que un acontecimiento es estresante en base a la evaluación personal y a los recursos que las personas perciban y pongan en marcha. Así, la transición a otra sociedad resultaría estresante si se valora que las situaciones del proceso son amenazadoras y si se concluye que los recursos de afrontamiento disponibles son insuficientes. Estas estrategias son diversas e incluyen las capacidades cognitivas y conductuales, el apoyo social y los recursos materiales (Folkman y Lazarus, 1986).

Los análisis realizados para predecir el estrés de la población inmigrante a partir de las características del proceso de aculturación explican un bajo porcentaje, el 16,5%. Tal y como indicaban los modelos de estrés migratorio (Berry, 1997; Goldlust y Richmon, 1974; Ward y cols., 2001), los factores predictores corresponden a la situación posmigratoria, sin embargo no están presentes variables sociodemográficas y de la situación premigratoria, lo que no apoya la hipótesis definida (Hip. 2.4.).

Los factores explicativos se relacionan directamente con el tipo de recursos de afrontamiento propuestos por Folkman y Lazarus (1986). Se observa la importancia de los recursos materiales y económicos, en el hecho de que ser una persona autónoma y tener un alojamiento propio reducen los niveles de estrés, y tener necesidades de vivienda y ayuda psicológica lo aumentan. Por otro lado, la formación se asocia a los recursos psicológicos y a las habilidades sociales como estrategia de afrontamiento, de tal manera que justificaría que la baja formación explique el estrés y que el hecho de ser estudiante lo reduzca. Y finalmente, los recursos de apoyo social estarían representados por el apoyo de la población autóctona, que explica la reducción del estrés, y por la discriminación percibida que se asocia a mayor tensión y señala el rechazo de la población local, y por tanto, la falta de apoyo.

Estas variables también han sido significativas en estudios anteriores. En este sentido, la necesidad de obtener o mejorar la vivienda se relaciona con altos niveles de estrés (Achotegui, 2008; Martínez-Taboada y cols., 2008). Se ha observado que en ocasiones las condiciones de la vivienda no son adecuadas, dándose situaciones de hacinamiento, poca salubridad o precios abusivos, que aumentan la percepción de tensión (Hovey y Magaña, 2000). Esto explicaría tanto que la necesidad de vivienda se asocie al estrés como que el tener un alojamiento propio los reduzca. En cuanto a este último factor, se podría inferir que una persona inmigrante que ha logrado una vivienda en propiedad, vive en condiciones adecuadas y seguras, pero también ha conseguido resolver necesidades básicas como su situación jurídica y laboral, que mejoran su calidad de vida y ajuste psicológico.

En tercer lugar, apoyando los trabajos que indican que la formación previene la manifestación de estrés (p.e., Irfaeya y cols., 2008; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006), se ha comprobado que el bajo nivel educativo es un factor de riesgo del estrés, mientras que el hecho de ser estudiante funciona como un factor protector. Se ha demostrado que las personas que han estudiado poseen más recursos para afrontar los cambios y adaptarse a las características de la sociedad receptora (Berry y Sam, 1997; Krishnan y Berry, 1992). Asimismo, en muchas ocasiones los estudios se han realizado en el extranjero y las personas disponen de una experiencia anterior que puede ser beneficiosa para el nuevo proyecto. Además, probablemente este colectivo haya emigrado voluntariamente, lo que se vincula a respuestas proactivas y de mayor disposición al cambio (Berry, 1997; Vega y cols., 1987). Por último, si en la nueva sociedad se dedican exclusivamente a estudiar, se podría pensar que disponen de recursos de alojamiento, económicos y legales, que hace la situación más relajante.

Respecto a la autonomía social, el modelo de intervención psicosocial de Martínez-Taboada y colaboradoras (2001) propone que en las situaciones de crisis las personas actúan en base a la percepción de control, al tipo de afrontamiento y a la posibilidad de utilizar recursos personales, sociales y culturales. En consecuencia, las personas se sitúan en posiciones de mayor o menor dependencia social. Los datos del estudio confirman que ser autónomo/a socialmente o autogestionar las necesidades reducen los niveles de estrés (Martínez-Taboada y cols., 2008).

La falta de apoyo social es uno de los factores que más veces se ha definido como predictor de estrés (Berry y cols., 1987; Hovey, 2001). En el presente trabajo el apoyo de la población autóctona es un factor protector de la tensión que manifiesta la población inmigrante, un resultado que apoya trabajos realizados anteriormente (Basabe y cols., 2004; Ward y Kennedy, 1999; Smith y Bond, 1999). Relacionado con las redes sociales y con el tipo de vínculos que se establecen entre los diferentes grupos en contacto, al igual que en otros contextos y con diferentes grupos culturales, se ha constado que la percepción de discriminación explica el estrés de la población inmigrante (p.e., Hovey y Magaña, 2000; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Noh y Kaspar, 2003). La percepción de discriminación no sólo quiere decir que se siente rechazo de la población local, sino que también supone que las personas autóctonas no van a ser una fuente de apoyo en el proceso de adaptación.

Para finalizar con el estudio del estrés, hay una serie de variables que la literatura ha definido como predictoras pero que en este trabajo no han resultado ser significativas. Así, los datos obtenidos son contradictorios a los estudios que identifican como variables explicativas del estrés la edad (Gil y Vega, 1996), el estado civil (Jasinskaja-Lahti y cols., 2006), tener hijos e hijas (Irfaeya y cols., 2008), el motivo migratorio (Vega y cols., 1987), el conocimiento del idioma (Berry y Sam, 1997), el tiempo de permanencia en la sociedad receptora (Gil y Vega, 1996), el desempleo (Singhammer y Bancila, 2009), las expectativas (Beiser, 1999), la situación jurídica (Finch y Vega, 2003), las estrategias de aculturación (Berry y cols., 1987) y el contacto social (Ward y Kennedy, 1999).

En cuanto al bienestar, se ha comprado que el 32,5% de las personas están muy satisfechas con su vida, que el grado de satisfacción del 52,6% es moderado y finalmente que el 14,9% de la población se siente insatisfecha. Por otro lado, el nivel de satisfacción es medio y se sitúa por encima del punto de corte que indica que las personas están satisfechas. Estos resultados coinciden con la mayoría de las investigaciones en las que se constatan buenos índices de bienestar en la población inmigrante (p.e., Neto, 1995, 2001; Sam, 1998; Utsey y cols., 2002). Esto quiere decir, que aunque la inmigración conlleve cambios y las personas puedan percibir dificultades y estrés, la valoración global que realizan sobre su vida es positiva. Hay que recordar que la satisfacción es una evaluación global que la persona hace sobre su vida (Pavot y cols., 1991) y que para ello, es la propia persona la que establece los criterios de comparación (Shin y Johnson, 1978).

Los análisis realizados para predecir la satisfacción de la población inmigrante a través de las características del proceso de aculturación, explican mayor variabilidad que los modelos de estrés, aunque sólo consiguen predecir un 30% del bienestar. A excepción del motivo migratorio y del origen cultural, las variables que predicen la satisfacción se refieren a la situación posmigratoria. Estos resultados apoyan la hipótesis definida (Hip. 2.4.) y los trabajos en los que se defiende que los factores sociodemográficos son los menos importantes para entender la satisfacción y que su poder aumenta al incorporar los factores psicosociales (Neto, 1995; Sam, 1998). Así, las variables predictoras de la satisfacción son el origen cultural, el empleo, haber emigrado por motivos económicos, realizar demandas de asistencia social, la cercanía cultural, el contacto con el endogrupo y el apoyo percibido de

la población inmigrante. Unas variables que corresponden a los recursos materiales y de apoyo social utilizados en el afrontamiento de diferentes acontecimientos vitales (Folkman y Lazarus, 1986).

Proceder del Magreb en comparación con ser de Latinoamérica, significa tener una distancia mayor respecto a la sociedad receptora, lo que se traduce en más novedades, en mayores dificultades de aprendizaje sociocultural y en menor bienestar (Smith y Bond, 1993; Ward y Kennedy, 1999). En este trabajo, la importancia de las características de las sociedades en contacto no sólo se ha constatado de una forma objetiva, al tener en cuenta el origen cultural, sino que se ha comprobado la importancia de la percepción en cuanto a la cercanía cultural. Así, apoyando estudios anteriores (Berry y Kim, 1987; Ritsner y cols., 1996), se ha observado que identificarse con la sociedad receptora, independientemente de la nacionalidad de origen, protege ante la manifestación de estrés.

Entre las razones que llevan a que una persona decida emigrar, el motivo económico explica la baja satisfacción. Las personas que salen de sus países por este motivo, lo hacen para mejorar su situación y la de sus familias. Esto quiere decir que se enfrentan a un proceso en el que tienen que comenzar de nuevo y en el que el alojamiento, el empleo y la regularización jurídica no están garantizados. Por lo general, las condiciones económicas de estas personas no son buenas y se encuentran con diversas dificultades. Se ha comprobado que los recursos económicos predicen el bienestar de la población inmigrante (Cuellar y cols., 2004; Matheny y cols., 2002), de lo que se deriva que su carencia explicaría la insatisfacción de las personas. En relación a estas necesidades, en el segundo estudio se observa que la demanda de asistencia social explica el bajo bienestar.

Siguiendo con estos argumentos, si haber emigrado por motivos migratorios y presentar necesidades de asistencia social se vinculaba a la baja satisfacción, tener un trabajo en la nueva sociedad explica la alta satisfacción. Este resultado va en la misma línea de las investigaciones que indican la importancia del empleo para percibir bienestar (Lowenstein y Katz, 2005; Moreno-Jiménez y cols., 2008a). Estar activamente en el mercado laboral, exige tener la situación jurídico-administrativa solucionada, lo que se relaciona con tener un empadronamiento y un alojamiento adecuado. Aunque no siempre estas circunstancias están garantizadas, se podría pensar que tener trabajo se asocia a tener los recursos socioeconómicos básicos cubiertos. Por otro lado, en la medida en que la mayoría de las personas emigran por motivos económicos cabría pensar que el empleo es uno de sus objetivos principales y que este sea uno de los criterios bajo los que valoran su satisfacción. Asimismo, el trabajo permite establecer contacto con otras personas que podrían cumplir funciones de apoyo. De todos modos, no siempre el entorno laboral es positivo y en ocasiones los puestos de empleo son fuente de problemas y de actitudes discriminatorias (Haberfeld y cols., 2000).

En cuanto a las características de las redes sociales, se confirma que mantener contacto con las personas del país de origen predice la satisfacción de la población inmigrante (Neto, 2001; Sam, 1998). Por otro lado, la percepción de apoyo es una de las variables que más veces ha explicado el bienestar de la población inmigrante (p.e., Basabe y cols., 2009; Vohra y Adair, 2000). Así, se corrobora que el

apoyo percibido por parte otros grupos culturales predice el bienestar de las personas inmigrantes (Hernández y cols., 2002; Smith y Bond, 1999).

Todas estas variables consiguen explicar el bienestar de la población inmigrante. Sin embargo los datos no apoyan los trabajos en los que se definen como variables predictoras de la satisfacción la educación (Neto, 1995), las creencias religiosas (Lee, 2007), las expectativas (Murphy y Mahalingam, 2006), el idioma (Silveira y Allebeck, 2002), la documentación (Hernández y cols., 2002), el alojamiento (Hernández y cols., 2004), las estrategias de aculturación (Berry y Sabatier, 2010) y la discriminación percibida (Liebkind y Jasinskaja-Lahti, 2000b). Finalmente, existe una serie de variables que en unos trabajos han resultado ser significativas mientras que en otros no se ha encontrado que influyan en la manifestación de bienestar. En relación a estas variables, los resultados del segundo estudio apoyarían los trabajos que señalan que la edad (Ullman y Tatar, 2001), el estado civil (Hurh y Kim, 1990) y el tiempo de permanencia (Cuellar y cols., 2004), no predicen la satisfacción de la población inmigrante.

Para concluir con este apartado se podría decir que el ajuste psicológico de las personas inmigrantes del País Vasco es positivo. Prevalen las emociones positivas sobre las negativas, los niveles de estrés y de satisfacción son moderados, y la prevalencia de personas que se sienten insatisfechas o estresadas es baja. A pesar de ello, se comprueba la relevancia de determinadas necesidades básicas y de los recursos de apoyo social (Folkman y Lazarus, 1986; Maslow, 1943) en la explicación del estrés y la satisfacción. De todos modos, que el ajuste psicológico sea positivo no quiere decir que no haya personas con altos niveles de estrés y bajos de bienestar.

En este sentido, es importante tener en cuenta la implicación que el malestar puede tener en la salud mental. Tanto desde la perspectiva de los sucesos vitales como desde la transaccional, se defiende que la vulnerabilidad que produce el estrés puede tener como resultado la presencia de sintomatología. Sin embargo, mientras que el primer enfoque propone que los cambios y la incapacidad para controlar los estresores son los causantes de la vulnerabilidad (Holmes y Rahe, 1967), el segundo defiende que la fragilidad se produce al no disponer de recursos de afrontamiento adecuados y cuando las consecuencias son valoradas por la persona como importantes (Lazarus y Folkman, 1984).

Para Dohrenwend y Dohrenwend (1981) la salud mental debe explicarse teniendo en cuenta los eventos que se viven, las características personales y las condiciones sociales. Una serie de variables que también se recogen en los modelos propuestos para explicar el proceso migratorio y su vinculación con la salud mental (p.e., Beiser, 1999; Ward y cols., 2001), aunque en éstos se añade la importancia de las valoraciones personales (Lazarus y Folkman, 1984). En esta línea, los trabajos que determinan que el proceso migratorio tiene un efecto negativo sobre las personas y que produce estrés, han comprobado que ese grado de tensión se asocia a mayores problemas de salud mental (Berry, 1997; Ritsner y cols., 1996; Ward, 1996).

Por otro lado, los estudios sobre bienestar también han hallado asociaciones con la manifestación de sintomatología. Aunque las medidas de bienestar puedan definirse como parte de la

salud mental, los trabajos que han estudiado su efecto en la salud mental han hallado que la insatisfacción se asocia con la presencia de síntomas ansiosos, depresivos y somáticos (p.e., Diener y Lucas, 1999; Headey y cols., 1993; Lewinsohn y cols., 1991). Unos resultados que también se han obtenido con la población inmigrante (p.e., Neto, 2001; Silveira y Allebeck, 2002).

Teniendo presente estos resultados, los análisis que se han realizado para probar que el estrés y la satisfacción influyen en la salud mental, confirman parcialmente las hipótesis planteadas (Hip. 2.6.). En contra de lo esperado y de las propuestas teóricas (Achoategui, 2004; Ataca y Berry, 2002; Pavot y Diener, 2008), se comprueba que el estrés no tiene un efecto positivo en la presencia de somatizaciones y que la satisfacción no influye en la sintomatología ansiosa. Sin embargo, se corrobora que la manifestación de estrés influye en la presencia de síntomas depresivos y ansiosos (Achoategui, 2004; Beiser, 1999; Hovey y Magaña, 2000). Del mismo modo, la satisfacción interviene en la reducción de sintomatología depresiva, apoyando así los trabajos de Keyes y Ryff (2003) y Silveira y Allebeck (2002). Sin embargo, en relación al bienestar los datos indican que su presencia influye en la manifestación de somatizaciones, unos resultados que constituyen una excepción a las investigaciones que defienden que el bienestar reduce la sintomatología (p.e., Diener y Lucas, 1999; Neto, 2001). En relación a este último resultado y teniendo presente que la satisfacción indica que las personas están contentas con su vida (Diener y cols., 1995), resulta contradictorio que el bienestar se vincule a la manifestación de síntomas somáticos. Sin embargo, en primer lugar hay que señalar que dicha relación es muy baja. Y en segundo lugar, las somatizaciones reflejan las dificultades que son evitadas (Tizón y cols., 1992). En este sentido, una persona puede estar satisfecha con los logros que va obteniendo pero al mismo tiempo tener dificultades o urgencias que no “le permiten” manifestar ansiedad o depresión. Sin embargo, este malestar existe y acaba manifestándose de un modo u otro. Así, se traduciría y se expresaría a partir de dolencias físicas (García-Campayo y Sanz, 2000).

1.3 Salud mental

En el proceso de aculturación hay personas que ven su salud deteriorada, para otras no se modifica e incluso algunas afirman que ha mejorado (Berry y cols., 1987; Koneru y cols., 2007). En la línea de estos trabajos, se comprueba que la mayoría de las personas del estudio opina que su salud es igual que antes de emigrar, para un 20,7% ha empeorado y para el 3,8% es mejor.

Estas diferencias en la percepción y en la respuesta de salud mental se pueden explicar en base a la hipótesis del estrés de aculturación (Berry y Sam, 1996) y a los supuestos del síndrome de Ulises (Achoategui, 2004) y del modelo de asentamiento y ajuste psicológico (Beiser, 1999). Así, se entendería que unas personas pueden afrontar las novedades del proceso migratorio y no sufren problemas de salud mental, mientras que para otras personas la acumulación de acontecimientos estresantes excede su capacidad adaptativa y se manifiestan en síntomas psicológicos. En este estudio el 70% de las personas presentan síntomas psicológicos, lo que llevaría a pensar en base a los aspectos teóricos, que

un número similar de personas sufre estrés o malestar. Sin embargo, el porcentaje de personas cuyo ajuste psicológico es negativo es menor al 20%, lo que contradice las teorías sobre la relación entre el estrés y la salud mental (p.e., Holmes y Rahe, 1967; Lazarus y Folkman, 1984).

Atendiendo a la clasificación propuesta por Berry (2003), se han utilizado las medidas de salud mental para acotar las situaciones en las que el proceso migratorio supera las capacidades adaptativas de las personas. En la medida en que se entiende que la presencia de síntomas es más grave que la manifestación de estrés y malestar, se esperaba que hubiera menos prevalencia de síntomas en comparación con la prevalencia de estrés y malestar. Sin embargo, haber comprobado mayor presencia de problemas de salud mental, hace pensar que la expresión de síntomas podría ser un indicador de dificultad y de ausencia de bienestar, y que no tendría un matiz tan grave como el señalado por Berry (1997; 2003). Esto quiere decir que serían parte de un mismo nivel, y que los síntomas, el estrés y la satisfacción, son parte de la definición global de salud mental (OMS, 2001). De todos modos, hay que recordar que en este estudio no se han realizado diagnósticos psicológicos sino que se ha medido la presencia de síntomas. Esta forma de proceder hace que la prevalencia de las áreas de salud mental sea mayor que si se hubieran definido los trastornos psicológicos, y por tanto, que la prevalencia encontrada en el trabajo se aleje de resultados encontrados en investigaciones anteriores. Sin embargo, se entiende que esta forma de proceder permite tener acceso a síntomas emergentes que pueden dar luz a la prevención del malestar en la población inmigrante.

En relación a las áreas de salud mental, la mitad de la población entrevistada muestra sintomatología ansiosa, siendo ésta la más presente en la muestra estudiada. Esta área se define por síntomas como sentir nerviosismo, una excesiva preocupación o haber tenido ataques de ansiedad. En segundo lugar, se sitúan las somatizaciones que aparecen en el 40% de las personas. Entre las más comunes se encuentran los dolores de cabeza, los problemas estomacales, el cansancio o dolores musculares. Y por último, los síntomas depresivos están presentes en el 38,3% y se representan por la tristeza, la falta de energía o el poco interés y disfrute de las cosas.

Aunque el nivel de ansiedad mostrado por la población inmigrante es moderado, tal y como encontraba el trabajo de Alderete y cols., (1999), el 50,5% de las personas manifiesta síntomas ansiosos. Este porcentaje es muy superior a los estudios realizados en EEUU (p.e., Grywacz y cols., 2006; Hovey y Magaña, 2001) o en el trabajo de Pertiñez y cols., (2002). Sin embargo, son consistentes con la mayor prevalencia de ansiedad encontrada en los trabajos europeos (Donnelly y Kim, 2008), especialmente con los realizados en España (Barro y cols., 2004; Sánchez y López, 2008). Se considera que estos síntomas son propios de los cambios vividos en la migración y de los procesos de aprendizaje y adaptación (Gudykunst, 1993; Levine y Adelman, 1993; Oberg, 1954).

En segundo lugar, el número de somatizaciones es bajo, a pesar de ello el 40% de las personas inmigrantes muestra síntomas de esta área. Estos resultados indican que el porcentaje de somatizaciones es superior al hallado en investigaciones anteriores, en las que oscilaba entre el 13% y el

27% (Donnelly y Kim, 2008; Mak y Zane, 2004; Ritsner y cols., 2000). Y es especialmente mayor a la prevalencia del 10,7% encontrada en el trabajo de Pertiñez y colaboradores (2002).

Por último, coincidiendo con un gran número de trabajos (p.e., Asvat y Malcarne, 2009; Ristner y Ponizovsky, 2003; Ward y cols., 1998), los niveles de depresión son bajos. Sin embargo, la prevalencia de este tipo de sintomatología es bastante alta. El 38,3% de las personas presentan síntomas de depresión, un porcentaje que va en la línea del trabajo realizado por Barro en Cataluña (Barro y cols., 2004) y de los estudios llevados a cabo en EEUU con población asiática o latinoamericana (Mui y Kang, 2006; Hovey y Magaña, 2000). Estos resultados son superiores a trabajos realizados, tanto a nivel internacional (Chou, 2009), como en nuestro contexto (Pertiñez y cols., 2002). A pesar de ello, las cifras no alcanzan los datos obtenidos en las investigaciones llevadas a cabo con población que participa en programas de asistencia social (Martínez y cols., 2001; Martínez-Taboada y cols., 2008).

Como conclusión a estos datos y teniendo en cuenta que la sintomatología ansiosa es la más común, seguida de las somatizaciones y los síntomas depresivos que tienen la misma prevalencia, se podría decir: que los cambios y la preocupación por entender el funcionamiento de la nueva sociedad y de adquirir las habilidades y recursos necesarios, tendrían más influencia que el sufrimiento por las pérdidas y lo dejado en origen. Sabiendo que en la muestra estudiada hay personas que no disponen de los recursos materiales adecuados, se entiende que la urgencia de resolver las necesidades básicas prime sobre el lamento por lo dejado atrás, de manera que se justifica que la ansiedad prevalezca sobre la depresión. Sin embargo, los duelos pueden manifestarse como somatizaciones (Echeburúa y cols., 2005), cuando las experiencias y la expresión de emociones son evitadas (Deighton y Traue, 2005). Por otro lado, en algunas culturas la depresión adopta formas físicas y las personas más que hablar de tristeza describen diversos dolores corporales (Barlow y Durand, 2003). Se trataría así de un tipo de depresión enmascarada, en la que el estado de ánimo no es evidente y las somatizaciones son la principal queja (Martín Ortiz y cols., 2003). Por tanto, no se puede descartar que lo somático represente sentimientos de duelo o de ansiedad que han sido negados. En este sentido, cuando existe un malestar psicológico unido a necesidades socioeconómicas, sería más funcional expresarlos somáticamente, en la medida en que no paraliza a la persona.

En resumen, aunque la sintomatología mostrada sugiere que el nerviosismo de los cambios es mayor que la tristeza por las pérdidas, hay que tener presente que el estado de ánimo se manifiesta de diferentes maneras y que en ciertas ocasiones puede ser más productivo que aparezca como dolores físicos, de manera que no se muestre tristeza o nerviosismo.

Cuando se profundiza en el estudio de las tres áreas de salud mental se comprueba que existe una alta comorbilidad, tal y como se propone en el síndrome de Ulises (Achotegui, 2002, 2004) y como se ha mostrado en otros trabajos (Arnosó y cols., 2008; Berry y cols., 1989; Lee y cols., 2004; Tizón y cols., 1992). Además, al analizar la influencia que tienen unos grupos sintomáticos en otros, se ha

encontrado que los síntomas depresivos influyen en la expresión de sintomatología somática y ansiosa, y que la sintomatología ansiosa tiene efecto en la expresión de síntomas somáticos.

Al analizar el poder predictivo del proceso migratorio y del ajuste psicológico en la salud mental, se comprueba que la varianza explicada es muy baja, sobre todo en el área ansiosa y depresiva. Además, en la línea de la hipótesis planteada (Hip. 2.4.) en general se observa que las variables que predicen las tres áreas psicológicas se refieren a los recursos materiales y necesidades básicas. Por otro lado, en contra de lo esperado (Hip. 2.6.) se observa que el ajuste psicológico tiene poco poder predictivo de la sintomatología ansiosa, somática y depresiva.

El empleo, ser hombre, practicar una religión y tener a la familia cerca son las variables que predicen el 6,4% de los síntomas ansiosos mostrados por la población inmigrante. Así, se confirma que el trabajo reduce la ansiedad de la población inmigrante (Beiser y cols., 1993). El empleo es uno de los recursos materiales que las personas utilizan para afrontar las situaciones (Folkman y Lazarus, 1986) y es una de las necesidades de seguridad que propone Maslow (1943). Por otro lado, se sabe que las mujeres expresan más fácil sus emociones y que manifiestan mayor sintomatología (Caro, 2001; Cuellar y cols., 2004), lo que explicaría que ser hombre se vincule a menos ansiedad (Kircaldy y cols., 2009). En tercer lugar, se ha comprobado que la religión ayuda a afrontar las dificultades de las situaciones sociales y que cumple diferentes funciones que alivian la sensación de ansiedad (Ano y Vasconcelles, 2005). Entre otras funciones, destaca la creencia en la eficacia de la oración, el consuelo y la oportunidad de socializar con otras personas (Thorson, 1998). Se podría considerar la práctica religiosa como un recurso psicológico utilizado para afrontar las diferentes situaciones sociales (Folkman y Lazarus, 1986). Y por último, la importancia de las redes sociales se constata en el hecho de que tener a familiares cerca reduce la ansiedad. Estar junto a la familia permite compartir las experiencias y las dificultades, y comunicarse con facilidad y confianza. El apoyo de la familia es beneficioso en el proceso de aculturación de la población inmigrante (Rivera, 2007; Vega, 1995).

Continuando con el estudio de la ansiedad, al introducir el estrés, la satisfacción y la depresión en el análisis de regresión, el porcentaje aumenta al 16,4%. En este segundo modelo, desaparece la red familiar como variable explicativa, pero se incorpora la insatisfacción y la sintomatología depresiva. Estos datos apoyan los trabajos que afirman que la presencia de satisfacción es un protector de la ansiedad (Ataca y Berry, 2002) y aquellos que vinculan la sintomatología depresiva con la ansiosa (Hovey y Magaña, 2002).

En segundo lugar, el 21% de las somatizaciones está explicado por variables que describen el proceso de aculturación. Estas variables hacen referencia a los motivos migratorios, al alojamiento, a las necesidades psicológicas y a las estrategias y actitudes de aculturación, y por otro lado, estar en adaptación sociolaboral, haber cursado estudios primarios o secundarios y proceder del Magreb, los reduce. En relación a este último factor, el resultado obtenido contradice los trabajos en los que se afirma

que las personas magrebíes muestran una mayor tendencia a manifestar más síntomas somáticos, que el resto de grupos culturales (Paniagua, 2000).

En cuanto al motivo migratorio, se comprueba que el hecho de haber emigrado para mejorar la formación explica la presencia de somatizaciones. Se podría pensar que estas personas emigraron voluntariamente, con las necesidades básicas cubiertas y con muchos objetivos y expectativas, una situación que no explicaría la muestra de malestar. Sin embargo, las dificultades de la sociedad receptora, el no cumplimiento de lo esperado o incluso los problemas para incorporarse en el ámbito laboral según su formación, serían algunos de los motivos que justificarían las somatizaciones. Un tipo de síntomas que, como ya se ha mencionado, aparecen cuando se intenta evitar la manifestación emocional (Deighton y Traue, 2005) o que representan un tipo de depresión encubierta (Barlow y Durand, 2003). Dos situaciones que serían esperables en un sector de la población en el que a priori sus condiciones migratorias eran más favorables que las de otros grupos, y a las que les cuesta admitir la dificultad o los pequeños fracasos de su proceso migratorio. Relacionado con este motivo, se comprueba que las personas con nivel educativo medio tienen menos somatizaciones que el resto. Así, en las personas con bajos estudios, las somatizaciones podrían explicarse por las mayores dificultades de adaptación (Berry y Sam, 1997). Por otro lado, las personas con una alta formación aunque tengan más recursos de aprendizaje cultural (Krishnan y Berry, 1992), la sintomatología somática podría explicar el malestar que supone trabajar en actividades para las que están sobrecualificadas (Solé, 2000). Las somatizaciones expresan malestar, pero además se usan con otros significados simbólicos, como puede ser una respuesta de protesta (García-Campayo, 2002).

Otro de los factores de riesgo para la somatización es la falta de vivienda. El alojamiento junto con la alimentación, es uno de los recursos básicos que toda persona necesita para llevar adelante un proyecto vital. Se sabe que la búsqueda de una vivienda es uno de los factores de riesgo de la población inmigrante al incorporarse al nuevo entorno (Achotegui, 2004). Por otro lado, las personas con trastornos de somatización, dadas las características físicas de estos trastornos, tienden a buscar más ayuda médica que el resto de personas (Ritsner, 1998). En este caso, se observa que la petición de asistencia psicológica se asocia a los síntomas somáticos, lo que sugiere que la población inmigrante podría reconocer en esos síntomas físicos un origen más profundo o psicológico. Continuando con los factores, se observa que las actitudes de asimilación y las estrategias de separación se asocian a la presencia de somatizaciones. En el trabajo de Yañez y Cárdenas (2010), la estrategia de separación en comparación con las demás, se perfilaba como la opción que presentaba menor sintomatología, unos datos que contradicen nuestro estudio. Esto nos hace pensar, que la separación no sea voluntaria y que sea fruto de la presión de la sociedad receptora.

Y para finalizar con los factores predictores de la somatización, se corrobora que participar en programas de adaptación sociolaboral favorece la reducción de sintomatología somática (Elgorriaga y cols., 2007). Estas personas tienen un grado de dependencia social baja, en la medida en que reciben apoyo por parte de instituciones, pero autogestionan la mayoría de sus necesidades (Martínez-Taboada

y cols., 2008). Por lo que son personas que se benefician de los aspectos positivos que ofrecen el apoyo y la autonomía social.

Cuando en la somatización, se introducen el bienestar y la sintomatología ansiosa y depresiva, la sintomatología queda incluida en este segundo modelo, aumentando la varianza explicada al 33%. Así, se comprueba que la ansiedad y la depresión influyen en la presencia de somatizaciones (Barlow y Durand, 2003), sin embargo no se corroboran los estudios que afirman que la satisfacción explica la presencia de síntomas somáticos (Aycan, 1997; Ritsner y cols., 2000).

Por último, en el área depresiva, el proceso migratorio predice el 15,1% de la varianza. Estas variables son la edad, el empleo, la práctica religiosa, el grado de dependencia social y la ocupación laboral. En cuanto a la edad, los estudios han demostrado que las personas más jóvenes indican menos niveles de depresión (Miller y cols., 2006). En este estudio se ha comprobado que las personas que tienen entre 45 y 54 años reducen los niveles de depresión, mientras que tener entre 35 y 44 años lo aumenta, lo que contradice los hallazgos anteriores. En segundo lugar, tener un empleo es un factor protector de la sintomatología depresiva. La mayoría de trabajos en esta área muestran que los niveles de depresión descienden cuando las personas inmigrantes tienen un trabajo (Beiser y cols., 1993; Nicholson, 1997; Ritsner y cols., 1996). El trabajo es la principal fuente de ingresos de las personas inmigrantes y en muchas ocasiones, es el principal objetivo planteado antes de emigrar. Por otro lado, al igual que en otras investigaciones (Hovey y Magaña, 2000; Lee, 2007), la práctica de una religión se vincula con menos depresión. En relación a este resultado se ha comprobado que estrategias religiosas como la búsqueda de apoyo espiritual o la colaboración, explican los buenos índices de bienestar entre los que se incluye una baja depresión (Ano y Vasconcelles, 2005). Asimismo, las personas cuya ocupación principal son los estudios manifiestan más depresión, sin embargo en la literatura la educación se ha asociado a un mejor ajuste (Berry y cols., 1987) y menos sintomatología depresiva (Cuellar y Roberts, 1997; Rivera, 2007). Por lo general, las personas estudiantes tienen los recursos básicos resueltos y es una población con grandes expectativas educativas y laborales. Se podría pensar que estas condiciones hacen que sea una población más consciente de las pérdidas que trae la migración y que realicen más evaluaciones sobre sus logros en la sociedad receptora. En este sentido, comprobar que no se han alcanzado los propósitos migratorios, o que se ha perdido más de lo que se ha ganado, podría llevar a sentimientos de tristeza y depresión, unos resultados que se obtuvieron en el trabajo de Murphy y Mahaligam (2006). Estas especulaciones, cobran fuerza si recordamos que las personas con alta formación manifestaban más somatizaciones. Y por último, la situación de dependencia social hace alusión al grado en el que las personas son autónomas o dependen de instituciones. En este sentido, estar en adaptación sociolaboral supone tener cierta autonomía pero a su vez tener un apoyo institucional (Martínez-Taboada y cols., 2008). Encontrarse en esta situación protege de la manifestación de depresión. Probablemente el hecho de ir consiguiendo los recursos materiales básicos, y a su vez tener apoyo de la población local, justifique la baja sintomatología de esta población. Además, la autonomía es una de las necesidades humanas básicas en toda sociedad, étnica y periodo histórico (Doyal y Gough, 1994).

Además de estas variables, al introducir las medidas de ajuste psicológico y sintomatología ansiosa y depresiva, se observa que el estrés y la satisfacción pasan a formar parte del modelo que explica el 19,8% de la varianza. Sin embargo, desaparecen como variables explicativas el empleo, ser estudiante y el grado de dependencia social, introduciéndose como nueva el motivo migratorio. En relación a estas últimas variables, como se ha explicado con la sintomatología ansiosa, haber emigrado por motivos educativos es emigrar de una forma voluntaria lo que se relaciona con menos sintomatología depresiva (Allodi, 1991; Beiser, 1999). Por otro lado, se observa que la alta satisfacción se relaciona con baja depresión, unos resultados que apoyan investigaciones realizadas anteriormente con la población inmigrante (Ataca y Berry, 2002; Silveira y Allebeck, 2002). Y por último, al igual que en otros trabajos la percepción de bajo estrés se relaciona con baja presencia de síntomas depresivos (Beiser, 1999; Hovey y Magaña, 2000; Miller y cols., 2006; Mui y Kang, 2006).

1.4 Influencia del género y de la cultura

Los resultados sobre la influencia del género y de la cultura en el **ajuste psicológico** de la población inmigrante, no permiten confirmar todas las hipótesis planteadas al inicio del trabajo.

En relación a la situación emocional y en base a los estudios previos sobre género y cultura, se esperaba encontrar una mayor manifestación emocional en las mujeres (Hip. 2.2.) y una peor situación emocional en la población magrebí (Hip. 2.3.). Los resultados del estudio 2 revelan que el número de personas que siente emociones depresivas y de indiferencia es similar en los hombres y en las mujeres de las dos culturas. Estos datos contradicen los estudios que afirman que las mujeres expresan más emociones de tristeza (Brody, 1984; Kelly y Huston-Comeaux, 1999), y menos de indiferencia (Basabe y cols., 2004). Del mismo modo, no apoyan las investigaciones en las que se asocia la distancia cultural con mayor malestar emocional (Ward y cols., 2001). En el resto de emociones sí se han encontrado diferencias en los cuatro grupos definidos. En primer lugar, las mujeres magrebíes manifiestan menos emociones de cansancio, engaño y vergüenza, siendo los hombres magrebíes los que más las muestran. En relación al efecto del género, en contra de trabajos previos (Mogollón y Vázquez, 2006), los datos sugieren que no hay una mayor contención emocional en los hombres al expresar las emociones de cansancio. En segundo lugar, la prevalencia de emociones de rabia es ligeramente mayor en la población masculina del Magreb, un resultado que confirma parcialmente la tendencia de los hombres a mostrar más ira que las mujeres (Thompson, 1997). Este dato también, podría ser un indicador de salud mental, ya que en la sociedad árabe la ansiedad puede mostrarse como protesta (Achetegui, 2002). Asimismo, las posibles situaciones de rechazo se materializan en emociones reactivas (Hofstede, 1999). Y por último, hay menos emociones positivas en las mujeres magrebíes. Se confirmaría parcialmente la hipótesis de que las personas del Magreb tienen mayor malestar pero no podría afirmarse que las mujeres muestran más emociones positivas. Este resultado es contrario al encontrado en el trabajo de Basabe y cols., (2004), en el que las mujeres sentían más alegría que los

hombres, y las personas del Magreb mostraban más emociones positivas que las personas latinoamericanas.

En resumen, podría concluirse que no existe un efecto claro del género y de la cultura en la expresión emocional de las personas inmigrantes. Tal vez, para llegar a una mejor comprensión de las emociones manifestadas, habría que tener en cuenta la interacción que se produce entre el género y la cultura, y al mismo tiempo vincularlo con los roles que las mujeres y los hombres de distinta procedencia tienen en la sociedad de origen y receptora, y con las actitudes que la población local muestra. De este modo, y teniendo en cuenta que por lo general son los hombres magrebíes y las mujeres latinoamericanas las que inician el proyecto migratorio, podrían entenderse los resultados obtenidos: más emociones de rabia y cansancio en los hombres magrebíes en comparación con la población latinoamericana y las mujeres magrebíes; y menos emociones de cansancio y positivas en las mujeres magrebíes, en relación a los demás grupos.

En relación a la percepción de estrés, los análisis realizados en base al género muestran que las puntuaciones de los hombres y de las mujeres son similares, unos datos que apoyan el trabajo realizado por Hovey y Magaña (2000). Sin embargo, este resultado contradice la hipótesis planteada (Hip.2.2.), en la que se esperaba encontrar más estrés en la población femenina. Y se opone a la mayoría de los estudios en los que se encontraba que las mujeres se sentían más estresadas que los hombres (Berry y cols., 1987; Dion y Dion, 2001). En estos estudios se defendía que la percepción más alta de estrés se debía a las mayores dificultades que sufrían las mujeres. Unas dificultades definidas por el mayor número de problemas socioeconómicos, de discriminación, de sobrecarga de roles y de conflictos de valores (Aroian, Chiang y Chiang, 2003). Al analizar el perfil psicosocial de la población inmigrante, se ha comprobado que la situación socioeconómica es similar en todas las personas, incluso es mejor en las mujeres, sobre todo en las latinoamericanas. Por otro lado, la percepción de discriminación es baja, aunque las mujeres magrebíes percibían mayor rechazo que el resto de los grupos. Las variables estudiadas sólo permiten valorar los recursos económicos y la percepción de discriminación, y el conflicto de roles y de valores sólo podemos deducirlo a partir de las variables de procedencia, género y sobrecarga de roles, pero el hecho de que las características psicosociales de las mujeres no sean peores que las de los hombres, explicaría que la percepción de tensión sea similar en todos los grupos.

Sin embargo, los resultados obtenidos al estudiar el efecto del origen cultural confirman la hipótesis planteada (Hip 2.3.), por lo que se comprueba que las personas con una mayor distancia cultural, las del Magreb, manifiestan más estrés que las que tienen una baja distancia cultural, aquellas de Latinoamérica. Estos resultados se suman a la mayoría de investigaciones realizadas en este campo, tanto a nivel internacional (Berry y Kim, 1987; Jasinskaja-Lahti y cols., 2006; Ward y Kennedy, 1999) como en el entorno más cercano (Martínez y cols., 2005).

La alta percepción de estrés se vincula al mayor número de situaciones desconocidas como pueden ser las creencias y los valores (Miranda y Matheny, 2000), el idioma y los estilos comunicativos

(Gudykunst y cols., 1996), las costumbres (Smart y Smart, 1995) y determinadas habilidades sociales (Ward y Kennedy, 1999). Una serie de aspectos que facilitan la incorporación a la sociedad receptora y que resultan más dificultosos cuanto mayor sea la distancia cultural. En la línea de estas explicaciones, los resultados del estudio 1 han mostrado que las personas procedentes del Magreb tienen más problemas que las latinoamericanas para comunicarse en castellano y su nivel educativo es menor. Además, su situación laboral y de vivienda es más precaria, y tienen más necesidades de asistencia social. En este punto, es interesante recordar que entre las variables que explican el estrés manifestado por la población inmigrante, se encuentran las características educativas, las condiciones de alojamiento, el grado de autonomía y las necesidades demandadas.

Otra de las explicaciones que justifica la mayor manifestación de estrés en la población magrebí tiene que ver con las actitudes mostradas por la sociedad receptora. La expresión de actitudes negativas depende del grupo cultural que se esté valorando (Van Oudenhoven y Eisses, 1998) y en nuestro entorno las personas magrebíes son las menos aceptadas (Arnosó y cols., 2009b; Martínez-Taboada y cols., 2008; Navas y cols., 2003). En este sentido, hay que recordar que en la explicación del estrés de la población estudiada, la discriminación percibida era un factor de riesgo mientras que el apoyo de la población local era una variable protectora.

En cuanto a la satisfacción con la vida y la influencia del género, las investigaciones previas no llegan a un acuerdo claro sobre su efecto en la satisfacción con la vida. Una serie de trabajos encuentra que las diferencias mostradas por los hombres y las mujeres no son significativas (Hernández y cols., 2004; Neto, 1995; Ullman y Tatar, 2001). Sin embargo, en otros trabajos se defiende que existen diferencias en la manifestación de bienestar en función del género, aunque las conclusiones no son iguales: en unos estudios comprueban que las mujeres inmigrantes están menos satisfechas (Cuellar y cols., 2004; Neto, 2001) mientras que otros muestran que son los hombres los que tienen menos bienestar (Chen y cols., 2008; Utsey y cols., 2002). Los resultados del presente trabajo indican que la satisfacción de los hombres y de las mujeres inmigrantes es similar. Por tanto, no se puede afirmar que las mujeres se sientan menos satisfechas con su vida, tal y como se había propuesto en la hipótesis de partida (Hip. 2.2.).

En segundo lugar, cuando se analiza el bienestar en función de la cultura se comprueba que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción. Las personas del Magreb sienten menos satisfacción que las personas de Latinoamérica, unos resultados que confirman la hipótesis planteada (Hip. 2.3.). Sin embargo, teniendo en cuenta la literatura existente sobre este tema, no se puede confirmar rotundamente que la distancia cultural influya en el bienestar, y estos hallazgos hay que tomarlos con cautela.

Los trabajos transculturales realizados con personas no inmigrantes muestran diferencias en el grado de satisfacción de unos países a otros (Diener y cols., 1995; Diener y Suh, 2003). Existen listados en los que se presentan las puntuaciones en satisfacción de diferentes naciones y en los que se

demuestra que las personas magrebíes tienen menos puntuación que las personas de países latinoamericanos (Diener y cols., 1995; Veenhoven, 2009). Se han ofrecido diferentes explicaciones que justifican las diferencias entre unos países y otros. En primer lugar, se ha comprobado que las personas de países colectivistas, masculinos, con alta evitación de la incertidumbre y jerárquicos muestran menor satisfacción (Basabe y cols., 2002; Diener y cols., 1995). En segundo lugar, en la medida en que la satisfacción con la vida es un juicio cognitivo, se ha observado que en las culturas individualistas hay mayor tendencia a fijarse en los aspectos positivos mientras que en las colectivistas dan mayor relevancia a la información negativa (Heine y cols., 1999). Y por último, la satisfacción está fuertemente relacionada con las características socioeconómicas de los países como la igualdad, los derechos humanos y con tener cubiertas las necesidades básicas, unas condiciones que son mejores en las sociedades individualistas (Diener y cols., 1995).

Al analizar el bienestar de la población inmigrante, también se han encontrado diferentes niveles de satisfacción en base a la cultura de origen (Baltatescu, 2005; **Jasinskaja-Lahti y cols., 2006**; Neto, 2001; Yoshida y cols., 1997). Los trabajos realizados en el País Vasco, al igual que los resultados obtenidos en el estudio 2, han revelado que las personas latinoamericanas presentan mayor satisfacción que las magrebíes (Basabe y cols., 2004, 2009; Bobowik y cols., 2010). Aunque se haya mostrado que el bienestar de la población magrebí sea peor que el de la población latinoamericana, teniendo en cuenta que desde origen su grado de satisfacción era menor, no se puede afirmar con plena seguridad que la distancia cultural influya en el bienestar.

En resumen y respecto al ajuste psicológico, se confirma que la distancia cultural tiene un efecto significativo en la manifestación de estrés, mientras que en la satisfacción la influencia de la distancia cultural hay que tomarla con cautela. Sea de un modo o de otro, los resultados indican que las personas latinoamericanas en comparación con las magrebíes, perciben menos tensiones y valoran más positivamente su vida. Por otro lado, se comprueba que el género no influye ni en el estrés ni en la satisfacción, lo que indica que el grado de dificultades percibido y la valoración de los objetivos logrados es similar en los hombres y en las mujeres. Sin embargo, que las puntuaciones sean similares, no quiere decir que las fuentes de estrés y de satisfacción sean las mismas.

En base a los estudios transculturales (Berry y cols., 1987; Ward y Kennedy, 1999) y de género (Gudykunst, 2004; Ting-Toomey, 2005), se ha planteado que las variables explicativas del estrés y de la satisfacción cambiaran de unos grupos a otros (Hip. 2.5.). En este sentido, se espera que en la población magrebí los factores predictores se relacionen con aspectos de la distancia cultural. Y que en las mujeres tengan mayor relevancia las variables del ámbito reproductivo, mientras que en los hombres estén más presentes aspectos relacionados con el logro y la vida pública.

Los análisis realizados con las variables del proceso de aculturación logran explicar una baja variabilidad del estrés y la satisfacción. Sin embargo indican que las variables predictoras cambian ligeramente de unos grupos a otros. A pesar de ello no se confirma totalmente la hipótesis planteada, por

lo que no puede afirmarse que el estrés y la satisfacción de las mujeres se explica a partir de aspectos del ámbito afectivo y reproductivo, ni que en los hombres estén presentes aspectos de logro y del ámbito productivo. De este modo, en general se observa que tanto en los hombres como en las mujeres las variables con más peso se refieren a los recursos materiales, como el alojamiento o el trabajo, y a la importancia de las redes sociales. Estos resultados, en contra de lo que proponen otros estudios (p.e., Mogollón y Vázquez, 2006; Rohlf y cols., 2000), podrían deberse a que cuando en el proceso migratorio faltan los recursos más básicos, la inmigración afecte por igual a hombres y a mujeres. Pero por otro lado, podrían ser el resultado de una ausencia de medidas relacionadas más directamente con los roles de género.

En cuanto a la **salud mental** y la influencia que el género pueda tener en la prevalencia y en la manifestación de sintomatología, los resultados obtenidos no permiten confirmar la hipótesis planteada (Hip. 2.2.) en la que se esperaba encontrar una peor salud mental en las mujeres. La prevalencia de síntomas psicológicos en general no varía en función del género. Estos datos no apoyan las investigaciones en las que demuestran que las mujeres presentan más síntomas que los hombres (Borrel y cols., 2006; Cuellar y cols., 2004). Tampoco se han encontrado diferencias al analizar el área depresiva y somática, lo que contradice los trabajos en los que se afirmaba que las mujeres mostraban más depresión (Cuellar y cols., 2004; Rivera, 2007) y más somatizaciones (Achotegui, 2003; Ritsner y Ponizovsky, 1998). La sintomatología ansiosa es la única área en la que se han hallado diferencias en base al género. Así, en la línea de trabajos anteriores, las mujeres presentan más síntomas ansiosos (Hovey y Magaña, 2002; Kircaldy y cols., 2009).

Las explicaciones que se han ofrecido para justificar la mayor presencia de síntomas en las mujeres, se han basado en su mayor vulnerabilidad (Aroian y cols., 2003; Herrero y cols., 2001). Una vulnerabilidad que se explica por la exposición a más estresores y a la manifestación de más estrés (p.e., Ataca y Berry, 2002; Dion y Dion, 2001). Esta explicación sirve igualmente para aclarar los datos obtenidos en el presente estudio, en la medida en que el estrés percibido por los hombres y las mujeres era similar, por tanto si la explicación es correcta, la salud mental de las mujeres y de los hombres no debería ser diferente. La única excepción sería la sintomatología ansiosa.

Otras de las explicaciones que se han ofrecido, hacen referencia a los conflictos y sobrecarga de roles (Phinney y Flores, 2002), a las dificultades socioeconómicas (Dion y Dion, 2001), a la mayor discriminación percibida (Solé, 2000) y a las diferencias en la manifestación emocional (Fujita y cols., 1991). Las variables utilizadas para medir las características de la población inmigrante no nos permiten hacer una valoración precisa sobre los roles de los hombres y de las mujeres. Sin embargo, los perfiles psicosociales indican que hay una parte de la población femenina con sobrecarga: son mujeres que están solas, tienen hijos e hijas a su cargo, tienen que trabajar y encargarse de la casa, y no tienen pareja ni redes sociales. A pesar de ello, se ha comprobado que en general las condiciones socioeconómicas son peores en los hombres y que en relación a la discriminación y a las emociones,

sólo las mujeres magrebíes perciben más discriminación, más emociones de cansancio y menos positivas.

Respecto a la salud mental y la cultura, la prevalencia de sintomatología psicológica en general, de síntomas ansiosos y depresivos es similar en las personas magrebíes y latinoamericanas. Estos datos no permiten confirmar la hipótesis planteada (Hip. 2.3.) y contradicen las investigaciones previas, en las que se afirmaba que las personas que provienen de sociedades con una cultura muy diferente a la local, se enfrentan a un mayor número de dificultades, manifiestan más estrés, y en consecuencia su salud mental es peor (Beiser, 1999; Vall-Combelles y García-Algar, 2004). Al igual que ocurría con el estudio del género, la principal explicación que se ofrece en estos trabajos se basa en las diferencias en los niveles de estrés. En este sentido, esta explicación no sirve para justificar lo que ocurre en el presente trabajo: bien porque las diferencias en estrés no se ven reflejadas en el número de síntomas y en el área depresiva y ansiosa, bien porque las personas que menos estrés tienen son las que más somatizaciones presentan. Estos resultados nos indican que tanto las teorías tradicionales del estrés (Holmes y Rahe, 1967; Lazarus y Folkman, 1984) como los trabajos realizados con la población inmigrante (p.e., Achotegui, 2002; Beiser, 1999; Ward y cols., 2001), no son aplicables a los datos que hemos obtenido sobre la salud mental. Por otro lado, el hecho de que la población Latinoamericana tenga más somatizaciones siendo las más cercanas culturalmente, es un resultado que contradice los supuestos de la distancia cultural. Sin embargo, se sabe que en las culturas colectivistas la somatización es una forma adaptativa de expresar malestar (Kleiman y Kleiman, 1986), y en esta línea, aunque la sociedad magrebí y latinoamericana sean colectivistas, los países Latinoamericanos tienen puntuaciones más altas en colectivismo.

En cuanto a los factores que explican la salud mental, los estudios proponen que los roles sociales tienen una gran influencia en la salud de las mujeres, sobre todo la de sobrecarga de funciones y el trabajo reproductivo; mientras que el trabajo tiene mayor impacto en los hombres, por ser el trabajo un rol central en el género masculino (Montero y cols., 2004; Rohlf y cols., 2000). Por otro lado, en relación al origen cultural, las variables predictoras de la salud mental se asocian con factores de la distancia cultural (Berry y cols., 1987; Ward y Kennedy, 1999). En base a estos trabajos, se planteó que la salud mental de las mujeres y de los hombres magrebíes y latinoamericanos se explicaría por factores vinculados al género y a la distancia cultural (Hip. 2.5.). Los análisis realizados para detectar los factores del proceso de aculturación que predicen la salud mental, no permiten confirmar esta hipótesis. Tal y como ocurría con el ajuste psicológico, los recursos materiales y las necesidades de afiliación, son las que explican los síntomas depresivos, somáticos y ansiosos independientemente del género y del origen cultural. Así, aspectos como el trabajo, que son del ámbito público, o tener a la familia cerca, que hace alusión al mundo afectivo y reproductivo, explica la salud mental independientemente del origen o del género de las personas.

1.5 Población autóctona e inmigrante

El estudio realizado con la población autóctona muestra que en general su situación es positiva. En cuanto al *ajuste psicológico*, los análisis realizados confirman la hipótesis planteada al iniciar el estudio (Hip. 3.1.). Se observa que las emociones positivas predominan sobre las negativas; que el nivel de estrés percibido es bajo-moderado y la prevalencia de estrés es baja; y por último, que las puntuaciones en satisfacción son positivas y que pocas personas afirman sentirse insatisfechas. Por otro lado, la *salud mental* de la población autóctona es positiva, lo que confirma la hipótesis inicial (Hip. 3.1.). La mayoría tiene una buena percepción de su salud y no indica problemas de salud mental. En concreto alrededor del 20% manifiesta tener algún síntoma de malestar: el 12,5% muestra síntomas del área somática, el 9,8% del área depresiva y el 7,2% del área ansiosa.

Aunque existen correlaciones positivas entre el estrés y la sintomatología psicológica, y asociaciones negativas entre la satisfacción, y la depresión y la ansiedad, éstas son bajas. Además, cuando se analiza la influencia del estrés y la satisfacción en la salud mental, los datos revelan que contrario a las teorías del estrés (Holmes y Rahe, 1967; Lazarus y Folkman, 1984), la percepción de estrés no tiene un efecto en la salud mental. Asimismo, la satisfacción no influye en el área depresiva y somática, lo que contradice los trabajos anteriores (Díaz y cols., 2007; Lewinsohn y cols., 1991). Sin embargo, se confirma que el bienestar explique las bajas puntuaciones en ansiedad (Pavot y Diener, 2008), y que la ansiedad explique la presencia de somatizaciones.

Al comparar estos resultados con los obtenidos en el segundo estudio, se comprueba que en general el ajuste psicológico y la salud mental de las personas inmigrantes es peor que la situación de la población autóctona. En relación al **ajuste psicológico**, se observa que las *emociones* positivas son las más presentes en todos los grupos, a pesar de ello hay menor número de mujeres latinoamericanas y magrebíes que las sienten. En éstas últimas, también se observa menor porcentaje de personas que manifiesta emociones de cansancio. Las emociones depresivas están más presentes en la población inmigrante, y las emociones de rabia son más comunes en los hombres magrebíes. Por último, el número de personas que muestran emociones de indiferencia es similar en todos los grupos. A la vista de estos resultados se concluye que la hipótesis planteada, por la que se esperaba encontrar más emociones positivas y menos negativas en la población autóctona (Hip. 3.3.), se corrobora con las emociones depresivas, se confirma parcialmente con las positivas y de rabia, y no se dan con las emociones de indiferencia y de cansancio. En segundo lugar, no puede confirmarse la hipótesis que planteaba una mayor expresión emocional en las mujeres (Hip. 3.5.).

En segundo lugar, las teorías sobre el *estrés* de aculturación presuponen que la población inmigrante como consecuencia del proceso migratorio manifiesta más estrés que la autóctona (Berry y cols., 1987). La mayoría de los trabajos han confirmado esta hipótesis (p.e., Ponizovsky y cols., 1998; Vega y cols., 1998), unos resultados que de forma general también se han obtenido en la presente investigación. Se comprueba que el origen cultural influye en la manifestación de estrés, aunque los

resultados confirman parcialmente la hipótesis planteada (Hip. 3.3.). En esta línea, se observa que las personas del Magreb manifiestan más estrés que la población latinoamericana y autóctona. Así, la respuesta del grupo latinoamericano iría en contra de la hipótesis y de las teorías del estrés de aculturación, mientras que las puntuaciones del grupo magrebí confirmarían la mayoría de los trabajos que estudian el estrés de las personas inmigrantes y autóctonas (p.e., Cervantes y cols., 1989; Ponizovsky y cols., 1998; Vega y cols., 1998). Por otro lado, los resultados muestran que no existen diferencias en la percepción de tensión de los hombres y de las mujeres. Estos datos no apoyan la hipótesis planteada (Hip. 3.5.) y contradicen las investigaciones en las que se afirma que las mujeres, inmigrantes y autóctonas manifiestan más estrés que los hombres (p.e., Berry y cols., 1987; González y Landero, 2007).

En tercer lugar, los estudios previos sobre el *bienestar* no han llegado a conclusiones claras. Algunas investigaciones demuestran que las personas autóctonas se sienten más satisfechas que las inmigrantes (Baltatescu, 2005) mientras que otras muestran niveles similares de bienestar en la población inmigrante y autóctona (Cuellar y cols., 2004; Sam, 1998). Los análisis realizados en el estudio 3 indican que las personas del Magreb manifiestan menos satisfacción que la población latinoamericana y autóctona. Como ocurría con las puntuaciones de estrés, estos resultados apoyan parcialmente la hipótesis planteada en la que se esperaba encontrar un peor bienestar en toda la población inmigrante (Hip. 3.3.). Sin embargo, esta conclusión va en la línea de los trabajos de Basabe y cols., (2004) y de Neto (1993) en los que mostraban que la satisfacción de algunos grupos era peor que la de la población autóctona, mientras que en otros casos el bienestar manifestado era similar. En concreto, Basabe y cols., (2004) en el País Vasco encontraron que la satisfacción de las personas latinoamericanas y autóctonas era similar, y que el resto de grupos de inmigrantes mostraba peor bienestar. Ríos-Rodríguez y Moreno-Jiménez (2009), también comprobaron que la satisfacción de las personas latinoamericanas y autóctonas era igual. Por otro lado, en relación al bienestar y al género, se comprueba que los hombres y las mujeres autóctonas e inmigrantes muestran niveles similares de satisfacción, no pudiéndose confirmar que las mujeres presenten menos bienestar que los hombres, tal y como se había propuesto al inicio del estudio (Hip. 3.5.).

En cuanto a la **salud mental**, los datos obtenidos revelan que la salud de las personas que han emigrado es peor que la de la población autóctona, unos resultados que apoyan la hipótesis planteada (Hip. 3.4.). En esta línea, se comprueba que la presencia de sintomatología, la cormobilidad y la prevalencia de síntomas ansiosos, somáticos y depresivos es mayor en las personas magrebíes y latinoamericanas en comparación con las autóctonas.

En relación al área depresiva y ansiosa los resultados confirman que la población inmigrante presenta más síntomas que la autóctona. En el área somática, las personas inmigrantes también muestran más sintomatología, pero a su vez, la población latinoamericana tiene más somatizaciones que la magrebí. Estos resultados corroboran que la salud mental de las personas inmigrantes es peor que la de las personas de la sociedad receptora, tanto en el área depresiva (Martínez y cols., 2001), como

ansiosa (Hovey y Magaña, 2000) y somática (Kirkcaldy y cols., 2005). En la sintomatología depresiva y ansiosa, las respuestas de la población inmigrante no varían en función de la cultura, sin embargo en el área somática, tal y como se ha descrito anteriormente, las personas del Magreb tienen menos síntomas que las de Latinoamérica. Esto contradice los trabajos en los que se indica que la prevalencia de somatización es similar en todas las culturas (Gureje y cols., 1997) o en las que se muestra que la población árabe manifiesta más síntomas físicos (Paniagua, 2000). Sin embargo, podrían explicarse teniendo en cuenta las dimensiones culturales de Hofstede (1991). Aunque la sociedad magrebí y la latinoamericana son colectivistas, ésta última es más colectivista que la primera, lo que implica que da mayor importancia al bienestar del grupo. Por tanto, el malestar individual podría reflejarse en mayor número de somatizaciones; un tipo de respuesta que en estas sociedades se considera más constructivo (Kleiman y Kleiman, 1986).

En segundo lugar y respecto a la influencia del género en la salud mental, se comprueba que la manifestación de sintomatología ansiosa y somática es similar en los hombres y en las mujeres, mientras que la sintomatología depresiva es mayor en los hombres. Estos resultados contradicen las investigaciones en las que se confirma que existe una mayor prevalencia de sintomatología en las mujeres (Caro, 2001; OMS, 2001).

Por último, en relación a los factores que explican el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante y autóctona, los trabajos realizados anteriormente han demostrado que las variables predictoras de unos grupos y otros son diferentes (Ríos-Rodríguez y Moreno-Jiménez, 2009; Singhammer y Bancila, 2009). En general la población inmigrante está sometida a más estresores económicos, sociales y tiene menos redes sociales que la autóctona (Syed y cols., 2006).

En esta línea, los resultados obtenidos en este trabajo indican que las características psicosociales tienen más peso en la explicación del ajuste psicológico y de la salud mental de la población inmigrante. En general, la situación de las personas inmigrantes es peor que la de las autóctonas, por lo que las necesidades y expectativas de una población y otra no son las mismas. Maslow (1943) propone una jerarquía de necesidades con cinco niveles, en la que a medida que se van superando las necesidades más básicas, se van desarrollando otras necesidades e intereses más altos. Lo que hace que la vida de las personas esté motivada por unos objetivos u otros, y por tanto su bienestar y salud se explique por unas variables o por otras.

En el presente estudio y en relación al estrés, se comprueba que las variables utilizadas para describir las características sociodemográficas y psicosociales tienen mayor influencia en la población inmigrante en comparación con la autóctona, lo que confirma la hipótesis planteada (Hip. 3.7.). Por este motivo, la varianza de estrés y satisfacción explicada en la población inmigrante es mayor que la que se logra explicar en la población autóctona. El estrés de la población autóctona se predice a partir de la edad, de tener un alojamiento propio y estar jubilado o jubilada, consiguiendo explicar el 8,6% de la variabilidad. Tener entre 18 y 24 años explica la percepción de estrés, un dato que se entiende si se

tiene en cuenta que esta época de la vida está ligada a muchas decisiones y cambios que las personas viven en el ámbito familiar, profesional y sentimental. En relación a la vivienda, se comprueba que tener un alojamiento en propiedad predice el estrés de la población autóctona. Esto se debería a las exigencias económicas que supone tener una casa propia. Y por último, se observa que estar jubilado o jubilada explica la reducción en los niveles de estrés. Este colectivo, ha dejado de tener responsabilidades laborales y perciben una paga mensual para hacer frente a sus gastos.

En la población inmigrante, tal y como se ha descrito anteriormente, el 16,8% del estrés se define a partir de la formación, ser estudiante, tener alojamiento propio, demandar necesidad de vivienda y asistencia psicológica, y la percepción de apoyo. Estas variables hacen alusión a necesidades básicas que pueden estar igualmente presentes en la población autóctona. Es decir, ninguno de los factores específicos del proceso de aculturación, como podrían ser las actitudes de aculturación, la situación jurídica o la percepción de discriminación, explica los niveles de estrés. Esto sugiere que es la adquisición de necesidades básicas, como pueden ser las propuestas por Maslow (1943), lo que inquieta tanto a la población inmigrante como a la autóctona. En cuanto al alojamiento propio se observa que es un factor que aparece en las dos poblaciones. Sin embargo, mientras que para el grupo inmigrante es una variable protectora, probablemente porque en esta población esto quiere decir que son personas que tienen una situación favorable, en la población autóctona es un factor de riesgo, debido a que en la sociedad autóctona la adquisición de una vivienda es un compromiso que se adquiere más fácilmente y que está asociado a exigencias económicas difíciles de cubrir cuando la situación económica no es positiva.

En cuanto a la satisfacción, en la población autóctona sólo se ha explicado el 3,4% de la variabilidad, a partir de una variable sociodemográfica como es el estado civil; en concreto estar separado o separada, que reduce el bienestar. Estas personas han pasado o están pasando por un proceso de separación de la pareja, y en muchos casos de los hijos e hijas. El hecho de que una pareja decida no seguir junta, conlleva una percepción de fracaso en el proyecto de vida, que se une a las dificultades legales del proceso de separación. Por otro lado, en la población inmigrante se explica mayor porcentaje de bienestar, el 31,4%, y se comprueba la importancia de variables relacionadas con el proyecto de aculturación, como es el origen cultural, el motivo migratorio y la cercanía cultural. Además, del trabajo, el apoyo percibido, el contacto y necesidad de asistencia social.

En los trabajos realizados sobre la satisfacción con la vida, las atribuciones de control externo e interno, así como los estilos de afrontar los problemas tienen gran importancia (Vera, Laborin, Peña y Domínguez, 2003). Entre otras la autoeficacia (Myers y Diener, 1995) y el autoconcepto (Diener y Diener 1995). Estos aspectos no son necesidades básicas, sino que hacen alusión a necesidades de reconocimiento (Maslow, 1943), unas variables que no se han medido en este trabajo y justificaría la poca varianza de bienestar explicada en la población autóctona. Por otro lado, la satisfacción con la vida indica el grado en el que las personas están satisfechas con su proyecto y con las cosas que van logrando. Por este motivo, en la población inmigrante tienen más peso las necesidades básicas, como el

trabajo, y los indicadores del proceso de aculturación que son testigos de una buena adaptación, como es la percepción de cercanía cultural.

En el área ansiosa, los modelos obtenidos tienen poco poder predictivo. En la población autóctona el 7,2% de la ansiedad se explica por una única variable, ser hombre, lo que apoya los trabajos que justifican estos resultados en base a las diferencias de género en la expresión del malestar (Caro, 2001; OMS, 2001). En la población inmigrante, el 6,4% de la ansiedad se explica a partir de variables como el trabajo, la práctica religiosa y tener a la familia cerca. Estas dos últimas variables responden a estrategias que las personas utilizan para afrontar los problemas, las estrategias psicológicas y de apoyo social (Folkman y Lazarus, 1986), así se explica que la práctica religiosa y estar junto a la familia sean protectores de la ansiedad. Por otro lado, la falta de trabajo responde a una de las necesidades más básicas (Maslow, 1943) y explica la presencia de ansiedad.

En la población autóctona, las medidas de ajuste psicológico y la sintomatología no influyen en la presencia de la ansiedad. Sin embargo en la población inmigrante sí tienen este efecto. Al introducir las medidas de ajuste psicológico en el análisis, se confirma que la baja satisfacción y la sintomatología depresiva explican la presencia de ansiedad (Ataca y Berry, 2002; Hovey y Magaña, 2002).

La sintomatología depresiva de la población autóctona e inmigrante también se define a partir de diferentes variables. Así, el 7,4% de la varianza de depresión en las personas autóctonas se predice por la necesidad de atención médica y el hecho de tener alojamiento propio. Esta última variable también explicaba los altos niveles de estrés. El modelo de depresión mejora ligeramente al 12,5% cuando se introducen las medidas de bienestar: la baja satisfacción aumenta los niveles de depresión mientras que la percepción de alta satisfacción reduce la sintomatología depresiva. Unos resultados que apoyarían las investigaciones anteriores (Headey y cols., 1993; Swami y cols., 2007).

En la población inmigrante, se recuerda que el 15,1% se explica a partir de la edad, practicar una religión, el trabajo, ser estudiante y el grado de dependencia social. En este sentido, los recursos materiales, psicológicos y de apoyo social (Folkman y Lazarus, 1986), como son tener un trabajo, practicar una religión o estar en adaptación sociolaboral, reducen los niveles de depresión. Sin embargo, ser estudiante explica la presencia de síntomas depresivos, probablemente por las expectativas sociales y profesionales que no se han podido cumplir (Murphy y Mahaligam, 2006). Al introducir las variables de ajuste psicológico, la satisfacción se introduce en el modelo aumentando la varianza explicada al 19,8%. De este modo se confirma que la alta satisfacción reduzca la presencia de sintomatología depresiva (Ataca y Berry, 2002; Silveira y Allebeck, 2002).

Por último, al estudiar los síntomas somáticos se han obtenido más variables predictoras y mayor variabilidad explicada, tanto en las personas autóctonas como en las inmigrantes. Las somatizaciones de la población autóctona se predicen por la necesidad de asistencia médica, estar jubilado/a, y ser hombre en negativo, que predicen el 16,2%. Se ha comprobado que las personas que tienen síntomas físicos tienden a buscar más atención médica (Ritsner, 1998), las personas jubiladas,

debido a la edad, tienen más dolencias físicas, y por último, los hombres muestran menos sintomatología que las mujeres (Caro, 2001; OMS, 2001). Al incorporar la sintomatología ansiosa, aquella que ha resultado ser significativa en el análisis estructural, se observa que los síntomas ansiosos se incorporan al modelo explicando el 21,6% de la varianza en somatizaciones.

En la población inmigrante, el 21% de las somatizaciones se predicen a partir del origen cultural, la formación, los motivos migratorios, las actitudes de aculturación, el alojamiento, la necesidad de asistencia psicológica y estar en adaptación sociolaboral. Cuando se incorporan en los análisis el ajuste psicológico y la sintomatología ansiosa y depresiva, el porcentaje explicado aumenta al 33% y se confirma que las áreas de salud se incorporan al modelo (Barlow y Durand, 2003).

En la explicación de la sintomatología somática, además de los recursos materiales y de apoyo social (Folkman y Lazarus, 1986), se observa la presencia de factores descriptivos del proceso migratorio, como el motivo, el origen cultural, o las actitudes de aculturación. Una serie de variables que también se habían integrado en el modelo de satisfacción con la vida, pero que no explicaban ni la ansiedad, ni la depresión ni tampoco el estrés. Tal vez, el hecho de que por medio de las somatizaciones se manifiesten los sentimientos negados o aspectos inconscientes (Tizón y cols., 1992), y que la satisfacción sea el resultado de una valoración sobre los logros conseguidos (Diener y cols., 1995), sea la razón de que en los modelos definidos las variables del proceso migratorio aparezcan como predictoras.

2 LIMITACIONES

En la realización del trabajo se han detectado una serie de limitaciones que hay que tener en cuenta a la hora de leer los resultados y que habrá que tener presente en el diseño de estudios posteriores.

En primer lugar, se han encontrado una serie de dificultades con la **muestra** de estudio en relación a su tamaño, a su equivalencia y a las características culturales de las personas que han participado en la investigación. En cuanto a las *características culturales* y al tamaño del grupo, dadas las dificultades de acceso a la población objeto de estudio y a la necesidad de un número elevado de personas para poder realizar los análisis estadísticos, se decidió realizar dos grandes grupos culturales. El criterio para el establecimiento de los grupos fue la alta o baja distancia cultural, que a su vez y de un modo global, se basa en aspectos como la lengua, la religión, el fenotipo, o la historia compartida con la sociedad receptora. Así, el primer grupo estaba compuesto por las personas de Marruecos y Argelia, y el segundo, por personas procedentes de Latinoamérica, en concreto de países de América del Sur. Sin embargo, las investigaciones en las que se contempla cada país por separado muestran diferencias

significativas (Diener y cols., 1995; Hofstede, 1991; Smith y Bond, 1993). Unas diferencias que incluso se producen entre las regiones o personas de un mismo país. En este trabajo, al haber analizado varios países dentro de un mismo grupo cultural quedan invisibilizadas las diferencias que pudieran existir entre los países participantes en el estudio, aunque este hecho no invalida los resultados obtenidos.

Respecto al *tamaño de la muestra* y cuando se parte de una metodología cuantitativa, es importante tener un número mínimo de personas para poder realizar los análisis estadísticos. En concreto los modelos estructurales y los análisis de regresión con muchas variables predictoras, requieren muestras grandes y superiores a 250. En este estudio se trabaja con 405 personas inmigrantes y 306 autóctonas, una cantidad adecuada para llevar a cabo los análisis necesarios para demostrar las hipótesis planteadas. Sin embargo, cuando se analizan las variables dependientes en función del género y de la cultura, los grupos definidos tienen tamaños inferiores a 150 casos, siendo especialmente pequeño el grupo de mujeres magrebíes (75 casos) y de hombres latinoamericanos (80 casos). Esta circunstancia hace que determinados datos puedan variar con muestras más grandes, y que por tanto, se tengan que tomar los resultados obtenidos con precaución.

Y para finalizar con las cuestiones sobre la muestra, al analizar las características sociodemográficas y psicosociales de las personas inmigrantes, se observa que los cuatro grupos estudiados no son equivalentes. La equivalencia es el aspecto más importante en las investigaciones transculturales porque las comparaciones sólo pueden realizarse si los grupos son comparables (Van de Vijver, 2000). Pero la equivalencia también es una de las mayores dificultades con las que se encuentran los equipos de trabajo (Páez y Vergara, 2000). Aunque en un primer momento este hecho resulte una limitación básica de la investigación, hay que tener presente que estas desigualdades de la muestra responden a la realidad social de esta población.

En segundo lugar, se han encontrado algunas limitaciones en las variables y escalas que conforman el **cuestionario utilizado**. Al tratarse de una población que en muchos aspectos es vulnerable o está viviendo necesidades básicas, y que en ocasiones no tiene un dominio del idioma, al diseñar el instrumento se consideró que era muy importante que el cuestionario se entendiera bien, que fuera de fácil respuesta, que no tuviera demasiadas preguntas y que se pudiera hacer en un breve periodo de tiempo. Unos requisitos que condicionaron la elección de las *variables* y *escalas* a utilizar.

En cuanto a las *variables*, algunas tuvieron que ser obviadas y otras se midieron a partir de preguntas generales. En este sentido, para medir las emociones, las actitudes y estrategias de aculturación, y las redes sociales se utilizaron preguntas generales y no se recurrió a ninguna de las escalas existentes. Probablemente esto haya influido en los resultados obtenidos, y específicamente, explique la baja influencia del contacto y del apoyo social, así como de las estrategias y actitudes de aculturación, en la explicación del ajuste psicológico y de la salud mental. Además, la utilización de escalas habría posibilitado realizar análisis más complejos con estas variables. Por otro lado y referente a las variables no medidas, el afrontamiento psicosocial fue uno de los aspectos que se revisaron para el

diseño de la investigación, pero que dada la longitud del cuestionario se decidió no incluir. Tras la realización del trabajo y habiendo estudiado un fenómeno potencialmente estresante, se considera que habría sido interesante contemplar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas inmigrantes. Sin duda su medición habría aportado mayor explicatividad a los resultados obtenidos, especialmente para comprender los resultados sobre el estrés.

En relación a las *escalas* utilizadas, para determinar los niveles de estrés de la población inmigrante se eligió una escala general, el PSS-14 (Cohen y cols., 1983), en vez de tomar medidas de estrés de aculturación. Tal vez, con la elección de una escala específica de la población inmigrante se habría obtenido una mayor explicación de la relación entre el proceso de aculturación y el estrés. Sin embargo, se considera que estas escalas son muy específicas porque delimitan diferentes situaciones, estableciendo así unos criterios que no tienen por qué producir tensión a todas las personas. En este sentido se consideraba más apropiada una escala en la que no se concretaran situaciones y fueran las personas las que juzgaran lo que consideran dificultoso. Además, la elección de una escala de estrés general posibilita la comparación con el grado de tensión que percibe la población autóctona.

Por otro lado, para analizar la salud mental se decidió incluir el PHQ (Spitzer y cols, 1999), un instrumento utilizado en atención primaria, de fácil comprensión y respuesta, utilizados con diferentes grupos culturales y que permite detectar la presencia de sintomatología, así como realizar diagnósticos clínicos. Se trata así de un instrumento que presenta diferentes listas de síntomas que las personas confirman tener o no tener. Se ha comprobado que las listas tienden a detectar a más personas que otro tipo de pruebas, ya que se registra cualquier indicio de malestar psicológico (Páez, 1986). En relación a este aspecto, si en el trabajo se hubieran utilizado los criterios para realizar los diagnósticos mentales, el porcentaje de personas con problemas de salud mental habría descendido y se acercaría más a investigaciones realizadas anteriormente. A pesar de ello, teniendo presente que uno de los fines del estudio era delimitar la población que manifestaba sintomatología para poder trabajar en un futuro en el desarrollo de programas de prevención, se consideró que las características del instrumento seleccionado eran favorables al objetivo. Pero en el ámbito de la investigación, los resultados estadísticos obtenidos con la sintomatología psicológica, en especial con el área depresiva y ansiosa, sugieren que otro tipo de instrumentos hubieran sido más apropiados. En este sentido, se considera que para la realización de análisis de regresión habría sido más adecuado disponer de escalas de ansiedad y de depresión que integraran más síntomas que el PHQ.

Finalmente, y aunque se hayan utilizado escalas que han sido viabilizadas en diferentes países y con diferentes poblaciones, no se puede olvidar que en ocasiones las diferencias culturales podrían atribuirse a diferentes estilos de respuesta (Páez y Vergara, 2000).

En tercer lugar estarían las limitaciones referentes al **procedimiento**, en particular las cuestiones referentes a la forma de recoger la información y a la interacción entre las personas al realizar los cuestionarios (Van de Vijver, 2002). El *tipo de relación* que se establece en la entrevista puede

condicionar la recogida de datos, bien porque la persona entrevistadora influye en la participante, bien porque se producen problemas de comunicación (Van de Vijver y Leung, 1997). En relación a este hecho, hay que tener en cuenta que las personas que han entrevistado a la población magrebí y latinoamericana han sido mujeres autóctonas. Aunque éstas han sido entrenadas para pasar los cuestionarios, no se puede obviar que las diferentes individuales y que la asimetría en la relación en cuanto al origen cultural puedan influir en la recogida de información. Además, por las dificultades de acceso a la muestra y/o de comunicación, algunos cuestionarios se han realizado a través de un mediador cultural, hombre y de origen magrebí, lo que ha supuesto otra posible fuente de variabilidad.

Por otro lado, dadas las características de las personas que conforman la muestra total del estudio (inmigrantes en diferentes situaciones sociales y autóctonas), las *formas de cumplimentar los cuestionarios* y las estrategias de acceso han sido diferentes. En primer lugar, con la población inmigrante con mayor dependencia social, el contacto se ha realizado acudiendo a Cruz Roja San Sebastian; con las personas autónomas pero que reciben apoyo institucional el acceso ha sido telefónicamente; y con las personas que autogestionan sus necesidades se ha utilizado la técnica de bola de nieve, bien a través de gente conocida, bien a través de mediadores culturales. En segundo lugar, con la población autóctona, los cuestionarios han sido autoadministrados y para conseguir la máxima representatividad de la sociedad receptora se ha contado con la colaboración de estudiantes residentes en diferentes localidades para la distribución de los cuestionarios.

Aunque el instrumento se ha diseñado de una forma clara y objetiva para que pueda ser autoadministrado y se hayan incluido escalas que cumplan este requisito, el hecho de que algunos cuestionarios se hayan cumplimentado por medio de una entrevista, con lo que supone contestar a una persona, y que otros cuestionarios los hayan contestado particularmente cada persona, ha podido afectar a la recogida de los datos.

3 PROPUESTAS DE FUTURO

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se pueden proponer acciones de futuro referentes tanto al campo de la investigación como de la intervención. Por este motivo, para finalizar con el presente trabajo se señalan algunas de las cuestiones sobre las que habría que profundizar en próximas investigaciones. Asimismo, se sugieren algunas propuestas para la intervención profesional con la población inmigrante.

3.1 Investigación

Entre las diferentes líneas de investigación o cuestiones sobre las que se podría profundizar en el estudio de los procesos de aculturación, el ajuste psicológico y la salud mental, cabría destacar los siguientes puntos.

En primer lugar, y teniendo en cuenta que la presente investigación se ha llevado a cabo exclusivamente con información cuantitativa, sería interesante completar y cotejar los resultados obtenidos con información cualitativa. En este sentido, la realización de entrevistas en profundidas o grupos de discusión con personas inmigrantes que representaran las características y condiciones de la muestra de estudio, permitiría profundizar y explicar con mayor detalle la situación de la población inmigrante en la sociedad receptora.

En segundo lugar, sería conveniente aumentar la muestra obtenida en este estudio, de cara a obtener grupos estadísticamente más adecuados. Pero además, dadas las posibles diferencias existentes entre unos países y otros, sería pertinente analizar la información en función del país de origen, siempre que se consiga un número suficiente de personas.

En segundo lugar, sería conveniente aumentar la muestra obtenida en este estudio, para poder obtener una mayor potencia estadística. Además, la realización de más entrevistas tendría que ir dirigida a obtener mayor representatividad de los grupos nacionales más característicos de la población inmigrante que reside en el País Vasco. De este modo, se podría analizar el ajuste psicológico y la salud mental en base al país de origen, y comprobar si existen diferencias significativas entre estos grupos.

En tercer lugar, el haber encontrado resultados que no apoyan las investigaciones anteriores en cuanto a las diferencias de género en el grado de ajuste psicológico y salud mental, hace que sea necesario replicar o seguir estudiando esta cuestión. En este sentido, sería adecuado incorporar más variables que por un lado, acoten de una forma más específica los ámbitos productivos o públicos, y, los reproductivos o íntimos; y que por otro lado, permitan medir las características de los roles femeninos y masculinos, y también la forma en la que se posicionan o cómo se sienten las personas respecto a ellos. Asimismo, sería interesante utilizar metodología cualitativa que de la posibilidad de recoger aspectos que en el diseño de la investigación no se hayan contemplado y las personas entrevistadas consideren importantes.

En cuarto lugar, y teniendo presente que se estudia el proceso de aculturación y su implicación en el ajuste psicológico y la salud mental, sería necesario introducir en el diseño de investigación medidas del afrontamiento psicosocial del estrés. Probablemente esta variable permitiría dar mayor explicatividad a la relación entre el proceso migratorio, las respuestas de estrés y salud mental. Además, poder determinar el tipo de estrategias que las personas inmigrantes utilizan para hacer frente a las situaciones de la migración, sería beneficioso para la intervención con esta población. En esta línea se

podría diseñar o aportar información a los programas existentes de cara a fomentar las fortalezas encontradas y de entrenar o prevenir las carencias existentes en cuanto a estrategias de afrontamiento.

Otra línea de estudio sería la que combina la investigación y la intervención. En primer lugar sería importante conocer los programas que están diseñados para la población inmigrante, especialmente los objetivos y formas de proceder. Por otro lado habría que analizar el efecto que estos programas, de forma directa o indirecta, tienen sobre el proceso de adaptación, su ajuste psicológico y salud mental. Y finalmente, habría que trabajar con las personas que llevan los programas de cara a conocer la realidad del día a día, las principales dificultades con las que se encuentran y las técnicas y estrategias que funcionan con esta población. De esta forma se tendrá un mayor conocimiento del mundo profesional y se podrá incorporar de una manera más adecuada los hallazgos teóricos del mundo académico.

Y por último, aunque el foco del presente trabajo se haya puesto en el colectivo inmigrante, disponer de información sobre la población autóctona, da la posibilidad de diseñar nuevos estudios con este grupo. Teniendo en cuenta que la pasación de los cuestionarios se realizó en el 2008 y que la situación económica y laboral del país ha cambiado enormemente, sería interesante replicar el estudio y analizar los factores que en la actualidad explican el estrés, la satisfacción y la salud mental de la población local.

3.2 Intervención

Los resultados de la investigación indican que por lo general el ajuste psicológico y la salud mental de la población inmigrante es bastante buena. A pesar de ello, se han detectado factores que se asocian al malestar y que sería adecuado tener en cuenta para la práctica profesional. Entre los factores explicativos destacan necesidades básicas como el alojamiento, el trabajo y ser autónomo/a socialmente; recursos psicológicos, como la formación; y las redes sociales, como el apoyo y contacto con la población local y con el endogrupo, o su ausencia, como ocurre cuando se percibe discriminación. Se sabe que algunos de estos factores, por ejemplo la formación, están incorporados en los programas dirigidos a la población inmigrante, y que otros, como la obtención de un trabajo o una vivienda, difícilmente se pueden solucionar desde la perspectiva psicológica. Sin embargo, tenerlos presente y conocer su influencia en el bienestar, posibilita que se pueda trabajar la dimensión emocional indirectamente o que las acciones ya existentes en esta dirección se puedan mantener o mejorar. En este sentido, en diferentes instituciones existen programas de inserción laboral en los que se ofrece información y se da formación para la búsqueda de vivienda y de trabajo. El hecho de que necesidades básicas mencionadas sean relevantes para explicar el bienestar de la población inmigrante, indica la importancia que adquieren estos programas, tanto por los recursos que ofrecen como por el hecho de convertirse en referentes y puntos de apoyo. Por este motivo se justifica la necesidad de continuar con el

desarrollo de programas de intervención psicosocial que apoyen a las personas inmigrantes y que promuevan capacidades que lleven a la autonomía social.

Teniendo en cuenta los hallazgos del estudio, la existencia de programas de intervención con población inmigrante y la influencia que la población autóctona ejerce en el bienestar de la población inmigrante, de forma general se proponen las siguientes cuestiones.

En primer lugar, empezando con la población autóctona y teniendo presente que el apoyo de la población local es importante para el bienestar y la salud mental de la población inmigrante, y que la percepción de discriminación explica el malestar, sería necesario desarrollar pautas de intervención con la población de la sociedad receptora. En este sentido, a partir de los resultados de este trabajo y de estudios anteriores (Arnosó y cols., 2009) se derivan ciertas sugerencias relacionadas con; la difusión de información sobre las características y las situaciones que viven las personas inmigrantes, así como la opinión que tienen hacia la sociedad receptora y hacia las relaciones que se establecen con la población autóctona; y la promoción de un sistema social que visibilice la diversidad cultural y la percepción de las minorías, lo que significa que las instituciones y los miembros de la comunidad conozcan los beneficios de sus diferencias y similitudes, y trabajen por construir relaciones sostenibles entre personas y grupos de diversas pertenencias.

Sería interesante diseñar actividades comunitarias que den la oportunidad a las personas de los distintos grupos culturales a conocerse como individuos, identificar lo que tienen en común y reconocer los elementos positivos de los otros grupos. Estas medidas, podrían reducir el desconocimiento y la amenaza que en ocasiones siente la población local ante el proceso de la inmigración y que suele ser motivo de relaciones de rechazo y de exclusión social. Por otro lado, estas intervenciones permitirían valorar positivamente la diversidad de los contextos sociales, las interdependencias y las interacciones que se dan entre los diferentes grupos.

En segundo lugar en relación a la población inmigrante, se considera que para las personas que tengan grandes dificultades psicosociales asociadas a altos niveles de estrés y problemas de salud mental, que paralicen a la persona e impidan el afrontamiento de las diferentes situaciones de su vida, el tipo de intervención más adecuado sería el individualizado. Esto permitiría tratar de un modo personalizado las dificultades de cada persona, reducir su nivel de malestar, conseguir que puedan manejar sus conflictos y de este modo, que pudieran integrarse en programas de intervención grupal.

En nuestro entorno ya existen programas e instituciones que asisten a las personas inmigrantes con grandes dificultades: entre otros, la unidad de asistencia de psicología aplicada de la Universidad del País Vasco. Este servicio, dirigido por Karmele Salaberria, ha diseñado un programa de apoyo psicológico, a modo de prevención primaria, que ayuda a la persona inmigrante a sobrellevar el sufrimiento que conlleva el proceso migratorio. En concreto se trabaja sobre las necesidades emocionales de contención, escucha, ayuda y comprensión, para evitar la aparición o cronicidad de los síntomas, y como ayuda para hacer frente a multitud de factores estresantes. Este programa se divulga

en las instituciones que trabajan directamente con la población inmigrante (Cruz Roja, Caritas, SOS-Racismo, Asesoría jurídica y legal del Gobierno Vasco para inmigrantes HELDU y trabajadores sociales), y en los locutorios, donde se puede tener acceso a las personas que no recurren a instituciones (Salaberría, Sánchez y Corral, 2009).

Aunque este tipo de intervención es adecuado cuando las personas que tienen grandes dificultades y tienen que resolver cuestiones que les impiden continuar con su proyecto de vida, teniendo en cuenta la dimensión social del fenómeno de la inmigración y sabiendo que la situación de esta población en nuestro entorno es por lo general positiva y manejable, se considera que la práctica grupal puede tener más beneficios que la individual. En el grupo, se dan una serie de fenómenos que pueden ayudar a las personas a comprender su situación y que pueden ofrecer herramientas con las que afrontar la migración. Entre otros fenómenos es relevante el apoyo social, el proceso de normalización y socialización que se da en el grupo, la esperanza de mejorar, la cohesión, el altruismo, así como el aprendizaje de habilidades sociales (Ayestarán, 1980; Yalom, 1970).

Además de las ventajas terapéuticas, desde un punto de vista más práctico, el tratamiento grupal es una forma de dar cobertura a un gran número de personas, reduciendo el tiempo y los costes del trabajo psicológico.

En los programas de intervención psicosocial ya existentes se cubren indirectamente funciones emocionales, sin embargo sería importante desarrollar programas complementarios de prevención en los que se trabajaran aspectos emocionales. En este sentido, una opción podría ser el diseño de un grupo de apoyo que se llevara a cabo una vez a la semana, en un lugar y horario determinado, y al que tuviera acceso cualquier persona inmigrante que quisiera compartir cuestiones sobre la inmigración. Sería importante el compromiso con el grupo, pero teniendo en cuenta que la población inmigrante es un colectivo en el que se dan muchos imprevistos, la asistencia no sería obligatoria. El objetivo de este grupo sería el de crear un espacio en el que las personas pudieran compartir sus preocupaciones y pudieran recibir apoyo de personas que están pasando por una situación similar. Estar con personas que también están viviendo un proceso migratorio y que se encuentran en fases diferentes, infunde esperanza y permite conocer las estrategias que se han puesto en marcha y comprobar qué aspectos son eficaces para la adaptación a la sociedad receptora. Además, desde una lectura más grupoanalítica, en un momento en el que la mayoría de las cosas que rodean al proceso migratorio cambian, el grupo podría representar la estabilidad y la seguridad que las personas buscan y necesitan. Experiencias como la que se propone se están llevando a cabo en Bilbo desde hace dos años con resultados muy positivos tanto en asistencia como en el contenido y resultados del grupo (de Pedro, 2010). Se trata de un grupo abierto a cualquier persona inmigrante en el que se fomenta la libertad de expresión, el respeto mutuo, se lucha contra los encasillamientos derivados de una procedencia, proponiendo una experiencia en la que la persona pueda mostrarse como desee, como pueda o como esté acostumbrada. Se facilita la libre discusión, la escucha activa, el aprendizaje mutuo, la creación de vínculos sanos, es decir, los factores terapéuticos que permiten alcanzar un mayor bienestar psicológico. En este grupo se ha comprobado

que la heterogeneidad del grupo en cuanto a género, cultura, edad, nivel socioeconómico, etc., se convierte en una poderosa herramienta para entender el entorno y aprender a relacionarse con él de una forma sana.

Aunque lo más adecuado sería el diseño de un programa específico para trabajar lo emocional, se sabe que en ocasiones es difícil realizar este tipo de intervenciones, porque la población inmigrante tiene otros compromisos u otras necesidades que hacen que las cuestiones psicológicas queden en un segundo plano. Por este motivo, aunque los programas de formación o inserción laboral suponen un recurso de apoyo informal, sería interesante incorporar de modo formal espacios que permitieran preguntar o hablar sobre las preocupaciones o emociones que las personas experimentan.

Estos grupos y acciones, se diseñarían para todas las personas inmigrantes en general, sin tener en cuenta el origen cultural y del género. Se sabe que las condiciones de los diferentes grupos de inmigrantes no son iguales, y por tanto habría que tener una especial atención hacia los grupos más vulnerables. En esta investigación, se ha constatado que los hombres magrebíes viven más dificultades que el resto de personas, y que las mujeres, también encuentran más complicaciones en algunos espacios del proceso migratorio. Sin embargo, uno de los objetivos de los grupos, además del apoyo, de la prevención y de la formación que ofrecen, sería que pudieran representar una parte de la sociedad, en este caso al colectivo inmigrante. Por este motivo sería interesante que personas de diferentes condiciones se reunieran en un mismo lugar y pudieran compartir sus experiencias y situaciones. Cuanto más cerca de la realidad está la intervención grupal, más rico va a ser el trabajo y más fácil va a resultar la generalización a otros espacios de la vida.

Antes de finalizar con las sugerencias de intervención para la población inmigrante, sería importante hacer una reflexión sobre el enfoque cultural más adecuado para trabajar con este colectivo, sobre todo si no se quiere caer en una homogenización o aculturación de las personas inmigrantes. En una estancia realizada en la Universidad de Paris Descartes con la profesora Marie Rose Moro, dentro del marco del doctorado europeo, y en concreto en los hospitales de Avicenne y de Cochin, tuve la posibilidad de conocer un dispositivo dirigido a la población inmigrante que se basa en los principios de la etnopsiquiatría y que puede ser de utilidad para aplicarlo en otro tipo de intervenciones individuales, grupales y/o culturales.

Este enfoque necesita de un cuadro psicoterapéutico que permita el descentramiento cultural de los y las terapeutas y del mismo modo la toma de conciencia de la alteridad cultural de las personas inmigrantes (Moro y Lachal, 1996). Es una técnica aconsejable para las personas que sufren las consecuencias de la inmigración, así como para sus hijos/as e incluso nietos/as. También es adecuada para aquellas en las que la enfermedad está codificada culturalmente, necesitan un descentramiento, han utilizado otras técnicas que no han sido efectivas y/o deambulan entre los dispositivos tradicionales y occidentales. En definitiva, para todas esas personas que dicen no sentirse comprendidas, que hablan de malentendidos o a veces de falta de respeto (Moro y Lachal, 1996).

Es una técnica que se utiliza como apoyo a otro tipo de terapias individuales o grupales, por este motivo se realizan un máximo de 6 al año. Es un tipo de intervención que tiene una serie de características que la diferencia de otras intervenciones, entre otras: se trata de una sesión en la que participan el o la paciente y su familia, el o la profesional que deriva el caso a este dispositivo, y un grupo de profesionales de diferentes orígenes culturales, formaciones y estatus. Se trata de un grupo que se constituye bajo el mismo modelo de la sociedad receptora de ahí la importancia de su diversidad cultural, lingüística y profesional; se utiliza como lengua el idioma local o la lengua materna del paciente y de su familia, en función de la comodidad o capacidad de las personas que vienen a la sesión. En estos casos, se dispone de una persona traductora o es alguien del grupo que conoce la lengua, quien se encarga de la traducción; c) se tienen en cuenta tanto las contratransferencias individuales como las culturales, es decir, aquellas que hacen alusión a la identidad personal y a la identidad profesional, social y cultural (Moro y Lachan, 1996).

De todas maneras, más allá de cómo se realice la técnica y lo que es realmente importante y aplicable a la forma de trabajar en nuestra sociedad, son los conceptos de descentramiento, complementarismo y coconstrucción de significado de la enfermedad, o en nuestro caso, situación psicosocial. El “descentramiento” de la propia cultura y la familiarización con otras implica distanciarse de la percepción, los métodos de evaluación y la manera de hacer de la propia cultura, y transportarse a otro mundo y experimentar las dificultades que las personas tienen en la adaptación (Musetti, 2006). La pluralidad ofrece múltiples puntos de vista y referencias, es decir, el proceso de descentramiento, permite una lectura de la situación bajo diversos criterios y no necesariamente en base a la clasificación nosológica occidental (Moro, 1994).

En segundo lugar, el complementarismo haría referencia a la necesidad de estudiar cualquier fenómeno bajo perspectivas complementarias, el psicoanálisis u otra perspectiva que analice el interior o la psique de las personas, y la antropología, encargada de la cultura o del mundo exterior (Devereux, 1972). En esta línea, el plano teórico de la etnopsiquiatría, se construye bajo estos dos discursos y el plano metodológico se desarrolla en base a un principio, el complementarismo (Moro y Lachal, 1996). Este principio propone que para describir determinados fenómenos con la máxima precisión, hay que utilizar obligatoriamente el discurso del psicoanálisis y de la antropología (Devereux, 1972).

De estos dos conceptos se deriva la importancia de trabajar en grupo y con personas de diferentes disciplinas y distintos orígenes culturales, que puedan ofrecer diversos puntos de vista y explicaciones para comprender la situación de las personas inmigrantes; tanto sus circunstancias particulares como las situaciones que se derivan por pertenecer a un grupo cultural determinado.

En tercer lugar, la coconstrucción de la enfermedad o de la situación, se refiere a la necesidad de tener en cuenta las representaciones y significados de la persona inmigrante y las explicaciones de los y las profesionales, es decir, el nivel ontológico, etiológico y de las lógicas terapéuticas (Moro y Lachal, 1996; 2004). El nivel ontológico muestra las representaciones que el paciente tiene de sí mismo,

de su identidad, de su origen y de su función. El nivel etiológico, señala el significado que el paciente da al desorden que está viviendo, a sus consecuencias. Existen numerosas teorías etiológicas como la brujería o la posesión, por ejemplo. Por último, el nivel de las lógicas terapéuticas, hace alusión a las acciones que el o la profesional considera que hay que llevar a cabo para ordenar la situación producida por la migración.

De este tercer principio se desprende la importancia de respetar y trabajar con las construcciones y significados que las personas inmigrantes dan a su situación, sobre todo cuando para la sociedad receptora son lejanas o incomprensibles. Pero además, tener en cuenta las explicaciones y formas de hacer de las y los profesionales locales, de modo que entre las dos formas de entender la situación se llegue a una solución que sea lo más beneficiosa para la persona inmigrante.

Para terminar, lo que realmente es importante es que en el trabajo con la población inmigrante se respeten las características individuales y culturales, y se entienda de dónde parte cada persona, para poder facilitar una comprensión de las dinámicas del país receptor y una incorporación a la nueva sociedad. De este modo, se logrará que cada persona encuentre su espacio y no caer en procesos aculturizantes u homogenizantes.

CAPITULO XI. DISCUSSION ET CONCLUSIONS

1 DISCUSSION ET CONCLUSIONS

1.1 Processus d'acculturation

L'étude réalisée afin de connaître les détails sur le processus d'acculturation de la population immigrante et de déterminer les aspects de majeure difficulté, démontre que la situation de la plupart des personnes est positive. En outre et conformément avec l'hypothèse décrite (Hip. 1.1.), il se confirme que le genre et l'origine culturelle marquent des différences dans les caractéristiques du processus d'acculturation, créant ainsi des profils psychosociaux différents.

Dans l'ensemble, la population immigrante est jeune et habite en moyenne depuis quatre ans et demi au Pays Basque. Dans la moitié des cas, ils sont en couple et/ou ont des enfants, et leur niveau d'études est élevé. Approximativement, 70% a émigré pour des motifs économiques, travaillait dans son pays d'origine, doute de son établissement ou l'envisage de manière provisoire dans la société réceptrice et considère que l'acculturation passe par une intégration préalable. En général, ces données sont cohérentes avec les recherches antérieures réalisées dans un même environnement (Basabe et al., 2004).

Les facteurs essentiels en relation avec le bien-être sont le travail, le logement ainsi que d'autres besoins, tels que le service sanitaire ou la régularisation administrative (Javaloy, 2001). D'une manière générale, les résultats indiquent que ces besoins sont couverts pour la plupart des personnes immigrées. Pourtant, environ 15% d'entre eux n'ont jamais travaillé et/ou sont chômage au moment de passer l'entretien d'embauche. A cela s'ajoutent de nombreux problèmes tels leur régularisation juridique et administrative, l'absence de logement adéquat, de documentation, de recensement, d'assistance médicale, d'aide psychologique ou d'information.

Le niveau de contact et de soutien est perçu comme moyen, tel qu'il l'a été prouvé par d'autres études élaborées dans des contextes proches (Basabe et al., 2004; Martínez et al., 1999). Aussi, même si les ponctuations sont modérées, on observe que le niveau de contact est supérieur comparé au niveau de soutien perçu et que le contact et le soutien perçus par la population autochtone sont supérieurs à ceux obtenus par l'endogroupe et par d'autres personnes immigrantes.

Finalement, la discrimination perçue est faible et ils se sentent assez proche de la société réceptrice. Par ailleurs, le maintien de leurs coutumes ainsi que la mise en application de la nouvelle culture est assez élevé, ce qui se produit chez une majorité de personnes considérant l'intégration comme la stratégie d'acculturation. De ce fait, les conclusions d'études antérieures se renforcent (p.e., Berry, 1997; Bourhis et al., 1997; Navas et al., 2004).

Dans l'analyse du profil psychosocial de la population immigrante, il a été démontré que les trajectoires migratoires sont hétérogènes (Goldlust et Richmond, 1974) et qu'il existe des facteurs divers qui conditionnent les situations, les circonstances et les opportunités que les personnes connaissent. L'origine culturelle et le genre sont deux aspects qui ont une influence significative sur le processus d'acculturation (Gregorio, 1997; et Adelman, 1993; Solé, 2003; Ward et Kennedy, 1993).

Premièrement, quant à l'origine culturelle, il est vérifié que la situation de la population latino-américaine est plus favorable que celle du groupe magrébin, conformément à ce qui était probable (Hip. 1.2.). Concrètement, on observe que les personnes du Maghreb ont plus de difficultés pour communiquer en espagnol, leur niveau d'études est plus bas, leur situation de travail et de logement est plus précaire et, finalement, ils exigent plus d'assistance sociale et d'aides pour trouver ou améliorer leurs conditions de logement. Ces résultats appuient les recherches qui étudient l'effet de l'origine culturelle dans le processus d'acculturation (Levine et Adelman, 1993; Ward et Kennedy, 1993) et qui prouvent que les personnes dont la distance culturelle est supérieure ont plus de difficultés (Smith et Bond, 1998; Ward, 1996).

En relation avec la langue, dont l'usage se trouve conditionné par l'origine culturelle, si pour la population latino-américaine les difficultés de langage se limitent à l'adaptation de quelques mots particuliers, pour la population magrébine il s'agit de l'apprentissage d'une nouvelle langue. La connaissance de la langue permet une communication correcte et il s'agit d'un outil qui rend plus facile l'acquisition de ressources sociales (James et al., 2004; Swami et al., 2010). Dans ce sens, il est possible de penser que leurs problèmes de communication, parmi d'autres facteurs, sont liés à leurs difficultés majeures pour trouver un emploi ou un logement.

Par ailleurs, on peut considérer que le bas niveau éducatif ainsi que les taux supérieurs de chômage dans la société d'origine sont d'autres variables conditionnant la situation de la population magrébine. D'une part, l'éducation est un recours personnel qui contribue à l'adaptation sociale et qui permet d'affronter les difficultés du processus (Berry et Sam, 1997). D'autre part, l'accès au domaine professionnel dépend fréquemment de la formation et de l'expérience professionnelle antérieure.

Deuxièmement, les résultats obtenus en fonction du sexe ne permettent pas de confirmer les hypothèses établies (Hip. 1.2.). À partir des recherches qui placent les femmes dans une situation d'une majeure vulnérabilité et infériorité, il est probable de retrouver de majeures difficultés psychosociales chez la population féminine (Darvishpour, 1999, 2002; Standing, 2000). Cependant les résultats révèlent que les conditions juridiques, de travail et de logement ne sont pas pires chez les femmes, voire même que les hommes ont plus de problèmes relatifs au travail et à la régularisation de leur situation juridique. Ce meilleur ajustement des femmes dans le monde du travail est peut-être dû à leurs meilleures capacités communicatives et empathiques (Haslberger, 2007; Selmer et Leung, 2003).

De plus, il est démontré que les femmes font moins de demandes que les hommes, notamment par rapport au recensement et à la recherche d'information. L'unique exception trouvée réside dans le fait

qu'un numéro majeur de femmes requiert de l'assistance psychologique, besoin qui pourrait se justifier tant par une présence supérieure de symptômes dans cette population que par une majeure facilité des femmes pour manifester leurs émotions (Brody et Hall, 2000; Etxeberria et al., 2003).

En ce qui concerne la socialisation et l'influence de l'éducation dans les rôles adoptés par les personnes dans leurs vies, on dénote que la situation de travail pré-migratoire et les caractères du regroupement familial postmigratoire sont différents pour les hommes et pour les femmes. En effet, il a été observé qu'avant leur émigration une majorité de femmes se consacrait exclusivement au travail domestique, fait qui se traduit par un pourcentage supérieur de personnes qui manquent d'expérience professionnelle et peut donc rendre l'accès au monde du travail plus difficile. Toutefois, la croissance de demande dans le secteur domestique permet aux femmes de trouver des espaces de travail, entraînant par conséquent des taux de chômage moindres en comparaison avec ceux des hommes. En relation avec la responsabilité acquise envers la famille, une fois dans la société réceptrice, un nombre supérieur de femmes a réussi au regroupement de leurs enfants. Ces deux aspects font référence au rôle de la femme dans la structure familiale et reflètent les procédures de socialisation par lesquelles les femmes sont éduquées de façon à être plus affectives que les hommes et à être en charge du soin de la famille (Ting-Toomey, 2005).

Finalement, les femmes en général perçoivent plus de soutien de la part de la population immigrante et de la population autochtone. Les femmes ont plus d'habiletés sociales que les hommes (Jiménez, 2003; López et al., 1998), démontrent plus d'empathie *empatía* (Hoffman, 1977; Mestre et al., 2004) et considèrent la communication comme un moyen pour développer et maintenir leurs relations sociales (Gudykunst, 2004; Basow et Rubinfeld, 2003), même si elles ont parfois des difficultés pour trouver ces espaces (Martínez et al., 2002). Ces aspects peuvent influencer sur la qualité des relations sociales que les femmes établissent avec d'autres groupes, et par conséquent dans le majeur soutien reçu.

Le fait d'être un homme ou une femme est une variable indispensable qu'il faut prendre en considération dans les processus migratoires, pour l'influence qu'elle exerce sur la procédure de décision et sur la distribution du travail (Balán, 1990), mais elle doit être analysée en rapport avec l'origine culturelle, étant donné que le comportement des hommes et des femmes varie parmi les différents pays (Gregorio et Ramírez, 2000). Gregorio (1997) affirme que pour analyser les processus d'acculturation il faut considérer le groupe domestique et les réseaux migratoires. De cette façon, en fonction des opportunités que les deux sociétés peuvent offrir et des caractères des réseaux migratoires, la personne élue pour émigrer est soit l'homme, soit la femme. En rapport avec notre étude, on peut remarquer que dans la population d'Amérique Latine les femmes ont plus d'opportunités alors que dans la population du Maghreb les meilleures opportunités sont destinées aux hommes. De ce fait, les femmes latino-américaines et les hommes magrébins sont ceux qui commencent les chaînes migratoires et ceux qui restent le plus de temps au Pays Basque. De même, ceci permet de comprendre que certains caractères et circonstances des hommes et des femmes varient d'un groupe culturel à un autre.

Presque toutes les femmes latino-américaines ont réussi à trouver un emploi et le taux de chômage était un des plus bas au moment où elles ont passé leur entretien. Leur situation juridique, de travail et de logement est la meilleure parmi tous les groupes. Cette situation pourrait s'expliquer par plusieurs raisons: parce qu'elles sont émigrantes depuis plus longtemps (Ward et Kennedy, 1999), que la société réceptrice leur offre de plus grandes facilités socio-professionnelles (Gregorio et Ramírez, 2000), par le soutien des réseaux migratoires (Gil et Vega, 1996), ou bien par une interaction de tous ces facteurs.

Par ailleurs, même si pour les hommes latino-américains la principale raison migratoire est économique, il faut souligner le pourcentage qui émigre pour la formation. De la même manière, bien que le regroupement ne soit pas une des raisons principales, les données révèlent le plus souvent qu'il s'agit du groupe dont les parents les plus proches et les conjoints sont à leurs côtés. Ces résultats pourraient bien soutenir les études qui défendent le rôle de la femme latino-américaine en tant qu'initiatrice du processus migratoire (Solé, 2000; Izquierdo, 2000). En outre, il faut ajouter qu'il s'agit du groupe qui maintient le plus de contact avec les personnes de leur pays, ainsi que celui qui a commencé le projet migratoire le plus tardivement et celui qui, depuis son arrivée en Espagne, a mis moins de temps pour s'installer au Pays Basque. Le fait d'avoir un grand réseau familial, plus de contact avec l'endogroupe et d'avoir quitté leur pays plus récemment nous amène à considérer que les hommes émigrent en deuxième lieu en général. Néanmoins au moment de se questionner sur la raison migratoire, très peu affirment qu'il s'agit du regroupement familial (Mogollón et Vázquez, 2006),

La population féminine magrèbine constitue le groupe où le plus de personnes ont émigré pour cause de regroupement familial, bien que sa raison migratoire principale soit économique (Izquierdo, 2000). En effet, même si les femmes magrébines sont celles qui émigrent le plus souvent avec l'objectif d'être à côté de leur famille, la raison principale pour les hommes comme pour les femmes est le travail (Gregorio, 1997). De plus, les femmes magrébines sont celles qui pratiquent le plus leur religion, qui constitue un aspect important de leur culture, alors que paradoxalement, ce sont aussi celles qui pratiquent le plus la culture de la société réceptrice (Ouarasse et van de Vijver, 2005). D'autre part, ces dernières sont celles qui ressentent le plus de rejet de la part de la société autochtone (Soriano et Santos, 2002). Fréquemment la femme immigrante est soumise à de multiples discriminations du simple fait d'être une femme étrangère, voire d'une autre ethnie (Haberfeld et al., 2000; Solé, 2000). Le fait que les femmes magrébines se sentent le plus rejetées quand les hommes magrébins et les femmes latino-américaines ne partagent pas cette opinion indique que, au regard du panel objet d'étude, il est nécessaire que différentes sources de vulnérabilité se rejoignent pour que la discrimination parvienne à se percevoir, de sorte qu'il ne suffit pas de provenir d'une culture lointaine (Navas et al., 2004; Nesdale et Mak, 2003) ou d'être une femme (Raijman et Semyonov, 1997).

Dans la population masculine du Maghreb se trouve le plus grand nombre de personnes ayant émigré dans d'autres pays avec antériorité. Ces derniers sont également les personnes se trouvant dans le territoire espagnol depuis le plus de temps et qui ont le plus d'intention de s'y établir de manière

permanente. Cependant il s'agit du groupe ayant le plus de difficultés: leur taux de chômage est important et ils connaissent des difficultés pour résoudre leur situation juridique, fait qui se reflète de par un nombre supérieur de demandes concernant les documents de résidence que d'obtentions d'emplois.

Quant au fait de s'identifier à la nouvelle culture, ce sont ceux qui ressentent le plus la distance. Enfin, au regard du réseau familial, les hommes magrébins sont ceux qui restent le moins à côté de leurs conjointes ou d'autres personnes de la famille, se privant ainsi des ressources naturelles que la famille peut offrir (Kuo et Tsai, 1986).

En résumé, il s'avère que la population magrébine connaît plus de difficultés et est plus vulnérable comparé à la population latino-américaine. Ces résultats coïncident avec la majorité des recherches (Furnham et Bochner, 1986; Smith et Bond, 1999; Ward et al., 2001). Concernant le genre, et dans la ligne des recherches antérieures (Swami et al., 2009; Ye, 2006), il n'existe pas beaucoup de différences entre les hommes et les femmes quant au processus d'acculturation. Au contraire, dans la population magrébine on peut observer que les hommes doivent affronter plus de difficultés que les femmes, ce qu'a également constaté une étude réalisée en Hollande (Ouarasse et van de Vijver, 2005) et au Pays Basque (Zlobina et al., 2006). Celle-ci, comme la présente étude, a révélé que les hommes magrébins avaient plus de difficultés à s'adapter en comparaison avec les femmes magrébines, situation qui ne se reproduit ni pour la population latino-américaine, ni pour la sud africaine. Pour cela on peut conclure que la population masculine du Maghreb est le groupe le plus vulnérable et qui souffre du plus de difficultés.

1.2 Ajustement psychologique

En ce qui concerne les émotions, il faut signaler que l'activation émotionnelle initiale est notamment positive. Dans ce sens, les sentiments positifs prévalent, bien que l'immigration s'associe à des changements (Smith et Bond, 1993) et à des situations de perte (Achotegui, 2002), Ces résultats sont cohérents avec des recherches élaborées dans le même contexte (Basabe et al., 2004; 2009).

Les émotions négatives sont moins présentes dans la population immigrante : 10% ressent de l'indifférence et de la méprise envers la population autochtone, bien qu'il s'agisse des émotions les moins présentes. D'autre part, environ 25% des personnes éprouvent des sentiments de fatigue et de rage, émotions représentant les difficultés et les nouveautés auxquelles la population immigrante doit faire face, ainsi que les réactions à de potentielles attitudes de rejet. Néanmoins il faut indiquer que le nombre de personnes manifestant ce type de sentiments est relativement bas.

Enfin, il y a un autre groupe d'émotions négatives ayant plus d'importance que les précédentes: il s'agit des émotions dépressives, que la moitié de la population confirme ressentir. Cette prévalence émotive se justifie par son rapport avec la sensation de perte et de deuil migratoire (Brink et Saunders,

1976). Toutefois, l'expression de ces émotions est considérée comme un élément propre du processus migratoire (Achotegui, 2008).

En deuxième lieu, depuis la littérature scientifique l'immigration a été considérée comme une source importante de stress (Hertz, 1988; Lazarus, 2000). Elle a effectivement été définie comme un des événements qui cause le plus de stress et qui requiert un majeur réajustement (Jerusalem et Kleine, 1991). Cependant les résultats de l'étude indiquent que le niveau moyen de stress est modéré et qu'il n'atteint pas le critère établi pour pouvoir affirmer que les personnes immigrantes se sentent stressées. En outre, les résultats indiquent que le pourcentage de personnes éprouvant du fort stress est bas, à uniquement 3,5%. Ces données ne soutiennent pas l'hypothèse formulée (Hip. 2.6.), selon laquelle on s'attendait à constater une prévalence supérieure et des ponctuations moyennes plus élevées, tel que l'avaient prouvé des études antérieures (Gil et Vega, 1996; Irfaeya et al., 2008; Miranda et Matheny, 2000). Pourtant, les résultats obtenus sont conformes avec grande part de recherches menant à conclure que, devant les changements de la migration le stress perçu demeure moyen (p.e., Chen et al., 2008; Jasinskaja-Lahti et al., 2006; Hovey et Magaña, 2000; Patiño et Kirchner, 2008; Salvador et al., 2010;).

Par ailleurs, dans l'approfondissement de la prévalence, on peut observer que la situation est stressante pour 3,5%, que le niveau de tension est modéré pour 74,8% et que ce processus d'acculturation n'est pas stressant pour 21,7%. Dans l'étude de Ritsner et son équipe (2000), le nombre de personnes stressées par les changements de la migration était aussi bas, tandis que dans l'étude de Hiott (Hiott et al., 2008) le pourcentage s'élevait à 30%.

Ces résultats contredisent l'hypothèse selon laquelle l'immigration est un événement qui cause du stress, lorsque pour le définir est prise en considération la première proposition de Holmes et Rahe (1967). Pour ces auteurs, un événement vital est une expérience sociale objective qui altère les activités habituelles d'une personne et qui provoque de la tension. Pourtant, ils mettent en évidence les différences individuelles et affirment que certains événements déterminés causent du stress à la totalité des personnes (Dohrenwend, 2006; Pélicier, 1993). Il a finalement été prouvé qu'un événement peut ne pas avoir la même influence sur différentes personnes, critique qui fut rapidement résolue par Milley et Rahe (1995).

Dans le cas de l'immigration, il semble évident qu'il s'agit d'un processus qui entraîne beaucoup de changements et qui est donc potentiellement stressant (Berry et al., 1997; Collazos et al., 2008). En ce sens, la perspective transactionnelle du stress serait la plus appropriée pour expliquer les résultats obtenus. Lazarus et Folkman (1984) considèrent qu'un événement est stressant sur la base de l'évaluation personnelle et des ressources que les personnes peuvent percevoir et mettre en fonctionnement. Ainsi, la transition à une autre société résulterait stressante s'il est estimé que les situations sont menaçantes et si on conclut que les ressources de *coping* disponibles sont insuffisantes. Ces stratégies sont diverses et incluent les capacités cognitives, de conduite, ainsi que le soutien social et les ressources matérielles (Folkman et Lazarus, 1986).

Les analyses réalisées pour prédire le stress à partir des éléments du processus d'acculturation expliquent le bas pourcentage, autour de 16,5%. Tel que les modèles de stress migratoire l'indiquent (Berry, 1997; Goldlust et Richmon, 1974; Ward et al., 2001), les facteurs explicatifs correspondent à la situation postmigratoire. Toutefois, les variables sociodémographiques et celles de la situation premigratoire n'y apparaissent pas. Ces facteurs explicatifs se mettent directement en relation avec le type de ressources de *coping* proposés par Folkman et Lazarus (1986). On y remarque l'importance des ressources matérielles et économiques, des ressources psychologiques et des sources de soutien social.

Ces variables ont été aussi significatives dans des études précédentes. Dans ce sens, la nécessité d'obtenir ou d'améliorer le logement est liée au stress élevé, car en effet on observe que parfois ces conditions de logement ne sont pas les plus appropriées (Achotegui, 2008; Martínez-Taboada et al., 2008). Ceci expliquerait que le besoin de logement s'associe au stress et que au contraire, le fait de pouvoir compter sur un logement propre le réduit.

En troisième lieu, en soutenant les études qui indiquent que la formation prévient l'apparition du stress (p.e., Irfaeya et al., 2008; Jasinskaja-Lahti et al., 2006), il a été vérifié que le faible niveau éducatif est un facteur de risque du stress, tandis que le fait d'être étudiant fonctionne comme un facteur protecteur. A plusieurs reprises les études ont été suivies à l'étranger et les personnes disposent d'une expérience antérieure qui peut être bénéfique pour le nouveau projet (Berry et Sam, 1997; Krishnan et Berry, 1992). En outre, il est probable que ce collectif ait émigré volontairement, d'où le fait qu'il soit plus disposé au changement (Berry, 1997; Vega et al., 1987)..

Au regard de l'autonomie sociale, le modèle d'intervention psychosociale de Martínez-Taboada et ses collaborateurs (2001) propose que dans les situations de crise les personnes agissent sur la base de la perception du contrôle, du type de *coping* et de la possibilité d'utiliser des ressources personnelles, sociales et culturelles. Par conséquent, les personnes se situent dans des positions de majeure ou mineure dépendance sociale. Les données de l'étude confirment qu'être autonome du point de vue social et gérer soi-même ses nécessités réduisent les niveaux de stress (Martínez-Taboada et al., 2008).

Le manque de soutien est un des facteurs qui a été le plus souvent considéré comme étant à l'origine du stress (Berry et al., 1987; Hovey, 2001). Dans cette étude et conformément avec autres travaux (Basabe et al., 2004; Ward et Kennedy, 1999; Smith et Bond, 1999), le soutien de la population autochtone est un facteur protecteur de la tension montrée par les immigrants. Lié aux réseaux sociaux et au type de liens qui s'établissent entre les différents groupes en contact, il faut signaler que le sentiment de discrimination justifie le stress vécu par la population immigrante (p.e., Hovey et Magaña, 2000; Jasinskaja-Lahti et al., 2006; Noh et Kaspar, 2003). Ce sentiment de rejet ne signifie pas uniquement qu'il y a un certain refus de la part de la population locale, sinon aussi que les personnes autochtones ne vont pas être une source de soutien dans le processus d'adaptation.

En ce qui concerne le bien-être, 32,5% des personnes se sentent très satisfaites avec leurs vies, 52,6% se sentent modérément satisfaites et, enfin 14,9% de la population se sent insatisfaite. Par

ailleurs, le niveau de satisfaction est moyen et se situe au-delà du seuil qui indique que les personnes se sentent satisfaites. Ces résultats coïncident avec la majorité des recherches dans lesquelles il est possible de constater de bons indices de bien-être dans la population immigrante (p.e., Neto, 1995, 2001; Sam, 1998; Utsey et al., 2002; Vallejo et Moreno-Jiménez, 2008). Ceci signifie que, même si l'immigration entraîne des changements face auxquels les personnes peuvent percevoir des difficultés et du stress, la valorisation globale qu'ils réalisent à propos de leurs vies est positive.

Les analyses réalisées afin de prévoir le taux de satisfaction de la population immigrante à travers les caractères du processus d'acculturation expliquent ce taux de 30% de bien-être. A l'exception du motif migratoire et de l'origine culturelle, les variables qui prévoient la satisfaction font référence à la situation postmigratoire. Ces résultats soutiennent les recherches qui défendent que les facteurs sociodémographiques soient les facteurs ayant le moins d'importance pour comprendre la satisfaction et que leur pouvoir augmente au moment d'incorporer les facteurs psychosociaux (Neto, 1995; Sam, 1998). Ainsi, les variables prédictifs de la satisfaction sont l'origine culturelle, l'emploi et le fait d'avoir émigré pour des motifs économiques, variables qui correspondent aux ressources matérielles et au soutien social (Folkman et Lazarus, 1986).

Le fait de provenir du Maghreb comparé au fait de provenir d'Amérique Latine implique d'avoir plus de distance par rapport à la société réceptrice, fait qui se traduit par l'existence de plus de nouveautés, plus de difficultés d'apprentissage et moins de bien-être (Smith et Bond, 1993; Ward et Kennedy, 1999). Dans la présente étude, l'importance des caractères des sociétés en contact n'a pas été constatée uniquement d'un point de vue objectif au regard de l'origine culturelle, mais également au niveau de l'importance de la perception en ce qui concerne la proximité culturelle. On peut observer que le fait de s'identifier avec la société réceptrice, en dehors de la nationalité, protège du stress (Berry et Kim, 1987; Ritsner et al., 1996),

Parmi les raisons qui conduisent une personne à se décider à émigrer, le motif économique justifie le bas niveau de satisfaction. Les personnes qui abandonnent leurs pays pour cette raison ont pour objectif d'améliorer leurs situations et celle de leur famille. Cela signifie affronter un processus où il faut recommencer depuis le début et dans lequel le logement, le travail et la régularisation juridique ne se trouvent pas assurés. En général, les conditions économiques de ces personnes ne sont pas bonnes et elles connaissent des difficultés diverses. Il a été vérifié que les ressources économiques prévoient le bien-être de la population immigrante, de sorte que leur carence pourrait justifier le sentiment d'insatisfaction de ces personnes (Cuellar et al., 2004; Matheny et al., 2002). Au regard de ces besoins, la deuxième étude permet de constater que la demande d'assistance sociale explique le bas niveau de bien-être.

Suite à ces arguments, le fait d'avoir un emploi dans la nouvelle société se traduit par un haut niveau de satisfaction. Ce résultat va dans la même lignée que les recherches indiquant l'importance de l'emploi pour ressentir du bien-être (Lowenstein et Katz, 2005; Moreno-Jiménez et al., 2009). Le fait

d'être activement dans le marché de l'emploi exige d'avoir résolu la situation juridique et administrative, ce qui est lié au fait d'être recensé et d'avoir un logement adéquat. Même si ces circonstances ne se trouvent pas toujours garanties, on pourrait considérer qu'avoir du travail s'associe au fait d'avoir couvert les ressources socioéconomiques essentielles. D'autre part et dans la mesure où la plupart des personnes émigrent pour des motifs économiques, il faudrait considérer que l'emploi est un des objectifs principaux et un des critères par lequel ils apprécient leur satisfaction. De même, le travail permet d'établir contact avec d'autres personnes qui pourraient accomplir des fonctions de soutien, bien que l'entourage au travail ne soit pas toujours positif et que parfois les postes de travail constituent des sources de problèmes et des attitudes discriminatoires (Haberfeld et al., 2000).

En relation avec les caractères des réseaux sociaux, il s'est confirmé que maintenir des contacts avec les personnes du pays d'origine influe sur la satisfaction de la population immigrante (Neto, 2001; Sam, 1998). Par ailleurs, la perception de soutien est une des variables qui ont le plus servi à expliquer le bien-être de la population immigrante (p.e., Basabe et al., 2009; Moreno-Jiménez et al., 2008; Vohra et Adair, 2000). Il est ainsi possible de corroborer que le soutien perçu de la part d'autres groupes culturels conditionne le bien-être des personnes immigrantes (Hernández et al., 2002; Smith et Bond, 1999).

Pour conclure avec cette section, on peut considérer que l'ajustement psychologique des personnes immigrantes est positif. Les émotions positives prévalent sur les négatives, les niveaux de stress et de satisfaction sont modérés et le nombre de personnes qui se sentent insatisfaites ou stressées est bas. Néanmoins, il est démontré l'importance de besoins essentiels déterminés ainsi que de ressources en terme de soutien social dans l'explication du stress et de l'insatisfaction (Folkman et Lazarus, 1986; Maslow, 1943). Le fait que l'ajustement psychologique soit positif ne signifie toutefois pas l'inexistence de personnes souffrant de niveaux élevés de stress et de niveaux bas de bien-être.

En ce sens, il est important de tenir compte de l'influence que le malaise peut causer sur la santé. La perspective des événements vitaux et la transactionnelle expliquent que la vulnérabilité causée par le stress puisse dériver dans des problèmes de santé. Cependant, tandis que la première approche propose que les changements et l'incapacité pour contrôler les sources de stress sont la cause de la vulnérabilité (Holmes et Rahe, 1967), la seconde approche défend que la fragilité est causée par le manque de bonnes ressources de *coping* (Lazarus et Folkman, 1984).

D'après Dohrenwend et Dohrenwend (1981), la santé mentale doit s'expliquer en tenant compte des événements vécus, des caractéristiques personnelles et des conditions sociales, celles-ci étant une série de variables également recueillies dans les modèles proposés pour expliquer le processus migratoire et leur lien avec la santé mentale (p.e., Beiser, 1999; Ward et al., 2001), bien que dans ce cas il faille y ajouter l'importance des valorisations personnelles (Lazarus et Folkman, 1984). Dans cette lignée, les études déterminant que le processus migratoire a un effet négatif sur les personnes et qu'il produit du stress ont démontré que ce niveau de tension se trouve associé à des problèmes majeurs de santé mentale (Berry, 1997; Ritsner et al., 1996; Ward, 1996).

D'autre part, les études à propos du bien-être ont aussi trouvé des analogies avec la manifestation de symptomatologie. Même si ces mesures de bien-être peuvent se définir comme étant une partie de la santé mentale, les études axées sur l'analyse de leur effet sur la santé mentale ont conclu que l'insatisfaction s'associe avec la présence de symptômes d'anxiété, de dépression et somatiques somáticos (p.e., Diener et Lucas, 1999; Headey et al., 1993; Lewinsohn et al., 1991). Ces résultats ont aussi été obtenus avec la population immigrante (p.e., Moreno-Jiménez et al., 2009; Neto, 2001; Silveira et Allebeck, 2001).

Sur la base de ces résultats, les analyses élaborées afin de prouver que le stress et l'insatisfaction influent sur la santé mentale confirment partiellement les hypothèses proposées (Hip. 2.6.). Contrairement à ce qui était attendu et aux propositions théoriques (Achotegui, 2004; Ataca et Berry, 2002; Pavot et Diener, 2008), il a été vérifié que le stress n'a pas d'effet positif dans la présence de somatisations et que la satisfaction n'influe pas dans la symptomatologie anxieuse. Néanmoins, il a été mis en évidence que la manifestation du stress a de l'influence sur la présence de symptômes dépressifs et anxieux (Achotegui, 2004; Beiser, 1999; Hovey et Magaña, 2000). De la même manière, la satisfaction intervient dans la réduction de la symptomatologie dépressive, argument en faveur des travaux de Keyes et Ryff (2003) et de Silveira et Allebeck (2002). Pourtant, au regard du bien-être, les données indiquent que sa présence a de l'influence sur la manifestation de somatisations, résultats qui constituent une exception aux recherches qui défendent que le bien-être réduit la symptomatologie (p.e., Diener et Lucas, 1999; Neto, 2001). En relation avec ce dernier résultat et en tenant compte que la satisfaction indique que les personnes sont contentes avec leurs vies (Diener et al., 1995), il résulte contradictoire que le bien-être soit lié à la manifestation de symptômes somatiques. En premier lieu toutefois il faut signaler que telle relation est très basse. En deuxième lieu, les somatisations reflètent les difficultés qui sont évitées (Tizón et al., 1992). En ce sens, une personne peut se sentir satisfaite avec les réussites qu'elle obtient au fur et à mesure mais, en même temps, elle peut avoir des difficultés et des urgences ne «lui permettant» pas de manifester de l'anxiété ou de la dépression. Pourtant, ce malaise existe et termine par se manifester d'une manière ou d'une autre, ce qui pourrait se traduire et s'exprimer à partir des douleurs physiques (García-Campayo et Sanz, 2000).

1.3 Santé mentale

Dans le processus d'acculturation certaines personnes voient leur santé détériorée, quand d'autres considèrent qu'il n'y a pas eu des changements. Certains considèrent même que leur santé s'est améliorée (Berry et al., 1987; Koneru et al., 2007). Il ressort des analyses de cette étude que pour la plupart des personnes qui y participent, leur santé est la même qu'avant d'émigrer, pour 20,7% elle a empiré et pour 3,8% elle s'est améliorée.

Ces différences dans la perception et dans la réponse de santé mentale peuvent s'expliquer sur la base des hypothèses du stress d'acculturation (Berry et Sam, 1996), du syndrome d'Ulysse

(Achotegui, 2004) ainsi que par le mode d'installation et l'ajustement psychologique (Beiser, 1999). De cette manière, on comprend que quelques personnes peuvent affronter les nouveautés du processus migratoire sans souffrir pour autant de problèmes de santé mentale, tandis que pour d'autres personnes l'accumulation des événements stressants excède leur capacité d'adaptation, fait qui s'exprime à travers certains symptômes psychologiques. Dans la présente étude, 70% des personnes présentent des symptômes psychologiques, ce qui nous permet de considérer, sur la base des aspects théoriques, qu'un nombre similaire de personnes souffrent de stress ou de malaise. Cependant, le pourcentage de personnes dont l'ajustement psychologique est négatif est inférieur à 20% (p.e., Holmes et Rahe, 1967; Lazarus et Folkman, 1984).

En tenant compte de la classification proposée par Berry (2003), les mesures de santé mentale ont été utilisées pour délimiter les situations dans lesquelles le processus migratoire surmonte les capacités adaptatives. Dans la mesure où on considère que la présence de symptômes est plus grave que la manifestation de stress et de malaise, il est probable d'avoir moins de prévalence de symptômes en comparaison avec la prévalence de stress et de malaise. Pourtant, le fait d'avoir vérifié l'existence d'une présence majeure de problèmes de santé mentale amène à penser que l'expression de symptômes pourrait être un indicateur de difficultés et d'absence de bien-être, et qu'elle n'aurait pas une nuance si grave que celle signalée par Berry (1997; 2003). Ceci signifie qu'ils appartiendraient à un même niveau, et que les symptômes, le stress et la satisfaction sont une partie de la définition globale de santé mentale (OMS, 2001). Quoi qu'il en soit, il faut tenir compte du fait que, dans cette étude, les diagnostics psychologiques n'ont pas été élaborés mais la présence de symptômes a été mesurée. Cette manière de procéder entraîne une forte présence de services de santé mentale, supérieure au cas où les troubles psychologiques auraient été définis. Par conséquent, la prévalence trouvée au travail s'éloigne des résultats obtenus dans des recherches antérieures. Il est toutefois considéré que ce type de procédure permet d'avoir un accès aux symptômes émergents qui peuvent permettre la prévention de malaise dans la population immigrante.

Quant aux services de santé mentale, la moitié de la population interrogée présente des manifestations de symptomatologie anxieuse, cette dernière étant la plus présente dans le panel analysé. Les somatisations sont les symptômes qui se trouvent en deuxième lieu, concrètement dans 40% des personnes. Enfin, 38,3% présentent des symptômes dépressifs.

Malgré le fait que le niveau d'anxiété montré soit modéré, tel qu'il avait été affirmé dans le travail d'Alderete et coll. (1999), 50,5% des personnes montre des symptômes d'anxiété. Ce pourcentage est largement supérieur à celui des études élaborées aux Etats-Unis (p.e., Grywacz et al., 2006; Hovey et Magaña, 2001) ou dans le travail de Pertiñez et al. (2002). Pourtant, ils sont cohérents avec le taux d'anxiété supérieur trouvé dans les travaux européens (Donnelly et Kim, 2008), spécialement dans ceux élaborés en Espagne (Barro et al., 2004; Sánchez et López, 2008). On peut considérer que ces symptômes sont caractéristiques des changements vécus dans la migration ainsi que des processus d'apprentissage et d'adaptation (Gudykunst, 1993; Levine et Adelman, 1993; Oberg, 1954).

D'autre part, le nombre de somatisations est bas, en dépit du fait que 40% des personnes présente ce type de symptomatologie. Ces résultats indiquent que le pourcentage de somatisations est supérieur à celui signalé dans les recherches précédentes, lesquelles oscillaient entre 13% et 27% (Donnelly et Kim, 2008; Mak et Zane, 2004; Ritsner et al., 2000).

Enfin et conformément avec un grand nombre de travaux (p.e., Asvat et Malcarne, 2009; Ward et al., 1998; Ying et al., 2007), les niveaux de dépression sont bas. Pourtant, le niveau de ce type de symptomatologie est assez élevé: 38,3% des personnes présentent des symptômes de dépression, pourcentage qui va dans la lignée du travail réalisé par Barro en Catalogne (Barro et al., 2004) et des études développées aux Etats-Unis (Mui et Kang, 2006; Hovey et Magaña, 2000).

Pour conclure avec ces données, on pourrait affirmer que les changements et la préoccupation pour comprendre le fonctionnement de la nouvelle société ainsi que pour acquérir les habilités et les ressources nécessaires ont plus d'influence que la souffrance causée par les pertes et par tout ce qui a été laissé dans le lieu d'origine. Sachant que certaines personnes du panel analysé ne disposent pas de ressources matérielles adéquates, il est compréhensible que l'urgence pour résoudre les besoins essentiels prime sur la lamentation de ce qui a été laissé en arrière, de sorte que se justifie la prévalence de l'anxiété sur la dépression. Cependant, les deuils peuvent se manifester comme des somatisations (Echeburúa et al., 2005), quand les expériences et l'expression des émotions sont évitées (Deighton et Traue, 2005). D'autre part, dans quelques cultures, la dépression adopte des formes physiques et les personnes décrivent des douleurs corporelles au lieu de parler de tristesse (Barlow et Durand, 2003). En effet, il s'agirait d'un type de dépression masquée où l'état d'esprit n'est pas mis en évidence et les somatisations en sont la manifestation principale (Martín Ortíz, 2003). Ainsi, on ne peut écarter le fait que ce qui est somatique puisse représenter des sentiments de deuil ou d'anxiété préalablement refoulés.

En résumé, même si la symptomatologie montrée suggère que la nervosité des changements est supérieure à la tristesse causée par les pertes, il ne faut pas oublier que l'état d'esprit se manifeste sous différentes formes et que, parfois, l'apparition de douleurs physiques peut être plus fréquente, de manière à ne pas montrer de tristesse ou de nervosité.

Dans l'approfondissement de l'étude des trois groupes de santé, il est démontré qu'il existe une forte comorbidité, tel qu'il est proposé dans le syndrome d'Ulysse (Achotegui, 2002, 2004) et dans différents travaux (Arnosó et al., 2008; Berry et al., 1989; Lee et al., 2004; Tizón et al., 1992). En outre, dans l'analyse de l'influence que quelques groupes symptomatiques ont sur les autres, les résultats permettent de voir que les symptômes dépressifs ont de l'influence sur l'expression de symptomatologie somatique et anxieuse, et que la symptomatologie anxieuse a de l'effet sur l'expression des symptômes somatiques.

En analysant le pouvoir prédictif du processus migratoire et de l'ajustement psychologique sur la santé mentale, on constate que la variation exprimée est très basse, surtout dans la symptomatologie

anxieuse et dépressive. De plus, en général il est observé que les variables prévoyant les trois types de symptômes psychologiques font référence aux ressources matérielles et aux besoins essentiels.

L'emploi, le fait d'être un homme, de pratiquer une religion et d'être proche de la famille sont les variables qui prévoient 6,4% des symptômes anxieux. Il est confirmé que le travail réduit l'anxiété de la population immigrante (Beiser et al., 1993). L'emploi est une des ressources matérielles que les personnes utilisent pour faire face aux situations (Folkman et Lazarus, 1986) et il constitue un des besoins de sûreté proposés par Maslow (1943). D'autre part, il est connu que les femmes ont plus de facilités pour exprimer leurs émotions et qu'elles manifestent une symptomatologie majeure (Caro, 2001; Cuellar et al., 2004), ce qui expliquerait que le fait d'être un homme est lié à une anxiété mineure. De plus, il s'est avéré que la religion aide à faire face aux difficultés des situations sociales et qu'elle accomplit plusieurs fonctions permettant d'atténuer la sensation d'anxiété (Kircaldy et al., 2009). Parmi d'autres fonctions, il faut souligner la croyance sur l'efficacité de la prière, le réconfort et l'opportunité de socialiser avec d'autres personnes (Thorson, 1998). La pratique de la religion pourrait être considérée comme un recours psychologique utilisé pour faire face aux différentes situations sociales (Folkman et Lazarus, 1986). Enfin, l'importance des réseaux sociaux est constatée par le fait qu'avoir la famille proche physiquement permet de réduire l'anxiété. En effet être avec la famille permet de partager les expériences et les difficultés, ainsi que de communiquer avec plus de facilité et de confiance. Le soutien de la famille est bénéfique au regard du processus d'acculturation de la population immigrante (Rivera, 2007; Vega, 1995).

Dans la suite de l'étude sur l'anxiété, au moment d'introduire le stress, la satisfaction et la dépression dans l'analyse de la régression, le pourcentage augmente jusqu'à 16,4%. Dans ce deuxième modèle, le réseau familial disparaît en tant que variable explicative, mais s'incorporent l'insatisfaction et de la dépression. Ces données renforcent les affirmations des recherches qui soutiennent que la présence de satisfaction soit un protecteur de l'anxiété (Ataca et Berry, 2002) et qui lient la symptomatologie dépressive à l'anxieuse (Hovey et Magaña, 2002).

En deuxième lieu, 21% des somatisations s'explique par des variables qui décrivent le processus d'acculturation. Ces variables font référence aux motifs migratoires, au logement, aux besoins psychologiques et aux stratégies et attitudes d'acculturation. D'autre part, le fait d'être dans une situation d'adaptation socioprofessionnelle, d'avoir suivi des études primaires et secondaires ainsi que d'être originaire du Maghreb permet de réduire ce pourcentage. En relation avec ce dernier facteur, le résultat obtenu contredit les études qui indiquent que les personnes magrébines ont une majeure tendance à la manifestation de symptômes somatiques (Paniagua, 2000).

Quant au motif migratoire, l'analyse montre que le fait d'avoir émigré afin d'améliorer la formation explique la présence de somatisations. On pourrait considérer que ces personnes ont émigré volontairement, avec leurs besoins essentiels couverts et avec de grandes attentes et objectifs, situation qui ne justifierait pas l'expression de malaise. Pourtant, les difficultés de la société réceptrice, le

non accomplissement de ce qui est attendu ou même les problèmes pour s'incorporer dans le domaine professionnel suivant leur formation, sont des motifs qui peuvent justifier les somatisations, considérées comme un type de symptômes qui apparaissent quand il y a l'intention d'éviter la manifestation émotionnelle (Deighton et Traue, 2005) ou qui représentent un type de dépression cachée (Barlow et Durand, 2003). Ces deux situations seraient prévisibles pour un secteur de la population pour lequel les conditions migratoires étaient à priori plus favorables comparé à celles d'autres groupes et qui a du mal à admettre la difficulté ou les petits échecs de son processus migratoire. En rapport à ce motif, on constate que les personnes ayant un niveau éducatif moyen souffrent moins de somatisations que les autres. Ainsi, les somatisations des personnes avec un bas niveau d'études peuvent se justifier par le fait d'avoir de majeures difficultés d'adaptation (Berry et Sam, 1997). D'autre part, pour les personnes avec une formation élevée (Krishnan et Berry, 1992), la symptomatologie somatique pourrait expliquer le malaise causé par le fait de travailler en menant des activités pour lesquelles elles sont surqualifié, même si elles ont plus de ressources d'apprentissage culturel (Solé, 2000). Les somatisations expriment le malaise et, en plus, elles s'utilisent avec d'autres significations symboliques, telle que la réponse à la protestation (García-Campayo, 2002).

Un autre facteur de risque pour la somatisation est le manque de logement. Le logement, avec l'alimentation, est une ressource essentielle dont toute personne a besoin afin de poursuivre son projet vital. Il est connu que la recherche du logement est un des facteurs de risque de la population immigrante au moment de s'incorporer au nouvel entourage (Achotegui, 2004). D'autre part, les personnes souffrant de troubles de somatisation, étant donné les caractéristiques physiques de ces troubles, ont tendance à chercher plus d'aide médicale en comparaison avec le reste de personnes (Ritsner, 1998). Dans ce cas, la pétition d'assistance psychologique s'associe aux symptômes somatiques, ce qui suggère que la population immigrante pourrait reconnaître dans ces symptômes physiques une cause plus profonde ou psychologique. En continuation avec ces facteurs, on s'aperçoit que les attitudes d'assimilation et les stratégies de séparation s'associent à la présence de somatisations. Dans l'étude de Yañez et Cárdenas (2010), la stratégie de séparation comparée aux autres se profile comme l'option ayant une symptomatologie mineure, donnée qui contredit notre analyse. Ceci nous amène à penser que la séparation n'est pas volontaire et qu'elle est causée par la pression de la société réceptrice.

Pour conclure, il est démontré que la participation dans des programmes d'adaptation socioprofessionnelle favorise la diminution de symptomatologie somatique (Elgorriaga et al., 2007). Ces personnes ont un bas niveau de dépendance sociale, dans la mesure où elles reçoivent du soutien de la part des institutions, mais elles gèrent par elles-mêmes la plupart de leurs besoins (Martínez-Taboada et al., 2008). C'est pourquoi ce sont des personnes qui bénéficient des aspects positifs que le soutien et l'autonomie sociale offrent.

Quand s'introduisent le bien-être et la symptomatologie anxieuse et dépressive à la somatisation, la symptomatologie s'inclue dans ce second modèle, incrémentant ainsi la variance expliquée jusqu'à 33%. Ceci permet de voir que l'anxiété et la dépression influent dans la présence de somatisations

(Barlow et Durand, 2003). Néanmoins, ceci n'est pas renforcé par les études qui affirment que la satisfaction justifie la présence de symptômes somatiques (Aycan, 1997; Ritsner et al., 2000).

Enfin, dans la symptomatologie dépressive, le processus migratoire prévoit 15,1% de la variance. Ces variables sont l'âge, l'emploi, la pratique de la religion, le niveau de dépendance sociale et l'occupation professionnelle. En rapport avec l'âge, les études ont prouvé que les personnes plus jeunes ont des niveaux de dépression mineurs (Miller et al., 2006). De cette étude il ressort que les personnes entre 45 et 54 ans réduisent leurs niveaux de dépression tandis que celles ayant entre 35 et 44 ans les augmentent, ce qui contredit les résultats antérieurs. En deuxième lieu, le fait d'avoir un travail est un facteur protecteur de la symptomatologie dépressive. La plupart des études signalent que les niveaux de dépression diminuent quand les personnes immigrantes ont un emploi (Beiser et al., 1993; Nicholson, 1997; Ritsner et al., 1996). D'autre part, de même que dans d'autres recherches (Ano et Vasconcelles, 2005), la pratique d'une religion est liée à une mineure dépression. De même, les personnes dont l'occupation principale est les études souffrent plus de dépression, bien que dans la littérature l'éducation ait été associée à un meilleur ajustement (Berry et al., 1987) et à une mineure symptomatologie dépressive (Cuellar et Roberts, 1997; Rivera, 2007). En règle générale, les étudiants ont leurs ressources essentielles couvertes et il s'agit d'une population avec de grandes attentes éducatives et professionnelles. On pourrait considérer que du fait de ces conditions, il s'agit bien d'une population ayant plus de conscience des pertes causées par la migration et qui évalue mieux sa réussite dans la société réceptrice. En ce sens, avoir conscience du fait que les objectifs migratoires n'ont pas été atteints ou que la perte a été supérieure au gain peut mener à des sentiments de tristesse et de dépression, ceux-ci étant les résultats obtenus dans le travail de Murphy et Mahaligam (2006). Enfin, la situation de dépendance sociale fait allusion au niveau dans lequel les personnes sont autonomes ou dépendent des institutions. En effet, le fait d'être en adaptation socioprofessionnelle suppose d'avoir une certaine autonomie, mais en même temps d'avoir un soutien institutionnel (Martínez-Taboada et al., 2008). Se retrouver dans une telle situation protège la personne de la manifestation de dépression. Il est probable que le fait d'obtenir au fur et à mesure les ressources matérielles essentielles et en même temps de recevoir le soutien de la population locale justifie l'existence d'une faible symptomatologie dans cette population (Doyal et Gough, 1994).

Outre ces variables, au moment d'introduire les mesures d'ajustement psychologique et la symptomatologie anxieuse et dépressive, le stress et la satisfaction font également partie du modèle qui explique cette variation de 19,8%. Cependant, en tant que variables explicatives, l'emploi, le fait d'être étudiant et le niveau de dépendance sociale disparaissent et le motif migratoire apparaît comme nouvelle variable. En corrélation avec ces dernières variables, le fait d'avoir émigré pour des motifs éducatifs signifie émigrer volontairement, ce qui est lié à une plus faible symptomatologie dépressive (Allodi, 1991; Beiser, 1999). Par ailleurs, la forte satisfaction reste liée à la faible dépression, résultat qui soutient les recherches réalisées auparavant en ce qui concerne la population immigrante (Ataca et Berry, 2002; Silveira et Allebeck, 2001). Enfin et de la même manière que dans d'autres études, la faible perception de

stress est liée à la faible présence de symptômes dépressifs (Beiser, 1999; Hovey et Magaña, 2000; Miller et al., 2006; Mui et Kang, 2006).

1.4 Influence du genre et de la culture

Les résultats relatifs à l'influence du genre et de la culture dans l'**ajustement psychologique** de la population immigrante ne permettent pas de confirmer toutes les hypothèses proposées au début de cette étude.

En relation avec la situation émotionnelle et sur la base des études précédentes axées sur le genre et la culture, il fallait s'attendre à découvrir une manifestation émotionnelle majeure chez les femmes (Hip. 2.2.) et une situation émotionnelle plus mauvaise pour la population magrébine (Hip. 2.3.). Les résultats de l'analyse 2 révèlent que le nombre de personnes qui ressentent des émotions dépressives et de l'indifférence est similaire pour les hommes et pour les femmes de ces deux cultures. Ces données sont contraires aux études qui indiquent que les femmes expriment plus d'émotions de tristesse (Brody, 1984; Kelly et Huston-Comeaux, 1999) et moins d'indifférence (Basabe et al., 2004). De la même manière, ces données ne soutiennent pas les recherches dans lesquelles la distance culturelle se trouve associée à un malaise émotionnel majeur (Ward et al., 2001). Pour le reste des émotions, des différences ont été découvertes chez les quatre groupes. En premier lieu, les femmes magrébines montrent moins d'émotion de fatigue, de tromperie et de honte tandis que les hommes magrébins sont ceux qui les montrent le plus. En rapport à l'effet du genre, contrairement aux recherches précédentes (Mogollón et Vázquez, 2006), les données suggèrent que la contention émotionnelle au moment d'exprimer les émotions de fatigue n'est pas supérieure pour les hommes. En deuxième lieu, la prévalence de l'émotion de rage est légèrement supérieure dans la population masculine du Maghreb, résultat qui confirme partiellement la tendance des hommes à montrer plus de haine que les femmes (Thompson, 1997). Ce résultat pourrait aussi être un indicateur de santé mentale, étant donné que dans la société arabe l'anxiété peut se manifester sous la forme de reproche (Achotegui, 2002). De la même manière, les possibles situations de refus se matérialisent au moyen d'émotions réactives (Hofstede, 1999). Enfin, les femmes magrébines ressentent moins d'émotions positives. L'hypothèse selon laquelle les personnes du Maghreb se caractériseraient par un niveau de malaise supérieur se confirme alors partiellement, mais il n'est pas possible d'affirmer que les femmes montrent plus d'émotions positives. Ce résultat est contraire à celui du travail de Basabe et coll. (2004) duquel il ressort que les femmes ressentent plus de joie que les hommes et les personnes du Maghreb montrent plus d'émotions positives que les personnes latino-américaines.

Au regard de la perception du stress, les analyses réalisées sur la base du genre montrent que les hommes et les femmes ont des ponctuations similaires, données qui soutiennent le travail dirigé par Hovey et Magaña (2000). Néanmoins, ce résultat est contraire à l'hypothèse proposée selon laquelle on s'attendait à trouver plus de stress dans la population féminine (Hip.2.2.). De plus, ce résultat est

opposable à la plupart d'études qui signalaient que les femmes se sentaient plus stressées que les hommes (Berry et al., 1987; Dion et Dion, 2001). Ces études soutenaient que la perception plus élevée de stress était causée par les difficultés majeures que les femmes connaissaient et conséquences d'un plus grand nombre de problèmes socioéconomiques, de discrimination, de surcharge de rôles et de conflits de valeurs (Aroian, Chiang et Chiang, 2003). Dans l'analyse du profil psychosocial de la population immigrante, il s'est avéré que la situation socioéconomique est similaire chez toutes les personnes, voire même meilleure pour les femmes, notamment les femmes latino-américaines. D'autre part, la perception de la discrimination est basse, mais les femmes magrébines perçoivent plus de refus comparé au reste des groupes. Les variables analysées permettent uniquement de valoriser les ressources économiques et le sentiment de discrimination. Quant au conflit de rôles et de valeurs, il peut seulement se déduire à partir des variables d'origine, de genre et de surcharge de rôles. Cependant le fait que les caractéristiques psychosociales des femmes ne soient pas pires que celles des hommes pourrait expliquer que la perception de tension soit similaire dans tous les groupes.

Pourtant, les résultats obtenus au moment d'étudier l'effet de l'origine culturelle confirment l'hypothèse exposée (Hip 2.3.), de sorte qu'il est prouvé que les personnes dont la distance culturelle est supérieure, ou magrébines, souffrent plus de stress que les personnes avec une petite distance culturelle, ou latino-américaines. Ces résultats s'ajoutent à la plupart des recherches réalisées dans ce domaine, tant à un niveau international (Berry et Kim, 1987; Jasinskaja-Lahti et al., 2006; Ward et Kennedy, 1999) comme au niveau de l'entourage le plus proche (Martínez et al., 2005).

La forte perception de stress est liée à un nombre supérieur de situations inconnues telles que les croyances et les valeurs (Miranda et Matheny, 2000), la langue et les styles de communication (Gudykunst et al., 1996), les coutumes (Smart et Smart, 1995) ainsi que certaines habilités sociales déterminées (Ward et Kennedy, 1999). Ces aspects justifient le fait que plus la distance culturelle est grande, plus l'incorporation dans la société réceptrice est rendue difficile. Dans la lignée de ces raisonnements, les résultats de l'étude 1 ont démontré que les personnes provenant du Maghreb ont plus de problèmes de communication que les personnes latino-américaines et que leur niveau éducatif est moindre. De plus, leur situation en terme d'emploi et de logement est plus précaire et une assistance sociale est plus souvent nécessaire. Là dessus il est intéressant de rappeler que parmi les variables qui expliquent le stress manifesté par la population immigrante se trouvent les caractéristiques éducatives, les conditions de logement, le niveau d'autonomie et les besoins sollicités.

Un autre de ces raisonnements justifiant une majeure manifestation de stress dans la population magrébine garde un lien avec les attitudes montrées par la société réceptrice. L'expression des attitudes négatives dépend du groupe culturel qui est en train d'être évalué (Van Oudenhoven et Eisses, 1998) et en général dans notre entourage les personnes magrébines sont les moins acceptées (Martínez-Taboada et al., 2008; Navas et al., 2003). Dans ce sens, il faut rappeler que dans le raisonnement relatif au stress de la population analysée, la discrimination perçue était un facteur de risque tandis que le soutien de la population locale était une variable protectrice.

En ce qui concerne la satisfaction de vie et l'influence du genre, les recherches précédentes ne parviennent pas à un accord clair sur leur effet. Une série d'études signale que les différences montrées par les hommes et par les femmes ne sont pas significatives (Hernández et al., 2004; Neto, 1995; Ullman et Tatar, 2001). Cependant d'autres travaux soutiennent qu'il existe des différences dans la manifestation du bien-être en fonction du genre, bien que les conclusions ne soient pas les mêmes: quelques études démontrent que les femmes immigrantes se sentent moins satisfaites (Cuellar et al., 2004; Neto, 2001) tandis que d'autres au contraire démontrent que ce sont les hommes qui manifestent le moins de bien-être (Chen et al., 2008; Utsey et al., 2002). Les résultats de cette étude signalent que la satisfaction des hommes et des femmes immigrants est similaire.

En deuxième lieu, quand le bien-être est analysé en fonction de la culture il est observable qu'il existe des différences significatives dans les niveaux de satisfaction. Les personnes du Maghreb ressentent moins de satisfaction que les personnes d'Amérique Latine, résultats qui confirment l'hypothèse exposée (Hip. 2.3.). Néanmoins, en tenant compte de la littérature relative à ce sujet, il n'est pas possible de confirmer catégoriquement le fait que la distance culturelle ait de l'influence sur le bien-être. Ces découvertes doivent s'utiliser avec précaution.

Les travaux transculturels élaborés avec des personnes non immigrantes permettent de constater l'existence de différences dans le niveau de satisfaction en comparant les pays (Diener et al., 1995; Diener et Suh, 2003). Il existe des listes présentant les ponctuations en satisfaction de différentes nations et démontrant que les personnes magrébines ont moins de ponctuation que les personnes des pays latino-américains (Diener et al., 1995; Veenhoven, 2009). Plusieurs raisonnements ont été menés et justifient les différences entre les pays. Premièrement, il s'est avéré que les personnes des pays collectivistes, masculines, avec plus d'incertitudes et hiérarchiques manifestent moins de satisfaction (Basabe et al., 2002; Diener et al., 1995). Deuxièmement, dans la mesure où la satisfaction avec la vie est un jugement cognitif, on observe que dans les cultures individualistes la tendance à faire attention aux aspects positifs est plus faible, tandis que dans les cultures collectivistes il est donné une relevance supérieure à l'information négative (Heine et al., 1999). Enfin, la satisfaction se trouve fortement liée aux caractéristiques socioéconomiques des pays, tels que l'égalité ou les droits de l'Homme, et au fait d'avoir leurs besoins essentiels couverts, conditions qui sont meilleures dans les sociétés individualistes (Diener et al., 1995).

Al l'heure d'analyser le bien-être de la population immigrante, différents niveaux de satisfaction sur la base de la culture d'origine ont été aussi remarqués (Baltatescu, 2005; Jasinskaja-Lahti et al., 2006; Neto, 2001; Yoshida et al., 1997). Les études réalisées au Pays Basque, de même que pour les résultats obtenus dans l'étude 2, ont révélé que les personnes latino-américaines présentent une satisfaction supérieure à celle des magrébines (Basabe et al., 2004, 2009; Bobowik et al., 2010). En dépit du fait qu'il ait été prouvé que le bien-être de la population magrébine est plus mauvais que celui de la population latino-américaine et en tenant compte que depuis l'origine son niveau de satisfaction était plus

faible, il n'est pas possible d'affirmer avec une sûreté absolue que la distance culturelle a de l'influence sur le bien-être.

En résumé, on peut affirmer que la distance culturelle a un effet significatif dans la manifestation du stress, tandis que dans la satisfaction son influence est à prendre avec précaution. Quoi qu'il en soit, les résultats indiquent que les personnes latino-américaines perçoivent moins de tensions et apprécient leurs vies de manière plus positive. D'autre part, le genre n'influe ni dans le stress, ni dans la satisfaction, ce qui indique que le niveau de difficulté perçu et l'évaluation des objectifs obtenus est similaire pour les hommes et pour les femmes. Pourtant, le fait que les ponctuations soient similaires ne signifie pas que les sources de stress et de satisfaction soient les mêmes.

Sur la base des études transculturelles (Berry et al., 1987; Ward et Kennedy, 1999) et du genre (Gudykunst, 2004; Ting-Toomey, 2005), il a été analysé si les variables explicatives du stress et de la satisfaction changent d'un groupe à un autre (Hip. 2.5.). Les facteurs prévisibles de la population magrébine sont probablement liés aux aspects de la distance culturelle et les variables du domaine reproductif ont certainement une relevance supérieure chez les femmes, tandis que pour les hommes des aspects liés avec la réussite et la vie publique sont plus présents.

Les analyses élaborées avec les variables du processus d'acculturation permettent d'expliquer la faible variabilité du stress et de la satisfaction. Néanmoins, elles indiquent que les variables incidentes changent légèrement d'un groupe à un autre. En dépit de ceci, l'hypothèse exposée ne se confirme pas, de sorte qu'il n'est pas possible d'affirmer que le stress et la satisfaction des femmes s'expliquent à partir de différents aspects du domaine affectif et reproductif. On ne peut pas non plus affirmer que chez l'homme se trouvent des aspects de réussite et de domaine productif. De cette manière, on peut observer en règle général que, tant pour les hommes que pour les femmes, les variables ayant le plus d'importance font référence aux ressources matérielles, telles que le logement ou le travail, et aux réseaux sociaux. Ces résultats, contrairement à ce que proposent d'autres études (p.e., Mogollón et Vázquez, 2006; Rohlf et al., 2000), pourraient être dus au fait que face au manque de ressources essentielles dans le processus migratoire, l'immigration a de l'influence sur les hommes et sur les femmes dans la même mesure. Par ailleurs, il pourrait être le résultat d'une absence de mesures liées plus directement aux rôles du genre.

En ce qui concerne la **santé mentale** et l'influence du genre, les résultats obtenus ne permettent pas de confirmer l'hypothèse exposée selon laquelle il était probable de constater une situation de santé mentale plus mauvaise pour les femmes (Hip. 2.2.). En général, la prévalence de symptômes psychologiques ne varie pas en fonction du genre. Ces données ne soutiennent pas les recherches qui prouvent que les femmes ont plus de symptômes que les hommes (Borrel et al., 2006; Cuellar et al., 2004). Des différences n'ont pas non plus été remarquées au moment d'analyser la symptomatologie dépressive (Cuellar et al., 2004; Rivera, 2007) et somatique (Achotegui, 2003; Ritsner et Ponizovsky,

1998). La symptomatologie anxieuse est la seule dans laquelle des différences liées au genre ont été trouvées (Hovey et Magaña, 2002; Kircaldy et al., 2009).

Les raisonnements apportés qui servent à justifier une présence supérieure de symptômes chez les femmes se sont basés sur le fait d'une vulnérabilité supérieure (Aroian et al., 2003; Herrero et al., 2001). Cette vulnérabilité se justifie probablement par l'exposition à un plus grand nombre de sources de stress et à sa plus forte manifestation (p.e., Ataca et Berry, 2002; Dion et Dion, 2001). Ce raisonnement permet également d'éclaircir les données obtenues dans cette étude, dans la mesure où le stress perçu par les hommes et par les femmes était similaire. De cette manière, si l'explication est correcte, la santé mentale des femmes et des hommes ne devrait pas être différente. La seule exception serait la symptomatologie anxieuse.

D'autres raisonnements proposés font référence aux conflits et aux surcharges de rôles (Phinney et Flores, 2002), aux difficultés socioéconomiques (Dion et Dion, 2001), à une majeure discrimination perçue (Solé, 2000) et aux différences dans la manifestation émotionnelle (Fujita et al., 1991). Les variables employées afin de mesurer les caractéristiques de la population immigrante ne nous permettent pas de réaliser une évaluation précise relative aux rôles des hommes et des femmes. Pourtant, les profils psychosociaux indiquent qu'une partie de la population féminine est surchargée: ce sont des femmes seules, avec des enfants, qui doivent travailler et s'occuper de la maison, sans conjoint ni réseau social. Il a toutefois été démontré qu'en général les conditions socioéconomiques sont pires chez les hommes et que, quant à la discrimination et aux émotions, seules les femmes magrébines perçoivent plus de discrimination, plus d'émotions de fatigue et sont moins positives.

En relation avec la santé mentale et la culture, il s'est avéré que la prévalence de symptomatologie psychologique en général ainsi que la prévalence de symptômes anxieux et dépressifs est similaire chez les personnes magrébines et latino-américaines. Ces données ne permettent pas de confirmer l'hypothèse proposée (Hip. 2.3.) et contredisent les recherches précédentes affirmant que les personnes provenant de sociétés avec une culture très différente de la locale doivent affronter plus de difficultés, montrent plus de stress et, que par conséquent, leur santé mentale est plus mauvaise (Beiser, 1999; Vall-Combelles et García-Algar, 2004). De la même manière que pour l'étude axée sur le genre, le raisonnement principal proposé dans ces recherches se concentre sur les différences dans les niveaux de stress. Dans ce sens, cette explication ne sert pas à justifier ce qui se produit dans cette étude, car les différences de stress ne se trouvent pas reflétées dans le nombre de symptômes, ni dans la symptomatologie dépressive et anxieuse, et les personnes souffrant moins de stress sont celles qui présentent plus de somatisations. Ces résultats nous indiquent que tant les théories traditionnelles du stress (Holmes et Rahe, 1967; Lazarus et Folkman, 1984) comme les travaux réalisés avec la population immigrante (p.e., Achotegui, 2002; Beiser, 1999; Ward et al., 2001), ne sont pas applicables aux données obtenues relatives à la santé mentale. Par ailleurs, le fait que la population latino-américaine ait plus de somatisations en étant la plus proche du point de vue culturel, est contraire aux hypothèses sur la distance culturelle.

En ce qui concerne les facteurs qui expliquent la santé mentale, les études affirment que les rôles sociaux ont une grande influence sur la santé des femmes, notamment celles relatives à la surcharge de fonction et au travail productif, tandis que le travail a plus d'impact sur les hommes, étant donné qu'il est considéré comme un rôle central pour le genre masculin (Montero et al., 2004; Rohlf et al., 2000). D'autre part et en rapport avec l'origine culturelle, les variables incidentes sur la santé mentale s'associent aux facteurs de la distance culturelle (Berry et al., 1987; Ward et Kennedy, 1999). Sur la base de ces travaux, on considère que la santé mentale des personnes magrébines et latino-américaines peuvent s'expliquer par des facteurs liés au genre et à la distance culturelle (Hip. 2.5.). Les analyses élaborées afin de détecter les facteurs du processus d'acculturation conditionnant la santé mentale ne permettent pas de confirmer cette hypothèse. Tel qu'il s'est produit avec l'ajustement psychologique, les ressources matérielles et les besoins de filiation expliquent les symptômes dépressifs, somatiques et anxieux indépendamment du genre et de l'origine culturelle. Ainsi, des aspects comme le travail, qui sont du domaine public, ou le fait d'avoir de la famille proche, qui font allusion au monde affectif et reproductif, expliquent la santé mentale indépendamment de l'origine ou du genre des personnes.

1.5 Population autochtone et immigrante

L'étude réalisée avec la population autochtone montre qu'en général sa situation est positive. En rapport avec l'*ajustement psychologique*, les analyses réalisées confirment l'hypothèse définie au commencement de l'étude (Hip. 3.1.). On remarque que les émotions positives prédominent sur les négatives, que le niveau de stress perçu est relativement bas, que les ponctuations en satisfaction sont positives et, que finalement, peu de personnes se disent insatisfaites. D'autre part, la *santé mentale* de la population autochtone est positive, ce qui confirme l'hypothèse initiale (Hip. 3.1.). La plupart a une bonne perception de sa santé et ne signale pas de problèmes. Environ 20% déclare avoir quelque symptôme de malaise, 12,5% souffre de symptômes somatiques, 9,8% de symptômes dépressifs et 7,2% de symptômes anxieux.

Même s'il existe des corrélations positives entre le stress et la symptomatologie psychologique, ainsi que des associations négatives de la satisfaction avec la dépression et l'anxiété, celles-ci se trouvent à des niveaux bas. En outre, quand on analyse l'influence du stress, sa perception n'a pas d'effet sur la santé mentale, un résultat contradictoire avec les théories du stress (Holmes et Rahe, 1967; Lazarus et Folkman, 1984). De la même manière, la satisfaction n'a pas d'influence sur la symptomatologie dépressive et somatique, ce qui contredit les travaux antérieurs (Díaz et al., 2007; Lewinsohn et al., 1991).

De la comparaison de ces résultats avec ceux obtenus dans la deuxième étude résulte qu'en général l'ajustement psychologique et la santé mentale des personnes immigrantes sont pires que ceux de la population autochtone. En ce qui concerne l'**ajustement psychologique**, on observe que les *émotions* positives sont les plus présentes dans tous les groupes. En dépit de cela, il y a un nombre

inférieur de femmes latino-américaines et magrébines qui ressentent ces émotions. Par rapport à celles-ci, on peut noter aussi un pourcentage inférieur de personnes manifestant des sentiments de fatigue. Les émotions dépressives sont plus présentes dans la population immigrante et les émotions de rage sont plus communes chez les hommes magrébins. Enfin, le nombre de personnes qui ressentent des sentiments d'indifférence est similaire dans tous les groupes. On peut déduire de ces résultats que l'hypothèse exposée, selon laquelle il semblait probable de trouver plus d'émotions positives que de négatives chez la population autochtone (Hip. 3.3.), se corrobore tout d'abord au niveau des émotions dépressives, se confirme partiellement avec les positives et celles de rage ensuite, et ne se produit finalement pas avec les émotions d'indifférence et de fatigue. Il n'est pas possible de confirmer l'hypothèse qui exposait une expression émotionnelle supérieure de la part des femmes (Hip. 3.5.).

En deuxième lieu, les théories à propos du *stress* d'acculturation présupposent que la population immigrante, à conséquence du processus migratoire, présente plus de stress que l'autochtone (Berry et al., 1987). La majorité des travaux ont confirmé cette hypothèse (p.e., Ponizovsky et al., 1998; Vega et al., 1998). Il s'avère que l'origine culturelle a de l'influence sur la manifestation du stress, même si les résultats confirment partiellement l'hypothèse proposée (Hip. 3.3.). Dans cette lignée, on observe que les personnes du Maghreb manifestent plus de stress que celles d'Amérique Latine et de la société réceptrice. La réponse donnée par le groupe latino-américain serait contraire à l'hypothèse et aux théories du stress d'acculturation, tandis que les ponctuations du groupe magrébin confirmeraient la plupart des recherches (p.e., Cervantes et al., 1989; Ponizovsky et al., 1998; Vega et al., 1998). Par ailleurs, les résultats signalent qu'il n'existe pas de différences dans la perception de tension entre les hommes et les femmes (p.e., Berry et al., 1987; González et Landero, 2007). Ces données ne soutiennent donc pas l'hypothèse proposée (Hip. 3.5.).

En troisième lieu, les études précédentes relatives au bien-être n'ont pas mené à des conclusions claires. Certaines recherches démontrent que les personnes autochtones se sentent plus satisfaites que les immigrantes (Baltatescu, 2005), tandis que d'autres indiquent des niveaux similaires de bien-être dans les populations immigrante et autochtone (Cuellar et al., 2004; Sam, 1998). Les analyses réalisées dans l'étude 3 indiquent que les personnes du Maghreb montrent moins de satisfaction que les populations latino-américaine et autochtone. Ces résultats soutiennent partiellement l'hypothèse proposée selon laquelle on s'attendait à trouver un taux plus faible de bien être dans toute la population immigrante (Hip. 3.3.). Néanmoins, cette conclusion va dans la lignée des travaux de Basabe et coll. (2004) et de Neto (1993), lesquels indiquaient que la satisfaction de certains groupes était plus mauvaise que celle de la population autochtone, tandis que dans d'autres cas le bien-être manifesté était similaire. Concrètement, Basabe et coll. (2004) ont remarqué que la satisfaction des personnes latino-américaines et autochtones au Pays Basque était similaire, et que le reste de groupes d'immigrants montraient un taux plus faible de bien être. Par ailleurs, on observe que les hommes et les femmes autochtones et immigrants présentent des niveaux similaires de satisfaction, de telle manière qu'il n'est pas possible de confirmer que les femmes présentent moins de bien-être que les hommes, tel qu'il avait été proposé au commencement de l'étude (Hip. 3.5.).

En ce qui concerne la **santé mentale**, les données obtenues révèlent que la santé des personnes qui ont émigré est plus mauvaise que celle de la population autochtone, résultats qui soutiennent l'hypothèse proposée (Hip. 3.4.).

En relation avec la symptomatologie dépressive et anxieuse, les résultats confirment que la population immigrante présente plus de symptômes que l'autochtone. Dans la symptomatologie somatique, les personnes immigrantes montrent aussi plus de symptomatologie, mais en même temps, la population latino-américaine a plus de somatisations que la magrébine. Ces résultats corroborent que la santé mentale des personnes immigrantes est pire que celle des personnes de la société réceptrice (Hovey et Magaña, 2000; Kirkcaldy et al., 2005 ; Martínez et al., 2001). Dans la symptomatologie dépressive et anxieuse, les réponses de la population immigrante ne varient pas en fonction de la culture tandis que dans la symptomatologie somatique les personnes du Maghreb ont moins de symptômes que celles d'Amérique Latine.

En deuxième lieu et en ce qui concerne l'influence du genre, il est avéré que la symptomatologie anxieuse et somatique est similaire pour les hommes que pour les femmes, tandis que la dépressive est supérieure pour les hommes. Ces résultats contredisent les recherches par lesquelles se confirme une prévalence supérieure de symptomatologie pour les femmes (Caro, 2001; OMS, 2001).

Finalement et en relation avec les facteurs qui expliquent l'ajustement psychologique et la santé mentale de la population immigrante et autochtone, des travaux précédents ont démontré que les variables explicatrices sont différentes (Ríos-Rodríguez et Moreno-Jiménez, 2009; Singhammer et Bancila, 2009). En général, la population immigrante est soumise à plus de causes de stress économique et social et a moins de réseaux sociaux comparé à la population autochtone (Syed et al., 2006).

Dans cette lignée, les résultats obtenus dans ce travail indiquent que les caractéristiques psychosociales ont plus d'importance dans l'explication de l'ajustement psychologique et de la santé mentale de la population immigrante. En général, la situation des personnes immigrantes est pire que celle des autochtones, de sorte que les besoins et les attentes d'une population ou d'une autre ne sont pas les mêmes. Maslow (1943) propose une hiérarchie de besoins avec cinq niveaux, dans laquelle au fur et à mesure que les besoins les plus essentiels sont couverts se développent d'autres besoins plus élevés. De ce fait, la vie des personnes est motivée par certains objectifs, de telle manière que leur bien-être et leur santé se justifient par certaines variables.

Dans la présente étude et en relation avec le stress, les variables utilisées afin de décrire les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales ont plus d'influence dans la population immigrante comparée à l'autochtone (Hip. 3.7.). Pour ce motif, la variation du taux de stress et de satisfaction expliquée dans la population immigrante est supérieure à celle qui peut s'expliquer pour la population autochtone. Le stress de la population autochtone se prédit à partir de l'âge, du fait d'avoir un logement propre et du fait d'être à la retraite, en pouvant ainsi justifier le 8,6% de la variabilité. Le fait d'avoir entre 18 et 24 ans sert à expliquer la perception du stress, donnée qui se comprend si on

considère que cette époque de la vie est liée à beaucoup de décisions et à des changements que les personnes vivent dans le domaine familial, professionnel et sentimental. En ce qui concerne le logement, il s'avère qu'avoir un logement en tant que propriétaire prédit le stress de la population autochtone. Ceci peut s'expliquer par les exigences économiques causées par le fait d'être propriétaire. Pour conclure, on observe que le fait d'être à la retraite réduit les niveaux de stress.

Quant à la satisfaction, seule 3,4% de la variabilité a été exprimée dans la population autochtone, à partir d'une variable sociodémographique telle que l'état civil, plus concrètement le fait d'être séparé(e), qui réduit le bien-être. Ces personnes ont passé ou sont en train de passer par un processus de séparation du couple, voire des enfants. Le fait qu'un couple décide de ne pas continuer ensemble amène certainement à une perception d'échec dans le projet de la vie, qui se joint aux difficultés légales du processus de séparation. D'autre part, dans la population immigrante, on remarque un pourcentage supérieur de bien-être, autour de 31,4%, se qui confirme l'importance des variables liées au projet d'acculturation, tels que l'origine culturelle, le motif migratoire et la proximité culturelle, en plus du travail, du soutien reçu, du contact et du besoin d'assistance sociale.

Dans les travaux réalisés relatifs à la satisfaction avec la vie, les attributions de contrôle externe et interne, ainsi que les réactions pour faire face aux problèmes ont beaucoup d'importance (Vera, Laborin, Peña et Domínguez, 2003), tels que l'autoefficacité (Myers et Diener, 1995) et l'autoconcept (Diener et Diener 1995). Ces aspects ne sont pas des besoins essentiels, mais font allusion à des besoins de reconnaissance (Maslow, 1943), variables qui n'ont pas été considérées pour ce travail et qui justifieraient le peu de variation du bien-être expliquée pour la population autochtone. Par ailleurs, la satisfaction avec la vie indique le niveau dans lequel les personnes se trouvent satisfaites avec leur projet et avec les choses qu'elles achèvent. Pour cette raison, dans la population immigrante les besoins essentiels ont plus d'importance.

Dans la symptomatologie anxieuse, les modèles obtenus ont peu de pouvoir prédictif. Dans la population autochtone, 7,2% de l'anxiété s'explique par une seule variable, qui est le fait d'être un homme, soutenant ainsi les recherches qui justifient ces résultats sur la base des différences de genre dans l'expression du malaise (Caro, 2001; OMS, 2001). Dans la population immigrante, 6,4% de l'anxiété s'explique à partir de variables tels que le travail, la pratique religieuse et le fait d'avoir de la famille proche. Ces deux dernières variables répondent à des stratégies que les personnes utilisent pour faire face aux problèmes, stratégies psychologiques et de soutien social (Folkman et Lazarus, 1986). Ceci permet de démontrer que la pratique religieuse et le fait d'être à côté de la famille sont des éléments protecteurs contre l'anxiété. Par ailleurs, le manque de travail répond à un des besoins les plus essentiels (Maslow, 1943) et il explique la présence d'anxiété.

Dans la population autochtone, les mesures d'ajustement psychologique et la symptomatologie n'ont pas d'influence sur la présence de l'anxiété. Néanmoins, cette influence se retrouve dans la population immigrante. Au moment de les introduire dans l'analyse, la faible satisfaction et la

symptomatologie dépressive expliquent probablement la présence d'anxiété (Ataca et Berry, 2002; Hovey et Magaña, 2002).

La symptomatologie dépressive de la population autochtone et immigrante se définit aussi à partir de différentes variables. En effet, 7,4% de la variation de la dépression pour les personnes autochtones s'explique par le besoin d'attention médicale et par le fait d'avoir un logement propre. Le modèle de dépression s'améliore à partir de 12,5%, quand s'introduisent les mesures de bien-être : la faible satisfaction augmente les niveaux de dépression tandis que la perception élevée de satisfaction réduit la symptomatologie dépressive. Ces résultats appuient les recherches antérieures (Headey et al., 1993; Swami et al., 2007).

Finalement, il ressort de l'analyse des symptômes somatiques l'obtention de plus de variables prédictives et d'une variabilité supérieure, pour les personnes autochtones comme pour les personnes immigrantes. Les somatisations de la population autochtone s'expliquent par le besoin d'assistance médicale, par le fait d'être à la retraite et par le fait d'être un homme (en négatif). En effet, les personnes ayant des symptômes physiques ont tendance à chercher plus d'attention médicale (Ritsner, 1998) et les personnes retraitées, à cause de leur âge, ont plus de douleurs physiques et, enfin, les hommes montrent moins de symptomatologie que les femmes (Caro, 2001; OMS, 2001). Au moment d'incorporer la symptomatologie anxieuse significative dans l'analyse structurelle, on observe que les symptômes anxieux s'incorporent au modèle tout en justifiant de 21,6% de variation en somatisations.

Dans l'explication de la symptomatologie somatique, en plus des ressources matérielles et du soutien social (Folkman et Lazarus, 1986), on remarque la présence de facteurs descriptifs du processus migratoire, tel que le motif, l'origine culturelle ou les attitudes d'acculturation, série de variables qui s'étaient aussi intégrées au modèle de satisfaction avec la vie, mais qui n'expliquaient ni l'anxiété, ni la dépression ni le stress. Le fait que les sentiments niés ou les aspects inconscients se manifestent au moyen de somatisations (Tizón et al., 1992) et que la satisfaction est le résultat d'une évaluation à propos des réussites obtenues (Diener et al., 1995), peuvent être les raisons par lesquelles les modèles définis par les variables du processus migratoire apparaissent comme étant prédictifs.

CAPITULO XII. RESUMÉE

Nous présentons ci-après un résumé de la thèse de doctorat intitulée «L'ajustement psychologique et la santé mentale de la population immigrante: l'effet du genre et de la culture».

Cette étude a été effectuée dans le but de connaître les caractéristiques du processus d'acculturation des personnes immigrantes qui habitent au Pays Basque, et dans le but d'évaluer l'implication de ce processus dans la dimension psychologique de cette population.

Le rapport entre l'immigration et la santé mentale a suscité un grand intérêt au niveau international. Les publications dans ce domaine sont nombreuses, surtout dans les pays dont la composition est pluriethnique et pluriculturelle, comme le Canada, la France et les États-Unis. Cependant, les résultats se sont souvent révélés contradictoires, ce qui rend la situation de la population immigrante au Pays Basque difficile de prévoir. De plus, certains auteurs parlent de la nécessité d'effectuer des recherches sur ce phénomène dans chaque société et avec chaque groupe culturel. Afin d'aborder ces questions, il est nécessaire de continuer les recherches sur ce sujet.

1 APPROCHE THÉORIQUE

Il existe différentes disciplines et perspectives qui étudient le processus d'acculturation. Par conséquent, il y a diverses façons de comprendre ce phénomène et différents modèles qui expliquent les situations des personnes immigrantes. Malgré cette diversité de points de vue, les chercheurs s'accordent à dire que dans le processus d'acculturation il y a trois facteurs qui ont un impact sur la santé des immigrants: la perte du pays d'origine, le contact avec la culture et la société d'accueil et les difficultés socio-économiques et légales.

La sensation de perte qui se produit lorsque les individus partent de leur pays d'origine, en laissant tout ce qui leur est cher, peut produire des situations de tristesse ou de **deuil migrateur** (Achotegui, 2002). Ce type de deuil a certaines caractéristiques qui le distinguent des autres deuils: il est partiel, récurrent, multiple, ambigu et il se transmet de génération en génération (Achotegui, 2000, 2002; Boss, 2002; Falicov, 2002). La plupart du temps, la manifestation et le travail de deuil se déroulent normalement, mais parfois un problème d'élaboration survient. Lors de celui-ci, la situation dépasse les capacités d'adaptation des personnes et le deuil se transforme en pathologie (Achotegui, 2008; Eisenbruch, 1990).

L'expression du deuil migratoire diffère en fonction du genre et de la culture d'origine. Achotegui (2002) a démontré que les femmes expriment la perte avant les hommes et qu'elles font une élaboration plus rapide. Les études indiquent que c'est la facilité qu'a la femme à éprouver la tristesse qui expliquerait ces différences dans le processus de deuil (Etxeberría et al., 2003; Fujita et al., 1991). La culture d'origine a également une influence sur l'interprétation de la douleur et dans la façon de faire face à la perte (Eisenbruch, 1984). La tristesse est une émotion universelle (Evans, 2002; Izard, 1977), mais

chaque société a ses règles spécifiques et transmet un modèle pour exprimer les sentiments (Diener, 1984). En général, on exprime moins d'émotions individuelles dans les sociétés collectivistes, masculines, avec un contrôle moindre de l'incertitude et de grandes différences hiérarchiques (Hofstede, 1991; 1999).

Lorsqu'elles quittent un environnement familier dont elles connaissent et comprennent tous les codes, pour un nouvel environnement, les personnes immigrantes peuvent souffrir d'un **choc culturel** (Berry, 1997; Ward y Kennedy, 1999). Ce phénomène est plus connu que le deuil et il a été étudié dans la plupart des travaux qui ont évalué l'influence du projet migratoire sur la situation de la population migrante. Par conséquent, il y a différents termes, modèles et propositions pour analyser le processus d'acculturation.

C'est pour cette raison qu'il est important de définir les concepts de choc culturel et de stress d'acculturation. Le premier est un terme qui a été utilisé principalement en anthropologie pour identifier l'impact avec une autre société. Le second est plutôt commun à la psychologie car son rapport avec le bien-être est plus direct (Berry, 1997). Bien que les deux concepts fassent référence aux conséquences dérivées du contact entre deux cultures (Berry, 1997, 2005), la manière de comprendre ce processus et la formulation des modèles sont très différentes.

Dans un premier temps, le choc culturel fait référence à la désorientation psychologique subie par les personnes qui se retrouvent dans une société différente de la leur (Smith y Bond, 1993). Les modèles qui se basent sur cette définition mettent en évidence différentes phases par lesquelles passent les personnes pendant leur processus d'ajustement. Il y a différents modèles, mais ils décrivent tous des étapes de difficulté et de tristesse, et des étapes positives ou d'adaptation (Lysgaard, 1955; Levine y Adelman, 1993). Les études indiquent que les comportements des hommes et des femmes lors de ces étapes sont semblables (Gullahorn et Gullahorn, 1963; Oberg, 1960). Toutefois, les personnes dont la culture d'origine est très différente de la culture d'accueil ont plus de difficultés et perçoivent un choc culturel plus fort que celles qui sont culturellement plus proches de la société d'accueil (Hurt et Kim, 1990; Smiths et Bond, 1998; Ward, 1996).

Nous sommes d'accord avec les travaux qui considèrent que pour étudier le processus d'adaptation à une nouvelle société, la définition de différentes étapes est une approche limitée parce qu'elle ne spécifie pas les caractéristiques et les situations des personnes immigrantes (Hottola, 2003; Ward et al., 2001). Dans ce sens, il est préférable d'analyser les deux dimensions que proposent Ward et al., (1998) pour pouvoir comprendre tous les aspects du processus d'acculturation: la dimension ou l'ajustement psychologique, et la dimension ou l'ajustement socioculturel.

En second lieu, l'acculturation est l'ensemble des changements qui touchent les attitudes, conduites, coutumes, valeurs, et identité, etc., qui résultent d'un contact continu et direct entre des groupes d'individus de cultures différentes (Graves, 1967). Par conséquent, le stress d'acculturation est la tension produite par l'impossibilité de faire face aux événements associés à l'acculturation (Berry et al., 1997). Dans une perspective psychologique, la priorité est donnée au concept de stress d'acculturation

parce qu'il est plus proche des perspectives théoriques du stress; parce qu'il tient compte des expériences négatives et positives; et parce qu'il assume que la source du problème est interculturelle, ce qui exige une étude de tout le processus d'acculturation et non du seul premier impact (Berry, 2003).

Pour étudier les processus d'acculturation, les modèles se sont concentrés sur les différentes réponses et les différents contenus de ce processus (Smith et Bond, 1993). C'est pour cela qu'il y a divers courants qui analysent les attitudes d'acculturation, les changements comportementaux, ou les conséquences psychologiques qui résultent du fait de quitter son pays natal et de s'installer dans un autre (Berry, 2008; Navas y cols., 2004).

En relation avec les **attitudes d'acculturation**, Berry et son équipe (1987) proposent un modèle bidimensionnel qui se fonde sur deux questions. À partir de ces deux dimensions, on décrit quatre modes d'acculturation: l'intégration, l'assimilation, la séparation et la marginalité. Un grand nombre d'études ont soutenu ce modèle et ont défini de nouvelles variables et dimensions qui améliorent l'analyse des attitudes. Les principaux apports sont les suivants: l'évaluation des attitudes préférées par la population immigrante et autochtone (Bourhis et al., 1997), l'existence d'orientations groupales et individuelles (Moghaddam et al., 1987), la différenciation de certains domaines sociaux (Piontkowski et al., 2000), et la préférence de stratégies déterminées en fonction du domaine, public ou privé (Navas et al., 2004).

La plupart des investigations réalisées sur les attitudes d'acculturation ont démontré que l'intégration est le mode d'acculturation préféré. Il faut tout de même souligner qu'il existe des différences culturelles en ce qui concerne les préférences des autres attitudes (Berry, 1997; Bourhis et al., 1997). Ces résultats s'expliquent par les différentes caractéristiques du contact entre des personnes d'origines culturelles diverses (Piontkowski et al., 2000) et par les différentes attitudes que montrent les personnes autochtones envers la population immigrante (Berry et Kalin, 1995; Montreuil et Bourhis, 2004). Lorsqu'on étudie les formes d'acculturation chez les femmes et les hommes, les résultats des recherches se révèlent différents. En conséquence, on ne peut pas affirmer que le genre a un effet positif sur les modes d'acculturation des personnes immigrantes.

D'un autre côté, les modèles de **changements comportementaux** ou d'apprentissage socioculturel étudient l'adaptation en tant que processus d'acquisition de compétences adaptatives dans la société d'accueil (Berry, 1997; Sabatier et Berry, 1996). Cette perspective s'intéresse au développement de compétences interculturelles (p.e., Gudykunst et Hammer, 1983; Furnham et Bochner, 1986) et donne plus d'importance aux comportements qu'aux réponses psychologiques ou de santé mentale (Ward, 2008). Pour cette raison, cette deuxième approche théorique n'est pas vraiment appropriée pour étudier les effets de la migration sur le stress et la satisfaction (Berry et Ward, 2006). Par contre, elle est très intéressante pour définir les lois, les normes et les habiletés permettant aux individus de réaliser une adaptation favorable (Ward et Kennedy, 1999), ou pour décrire les caractéristiques d'une communication interculturelle efficace (Brislin et al., 1983; Chen et Starosta, 1998).

En général, les études ont montré que les difficultés socioculturelles et communicatives étaient majeures lorsque la distance entre les pays d'origine et d'accueil l'était également (Furnham et Bochner, 1986; Gudykunst, 2004; 1986; Ward et al., 2001). Les recherches indiquent donc que l'origine des personnes immigrantes influe sur leur processus d'adaptation (Furnham et Bochner, 1986; Gudykunst, 2004; 1986; Ward et al., 2001). Cependant, les conclusions sur l'influence du genre sont contradictoires; dans quelques études on soutient que les réponses des hommes et des femmes sont pareilles; et dans unes autres, on remarque une tendance dans laquelle les femmes montrent une capacité plus grande pour l'apprentissage interculturelles et une meilleure effectivité communicative (Nicholson, 1997; Ouarasse et van de Vijver, 2005).

Finalement, il est possible d'étudier le processus d'acculturation en analysant l'effet de la migration sur la **dimension psychologique**. Dans ce but, Berry (1997) a fait une proposition dans laquelle il classe les recherches qui ont évalué cette question en fonction de son degré d'impact: un degré faible, lorsqu'on obtient l'ajustement grâce à l'apprentissage d'habiletés spécifiques; le degré modéré, quand le processus d'acculturation influe sur le bien-être des personnes; et le degré plus grave, qui renvoie aux situations dont on ne peut faire face et qu'il faut étudier à partir des modèles classiques de santé mentale.

Ces deux dernières approches seront, dans notre cas, celles utilisées pour l'étude de l'ajustement psychologique et de la santé mentale des personnes immigrantes qui habitent au Pays Basque.

1.1. AJUSTEMENT PSYCHOLOGIQUE

Dans un premier temps, l'ajustement psychologique se définit comme le niveau de bien-être et le niveau de satisfaction des personnes qui habitent une nouvelle société, on peut également le définir comme un processus de stress et de coping (Ward y Kennedy, 1999). Dans ce sens, on étudie l'ajustement psychologique des personnes immigrantes à partir de mesures de leurs émotions, de leur stress et de leur satisfaction. Nous pensons que le processus d'acculturation influe sur la vie de la population immigrante, mais aussi que son degré d'effet est modéré et que la plupart des personnes peuvent faire face aux différentes situations.

En relation avec la **satisfaction**, nous avons utilisé l'approche du bien-être subjectif, une perspective qui analyse l'expérience globale de réactions positives que les personnes ont envers leur propre vie, et inclus des composantes d'ordre cognitif et affectif (Keyes et al., 2002). Plus concrètement, nous utilisons la satisfaction de vie de Diener, un instrument qui mesure les aspects cognitifs ou le jugement d'ensemble d'une personne sur sa vie (Diener et al., 1985; Shin et Johnson, 1978). Dans ce processus, les jugements sont le résultat des critères et des évaluations que font les personnes (Veenhoven, 1994). C'est un élément très important lorsqu'on travaille avec une population dont les nécessités et les critères peuvent être très différents de ceux que montrent les personnes autochtones.

Par rapport au **stress**, la plupart des études menées avec les personnes immigrantes ont pris en compte le concept de stress proposé par Lazarus et Folkman (1986). Dans cette perspective le stress est le résultat d'une relation dynamique entre l'individu et les exigences de l'environnement, les ressources individuelles et sociales pour faire face à ces demandes, et la perception par la personne de cette relation. Dans ce sens, on considère la migration comme un événement difficile, qui devient stressant lorsque la situation de l'immigrant excède ses capacités adaptatives.

Pour décrire le processus d'acculturation et sa relation avec le stress, les différents modèles ont proposé des variables individuelles et contextuelles. Berry et al., (1987) ont défini un modèle qui se base sur trois éléments: la description de l'expérience d'acculturation; les stressseurs du processus d'acculturation; et les niveaux de stress manifestés. Quelques années plus tard, Berry (1987) complète ce modèle et remarque des variables plus importantes pour étudier le processus d'acculturation: les variables à l'échelle macro (des facteurs sociaux, politiques et démographiques de la société d'origine, les attitudes de la société d'accueil et les moyens de soutien), et les variables micros (pré-migratoire et post-migratoire). Finalement, Ward et al., (2001) font une distinction entre le domaine psychologique et socioculturel, et intègrent les variables personnelles et contextuelles des deux sociétés.

Les recherches qui ont analysé l'ajustement psychologique de la population immigrante ont montré des résultats contradictoires. Le niveau de stress perçu par les personnes qui habitent dans une nouvelle société change d'un pays à un autre et d'un groupe à un autre. Bien que la plupart des travaux indiquent que les niveaux de stress sont modérés (Hovey et Magaña, 2000; Jasinskaja-Lahti et al., 2006), il y a des études qui montrent de hauts niveaux (Gil et Vega, 1996; Irfaeya et al., 2008) ou de faibles niveaux de stress (Ataca et Berry, 2002; Matheny et al., 2008). De cette manière, la prévalence de stress peut être de 30% (Hiott et al., 2008) ou de 8,7% (Ritsner et al., 2000).

On obtient des résultats plus concordants en analysant l'influence du genre et de l'origine culturelle dans les niveaux de stress, et en comparant la situation des populations immigrante et autochtone. En général, les femmes montrent plus de stress que les hommes (Dion et Dion, 2001; Raijman et Semyonov, 1997), et de la même manière, les personnes de cultures différentes à la société d'accueil indiquent plus de stress (Berry et Kim, 1987; Furnham et Bochner, 1982). Ensuite, la plupart des études affirment que le stress est plus important chez les immigrants (Cervantes et al., 1989; Singhammer et Bancila, 2009).

En analysant le niveau de bien-être on trouve également une grande diversité de résultats. En général, il a été conclu que la satisfaction de la population immigrante était positive (Cuellar et al., 2004; Jasinskaja-Lahti et al., 2006) et que le niveau de bien-être dans la société d'origine était meilleur que dans la société d'accueil (Yoshida et al., 1997). Cependant, certains travaux montrent que le niveau de bien-être est faible (Basabe et al., 2009; Hernández et al., 2004) et que les personnes autochtones ne présentent pas un degré de satisfaction plus élevé que celui du groupe immigrant (Neto, 1995; Savicki et al., 2004).

Dans les études concernant l'influence du genre et de l'origine culturelle sur le bien-être, on a trouvé des conclusions contradictoires. Premièrement, certaines recherches indiquent que le genre n'a aucun effet sur la satisfaction (Neto, 1995; Ullman et Tatar, 2001). D'autres études, cependant, ne soutiennent pas ces résultats et affirment que les niveaux de bien-être sont différents chez la femme et chez l'homme (Chen y cols., 2008; Cuellar y cols., 2004; Neto, 2001; Utsey y cols., 2002). Ensuite, les travaux de Diener et al. (1995) et de Veenhoven (2004) montrent qu'il y a des différences culturelles dans la manifestation de la satisfaction de vie. Si on considère les dimensions définies par Hofstede (1991), on remarque alors un niveau de satisfaction plus bas dans les sociétés collectivistes, masculines, avec un faible contrôle de l'incertitude et de grandes différences hiérarchiques (Basabe et al., 2002). Les études réalisées avec la population immigrante appuient ces différences (Baltatescu, 2005; Jasinskaja-Lahti et al., 2006; Neto, 2001).

Enfin, on a conclu que le degré de satisfaction était plus important chez la population autochtone que chez la population immigrante (Baltatescu, 2005). Cependant, il existe des recherches qui soulignent que le bien-être est semblable chez le groupe immigrant et le groupe local (Sam, 1998; Ríos-Rodríguez et Moreno-Jiménez, 2009).

1.2. SANTE MENTALE

Selon la classification de Berry (2003), l'étude de la santé mentale de la population immigrante se fait lorsque les situations du processus d'acculturation dépassent la capacité d'adaptation des personnes. La constitution de l'OMS définit la santé mentale comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1947). C'est un état dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté (OMS, 1962).

En suivant cette définition, les mesures de stress et de satisfaction représenteraient une partie de la santé mentale. Mais dans cette étude, nous utilisons la symptomatologie psychologique pour définir un niveau d'impact plus grave que ce qui a été mesuré avec le stress et la satisfaction.

Traditionnellement, la relation entre l'immigration et la santé mentale portait sur la maladie mentale. Cette approche était marquée par les problèmes d'adaptation et les changements socioculturels dans la société d'accueil. Cependant, dans l'actualité nous ne pouvons pas établir un rapport de causalité entre le processus d'acculturation et la santé des immigrants (Inkeles et Smith, 1970). Certains auteurs soutiennent qu'après la migration, les réactions des personnes immigrantes sont différentes: on peut remarquer un taux élevé de détresse psychologique, à l'inverse, certains ne perçoivent pas de changements dans leur santé mentale, et finalement, d'autres montrent une amélioration de leur santé mentale (Berry et al., 1987; Collazos et al., 2008).

Quand le processus d'acculturation a un effet négatif sur la dimension psychologique, les niveaux de stress sont liés aux problèmes de santé mentale (Berry, 1997; Ritsner et al., 1996), concrètement à la symptomatologie dépressive, somatique et anxieuse (Hovey et Magaña, 2000;

Nicassio et al., 1992; Ritsner et al., 2000). L'insatisfaction de vie est également liée à la détresse psychologique (Christopher et Kulig, 2000; Moreno-Jiménez et al., 2008b; Neto, 2001).

Les premiers modèles qui ont expliqué la santé mentale de la population immigrante étaient exclusivement basés sur les caractéristiques individuelles ou sur les caractéristiques de la situation (Odegaard, 1932; Eitineger, 1959). Ces perspectives se sont avérées réductionnistes. Certains auteurs comme Goldlust et Richmond (1974) défendent le fait que la population immigrante est hétérogène et qu'il s'agit d'un groupe influencé par beaucoup de variables. C'est pour cette raison qu'ils proposent de réaliser l'étude de la santé mentale des immigrants à partir de facteurs individuels et contextuels, et définissent différentes variables sociodémographiques, pré-migratoires et post-migratoires.

Il y a différentes hypothèses et modèles pour expliquer le rapport entre le stress de la population immigrante et les problèmes de santé mentale. Tous font allusion à la vulnérabilité-stress: l'hypothèse du stress d'acculturation, le syndrome d'Ulysse (Achotegui, 2002-2008), le modèle d'ajustement psychologique (Beiser, 1999) et l'hypothèse du paradoxe de l'immigrant (Cuellar, 2000).

Bien que la santé mentale soit un des thèmes les plus analysés dans l'étude des migrations et du processus d'acculturation, les conclusions obtenues sont dissemblables. Par exemple, la prévalence de la symptomatologie dépressive, anxieuse et somatique dans quelques études est du 10% (Grywacz et al., 2006; Hovey et Magaña, 2001, 2003; Pertíñez et al., 2002), alors que dans d'autres, son taux augmente à 30-40% (Barro et al., 2004; Donnelly et Kim, 2008; Sánchez et López, 2008). Certaines variables qui expliquent les différents résultats, comme les différentes définitions de processus d'acculturation et santé mental (Koneru et al., 2007), les différents contextes et les populations qui sont en contact (Berry et al., 1987), les instruments utilisés, nous permettent de comprendre le processus migratoire et la santé mentale.

Lorsque l'on analyse l'influence du genre et de l'origine culturelle, les résultats obtenus concordent plus. Les études ont montré une prévalence plus élevée des symptômes chez les femmes (Borrel et al., 2006; Cuellar et al., 2004) et chez les personnes dont la culture est plus éloignée de celle du pays d'accueil (Berry, 1997; Cuellar, 2000).

Finalement, il y a peu de travaux réalisés dans notre société qui analysent la santé mentale de la population immigrante, mais les résultats obtenus indiquent que la santé de la population autochtone est meilleure que celle de la population immigrante (Achotegui et al., 2008; García-Campayo, 2002; Herrero et al., 2001). En général, ces mêmes résultats ont été observés par des recherches internationales (Bischoff et Wanner, 2008; Singhammer et Bancilla, 2009). Cependant, d'autres études montrent que la santé mentale de la population immigrante peut être égale (Cuellar et al., 2004; Pertíñez et al., 2002) ou meilleure par rapport à celle des autochtones (Alegría et al., 2008; Al-Issa, 2000).

2 MÉTHODOLOGIE

La thèse de doctorat comprend trois études: la première a pour but d'analyser le profil psychosocial de la population immigrante; la seconde veut connaître l'ajustement psychologique et la santé mentale de ce groupe; et la troisième vise à effectuer une comparaison avec la population autochtone.

2.1 ÉTUDE 1

2.1.1 *Objectifs de l'étude*

La présente étude a pour objectifs :

1. De connaître les caractéristiques du processus migrateur des personnes immigrantes habitant au Pays Basque.
2. D'analyser le profil psychosocial en fonction du genre et de l'origine culturelle des personnes immigrantes.
3. D'obtenir une meilleure connaissance et compréhension des situations de difficulté et de vulnérabilité dont souffrent les personnes immigrantes de notre société.
4. De déterminer les situations de difficulté et de vulnérabilité que vivent les personnes immigrantes au cours du processus d'acculturation.

2.1.2 *Méthode*

2.1.2.1 Sujets

Cette étude s'intéresse à la population immigrante adulte qui appartient à la première génération d'immigrants, qui réside au Pays Basque et qui vient de pays du Maghreb (du Maroc et d'Algérie) et de pays d'Amérique Latine (la Bolivie, la Colombie, l'Argentine, l'Équateur, la République Dominicaine, le Pérou, le Mexique et autres pays).

L'échantillon se compose de 405 personnes immigrantes. Une moitié est féminine (50,9%) et l'autre moitié masculine (49,1%). 50,4% des immigrants viennent de différents pays du Maghreb et 49,6% d'Amérique Latine.

2.1.2.2 Instruments de mesure

Nous avons utilisé un questionnaire qui comprend des variables sociodémographiques et psychosociales qui décrivent la situation actuelle des personnes immigrantes et leur situation avant de quitter leur pays.

2.1.2.3 Procédure

Les participants ont été recrutés par le biais d'associations culturelles et de personnes qui sont en contact avec la population immigrante. Les participants ont complété le questionnaire avec l'aide de l'interviewer qui s'assurait que les directives avaient bien été comprises.

2.2 ÉTUDE 2

2.2.1 **Objectifs**

La présente étude a pour objectifs :

1. D'évaluer l'ajustement psychologique et la santé mentale de la population immigrante qui habite au Pays Basque.
2. D'examiner l'importance des composantes du processus d'acculturation, afin de savoir si elles peuvent prédire les niveaux de stress, de satisfaction de vie et de symptomatologie somatique, anxieuse et dépressive.
3. D'étudier l'influence du genre et de l'origine culturelle sur l'ajustement psychologique et la santé mentale.
4. D'analyser la relation et l'influence entre le stress, la satisfaction et la symptomatologie somatique, anxieuse et dépressive.

2.2.2 **Méthode**

Dans la deuxième étude, nous analysons l'ajustement psychologique et la santé mentale de la population immigrante. Ces variables ont été mesurées avec les caractéristiques sociodémographiques, pré-migratoires et post-migratoires. C'est pour cela que la population, l'échantillon et la procédure de la première étude et de la deuxième étude sont semblables.

2.2.2.1 Instruments de mesure

On prend toutes les variables sociodémographiques, pré-migratoires et post-migratoires, et on ajoute trois échelles: le PSS-14, pour évaluer le niveau de stress; le SWLS, pour mesurer le bien-être; et le PHQ, pour connaître la santé mentale.

2.3 ÉTUDE 3

Nous avons défini une troisième étude dans le but de comparer l'ajustement psychologique et la santé mentale de la population immigrante et autochtone.

2.3.1 **Objectifs**

La présente étude a pour objectifs :

1. D'évaluer le niveau de détresse psychologique d'un groupe d'immigrants du Maghreb et d'Amérique Latine et de le comparer avec celui d'un groupe de personnes autochtones.
2. D'identifier et de comparer les facteurs qui expliquent l'ajustement psychologique et la santé mentale de la population immigrante et autochtone.

2.3.2 **Méthode**

2.3.2.1 Population-sujets

La troisième étude a été réalisée avec deux échantillons : un échantillon de personnes immigrantes (études 1 et 2) et un échantillon stratifié de personnes autochtones.

Le groupe de population autochtone se compose de 306 personnes, 151 hommes (49,81%) et 155 femmes (50,19%), d'une moyenne d'âge de 44,67 ans. C'est un échantillon stratifié, 2 x 6.

2.3.2.2 Procédure

Le travail avec la population autochtone a été réalisé en 2008 avec un questionnaire auto-administré. Pour obtenir un échantillon représentatif, on a demandé l'aide des élèves qui habitent différentes villes et villages du Pays Basque. Pour pouvoir transmettre l'objectif de la recherche à tous les participants, tous les élèves ont reçu la même information.

2.3.2.3 Instrument

On a utilisé une version de l'instrument de la population immigrante dans laquelle nous avons modifié les questions qui n'étaient pas adaptées à la population autochtone.

3 LES PRINCIPAUX RESULTATS

Les principaux résultats obtenus dans les trois études sont exposés ci-après.

3.1. PROCESSUS D'ACCULTURATION

L'étude réalisée afin de connaître les détails sur le processus d'acculturation de la population immigrante et de déterminer les aspects de majeure difficulté, démontre que la situation de la plupart des personnes est positive. En outre, il se confirme que le genre et l'origine culturelle marquent des différences dans les caractéristiques du processus d'acculturation, créant ainsi des profils psychosociaux différents.

Premièrement, quant à l'origine culturelle, il est vérifié que la situation de la population latino-américaine est plus favorable que celle du groupe magrébin. Concrètement, on observe que les personnes du Maghreb ont plus de difficultés pour communiquer en espagnol, leur niveau d'études est plus bas, leur situation de travail et de logement est plus précaire et, finalement, ils exigent plus d'assistance sociale et d'aides pour trouver ou améliorer leurs conditions de logement. Ces résultats appuient les recherches qui étudient l'effet de l'origine culturelle dans le processus d'acculturation (Levine et Adelman, 1993; Ward et Kennedy, 1993) et qui prouvent que les personnes dont la distance culturelle est supérieure ont plus de difficultés (Smith et Bond, 1998; Ward, 1996).

Deuxièmement, les résultats obtenus en fonction du sexe ne permettent pas de confirmer les recherches qui placent les femmes dans une situation d'une majeure vulnérabilité (Darvishpour, 1999, 2002; Standing, 2000). Les résultats révèlent que les conditions juridiques, de travail et de logement ne sont pas pires chez les femmes, voire même que les hommes ont plus de problèmes relatifs au travail et à la régularisation de leur situation juridique. Ce meilleur ajustement des femmes dans le monde du travail est peut-être dû à leurs meilleures capacités communicatives et empathiques (Haslberger, 2007; Selmer et Leung, 2003).

En résumé, il s'avère que la population magrébine connaît plus de difficultés et est plus vulnérable comparé à la population latino-américaine. Ces résultats coïncident avec la majorité des recherches (Furnham et Bochner, 1986; Smith et Bond, 1999; Ward et al., 2001). Concernant le genre, et dans la ligne des recherches antérieures (Swami et al., 2009; Ye, 2006), il n'existe pas beaucoup de différences entre les hommes et les femmes quant au processus d'acculturation. Au contraire, dans la population magrébine on peut observer que les hommes doivent affronter plus de difficultés que les femmes, ce qu'a également constaté une étude réalisée en Hollande (Ouarasse et van de Vijver, 2005) et au Pays Basque (Zlobina et al., 2006). Celle-ci, comme la présente étude, a révélé que les hommes magrébins avaient plus de difficultés à s'adapter en comparaison avec les femmes magrébines, situation qui ne se reproduit ni pour la population latino-américaine, ni pour la sud africaine. Pour cela on peut

conclure que la population masculine du Maghreb est le groupe le plus vulnérable et qui souffre du plus de difficultés.

3.2. AJUSTEMENT PSYCHOLOGIQUE

L'étude sur l'ajustement psychologique confirme que la situation des personnes immigrantes est positive. En ce qui concerne les émotions, il faut signaler que l'activation émotionnelle initiale est notamment positive. Dans ce sens, les sentiments positifs prévalent, bien que l'immigration s'associe à des changements (Smith et Bond, 1993) et à des situations de perte (Achotegui, 2002), Ces résultats sont cohérents avec des recherches élaborées dans le même contexte (Basabe et al., 2004; 2009).

En deuxième lieu, depuis la littérature scientifique l'immigration a été considérée comme une source importante de stress (Hertz, 1988; Lazarus, 2000). Elle a effectivement été définie comme un des événements qui cause le plus de stress et qui requiert un majeur réajustement (Jerusalem et Kleine, 1991). Cependant les résultats de l'étude indiquent que le niveau moyen de stress est modéré et qu'il n'atteint pas le critère établi pour pouvoir affirmer que les personnes immigrantes se sentent stressées. En outre, les résultats indiquent que le pourcentage de personnes éprouvant du fort stress est bas, à uniquement 3,5%. Ces données ne soutiennent pas l'hypothèse formulée, selon laquelle on s'attendait à constater une prévalence supérieure et des ponctuations moyennes plus élevées, tel que l'avaient prouvé des études antérieures (Gil et Vega, 1996; Irfaeya et al., 2008; Miranda et Matheny, 2000). Pourtant, les résultats obtenus sont conformes avec grande part de recherches menant à conclure que, devant les changements de la migration le stress perçu demeure moyen (p.e., Chen et al., 2008; Jasinskaja-Lahti et al., 2006; Hovey et Magaña, 2000; Patiño et Kirchner, 2008; Salvador et al., 2010;).

En ce qui concerne le bien-être, 32,5% des personnes se sentent très satisfaites avec leurs vies, 52,6% se sentent modérément satisfaites et, enfin 14,9% de la population se sent insatisfaite. Par ailleurs, le niveau de satisfaction est moyen et se situe au-delà du seuil qui indique que les personnes se sentent satisfaites. Ces résultats coïncident avec la majorité des recherches dans lesquelles il est possible de constater de bons indices de bien-être dans la population immigrante (p.e., Neto, 1995, 2001; Sam, 1998; Utsey et al., 2002; Vallejo et Moreno-Jiménez, 2008). Ceci signifie que, même si l'immigration entraîne des changements face auxquels les personnes peuvent percevoir des difficultés et du stress, la valorisation globale qu'ils réalisent à propos de leurs vies est positive.

Pour conclure avec cette section, on peut considérer que l'ajustement psychologique des personnes immigrantes est positif. Les émotions positives prévalent sur les négatives, les niveaux de stress et de satisfaction sont modérés et le nombre de personnes qui se sentent insatisfaites ou stressées est bas. Néanmoins, il est démontré l'importance de besoins essentiels déterminés ainsi que de ressources en terme de soutien social dans l'explication du stress et de l'insatisfaction (Folkman et Lazarus, 1986; Maslow, 1943). Le fait que l'ajustement psychologique soit positif ne signifie toutefois pas l'inexistence de personnes souffrant de niveaux élevés de stress et de niveaux bas de bien-être.

Les analyses élaborées afin de prouver que le stress et l'insatisfaction influent sur la santé mentale confirment partiellement les hypothèses proposées. Contrairement à ce qui était attendu et aux propositions théoriques (p.e., Ataca et Berry, 2002; Pavot et Diener, 2008), il a été vérifié que le stress n'a pas d'effet positif dans la présence de somatisations et que la satisfaction n'influe pas dans la symptomatologie anxieuse. Néanmoins, il a été mis en évidence que la manifestation du stress a de l'influence sur la présence de symptômes dépressifs et anxieux (Beiser, 1999; Hovey et Magaña, 2000). De la même manière, la satisfaction intervient dans la réduction de la symptomatologie dépressive, argument en faveur des travaux de Keyes et Ryff (2003) et de Silveira et Allebeck (2002). Pourtant, au regard du bien-être, les données indiquent que sa présence a de l'influence sur la manifestation de somatisations, résultats qui constituent une exception aux recherches qui défendent que le bien-être réduit la symptomatologie (p.e., Diener et Lucas, 1999; Neto, 2001).

3.3. SANTÉ MENTALE

Pour la plupart des personnes qui participent dans cette étude leur santé est la même qu'avant d'émigrer, pour 20,7% elle a empiré et pour 3,8% elle s'est améliorée.

Ces différences dans la perception et dans la réponse de santé mentale peuvent s'expliquer sur la base des hypothèses du stress d'acculturation (Berry et Sam, 1996), du syndrome d'Ulysse (Acholegui, 2004) ainsi que par le mode d'installation et l'ajustement psychologique (Beiser, 1999). De cette manière, on comprend que quelques personnes peuvent affronter les nouveautés du processus migratoire sans souffrir pour autant de problèmes de santé mentale, tandis que pour d'autres personnes l'accumulation des événements stressants excède leur capacité d'adaptation, fait qui s'exprime à travers certains symptômes psychologiques. Dans la présente étude, 70% des personnes présentent des symptômes psychologiques. Quoi qu'il en soit, il faut tenir compte du fait que, dans cette étude, les diagnostics psychologiques n'ont pas été élaborés mais la présence de symptômes a été mesurée. Cette manière de procéder entraîne une forte présence de services de santé mentale, supérieure au cas où les troubles psychologiques auraient été définis. Par conséquent, la prévalence trouvée au travail s'éloigne des résultats obtenus dans des recherches antérieures. Il est toutefois considéré que ce type de procédure permet d'avoir un accès aux symptômes émergents qui peuvent permettre la prévention de malaise dans la population immigrante.

Quant aux services de santé mentale, la moitié de la population interrogée présente des manifestations de symptomatologie anxieuse, cette dernière étant la plus présente dans le panel analysé. Les somatisations sont les symptômes qui se trouvent en deuxième lieu, concrètement dans 40% des personnes. Enfin, 38,3% présentent des symptômes dépressifs.

Malgré le fait que le niveau d'anxiété montré soit modéré, tel qu'il avait été affirmé dans le travail d'Alderete et coll. (1999), 50,5% des personnes montre des symptômes d'anxiété. Ce pourcentage est largement supérieur à celui des études élaborées aux Etats-Unis (p.e., Grywacz et al., 2006; Hovey et

Magaña, 2001) ou dans le travail de Pertiñez et al. (2002). Pourtant, ils sont cohérents avec le taux d'anxiété supérieur trouvé dans les travaux européens (Donnelly et Kim, 2008), spécialement dans ceux élaborés en Espagne (Barro et al., 2004; Sánchez et López, 2008). On peut considérer que ces symptômes sont caractéristiques des changements vécus dans la migration ainsi que des processus d'apprentissage et d'adaptation (Gudykunst, 1993; Levine et Adelman, 1993).

D'autre part, le nombre de somatisations est bas, en dépit du fait que 40% des personnes présente ce type de symptomatologie. Ces résultats indiquent que le pourcentage de somatisations est supérieur à celui signalé dans les recherches précédentes, lesquelles oscillaient entre 13% et 27% (Donnelly et Kim, 2008; Mak et Zane, 2004).

Enfin et conformément avec un grand nombre de travaux (p.e., Asvat et Malcarne, 2009; Ward et al., 1998), les niveaux de dépression sont bas. Pourtant, le niveau de ce type de symptomatologie est assez élevé: 38,3% des personnes présentent des symptômes de dépression, pourcentage qui va dans la lignée du travail réalisé par Barro en Catalogne (Barro et al., 2004) et des études développées aux Etats-Unis (Mui et Kang, 2006; Hovey et Magaña, 2000).

En résumé, même si la symptomatologie montrée suggère que la nervosité des changements est supérieure à la tristesse causée par les pertes, il ne faut pas oublier que l'état d'esprit se manifeste sous différentes formes et que, parfois, l'apparition de douleurs physiques peut être plus fréquente, de manière à ne pas montrer de tristesse ou de nervosité.

3.4. INFLUENCE DU GENRE ET DE LA CULTURE

Les résultats relatifs à l'influence du genre et de la culture dans l'**ajustement psychologique** de la population immigrante ne permettent pas de confirmer toutes les hypothèses proposées au début de cette étude.

En relation avec la situation émotionnelle et sur la base des études précédentes axées sur le genre et la culture, il fallait s'attendre à découvrir une manifestation émotionnelle majeure chez les femmes et une situation émotionnelle plus mauvaise pour la population magrébine. Les résultats de l'analyse 2 révèlent que le nombre de personnes qui ressentent des émotions dépressives et de l'indifférence est similaire pour les hommes et pour les femmes de ces deux cultures. Ces données sont contraires aux études qui indiquent que les femmes expriment plus d'émotions de tristesse (Brody, 1984; Kelly et Hustson-Comeaux, 1999) et moins d'indifférence (Basabe et al., 2004). De la même manière, ces données ne soutiennent pas les recherches dans lesquelles la distance culturelle se trouve associée à un malaise émotionnel majeur (Ward et al., 2001). Pour le reste des émotions, des différences ont été découvertes chez les quatre groupes. En premier lieu, les femmes magrébines montrent moins d'émotion de fatigue, de tromperie et de honte tandis que les hommes magrébins sont ceux qui les montrent le plus. En rapport à l'effet du genre, contrairement aux recherches précédentes (Mogollón et Vázquez, 2006), les données suggèrent que la contention émotionnelle au moment d'exprimer les émotions de fatigue

n'est pas supérieure pour les hommes. En deuxième lieu, la prévalence de l'émotion de rage est légèrement supérieure dans la population masculine du Maghreb, résultat qui confirme partiellement la tendance des hommes à montrer plus de haine que les femmes (Thompson, 1997). Ce résultat pourrait aussi être un indicateur de santé mentale, étant donné que dans la société arabe l'anxiété peut se manifester sous la forme de reproche (Achotegui, 2002). De la même manière, les possibles situations de refus se matérialisent au moyen d'émotions réactives (Hofstede, 1999). Enfin, les femmes magrébines ressentent moins d'émotions positives. L'hypothèse selon laquelle les personnes du Maghreb se caractériseraient par un niveau de malaise supérieur se confirme alors partiellement, mais il n'est pas possible d'affirmer que les femmes montrent plus d'émotions positives. Ce résultat est contraire à celui du travail de Basabe et coll. (2004) duquel il ressort que les femmes ressentent plus de joie que les hommes et les personnes du Maghreb montrent plus d'émotions positives que les personnes latino-américaines.

Au regard de la perception du stress, les analyses réalisées sur la base du genre montrent que les hommes et les femmes ont des ponctuations similaires, données qui soutiennent le travail dirigé par Hovey et Magaña (2000). Néanmoins, ce résultat est contraire à l'hypothèse proposée selon laquelle on s'attendait à trouver plus de stress dans la population féminine. De plus, ce résultat est opposable à la plupart d'études qui signalaient que les femmes se sentaient plus stressées que les hommes (Berry et al., 1987; Dion et Dion, 2001). Pourtant, les résultats obtenus au moment d'étudier l'effet de l'origine culturelle confirment l'hypothèse exposée, de sorte qu'il est prouvé que les personnes dont la distance culturelle est supérieure, ou magrébines, souffrent plus de stress que les personnes avec une petite distance culturelle, ou latino-américaines. Ces résultats s'ajoutent à la plupart des recherches réalisées dans ce domaine (Berry et Kim, 1987; Jasinskaja-Lahti et al., 2006; Ward et Kennedy, 1999).

En ce qui concerne la satisfaction de vie et l'influence du genre, les recherches précédentes ne parviennent pas à un accord clair sur leur effet (Cuellar et al., 2004; Chen et al., 2008; Hernández et al., 2004; Neto, 1995). Les résultats de cette étude signalent que la satisfaction des hommes et des femmes immigrants est similaire.

En deuxième lieu, quand le bien-être est analysé en fonction de la culture il est observable qu'il existe des différences significatives dans les niveaux de satisfaction. Les personnes du Maghreb ressentent moins de satisfaction que les personnes d'Amérique Latine. Néanmoins, en tenant compte de la littérature relative à ce sujet, il n'est pas possible de confirmer catégoriquement le fait que la distance culturelle ait de l'influence sur le bien-être. Ces découvertes doivent s'utiliser avec précaution.

En ce qui concerne la **santé mentale** et l'influence du genre, les résultats obtenus ne permettent pas de confirmer l'hypothèse exposée selon laquelle il était probable de constater une situation de santé mentale plus mauvaise pour les femmes. En général, la prévalence de symptômes psychologiques ne varie pas en fonction du genre. Ces données ne soutiennent pas les recherches qui prouvent que les femmes ont plus de symptômes que les hommes (Borrel et al., 2006; Cuellar et al., 2004). Des

différences n'ont pas non plus été remarquées au moment d'analyser la symptomatologie dépressive (Cuellar et al., 2004; Rivera, 2007) et somatique (Achotegui, 2003; Ritsner et Ponizovsky, 1998). La symptomatologie anxieuse est la seule dans laquelle des différences liées au genre ont été trouvées (Hovey et Magaña, 2002; Kircaldy et al., 2009).

En relation avec la santé mentale et la culture, il s'est avéré que la prévalence de symptomatologie psychologique en général ainsi que la prévalence de symptômes anxieux et dépressifs est similaire chez les personnes magrébines et latino-américaines. Ces données ne permettent pas de confirmer l'hypothèse proposée et contredisent les recherches précédentes affirmant que les personnes provenant de sociétés avec une culture très différente de la locale doivent affronter plus de difficultés, montrent plus de stress et, que par conséquent, leur santé mentale est plus mauvaise (Beiser, 1999; Vall-Combelles et García-Algar, 2004).

En résumé, on peut affirmer que la distance culturelle a un effet significatif dans la manifestation du stress et la symptomatologie somatique, tandis que dans la satisfaction son influence est à prendre avec précaution. Quoi qu'il en soit, les résultats indiquent que les personnes latino-américaines perçoivent moins de tensions, apprécient leurs vies de manière plus positive et ont plus des symptômes somatiques. D'autre part, le genre n'influe ni dans le stress, ni dans la satisfaction, ni dans la symptomatologie anxieuse et dépressive ce qui indique que le niveau de difficulté perçu et l'évaluation des objectifs obtenus est similaire pour les hommes et pour les femmes. Pourtant, le fait que les ponctuations soient similaires ne signifie pas que les sources de stress, de satisfaction et de santé mentale soient les mêmes.

3.5. POPULATION AUTOCHTONE ET IMMIGRANTE

L'étude réalisée avec la population autochtone montre qu'en général sa situation est positive. De la comparaison de ces résultats avec ceux obtenus dans la deuxième étude résulte qu'en général l'ajustement psychologique et la santé mentale des personnes immigrantes sont pires que ceux de la population autochtone. En ce qui concerne l'**ajustement psychologique**, on observe que les *émotions* positives sont les plus présentes dans tous les groupes. En dépit de cela, il y a un nombre inférieur de femmes latino-américaines et magrébines qui ressentent ces émotions. Par rapport à celles-ci, on peut noter aussi un pourcentage inférieur de personnes manifestant des sentiments de fatigue. Les émotions dépressives sont plus présentes dans la population immigrante et les émotions de rage sont plus communes chez les hommes magrébins. Enfin, le nombre de personnes qui ressentent des sentiments d'indifférence est similaire dans tous les groupes. On peut déduire de ces résultats que l'hypothèse exposée, selon laquelle il semblait probable de trouver plus d'émotions positives que de négatives chez la population autochtone, se corrobore tout d'abord au niveau des émotions dépressives, se confirme partiellement avec les positives et celles de rage ensuite, et ne se produit finalement pas avec les émotions d'indifférence et de fatigue. Il n'est pas possible de confirmer l'hypothèse qui exposait une expression émotionnelle supérieure de la part des femmes.

En deuxième lieu, on observe que les personnes du Maghreb manifestent plus de stress que celles d'Amérique Latine et de la société réceptrice. La réponse donnée par le groupe latino-américain serait contraire à l'hypothèse et aux théories du stress d'acculturation, tandis que les ponctuations du groupe magrébin confirmeraient la plupart des recherches (p.e., Cervantes et al., 1989; Ponizovsky et al., 1998; Vega et al., 1998). Par ailleurs, les résultats signalent qu'il n'existe pas de différences dans la perception de tension entre les hommes et les femmes (p.e., Berry et al., 1987; González et Landero, 2007). Ces données ne soutiennent donc pas l'hypothèse proposée.

En troisième lieu, Les analyses réalisées dans l'étude 3 indiquent que les personnes du Maghreb montrent moins de satisfaction que les populations latino-américaine et autochtone. Ces résultats soutiennent partiellement l'hypothèse proposée selon laquelle on s'attendait à trouver un taux plus faible de bien être dans toute la population immigrante. Néanmoins, cette conclusion va dans la lignée des travaux de Basabe et coll. (2004) et de Neto (1993), lesquels indiquaient que la satisfaction de certains groupes était plus mauvaise que celle de la population autochtone, tandis que dans d'autres cas le bien-être manifesté était similaire. Concrètement, Basabe et coll. (2004) ont remarqué que la satisfaction des personnes latino-américaines et autochtones au Pays Basque était similaire, et que le reste de groupes d'immigrants montraient un taux plus faible de bien être. Par ailleurs, on observe que les hommes et les femmes autochtones et immigrants présentent des niveaux similaires de satisfaction, de telle manière qu'il n'est pas possible de confirmer que les femmes présentent moins de bien-être que les hommes.

En ce qui concerne la **santé mentale**, les données obtenues révèlent que la santé des personnes qui ont émigré est plus mauvaise que celle de la population autochtone.

En relation avec la symptomatologie dépressive et anxieuse, les résultats confirment que la population immigrante présente plus de symptômes que l'autochtone. Dans la symptomatologie somatique, les personnes immigrantes montrent aussi plus de symptomatologie, mais en même temps, la population latino-américaine a plus de somatisations que la magrébine. Ces résultats corroborent que la santé mentale des personnes immigrantes est pire que celle des personnes de la société réceptrice (Hovey et Magaña, 2000; Kirkcaldy et al., 2005; Martínez et al., 2001). Dans la symptomatologie dépressive et anxieuse, les réponses de la population immigrante ne varient pas en fonction de la culture tandis que dans la symptomatologie somatique les personnes du Maghreb ont moins de symptômes que celles d'Amérique Latine.

BIBLIOGRAFIA

- A.P.A. (2002). DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª Edición). Barcelona: Masson.
- Abu-Rabia, S. (1997). Gender differences in Arab students' attitude toward Canadian society and second language learning. *Journal of social Psychology*, 137(1), 125-128.
- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En E. Perdiguero, y J.M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*, (pp. 83-100). Barcelona: Bellaterra.
- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Achotegui, J. (2003). *Ansiedad y depresión en los inmigrantes*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, 21, 39-52.
- Achotegui, J. (2008). Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Avances en salud mental relacional*, 7(1), 1-22.
- Ahearne, M., Bhattacharya, C., y Gruen, R. (2005). Beyond the brand: antecedents and consequences of customer-company identification. *Journal of Applied Psychology*, 90(3), 574-585.
- Aierdi, X., Basabe, N., Blanco, C., y Oleaga, J.A. (2008). *Población latinoamericana en la CAPV 2007*. Zarautz: Ikuspegi.
- Alaniz, M. (1994). Mexican farmworker women's perspectives on drinking in a migrant community. *International Journal of the Addictions*, 29(3), 1173-1188.
- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J., e Ibáñez, E. (2006). Afectos y género. *Psicothema*, 18(1), 143-148.
- Alderete, E., Vega, W.A., Kolody, B., y Aguilar-Gaxiola, S. (1999). Lifetime prevalence of an risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California. *American Journal of Public Health*, 90(4), 608-614.
- Alegría, M., y cols. (2008). Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant U.S. latino groups. *American Journal of psychiatry*, 165(3), 359-369.
- Alexander, M.G., y Wood, W. (2000). Women, men, and positive emotions: A social role interpretation. En A. Fischer (Ed), *Gender and emotion: social psychological perspectives*. United Kingdom: University Press, Cambridge.
- Al-Issa, I. (2000). The mental health of Muslim immigrants in Europe. En I. Al-Issa, (Ed), *Al-Junun: Mental illness in the Islamic world* (pp. 253-274). Madison, CT, US: International Universities Press.
- Allodi, F.A. (1991). Assessment and treatment of torture victims: a critical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(1), 4-11.
- Alonso, J., y Lepine, J.P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychology*, 68(Suppl 2), 3-9.
- Amer, M.M., y Hovey, E.J. (2007). Socio-demographic Differences in Acculturation and Mental Health for a Sample of 2nd Generation/Early Immigrant Arab Americans. *Journal of Immigrant Minority Health*, 9(4), 335-347.
- Amponsah, M.O. (2010). Non UK university students stress levels and their coping strategies. *Educational Research*, 1(4), 88-98.
- Anderson, E.R., y Mayes, L.C. (2010). Race/ethnicity and internalizing disorders in youth: a review. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 338-348.
- Anderson, R.J. (1994). Representations and requirements: The value of ethnography in system design. *Human Computer Interaction*, 9, 151-182.
- Andrews, F.M., y Withey, S.B. (1976). Social indicators of well-being: America's perception of life quality. New Cork: Plenum Press.
- Angel, R.J., y Guamaccia, P.J. (1989). Mind, body, and culture: somatisation among Hispanics. *Social Science and Medicine*, 28(12), 1229-1238.
- Aragón, R. (1992). La España de los 90 ante el reto de la inmigración. *Papeles del Psicólogo*, 54.
- Aranda, M., Castaneda, I., Lee, P. y Sobel, E. (2001). Stress, social support, and doping as predictors of depressive symptoms: gender differences among Mexican Americans. *Social Work Research*, 25(1), 37-48.
- Argyle, M. (1969). *Social Interaction*. London: Methuen.
- Argyle, M. (1987). *The psychology of happiness*. London: Methuen.
- Arkoun, M. (1996). Lenguas, sociedad y religión en el Magreb independiente. En M. A. Roque (Ed.), *Las culturas del Magreb: antropología, historia y sociedad* (pp. 97-127). Barcelona: Icaria.

- Arnosó, A., Elgorriaga, E., Martínez-Taboada, C., y Rico, A. (2009). Immigrazioa eta gutxiengo kulturalak: etorkinen irudikapenak eta gizarte eta komunitatearen partaidetzarako hausnarketa. *Uztaro*, 70, 79-96.
- Arnosó, A., Elgorriaga, E., y Martínez-Taboada, C. (2008). Jatorri desberdineko emakumeen migrazio-egitasmoa eta ongizatea. Genero-ikuspuntutik egindako ekarpenak. *Uztaro*, 67, 87-104.
- Arnosó, A., Martínez-Taboada, C., Elgorriaga, E., y Otero, N. (2009b). Minorías culturales y representaciones: identidades y trayectorias socio comunitarias. En F.Cintrón Bou, E. Acosta Pérez, y L. Díaz Mendez (Ed.), *Psicología Comunitaria: Interviniendo con comunidades en las Américas* (303-322). Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Arnosó, A., Martínez-Taboada, C., Elgorriaga, E., y Otero, N. (2009a). Inmigración y convivencia: la percepción de proceso y su abordaje grupal y comunitario. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 27.
- Aroian, K., Chiang, A.E., y Chiang, L. (2003). Gender differences in psychological distress among immigrants from the former Soviet Union. *Journal of Sex Role Research*, 48(1/2), 39-51.
- Arrindell, W.A., Meeuwesen, L. y Huyse, F.J. (1991). The satisfaction with life scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and Individual Differences*, 12(2), 117-123.
- Askew, S., y Ross, C. (1991). *Los chicos no lloran. El sexismo en educación*. Barcelona: Paidós.
- Asvat, Y., y Malcarne, B.L. (2009). Acculturation and depressive symptoms in Muslim university students: Personal-family acculturation match. *International Journal of Psychology*, 43(2), 114-124.
- Ataca, B., y Berry, J.W. (2002). Psychological, sociocultural, and marital adaptation of Turkish immigrant couples in Canada. *International Journal of Psychology*, 37(1), 13-26.
- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Aycan, Z. (1997). Acculturation of expatriate managers: a process model of adjustment and performance. En Z. Aycan (Ed.), *New approaches to employee management* (pp. 1-40). Greenwich: JAI Press.
- Aycan, Z., y Berry, J.W. (1996). Impact of employment related experiences on immigrants' adaptation to Canada. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 28(3), 240-251.
- Azurmendí, M.J., Bourhis, R.Y., Ros, M., y García, I. (1998). Identidad etnolingüística y construcción de ciudadanía en las comunidades autónomas biligües (CAB) de España. *Revista de Psicología Social*, 13(3), 559-589.
- Balán, J. (1990). La economía doméstica y las diferencias entre los sexos en las migraciones internacionales: un estudio sobre el caso de los bolivianos en Argentina. *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, nº15-16.
- Balta, P. (1994). *El gran Magreb. Desde la independencia hasta el año 2000*. Madrid: Siglo XXI.
- Baltatescu, S. (2005). Subjective well-being of immigrants in Europe. A comparative study. *European Identity and Free Movement of Persons in Europe*. Oradea, Rumania.
- Baltsky, G., y Diener, E. (1993). A comparison of the well-being of soviet and american students. *Social Indicators Research*, 28(3), 225-243.
- Barlow, D.H., y Durand, V.M. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thompson.
- Barrett, P.M., Sonderegger, R., y Sonderegger, N.L. (2002). Assessment of child and adolescent migrants to Australia: a crosscultural comparison. *Behaviour Change*, 19(4), 220-235.
- Barrette, G., Bourhis, R.Y., Personnaz, M., y Personnaz, B. (2004). Acculturation orientations of French and North African undergraduates in Paris. *International Journal of Intercultural Relations*, 28(5), 415-438.
- Barro, S., Saus, M., y Barro, A. (2004). Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Atención Primaria*, 34(9), 504-505.
- Basabe, N. (2007). Diferencias culturales y comunicación: integración socio-cultural de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco. En J.J. Igartua y C. Muñoz (Eds.). *Medios de comunicación, inmigración y sociedad* (pp. 233-256.). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Basabe, N., Páez, D., Aierdi, X., y Jiménez-Aristizabal, A. (2009). Salud e inmigración. Aculturación, bienestar subjetivo y calidad de vida. Ikuspegi. Observatorio vasco de inmigración. *Colección Ikusgai Bilduma*, nº3. Zarautz (Guipúzcoa): Itxaropena, S.A.
- Basabe, N., Páez, D., Valencia, J., Rimé, B., Pennebaker, J., Diener, E. y González, J.L. (2000). Social factors predicting subjective experience of emotion: a collective level analysis. *Psicothema*, 12, Supl., 55-69.
- Basabe, N., Zlobina, A., y Páez, D. (2004). Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural. *Migraciones*, 15, 43-84.
- Basow, S.A., y Rubenfeld, K. (2003). "Troubles Talk": Effects of gender and gender-typing. *Sex Roles*, 48(3/4), 183-187.

- Becker, S., Al Zaid, K., Y Al Faris, E. (2002). Screening for somatization and depression in Saudi Arabia: a validation study of the PHQ in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(3), 271-283.
- Beiser, M. (1988). Influences of time, ethnicity and attachment on depression in Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 46-51.
- Beiser, M. (1999). *Strangers at the Gate: The "Boat people's first ten years in Canada"*. Toronto: University of Toronto Press.
- Beiser, M., Johnson, P., y Turner, R.J. (1993). Unemployment, underemployment and depressive affect among Southeast Asian refugees. *Psychological Medicine*, 23(3), 731-743.
- Beiser, N.M.N., y Hou, F. (2008). Ethnic identity, resettlement stress and depressive affect among Southeast Asian refugees in Canada. *Social Science and Medicine*, 63(1), 137-150.
- Belloch, A., y Baños, R.M. (1993). Estrés y esquizofrenia. En J. Buendía (coord.), *Estrés y Psicopatología* (pp. 41-61). Ediciones Pirámide: Madrid.
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F., y Crijnen, A. (2002) Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(3), 118-124.
- Bennett, M. J. (1986). A developmental approach to training for intercultural sensitivity. *International Journal of Intercultural Relations*, 10(2), 179-196.
- Berbesi, D.Y., y Segura, A.M. (2009). Factores sociodemográficos y eventos vitales asociados con la mejoría clínica de pacientes con depresión. *Investigación Andina*, 11(19), 6-16.
- Bergami, M. y Bagozzi, R. (2000). Self-categorization, affective commitment and group self-esteem as distinct aspects of social identity in the organization. *British Journal of Social Psychology*, 39, 555-577.
- Bermúdez, E.M. (2004). Imágenes de la salud y enfermedad de las mujeres colombianas inmigrantes en España. *Gerencia y Políticas de salud*, 3(7), 78-100.
- Berry, J.W. (1980). Social and cultural change. En H.C. Triandis y R. Brislin (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology* (vol.5, pp.211-279). Boston: Allyn and Bacon.
- Berry, J.W. (1990). The role of psychology in ethnic studies. *Canadian Ethnic Studies*, 22(1), 8-21.
- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: an international review*, 46(1), 5-68.
- Berry, J.W. (2003). Conceptual approaches to acculturation. En K. Chung, P. Balls-Organista y G. Marin (Eds.). *Acculturation: Advances in Theory, Measurement, and Applied Research*, (pp. 17-37). Washington: American Psychological Association.
- Berry, J.W. (2005). Acculturation: living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697-712.
- Berry, J.W. (2006). Acculturative stress. En P.T.P. Wong y L.C.J. Wong (Eds.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*, (pp. 287-299). New York: Springer.
- Berry, J.W. y Kalin, R. (1995). Multicultural and ethnic attitudes in Canada: An overview of the 1991 national survey. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 27(3), 301-320.
- Berry, J.W., Kim, U., Power, S. y Young, M. (1989). Acculturation attitudes in plural societies. *Applied Psychology*, 32(2), 185-206.
- Berry, J.W., Kim, V., Minde, T. y Mok, D. (1987). Comparative Studies of Acculturative Stress. *International Migration Review*, 21(3), 491-511.
- Berry, J.W., y Annis, R. C. (1974). Acculturative stress: the role of ecology, culture and differentiation. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 5(4), 382-406.
- Berry, J.W., y Blondel, T. (1982). Psychological adaptation of Vietnamese refugees in Canada. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 1,81-88.
- Berry, J.W., y Kim, U. (1988). Acculturation and mental health. En P. Dasen, JW. Berry, y N. Sartorius (Eds.), *Health and cross-cultural psychology: Towards applications* (pp. 207-236) London: Sage.
- Berry, J.W., y Sabatier, C. (2010). Acculturation, discrimination, and adaptation among second generation Routh in Montreal and Paris. *International Journal of Intercultural Relations*, 34(3), 191-207.
- Berry, J.W., y Sam, D.L. (1996). Acculturation and adaptation. En J.W. Berry, M.H. Senegall, y, C. Kagitçibasi (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology. Social behaviour and application* (pp. 291-326). Boston: Allyn & Bacon.
- Berry, J.W., y Sam, D.L. (1997). Acculturation and adaptation. En J.W. Berry, M.H. Segall and C. Kagitçibasi (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology* (pp. 296-321). Boston: Allyn and Bacon.

- Berry, J.W., y Ward, C. (2006). Commentary on "Redefining interactions across cultures and organizations". *Group Organization Management*, 3(1), 64-77.
- Berry, J.W. y Kim, L. (1988). Acculturation and mental health. En P.R. Dasen, J.W. Berry, Y N. Sartorius (Eds.). *Health and cross-cultural psychology: Towards applications* (pp.207-238). Newbury Park, CA: Sage.
- Bhugra, D., y Bhui, K. (2001). *Cross-cultural psychiatry: a practical guide*. London: Arnold.
- Bischoff, A., y Wanner, P. (2007). The self-reported health of immigrant groups in Switzerland. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10(4), 325-335.
- Blais, M.R., Vallerand, R.J., Pelletier, L.G., y Briere, N.M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: validation canadienne-française du "Satisfaction with life scale". *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 21(2), 210-223.
- Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(3), 580-587.
- Blanco, C. (2008). Inmigración extranjera en el País Vasco. Estrategias políticas para la gestión de la diversidad. *Política y Sociedad*, 45(1), 187-203.
- Bobowik, M., Basabe, N., Páez, D., y Jiménez-Aristizabal, A., y Bilbao, M.A. (2010). Personal Values and Well-Being among Europeans, Spanish natives and immigrants to Spain: does the culture matter? *Journal of Happiness Studies*, Online First. DOI: 10.1007/s10902-010-9202-1. <http://www.springerlink.com/content/m5661385w03w3356/fulltext.pdf>
- Bochner, S. (1982). The social psychology of cross-cultural relations. En S. Bochner (Ed.), *Cultures in contact: Studies in cross-cultural interactions* (pp. 6-36). Oxford: Pergamon.
- Bochner, S. (1986). Coping with unfamiliar cultures: adjustment or culture learning? *Australian Journal of Psychology*, 38(3), 347-358.
- Bochner, S., y Furnham, A. (1990). *Culture shock: psychological reactions to unfamiliar environments*. London: Rotledge.
- Boiko, P., Katon, W., Guerra, J.C., y Mazzoni, S. (2005). An audiotaped mental health evaluation tool for Hispanic immigrants with a range of literacy levels. *Journal of Immigrant Health*, 7(1), 33-36.
- Borrel, L.N., Kiefe, C.I., Williams, D.R., Diez-Roux, A.V., y Gordon-Larsen, P. (2006). Self-reported health, perceived racial discrimination, and skin color in African Americans in the CARDIA study. *Social Science and Medicine*, 63(6), 1415-1427.
- Boss, P. (2002). *Family Stress Management: a contextual approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bourhis, R.Y. (2001). Acculturation, language maintenance and language shift. En J. Klatte-Filmer y P. Van Avermaet (Eds.), *Theories on maintenance and loss of minority languages* (pp. 6-37). New York: Waxmann.
- Bourhis, R.Y., Moïse, L.C., Perreault, S., y Senécal, S. (1997). Towards an interactive acculturation model: a social psychological approach. *International Journal of Psychology*, 32(6), 369-386.
- Bourhis, R.Y., y Gagnon, A. (1994). Préjugés, discrimination et relations intergroupes. En R.J. Vallerand (Ed.), *Les fondements de la Psychologie Sociale* (pp. 707-773). Boucherville, Québec: Gaetan Morin.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Brandon, P. (1991). Gender differences in young asian americans' educational attainment. *Sex Roles*, 25(1/2), 45-61.
- Brégent, M., Mokoukolo, R., y Pasquier, D. (2008). Stratégies d'acculturation: cause ou effet des caractéristiques psychosociales? L'exemple de migrants d'origine algérienne. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 79, 57-67.
- Brink, P.J., y Saunders, J.M. (1976). Culture shock: theoretical and applied. En P.J. Brink (Ed.), *Transcultural Nursing: A book of readings*. Newjersey: Prentice-Hall.
- Brislin (1990). *Applied Cross-Cultural Psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Brislin, R. (1986). The wording and translation of research instruments. En W.J. Lonner y J.W. Berry (Eds.), *Field methods in cross-cultural research* (pp. 137-164). Newbury Park, CA: Sage.
- Brislin, R., Landis, D., y Brandt, M. (1983). Conceptualizations of intercultural behaviour and training. En D. Landis y R. Brislin (Eds.). *Handbook of intercultural training* (Vol. 1, pp.1-35). New York: Pergamon.
- Brislin, R., y Yoshida, T. (1994). *Intercultural communication training: an introduction*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brody, L.R. (1984). Sex and age variations in the quality and intensity of children's emotional attributions to hypothetical situations. *Sex Roles*, 11(1/2), 51-59.
- Brody, L.R., y Hall, J. A. (2000). Gender, emotion, and expresión. En M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 338-349). New York: Guilford Press.

- Brosschot, J.F., Pieper, S., y Thayer, J. (2004). Expanding stress theory: prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1043-1049.
- Brown, G.W., y Harris, T.O. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.
- Brown, G.W., y Harris, T.O. (1989). *Life events and illness*. New York: Guilford Press.
- Buendía, J., y Mira, J.M. (1993). Estrés, desarrollo y adaptación. En J. Buendía (coord.), *Estrés y Psicopatología* (pp. 41-61). Ediciones Pirámide: Madrid.
- Cabañero, M.J., Richard, M., Cabrero, J., Orts, M.I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérparas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
- Caligiuri, P.M., y Tung, R.L. (1998). *Are masculine cultures female friendly? Male and female expatriates' success in countries differing in work value orientations*. Comunicación presentada en International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology: The Silver Jubilee Congress, Bellingham, Washington.
- Campbell, A., Converse, P., y Rodgers, W. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cantor-Graae, E., y Selten, J.P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 165(1), 12-24.
- Caplan, S. (2007). Latinos, acculturation, and acculturative stress: a dimensional concept analysis. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 8(2), 93-106.
- Carballeira, Y., y cols. (2007). Criterion validity of the French version of patient health questionnaire (PHQ) in a hospital department of internal medicine. *British Psychological Society*, 80(1), 69-77.
- Caro, I. (2001). *Género y salud mental*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Casadó, L. (2009). Sobre la construcción cultural de las emociones: los malestares de las mujeres inmigrantes marroquíes de un municipio rural en Cataluña. En J.M. Comelles y cols. (Eds.), *Migraciones y salud* (pp. 405-420). Tarragona: Publicaciones de la Universitat Rovira i Virgili.
- Casas, J.M., y Vasquez, M.J.T. (1989). Counseling the Hispanic client: A theoretical and applied perspective. En P.B. Pederson, J.G. Draguns, W.J., Lonner, y J.E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (3 edición, pp. 116-133). Honolulu: University of Hawaii.
- Cazorla, J. (1983). Una perspectiva sociopolítica de la problemática metropolitana con particular atención al caso Latinoamericano. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 22, 7-25.
- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Explotación de la información estadística. Años 2000, 2008. www.eclac.org.
- Cervantes, R.C., Salgado de Snyder, V.N., y Padilla, A.M. (1989). Posttraumatic stress in immigrants from Central America and Mexico. *Hospital Community Psychiatry*, 40(6), 615-619.
- Chancón, Y. (2005). *Adolescentes en riesgo: procesos conductuales y registro de observación visual*. Suficiencia investigadora no publicada. Universidad del País Vasco.
- Chandola, T., y cols. (2004). Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan and the UK. *International Epidemiological Association*, 33(4), 884-893.
- Chant, S. y Craske, N. (2007). *Género en Latinoamérica*. México: Publicaciones de la casa Chanta.
- Chávez, J.C. (2004). *Introducción*. En J.C. Chávez (Comp.), *Perspectiva de género* (pp. 9-12). México: Plaza y Valdés.
- Chavez, N.R., y French, S.E. (1998). Ethnicity-related stressors and mental health in Latino Americans: the moderating role of parental racial socialization. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(9), 1974-1998.
- Chen, G.M., y Starosta, W.J. (1998). *Foundations of Intercultural Communication*. Boston: Allyn & Bacon.
- Chen, S.X., Benet-Martínez, V., y Bond, M.H. (2008). Bicultural identity, bilingualism, and psychological adjustment in multicultural societies: immigration-based and globalization-based acculturation. *Journal of Personality*, 76(4), 803-837.
- Chirkov, V.I. (2009). Critical Psychology of Acculturation: What do We Study and How do We Study it, When We Investigate Acculturation?. *International Journal of Intercultural Relations*, 33(2), 94-105.
- Choi, H.S., y cols. (2007). Standardization of the Korean version of patient health questionnaire-9 as a screening instrument for major depressive disorder. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*, 28(2), 114-119.

- Choi, J., y Thomas, M. (2008). Predictive factors of acculturation attitudes and social support among Asian immigrants in the USA. *International Journal of Social Welfare*, 18(1), 76-84.
- Choi, J.W., Miller, A., y Wilbur, J.E. (2009). Acculturation and depressive symptoms in Korean immigrant women. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11(1), 13-19.
- Choi, N., y Park, C.G. (2006). Understanding adolescent depression in ethnocultural context: updated with empirical findings. *Advances in Nursing Science*, 29(4), E1-E12.
- Chou, K.L. (2009). Pre-migration planning and depression among new migrants to Hong Kong: the moderating role of social support. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 85-93.
- Chow, H.P.H. (2005). Life satisfaction among university students in a Canadian prairie city: A multivariate analysis. *Social Indicators Research*, 70(2), 139-150.
- CIA. Central Intelligence Agency. Informes sobre derechos humanos y empleo. Años 2001, 2009, 2010. www.cia.gov.
- Cockerham, W.C. (2001). *Handbook of medical sociology*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Cohen, S., y Williamson, G.M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. En S. Spacapan y S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health* (pp. 31-67). Newbury Park, CA: Sage.
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M., y Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 307-315.
- Cowles, K.V. (1996). Cultural perspectives of grief: an expanded concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 287-294.
- Cox, T. (1993). Stress research and stress Management: putting theory to work. *HSE contract research report*, 61.
- Cox, T., y Mackay, C.J. (1982). Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the etiology and development of cancers. *Social Science and Medicine*, 16(4), 381-396.
- Crespo, M. y Labrador, F. (2003). *Estrés*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Cuéllar, I. (2000). Acculturation and mental health: Ecological transactional relations of adjustment. En I. Cuéllar y F.A. Paniagua (Eds.), *Handbook of multicultural mental health: assessment and treatment of diverse populations* (pp. 45-62). San Diego, CA: Academic Press.
- Cuéllar, I. (2002). Mexican-origin migration in the US and mental health consequences. JSRI Occasional Paper #40. The Julian Samora Research Institute. Michigan State University. East Lansing, Michigan.
- Cuéllar, I., Bastida, E., y Braccio, S.M. (2004). Residency in the United States, subjective well-being, and depression in an older Mexican-origin sample. *Journal of Aging and Health*, 16(4), 447-466.
- Cuéllar, I., y Roberts, R.E. (1997). Relations of depression, acculturation, and socioeconomic status in a Latino sample. *Hispanic Journal of Behaviour Science*, 19(2), 230-238.
- Dandy, J., y Pe-Pua, R. (2010). Attitudes to multiculturalism, immigration and cultural Diversity: comparison of dominant and non-dominant groups in three Australian states. *International Journal of Intercultural Relations*, 34(1), 34-46.
- Darvishpour, M. (2002). Immigrant women challenge the role of men: how the changing power relationship within Iranian families in Sweden intensifies family conflicts after immigration. *Journal of Comparative Family Studies*, 33(2), 271-296.
- Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- De la Rosa, M. (2002). Acculturation and Latino adolescents' substance abuse: a research agenda for the future. *Substance Use and Misuse*, 37(4), 429-485.
- De Leon Siantz, M.L. (1990). Correlates of maternal depression among Mexican-American migrant farmworker mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 3(1), 9-13.
- De Pedro, R. (2010). La diversidad como herramienta. Una experiencia multicultural en un grupo terapéutico. Comunicación presentada en el Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Migración, salud mental y transculturación en el siglo XXI. Barcelona, 30-31 de octubre y 1 de noviembre.
- Deighton, R.M., y Traue, H.C. (2005). Emotional inhibition and somatization across cultures. *International Review of Social Psychology*, 18(1/2) 109-140.
- Dervis, K. (2007). Prologo. En R.Mariani (Coord.), *Democracia, Estado, Ciudadanía: Hacia un Estado de y para la Democracia en América Latina*. Lima: Sede PNUD.

- Devereux, G. (1970). *Essaie d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion.
- Devrimci-Ozguven, H., Kundakci, N., Kumbasar, H., y Boyvat, A. (2000). The depression, anxiety, life satisfaction and affective expresión levels in psoriasis patients. *Journal of the European Academy of dermatology and venereology*, 14(4), 267-271.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J., y Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19(2), 286-294.
- Díaz, D., y cols. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicologico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). *Psicología del Mexicano. Descubrimiento de la Etnopsicología*. México: Trillas.
- Díaz-Perez, J., Farley, T., y Cabanis, C.M. (2004). A program to improve acces to health care among mexican immigrants in rural colorado. *Journal of Rural Health*, 20(3), 258-264.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (1995). A value based index for measuring national quality of life. *Social Indicators Research*, 36(2), 107-127.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E. y Lucas, R.E. (1999). Personality and subjective well-being. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-227). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E., Diener, M., y Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 851-864.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Oishi, S., y Lucas, R. (2003). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E., Sandvik, E., y Larsen, R. (1985). Age and sex effects for emotional intensity. *Developmental Psychology*, 21(3), 542-546.
- Diener, E., y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlatos of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Diener, E., y Suh, E.M. (2003). National differences in subjective well-being. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwartz (Eds.), *Well-being. The foundations of hedonic psychology* (pp. 434-450). New York: Russell Sage Foundation.
- Díez Nicolas, J. (2005). *Las dos caras de la inmigración*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Díez Nicolas, J. (2010). Construcción de un índice de Xenofobia-Racismo. *Ministerio del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 80, 21-38.
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., y Spietzer, R.L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679-686.
- Dion, K. y Dion, K. (2001) Gender and adaptation in immigrant families. *Journal of Social Issues*, 57(3), 511-521.
- Dise-Lewis, J.E. (1988). The life events and doping inventory: An assessment of stress in children. *Psychosomatic Medicine*, 50(5), 484-499.
- Dohrenwend, B.P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, 132(3), 477-495.
- Dohrenwend, B.S., Krasnoff, L., Askenasy, A.R., y Dohrenwend, B.P. (1978). The psychiatric epidemiology research interview life events scale. En L. Goldberg y S. Breznitz (Eds.) *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 332-363). Nueva York: Free Press.
- Dohrenwend, B.S., y Dohrenwend, B.P. (1974). *Stressful life events: their nature and effects*. New York: Wiley & Sons.
- Dohrenwend, B.S., y Dohrenwend, B.P. (1981). Life stress and illness: formulation of the issues. En B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events and their contexts* (vol. I, pp.1-27). New York: Prodist.
- Donnelly, P.L., y Kim, K.S. (2008). The patient health questionnaire (PHQ-9K) to screen for depressive disorders among immigrant Korean American elderly. *Journal of Cultural Diversity*, 15(1), 24-29.

- Dreier, S. (2000). Las mujeres latinoamericanas en Alemania: Su situación de vida. En B. Hernández (Ed.), *Las Mujeres Inmigrantes latinoamericanas en Alemania. Presencia e Invisibilidad* (pp. 17-23). Berlín: Bildungswerk.
- Dunn, M.G., y O'Brien, K.M. (2009). Psychological health and meaning in life. Stress, social support, and religious coping in Latina/Latino immigrants. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 31(2), 204-227.
- Dupuis, S.L., y Smale, B.J. (1995). An examination of relationship between psychological well-being and depression and leisure activity participation among older adults. *Society and Leisure*, 18(1), 67-92.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., De Corral, P., y Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. En W. Astudillo, E. Casado y C. Mendinueta (Eds.), *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad* (pp.337-359). San Sebastián: Sociedad Vasca de cuidados paliativos.
- Eisenbruch, M. (1984). Cross-cultural aspects of bereavement. II: A conceptual framework for comparative analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8(3), 283-309.
- Eisenbruch, M. (1990). The cultural bereavement interview: A new clinical research approach for refugees. *The Psychiatric Clinics of North America*, 13(4), 715-734.
- Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of southeast asian refugees. *Social Science and Medicine*, 33(6), 673-680.
- Eisenman, D.P., Gelberg, L., Liu, H., y Shapiro, M.F. (2003). Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence. *JAMA*, 290(5), 627-634.
- Eisikovits, R. (2000). Gender differences in cross-cultural adaptation styles of immigrants youths from the former USSR in Israel. *Youth and Society*, 31(3), 310-331.
- Ekman, P., y Friesen, W. V. (1969). The repertoire of nonverbal behavior: Categories, origins, usage, and coding. *Semiotica*, 1, 49- 98.
- Elgorriaga, E., Arnoso, A., Martínez-Taboada, C., y Otero, N. (2009). Estrés, salud mental y satisfacción con la vida en la población inmigrante; influencia del género y la cultura. *Actas del XI Congreso Nacional de Psicología Social. Sociedad, Trabajo y Medio Ambiente. Área temática, psicología comunitaria, calidad de vida y bienestar social* (pp. 301- 307).
- Elgorriaga, E., Martínez-Taboada, C., y Arnoso, A. (2007). Inmigración, afrontamiento psicosocial y emoción. En I. Etxebarria y cols., (Coords.), *Emoción y Motivación. Contribuciones actuales* (vol.I, pp. 289-298). Astigarraga, Gipuzkoa: Artes gráficas Michelena.
- Escobar, J.I., Hoyos, C., y Gara, M.A. (2000). Immigration and mental health: mexican americans in the United States. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(2), 64-72.
- Escribano, G., y Lorca, A. (2007). *Reforma económica en el Magreb: de la estabilización a la modernización*, 3. Real Instituto Elcano. Área: Mediterráneo y Mundo Árabe. www.realinstitutoelcano.org
- Etxebarria, I., Apodaca, P., Eceiza, A., Fuentes, M.J., y Ortiz, M.J. (2003). Diferencias de género en emociones y en conducta social en la edad escolar. *Psicothema*, 26(2), 147-161.
- EUROESTAT (2010). Bases de datos sobre desempleo. Comisión Europea. [whhttp://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=teilm020&tableSelection=1&plugin=1](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=teilm020&tableSelection=1&plugin=1).
- EUSTAT. Instituto Vasco de Estadísticas. Explotación de tablas estadísticas sobre migraciones. Año 2007 y 2009. www.eustat.net.
- Evans, D. (2002). *Emoción. La ciencia del sentimiento*. Madrid: Santillana ediciones generales.
- Falicov, C.J. (2002). Ambiguous loss: Risk and resilience in Latino families. En M. Suarez-Orozco y M. Paez (Eds.), *Latinos: Remaking America* (pp. 274-288). Berkeley: University of California Press.
- Farooq, S. y cols., (1995). Somatization: A transcultural study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(7), 883-888.
- Fernández de Pinedo, E. (2003). Desarrollo, crisis y reconversión de la siderurgia española a través de una empresa vizcaína, AHV (1929-1996). *Economías*, 54(3), 28-51.
- Fernández, I., Carrera, P., Sánchez, F. y Páez, D. (2002). Prototipos emocionales desde una perspectiva cultural. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 3, 115-125.
- Fernández, I., Zubietta, E., y Páez, D. (2001). Emocionarse en Latinoamérica. *International Journal of Social Sciences and Humanities*, 11(1), 29-53.

- Fernández-Kelly, M. P. (2005). Delicate transactions: Gender, home, and employment among Hispanic women. En M. Baca Zinn, P. Hondagneu-Sotelo y M. A. Messner (Eds.), *Gender Through the Prism of Difference* (pp. 313-322). New York: Oxford University Press.
- Finch, B.K., Kolody, B., y Vega, W.A. (2000). Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(3), 295-313.
- Finch, B.K., y Vega, W.A. (2003). Acculturation stress, social support, and self-rated health among Latinos in California. *Journal of Immigrant Health*, 5(3), 109-117.
- Finlay-Jones, R., y Brown, G.W. (1981). Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychological Medicine*, 11(4), 803-815.
- Fisher, C.B., Wallace, S.A., y Fenton, R.E. (2000). Discrimination distress during adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 29(6), 679-695.
- Flander, O. (2011). *Population and social conditions. Statistics in focus*. EUROSTAT. Recuperado el 19 de enero 2011. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-11-001/EN/KS-SF-11-001-EN.PDF.
- Flórez, I., Aguirre, I., e Ibarra, O. (2008). Salud mental en un colectivo de emigrantes en Palma de Mallorca. *Medicina Balear*, 23(2), 27-31.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Fourcade, B. (2006). Observatorios del empleo y la formación profesional en el Magreb. ¿Instrumentos para la reorientación del mercado de trabajo y la FP? *Revista Europea de Formación Profesional*, 37, 84-105.
- French, J.R.P., Caplan, R.D., y Van Harrison, R. (1982). *The mechanisms of job stress and strain*. Chichester: Wiley.
- Freud (1917/1974): *Duelo y melancolía*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fujita, F., Diener, E. y Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 427-434.
- Furnham, A. (1990). Expatriate stress: the problems of living abroad. En S. Fisher, y C. Cooper (Eds.), *On the Move: The Psychology of Change and Transition* (pp. 275-301). New York: Wiley.
- Furnham, A. (1997). Culture shock, homesickness and adaptation to a foreign culture. En A. L. Tilburg Miranda y J. J. M. A. Vingerhoets (Eds.), *Psychological aspects of geographical moves* (pp. 17-34). Tilburg: University Press Tilburg.
- Furnham, A. y Bochner, S. (1982). Social difficulty in a foreign culture: An empirical analysis of culture shock. En S. Bochner (Ed.), *Culture in contact: Studies in cross-culture interaction* (pp.161-198). Oxford: Pergamon Press.
- Furnham, A., y Bochner, S. (1986). *Culture shock: psychological reactions to unfamiliar environments*. London: Methuen.
- Furnham, A., y Shiekh, S. (1993). Gender, generational and social support correlates of mental health in Asian immigrants. *The International Journal of Social Psychology*, 39(1), 22-33.
- Galchenko, I., y van de Vijver, F.J.R. (2007). The role of perceived cultural distance in the acculturation of Exchange students in Russia. *International Journal of Intercultural Relations*, 31(2), 181-197.
- García Izquierdo, M. (1993). El estrés en contextos laborales: efectos psicológicos de los nuevos estresores. En J. Buendía (coord.), *Estrés y Psicopatología* (pp. 26-40). Ediciones Pirámide: Madrid.
- García-Campayo, J. (2002). Salud mental e inmigrantes: un nuevo desafío. *Medicina Clínica*, 118(5), 187-191.
- García-Campayo, J., Campos, R., Marcos, G., Pérez-Echeverría, M.J., y Lobo, A. (1996). Somatisation in primary care in Spain. I. Differences between somatisers and psychologisers. *British Journal of Psychiatry*, 168(3), 348-353.
- García-Campayo, J., y Sanz, C. (2000). Psiquiatría transcultural: el desafío de la psicósomática en el nuevo milenio. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 54, 5-6.
- García-Rodríguez, M. (2007). Introduction. Integrating New Migrants in the New Europe. A Challenge for Community Psychology. *II European Community Psychology Association Seminar*. Sevilla.
- Gaudet, S., Clément, R., y Deuzeman, K. (2005). Daily hassles, ethnic identity and psychological adjustment among Lebanese-Canadians. *International Journal of Psychology*, 40(3), 157-168.
- Ghuman, P. (1997). Assimilation or integration? A study of Asian adolescents. *Educational Research*, 39(1), 23-35.
- Gil, A.G., Vega, W.A., y Dimas, J.M. (1994). Acculturative stress and personal adjustment among Hispanic adolescent boys. *Journal of Community Psychology*, 22(1), 43-54.
- Gil, A.G., y Vega, W.A. (1996). Two different worlds: acculturation stress and adaptation among Cuban and Nicaraguan families. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13(3), 435-456.

- Glaesmer, H., Wittig, U., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R., y Rief, W. (2009). Are migrants more susceptible to mental disorders? *Psychiatrische Praxis*, 36(1), 16-22.
- Goicoechea, A. y Ramírez, F. (2002). Se fue, ¿a volver? Imaginarios, familia y redes sociales en la migración ecuatoriana a España (1997-2000), *Iconos*, 14, 32-45.
- Golding y Burnam (1990). Immigration, stress, and depressive symptoms in a Mexican-American community. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 161-171.
- Goldlust, J., y Richmond, A.H. (1974). A multivariate model of immigrant adaptation. *International Migration Review*, 8(2), 193-225.
- Goldstein, A.J., y Chambless, D.L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9(1), 47-59.
- Gómez Quintero, J.D. (2005). La emigración latinoamericana: contexto global y asentamiento en España. *Acciones e investigaciones sociales*, 21, 157-184.
- Gómez, C.A., Hernández, M., y Faigeles, B. (1999). Sex in the New World: An empowerment model of HIV prevention in Latina immigrant women. *Health, Education and Behavior*, 26(2), 200-212.
- Gómez, S. O. (2003). Atlas de historia de América. México: Limusa.
- González de Rivera, J.L. (1991). Factores de estrés y vulnerabilidad a la enfermedad. *Monografías de Psiquiatría*, 3(3), 35-40.
- González de Rivera, J.L., y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1), 7-11.
- González, H.M., Haan, M.N., y Hinton, L. (2001). Acculturation and the prevalence of depression in older Mexican Americans: baseline results of the Sacramento area Latino study on aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(7), 948-953.
- González, M. (2002). Ética y formación universitaria. *Revista Iberoamericana*, 29(1), 85-104.
- González, M.T., y Landero, R. (2007). Factor structure of the perceived stress scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- González, V. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social*, 7, 77-97.
- Gordon, M.M. (1964). *Assimilation in American life*. New York: Oxford University Press.
- Gracia, D., y Lázaro, J. (1992). Historia de la psiquiatría. En J.L. Ayuso y L. Salvador (Dir.), *Manual de psiquiatría* (pp. 17-31). Madrid: McGraw-Hill, Interamericana de España.
- Graves, N., y Graves, T. (1985, 1987). *Cooperative learning: A resource guide*. Santa Cruz, CA: International Association for the Study of Cooperation in Education.
- Graves, T. (1967). Psychological acculturation in a tri-ethnic community. *South-Western Journal of Anthropology*, 23, 337-350.
- Gregorio, C. (1997). El estudio de las migraciones internacionales desde la perspectiva del género. *Migraciones*, 1, 145-175.
- Gregorio, C. (1998). Inmigración, identidad de género y choque cultural: el caso de las mujeres dominicanas. *OFRIM Suplementos*, 3, 161-174.
- Gregorio, C., y Ramírez, A. (2000). ¿En España es diferente?: la inmigración femenina y los cambios en la concepción del trabajo. *Papers. Revista de Sociología*, 60, 257-273.
- Grzywacz, J.G., Hovey, J.D., Seligman, L.D., Arcury, T.A., y Quandt, S.A. (2006). Evaluating short-form versions of the CES-D for Measuring depressive symptoms among immigrants from Mexico. *Hispanic Journal of Behavioural*, 28(3), 404-424.
- Guarnaccia, P.J., y López, S.R. (1998). The mental health and adjustment of immigrant and refugee children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 7(3), 537-553.
- Gudykunst, W.B. (1988). Uncertainty and anxiety. En Y.Y. Kim y W.B. Gudykunst (Eds.), *Theories in intercultural communication: International and intercultural communication annual*: (vol. 12, pp. 123-156). Beverly Hills, CA: Sage.
- Gudykunst, W.B. (1993). Toward a theory of effective interpersonal and intergroup communication: An anxiety/uncertainty management perspective. En R.L. Wiseman & J. Koester (Eds). *Intercultural Communication Competence* (pp.33-71). Newbury Park, CA: Sage.
- Gudykunst, W.B. (1995). Anxiety uncertainty management (AUM) theory: Current status. En R. Wiseman (Ed.), *Intercultural communication theory* (pp. 8-58). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gudykunst, W.B. (1998). Applying anxiety/uncertainty management (AUM) theory to intercultural adaptation training. *International Journal of Intercultural Relations*, 22(2), 227-250.

- Gudykunst, W.B. (2004). *Bridging differences: effective intergroup Communications*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Gudykunst, W.B., Guzley, R.M., y Hammer, M.R. (1996). Designing intercultural training. En D. Landis y R. S. Bhagat (Eds.), *Handbook of intercultural training* (pp. 61-80). California: Sage.
- Gudykunst, W.B., Hammer, M.R., y Wiseman, R.L. (1977). An analysis of an integrated approach to cross-cultural training. *International Journal of Intercultural Relations*, 1(2), 99-110.
- Gudykunst, W.B., y Hammer, M.R. (1983). Basic training design: approaches to intercultural training. En D. Landis y R. Brislin (Eds.), *Handbook of intercultural training: issues in theory and design* (Vol. 1, pp. 118-154). New York: Pergamon.
- Gudykunst, W.B., y Ting-Toomey, S. (1988). *Culture and Intercultural Communication*. London: Sage.
- Guendelman, S., English, P.B., y Chavez, G. (1995). Infants of Mexican Immigrants: Health Status of an Emerging Population. *Medical Care*, 33(1), 41-52.
- Guendelman, S., y Abrams, B. (1994). Dietary, alcohol, and tobacco intake among Mexican-American women of childbearing age: results from HANES data. *American Journal of Health Promotion*, 8(5), 363-372.
- Gullahorn, J.T., y Gullahorn, J.E. (1963). An Extension of the U-Curve Hypothesis. *Journal of Social Issues*, 19(3), 33-47.
- Gureje, O., Simon, G.E., Ustun, T.B., y Goldberg, D.P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 989-995.
- Haberfeld, Y., Semyonov, M., y Cohen, Y. (2000). Ethnicity and labour market performance among recent immigrants from the Former soviet union to Israel. *European Sociological Review*, 16(3), 287-299.
- Hall, E.T. (1976). *Beyond culture*. New York: Doubleday.
- Halperin, T. (2002). América Latina independiente: economía y sociedad. En T. Halperin y cols. (Ed.), *Historia económica de América Latina: desde la independencia a nuestros días* (pp. 9-48). Barcelona: Crítica.
- Hammer, M. R. (1987). Behavioral dimensions of intercultural effectiveness: A replication and extension. *International Journal of Intercultural Relations*, 11(1), 65-88.
- Harris, A.C., y Verven, R. (1996). The Greek-American acculturation scale: Development and validity. *Psychological Reports*, 78(5), 599-610.
- Harris, M. (1998). *Antropología cultural*. Madrid: Alianza editorial.
- Haslberger, A. (2007). Gender differences in expatriate adjustment. Trabajo presentado en el 67º Annual Meeting of the Academy of Management, Philadelphia, Estados Unidos.
- Hayfron, J.E. (2002). Panel estimates of the earnings gap in Norway: do female immigrants experience a double earnings penalty? *Applied Economics*, 34(12), 1441-1452.
- Headey, B., Kelley, J. y Waring, A. (1993). Dimensions of Mental Health: Life Satisfaction, Positive Affect, Anxiety and Depression. *Social Indicators Research*, 29, 63-82.
- Heine, S. J., Lehman, D. R., Markus, H. R., y Kitayama, S. (1999). Is there a universal need for positive self-regard?. *Psychological Review*, 106(4), 766-794.
- Hernández, S., Pozo, C., Alonso, E., y Martos, J.M. (2005). Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. *Anales de Psicología*, 21(2), 304-315.
- 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.
- Herrero, M., González, E., Valverde, T., y Caballero, L. (2001). Utilización del Cuestionario PRIME-MD para la detección de trastornos mentales en mujeres inmigrantes iberoamericanas e hispanohablantes. *Medicina Clínica*, 117(18), 716-717.
- Hill, V. (2000). *Handbook of stress, coping and health. Implications for nursing research, theory and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hiott, A.E., Grzywacz, J.G., Arcury, T.A., y Quandt, S.A. (2006). Gender Differences in Anxiety and Depression Among Immigrant Latinos. *Family, Systems and Health*, 24(2), 136-147.
- Hiott, A.E., Grzywacz, J.G., Davis, S.W., Quandt, S.A., y Arcury, T.A., (2008). Migrant farmworker stress: mental health implications. *Journal of Rural Health*, 24(1), 32-39.
- Hofstede, G. (1984). *Culture's consequences. International differences in work-relates values*. Newbury Park, CA: Sage Publication.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and Organizations. Software of the mind*. Londres: McGraw-Hill.
- Hofstede, G. (1999). *Culturas y Organizaciones. El software mental*. Madrid: Alianza Editorial.

- Holmes, T.H., y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Holmes, T.S., y Holmes, T.H. (1970). Short-term intrusions into the life style Soutine. *Journal of Psychosomatic Research*, 14(2), 121-132.
- Hoover, C.R. (1999). Somatization disorders. En E.J. Kramer, S.L. Ivey, y Y.W. Ying (Eds.), *Immigrant women's health: problems and solutions* (pp. 233-241). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hoppe, S.K., Garza-Elizondo, T., Leal-Isla, C., y Leon, R.L. (1991). Mental disorders among family practice patients in the United States-Mexico border region. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 26(4), 178-182.
- Horenczyk, G. (1996). Migrant identities in conflict: Acculturation attitudes and perceived acculturation ideologies. En G. Breakwell y E. Lyons (Eds.), *Changing European identities: social psychological analyses of social change* (pp. 241-250). Oxford, UK: Buttenvorth-Heinmann.
- Horesh, N., Sever, J., y Apter, A. (2003). A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 277-283.
- Horowitz, M., Schaefer, C., Hiroto, D., Wilner, N., y Levin, B. (1977). Life event questionnaires for measuring presumptive stress. *Psychosomatic Medicine*, 39(6), 413-431.
- Hottola, P. (2004). Culture confusion. Intercultural adaptation in tourism. *Annals of Tourism Research*, 31(2), 447-466.
- Hovey, J.D. (2000). Psychosocial predictors of acculturative stress in Mexican immigrants. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 134(5), 490-502.
- Hovey, J.D. (2001). Correlates of migrant farmworker stress among migrant farmworkers in Michigan. *Migrant Health Newslines*, 18(4), 5-6.
- Hovey, J.D., y King, C.A. (1996). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second-generation Latino adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1183-1192.
- Hovey, J.D., y Magaña, C.G. (2000). Acculturative stress, anxiety, and depression among Mexican immigrant farmworkers in the Midwest United States. *Journal of Immigrant Health*, 2(3), 119-131.
- Hovey, J.D., y Magaña, C.G. (2002). Psychosocial predictors of anxiety among immigrant Mexican migrant farmworkers: Implications for prevention and treatment. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8(3), 274-289.
- Hunt, L.M., Schneider, S., y Comer, B. (2004). Should "acculturation" be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. *Social Sciences and Medicine*, 59(5), 973-986.
- Hurt, W.M., y Kim, K.C. (1990). Adaptation stages and mental health of Korean male immigrants in the United States. *International Migration Review*, 24, 456-479.
- Ikuspegi. (2007). Barómetro Ikuspegi: Percepciones y actitudes hacia la inmigración extranjera. *Panorámica de la inmigración*, 18. Observatorio Vasco de Inmigración.
- Ikuspegi. (2008). Observatorio Vasco de Inmigración. Estadísticas, tablas predefinidas. www.ikuspegi.org.
- Ikuspegi. (2010). Barómetro Ikuspegi: Percepciones y actitudes hacia la inmigración extranjera. *Panorámica de la inmigración*, 36. Observatorio Vasco de Inmigración.
- INE. Instituto Nacional de Estadística. Explotación estadística del Padrón Municipal. Años, 1996, 2001, 2006, 2008, 2009, 2010. www.ine.es
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton: Princeton University Press.
- Inkeles, A., y Smith, D.H. (1970). The fate of personal adjustment in the process of modernization. *International Journal of Comparative Sociology*, 11(2), 81-114.
- Irfaeia, M., Maxwell, A.E., y Krämer, A. (2008). Assessing psychological stress among Arab migrante women in the city of Cologne/Germany using the community oriented primary care (COPC) approach. *Journal of Immigrant Minority Health*, 10(4), 337-344.
- Izard, C.E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Izquierdo, A. (2000). El proyecto migratorio de los indocumentados según género. *Papers*, 60, 225-240.
- Izquierdo, A. (2002). Panorama de la inmigración en España al alba del siglo XXI. En M. Pimentel (Coord.), *Procesos migratorio, economía y personas* (pp.247-264). Almería: Instituto de Estudios de Cajamar.
- Izquierdo, Antonio; López de Lera, Diego y Martínez, Raquel (2002). Los preferidos del siglo XXI: La inmigración latinoamericana en España. En F.J. García Castaño y C. Muriel (Eds.) *La inmigración en España. Contextos y alternativas* (pp. 237-249). Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales.

- Izzard, W. (1985). Migrants and mothers: case-studies from Botswana. *Journal of Southern African Studies*, 2(2), 258-280.
- Jaber, L.A. y cols. (2003). Lack of acculturation is a risk factor for diabetes in Arab immigrants in the U.S. *Diabetes Care*, 26(7), 2010-2014.
- Jang, Y., Chiriboga, A., Kim, G., y Cho, S. (2009). Changes in perceived health and depressive symptoms: a longitudinal analysis with older Korean Americans. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11(1), 7-12.
- Jasinskaja-Lahti, I., Liebkind, K., y Perhoniemi, R. (2006). Perceived discrimination and well-being: a victim study of different immigrant groups. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 16(4), 267-284.
- Jerusalem, M. y Kleine, D. (1991). Anxiety in east german migrants: prospective effects of resources in a critical life transition. *Anxiety Research*, 4, 15-25.
- Johnson, J.H., y Bradlyn, A.S. (1988). Life events and adjustment in childhood and adolescence: Methodological and conceptual issues. En L.H. Cohen (Ed.), *Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues* (pp. 64-95). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Jones, J. M. (2002). Toward a cultural psychology of African Americans. En W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, y D. N. Sattler (Eds.), *Online Readings in Psychology and Culture* (Unidad 3, Capítulo 1), (<http://www.wvu.edu/~culture>). Washington, USA: Center for Cross-Cultural Research, Western Washington University.
- Jones-Correa, M. (1998). Different paths: gender, immigration and political participation. *International Migration Review*, 32(2), 326-349.
- Kalin, R., y Berry, J.W. (1996). Interethnic attitudes in Canada: Ethnocentrism, consensual hierarchy and reciprocity. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 28(4), 253-261.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Kellner, R. (1991). *Psychosomatic Syndromes and Somatic Symptoms*. Washington DC. American Psychiatric Press.
- Kelly, J. y Hustson-Comeaux, S. (1999). Gender-emotion stereotypes are context specific. *Sex Roles*, 40(1), 107-120.
- Kendler, K.S. (2004). Major depression and generalised anxiety disorder: same genes, (partly) different environments-revisited. *American Psychiatric Association*, 2(3), 416-425.
- Kendler, K.S., Hettema, J.M., y Butera, F. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 789-796.
- Kennard, B.D., Mahtani, S. S., Hughes, J. L., Patel, P. G., y Emslie, G. J. (2006). Cognitions and depressive symptoms among ethnic minority adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12(3), 578-591.
- Kessler, R.C. (2000). Gender differences in major depression: epidemiological findings. En E. Frank (Ed.), *Gender and its effects on psychopathology* (pp.61-84). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kessler, R.C., Mickelson, K.D., y Williams, D.R. (1999). The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(3), 208-230.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C.L.M., Shmotkin, D. y Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Keyes, C.L.M., y Ryff, C.D. (2003). Somatization and mental health: a comparative study of the idioma of distress hypothesis. *Social Science and Medicine*, 57(10), 1833-1845.
- Khachani, M. (2004). La cuestión migratoria en las relaciones euromagrebíes. En G. Aubarell y R. Zapata (Eds.) *Immigración y procesos de cambio: Europa y el Mediterráneo en el contexto global*, (pp. 105-132). Barcelona: Icaria.
- Khuwaja, S.A., Selwyn, B.J., Kapadia, A., McCurdy, S., y Khuwaja A. (2007). Pakistani Ismaili Muslim adolescent females living in the United States of America: stresses associated with the process of adaptation to US Culture. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9(1), 35-42.
- Kim, Y.Y., y Gudykunst, W.B. (1987). *Cross-cultural adaptation. Current approaches*. Newbury Park: Sage.
- Kim-Godwin, Y.S. (2004). Maternity care considerations for new mothers from non-western cultures. *International Doula*, 11(3), 12-15.

- Kim-Godwin, Y.S., y Bechtel, G. (2004). Stress among migrant and seasonal farmworkers in rural Southeast North Carolina. *Journal of Rural Health, 20*(3), 271-278.
- Kirkcaldy, B.D., Siefen, R.G., Wittig, U., Schüller, A., Brähler, E., y Merbach, M. (2005). Health and emigration: subjective evaluation of health status and physical symptoms in Russian-speaking migrants. *Stress and Health, 21*(5), 295-309.
- Kirmayer, L.J., y Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine, 60*(4), 420-430.
- Kleinman, A. y Kleinman, J. (1986). Somatization: the interconnections among culture, depressive experiences, and the meaning of pain. En A. Kleinman, B. Good y C.A. Berkeley (Eds.), *Culture and Depresión* (pp. 429-490). CA: University of California Press.
- Kleinman, A., y Good, B. (1985). Introduction: Culture and depression. En A. Kleinman y B. Good (Eds.), *Culture and Depression* (pp. 1-13). Berkeley: University of California.
- Klüber-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Koneru, V.K., Weisman de Mamani, A.G., Flynn, P.M., y Betancourt, H. (2007). Acculturation and mental health: current findings and recommendations for future research. *Applied and Preventive Psychology, 12*(2), 76-96.
- Kraaij, V., y Wilde, E.J. (2001). Negative life events and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective. *Aging and Mental Health, 5*(1), 84-91.
- Krause, N. (2004). Common facets of religion, unique facets of religion and life satisfaction among older African Americans. *The Journals of Gerontology Series: series B, 59*(2), 109-117.
- Kress, V.E.W., Eriksen, K.P., Rayle, A.D., y Ford, S.J.W. (2005). The DSM-IV-TR and culture: considerations for counselors. *Journal of Counselling and Development, 83*(1), 97-104.
- Krieger, N., y Sidney, S. (1996). Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA study of young black and white adults. *American Journal of Public Health, 86*(10), 1370-1378.
- Krishnan, A., y Berry, J.W. (1992). Acculturative stress and acculturation attitudes among Indian immigrants to the United States. *Psychology Developing Societies, 4*(2), 187-212.
- Kroeber, A. y Kluckhohn, C. (1952) *Culture*. New York: Meridian Books.
- Kurman, J., y Ronen-Eilon, C. (2004). Lack of knowledge of a culture's social axioms and adaptation difficulties among immigrants. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 35*(2), 198-208.
- Kurz, B., Malcolm, B., y Cournoyer, D. (2005). In the shadow of race: immigrant status and mental health. *Allilia, 20*(4), 434-447.
- Labrador, J. (2001). *Identidad e inmigración. Un estudio cualitativo con inmigrantes peruanos en Madrid*, Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Lagarde, M. (1993). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lahelma, E., Arber, S., Kivela, D., y Roos, E. (2002). Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Social Science and Medicina, 54*(5), 727-740.
- Lamas, M. (1997). *La perspectiva de género, una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres*. México: DIF-UNICEF.
- Landrine, H., y Klonoff, E. A. (1996). The Schedule of Racist Events: A measure of racial discrimination and a study of its negative physical and mental health consequences. *Journal of Black Psychology, 22*(2), 144-168.
- Lasa, J.J. y Martínez, P. (1970). *Síndromes Psicopatológicos condicionados por la inmigración y emigración*. San Sebastián: Imprenta de la Diputación Foral de Guipúzcoa.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1986). The psychology of stress and coping. En C.D. Spielberger y I.G. Sarason (Eds.). *Stress and anxiety: A source book of theory and research* (vol. 10, pp.399-418). Washington, DC: Hemisphere.
- Lazarus, R.S. (1992). Thoughts on the relation between emotion and cognition. *American Psychologist, 37*(9), 1019-1024.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S. (2007). Stress and emotions: a new synthesis. En A. Monat, R.S. Lazarus, y G. Reevy (Ed.). *The praeger handbook on stress and coping* (pp. 33-51). Connecticut: Praeger publishers.
- Lazarus, R.S., y Cohen, J.B. (1977). Environmental stress. En L. Altman y J.F. Wohlwill (Eds.), *Human behavior and environment: current theory and research* (pp. 89-127). New York: Plenum.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

- Le Moal, M. (2007). Historical approach and evolution of the stress concept: A personal account. *Psychoneuroendocrinology*, 32(1), 3-9.
- Lee, C.C., y Cochran, L.R. (1988). Migration problems of Chinese women. *Canadian Journal of Counseling*, 22(4), 202-211.
- Lee, E.K.O. (2007). Religion and spirituality as predictors of well-being among chinese american and korean american older adults. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, 19(3), 77-100.
- Lee, J.S., Koeske, G.F., y Sales, E. (2004). Social support buffering of acculturative stress: a study of mental health symptoms among Korean international students. *International Journal of Intercultural Relations*, 28(5), 399-414.
- Leibovich de Duharte, A. (2000). La dimensión ética de la investigación psicológica. *Investigaciones en psicología*, 5(1), 41-61.
- Leung, K., y Bond, M.H. (1989). On the empirical identification of dimensions for cross-cultural comparison. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 20(2), 133-151.
- Leung, K., y Zhang, J. (1996). Systemic considerations: Factors facilitating and impeding the development of psychology in developing countries. *International Journal of Psychology*, 30(6), 693-706.
- Levine, D., y Adelman, M. (1993). *Beyond Language: cross-cultural communication*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Levine, S. (1985). A definition of stress. En G.P. Moberg (Ed.), *Animal stress* (pp. 51-69). Bethesda: American physiological society.
- Levine, S., y Ursin, H. (1991). What is stress?. En M.R. Brown, G.F. Koob, C. Rivier (Eds.), *Stress: Neurobiology and neuroendocrinology*, (pp. 3-21). New York: Marcel Dekker.
- Lewinsohn, P., Redner, J., y Seeley, J. (1991). The relationship between life satisfaction and psicosocial variables: new perspectives. En F. Strack, M.Argyle y N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: an interdisciplinary perspective* (pp. 141-172). Oxford: Pergamon Press.
- Leza, J.C. (2005). Mecanismos de daño cerebral inducido por estrés. *Ansiedad y Estrés*, 11(2/3), 123-140.
- Liebkind, K. (1996). Acculturation and stress: Vietnamese refugees in Finland. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 27(2), 161-180.
- Liebkind, K., y Jasinskaja-Lahti, I. (2000a). The influence of experiences of discrimination on psychological stress: a comparison of seven immigrant groups. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10(1), 1-16.
- Liebkind, K., y Jasinskaja-Lahti, I. (2000b). Acculturation and psychological well-being among immigrant adolescent in Finland: a comparative study of adolescents from different cultural backgrounds. *Journal of Adolescent Research*, 15(4), 446-469.
- Lin, E.H., Carter, W.B., y Kleiman, A.M. (1985). An exploration of somatization among Asian refugees and immigrants in primary care. *American journal of public health*, 75(9), 1080-1084.
- Lipszyc, C. (2004). Feminización de las migraciones: sueños y realidades de las mujeres migrantes en cuatro países de América Latina. En M. Del Carmen Viñas, Cecilia Cortes, Cecilia Lipszyc y Gloria Camacho (Eds.), *Mujeres: retos actuales* (pp.65-92). Barcelona: Diputacio Barcelona.
- Livingston, I.L., Neita, M., Riviere, L., y Livingston, S.L. (2007). Gender, acculturation stress and Caribbean immigrants´ health in the United States of America: an exploratory study. *West Indian Medical Journal*, 56(3), 213-222.
- Lonner, W.J. (1994). Culture and human Diversity. En E.J. Trickett, R.J. Watts y D. Birman (Eds.), *Human diversity: Perspectives on people in context* (pp. 230-243). San Francisco: Jossey-Bass.
- Lonner, W.J., e Ibrahim, F.A. (2002). Appraisal and assessment in cross-cultural counseling. En P.B. Pedersen, W.J. Draguns, W.J. Lonner, y J.E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (pp. 355-381). Thousand Oaks: Sage.
- López de Lera, D. (1995). La inmigración en España a fines del siglo XX. Los que vienen a trabajar y los que vienen a descansar. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71-72, 225-245.
- López, F., Apodaca, P., Etxebarria, I., Fuentes, M. J. y Ortiz, M. J. (1998). Conducta prosocial en preescolares. *Infancia y Aprendizaje*, 82, 45-61.
- López, J., y Belloch, A. (2000). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 73-93
- Lowenstein, A., Katz, R., and Gur-Yaish, N. (2007). Reciprocity in parent-child exchange and life satisfaction among the Elderly: a cross-national perspective. *Journal of Social Issues*, 63(4), 865-883.

- Lowenstein, A., y Katz, R. (2005). Living arrangements, family solidarity and life satisfaction of two generations of immigrants in Israel. *Ageing and Society*, 25(5), 749-767.
- Lucas, R. E., Diener, E., y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628.
- Luft, C.D., Sanches, S.O., Mazo, G.Z., y Andrade, A. (2007). Brazilian version of the perceived stress scale: translation and validation for the elderly. *Revista de saúde pública*, 41(4), 606-615.
- Lyon, B.L. (2000). Stress, coping and health. A conceptual overview. En V. Hill (Ed.), *Handbook of stress, coping, and health. Implications for nursing research, theory, and practice* (pp. 3-26). Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Lysgaard, S. (1955). Adjustment in a foreign society: Norwegian Fulbright grantees visiting the United States. *International Social Science Bulletin*, 7, 45-51.
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- MacGeorge, E.L., Graves, A.R., Feng, B., Gillihan, S.J., y Bureson, B.R. (2004). The myth of gender cultures: Similarities outweigh differences in men's and women's provision of and responses to supportive communication. *Sex Roles*, 50(3/4), 143-175.
- Magaña, C.G. y Hovey, J.D. (2003). Psychosocial stressors associated with Mexican migrant farm workers in the Midwest United States. *Journal of Immigrant Health*, 5(2), 75-86.
- Mak, W.W., y Zane, N.W. (2004). The phenomenon of somatization among community Chinese Americans. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 39(12), 967-974.
- Markus, H., y Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.
- Martín Ortiz, R., Godoy, C., Moro López, A., y Hernández Monsalve, M. (2003). Pacientes somatizados en Atención Primaria. Del reconocimiento del síntoma a la intervención sin yatrogenia (II). *Semergen*, 29(8), 420-434.
- Martín, G. (2001). ¿Supuesta confrontación Islam y Occidente o el problema de la supremacía occidental? *Revista Internacional de Filosofía Política*, 17, 101-116
- Martínez, M.C., Paterna, C., López, J.A., y Martínez, J.M. (2007). Autoestima colectiva y aculturación en inmigrantes ecuatorianos. *Apuntes de Psicología*, 25(1), 67-78.
- Martínez, M.F., García, M., y Maya, I. (1999). El papel de los recursos sociales naturales en el proceso migratorio. *Intervención Psicosocial*, 8(2), 221-232.
- Martínez, M.F., García, M., y Maya, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13(4), 605-610.
- Martínez, M.F., García, M., y Maya, I. (2002). Social support and locus of control as predictors of psychological well-being in Moroccan and Peruvian immigrant women in Spain. *International Journal of Intercultural Relations*, 26(3), 287-310.
- Martínez-Taboada, C., Arnosó, A., Iribarren, A., Luquin, E., y Otero, N. (2004). Inmigración e intervención comunitaria. En A. Sánchez Vidal, A. Zambrano, y M. Palacín, (Eds), *Psicología comunitaria europea: comunidad, poder, ética y valores*, (pp. 225-236). Barcelona: Publicaciones UB.
- Martínez-Taboada, C., Arnosó, A., y Elgorriaga, E. (2005). Inmigración, duelos, encuentros y cultura. *Boletín Sociedad Española de Psicoterapia y técnicas de grupo*, 23, 99-113.
- Martínez-Taboada, C., Arnosó, A., y Elgorriaga, E. (2006). *Estudio del Choque Psicosocial de la población inmigrada a Donostia*. San Sebastián: Ayuntamiento de San Sebastián.
- Martínez-Taboada, C., Arnosó, A., y Elgorriaga, E. (2008). *Inmigración y gestión del conocimiento: nosotros, vosotros, ellos, nuevas formas de relación social en Gipuzkoa*. Proyecto no publicado. San Sebastian: Diputación foral de Guipúzcoa.
- Masgoret, A.M., y Gardner, R.C. (1999). A causal model of spanish immigrant adaptation in Canada. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 20(3), 216-236.
- Masgoret, A.M., y Ward, C. (2006). Culture learning approach to acculturation. En D.L. Sam y J.W. Berry (Eds.), *The Cambridge handbook of acculturation* (pp. 58-77). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mason, J.W. (1968). A review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenal cortical system. *Psychosomatic Medicine*, 30(5), 576-607.
- Mason, J.W. (1971). A re-evaluation of the concept of non-specificity in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8(3/4), 323-333.

- Mason, J.W. (1975). A historical view of the stress field. *Journal of Human Stress*, 1(1), 6-12.
- Masuda, M., y Holmes, T.H. (1967). The social readjustment ratings scale: a cross-cultural study of Japanese and American. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 227-233.
- Masuda, M., y Holmes, T.H. (1978). Life events: perceptions and frequencies. *Psychosomatic Medicine*, 40(3), 236-261.
- Mateos, A., y Moral, F. (2000). *Europeos e inmigrantes. La Unión Europea y la inmigración extranjera desde la perspectiva de los jóvenes*. Madrid: CIS.
- Matheny, K., Roque-Tovar, E., y Corlette, W. (2008). Perceived stress, coping resources, and life satisfaction among US and Mexican college students: A cross-cultural study. *Anales de psicología*, 24(1), 49-57.
- Matsumoto, D. (2001). Culture and emotion. En D. Matsumoto (Ed.), *The handbook of culture and psychology* (pp. 171-194). New York: Oxford University Press.
- Matsumoto, D., Hirayama, S., y LeRoux, J. A. (2006). Psychological skills related to intercultural adjustment. En P.T.P., Wong, y L.C.J. Wong, (eds.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp. 387-405). New York: Kluwer Academic.
- McCrae, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses: lost, threat and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 919-928.
- McGrath, J.E. (1976). Stress and behavior in organizations. En M.D. (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 1351-1395). Chicago: Rand McNally.
- Medina, X. (1997). Emigrantes y emigrados: las migraciones vascas en el siglo XX. En Xabier Medina (comp), *Los otros vascos. Las migraciones vascas en el siglo XX* (pp. 105-127). Madrid: Fundamentos.
- Mestre, V., Frías, M. D., y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260.
- Mikelarena, F. (1993). El proceso de urbanización en el País Vasco peninsular entre 1860 y 1930. *Cuadernos de Sección Historia-geografía de Eusko Ikaskuntza*, 21, 413-434.
- Miller, A.M., Sorokin, O., Wang, E., Feetham, S., Choi, M., y Wilbur, J. (2006). Acculturation, social alienation, and depressed mood in midlife women from the Former Soviet Union. *Research in Nursing and Health*, 29(2), 134-146.
- Miller, A.M., Sorokin, O., Wilbur, J., y Chandler, J. (2004). Demographic characteristics, menopausal status, and depression in midlife immigrant women. *Women's Health Issues*, 14(6), 227-234.
- Miller, D. (1999). *Principles of Social Justice*. London: Harvard University Press.
- Miller, M.A., y Rahe, R.H. (1995). Life changes scaling for the 1990s. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(3), 279-292.
- Mimura, C., y Griffiths, P. (2008). A Japanese version of the perceived stress scale: cross-cultural translation and equivalence assessment. *BMC psychiatry*, 8(85), 1-7.
- Miranda, A.O., y Matheny, K.B. (2000). Socio-psychological predictors of acculturative stress among Latino adults. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(4), 306-318.
- Miranda, A.O., y Umhoefer, D.L. (1998). Acculturation, language use, and demographic variables as predictors of the career self-efficacy. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 26(1), 39-52.
- Miranda, J., Siddique, J., Belin, T.R., y Kohn-Wood, L.P. (2005). Depression prevalence in disadvantaged young Black women: African and Caribbean immigrants compared to US-born African Americans. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 40(4), 253-258.
- Moghaddam, F.M. (1992). Assimilation et multiculturalisme: le cas des minorités au Québec. *Revue québécoise de psychologie*, 13(1), 140-157.
- Moghaddam, F.M., Taylor, D.M., y Lalonde, R.N. (1987). Individualistic and collective integration strategies among Iranians in Canada. *International Journal of Psychology*, 22(3), 301-313.
- Moghaddam, F.M., Taylor, D.M., y Wright, S.C. (1993). *Social psychology in cross cultural perspective*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Moghaddam, F.M., y Perreault, S. (1991). Individual and collective mobility strategies among minority group members. *Journal of Social Psychology*, 132(3), 343-357.
- Mogollón, A.S. y Vázquez, M.L. (2006). Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gaceta Sanitaria*, 20(4), 260-265.
- Molero, F. (2002). Cultura y liderazgo una relación multifacética. *Boletín de Psicología*, 76, 53-75.

- Monat, A., Lazarus, R., y Reevy, G. (2007). *The Praeger Handbook on Stress and Coping*. Westport, Conn: Praeger.
- Monroe, S.M., y Peterman, A.M. (1988). Life stress and psychopathology. En L. Cohen (Ed.), *Life events and psychological functioning. Theoretical and methodological issues* (pp. 31-63). EEUU: Sage.
- Montero, I. y cols., (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 175-181.
- Montreuil, A., y Bourhis, R.Y. (2004). Acculturation orientations of competing host communities toward valued and devalued immigrants. *International Journal of Intercultural Relations*, 28(6), 507-532.
- Moreno-Jiménez, B., y cols. (2008a). *Acoso psicológico en el trabajo a mujeres inmigrantes: formas, causas y consecuencias*. Proyecto de investigación. Universidad autónoma de Madrid.
- Moreno-Jiménez, M.P., Arias, L. y Ríos, M.L. (2008b). *Satisfacción con la vida en inmigrantes: ¿qué les afecta?* Trabajo presentado en el XI congreso de inmigración: las migraciones en el mundo. Almería.
- Moro, M.R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migration*. Paris: P.U.F. (2 edición, 2001).
- Moro, M.R. (2004). ¿Porqué crear dispositivos específicos para los inmigrantes y sus niños? La experiencia francesa. *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 4, 69-80.
- Moro, M.R. (2004). La Clinique transculturelle. En M.R. Moro, Q. de la Noë, y Y. Mouchenik (Eds). *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*. Grenoble: La pensée sauvage.
- Moro, M.R. (2009). ¿Don Quijote o Ulises? Por una clínica transcultural con los inmigrantes y sus hijos en Europa y en el mundo. Bobigny. Association Internationale d'EthnoPsychanalyse. Recuperado el 2 de febrero de 2010. http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/moro_don_quijote_o_ulises.pdf
- Moro, M.R., y Lachal, C. (1996). *Introduction aux psychothérapies*. Paris: Nathan (coll. 128).
- Moro, M.R., y Lachal, C. (1996). *Introduction aux psychothérapies*. Paris: Nathan. (coll. 128).
- Moro, M.R., y Lachal, C. (2006). *Les psychothérapies. Modèles, méthodes et indications*. Paris: Armand Colin.
- Morrison, M, y James, S. (2009). Portuguese immigrant families: the impact of acculturation. *Family Process*, 48(1), 151-166.
- Mui, A.C., y Kang, S.Y. (2006). Acculturation stress and depression among Asian immigrant elders. *Social Work*, 51(3), 243-255.
- Muñoz de Bustillo, R., y Antón, J.I. (2010). De la España que emigra a la España que acoge: contexto, dimensión y características de la inmigración latinoamericana a España. *América Latina Hoy*, 55, 15-39.
- Murphy, E. y Mahalingam, R. (2004). Transnacional ties and mental health of Caribbean immigrants. *Journal of Immigrant Health*, 6(4), 167-178.
- Murphy, E.J., y Mahalingam, R. (2006). Perceived congruence between expectations and outcomes: implications for mental health among Caribbean immigrants. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 120-127.
- Musetti, D. (2006). La Ethnopsy, Ethnopsiquiatría o Psiquiatría Transcultural. Bobigny: Association Internationale d'EthnoPsychanalyse.
- Navara, G.S., y James, S. (2002). Sojourner adjustment: does missionary status affect acculturation? *International Journal of Intercultural Relations*, 26(6), 695-709.
- Navara, G.S., y James, S. (2005). Acculturative stress of missionaries: Does religious orientation affect religious coping and adjustment?. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(1), 39-58.
- Navarro, J.C., y Rodríguez, W. (2003). Depresión y ansiedad en inmigrantes: un estudio exploratorio en Granada (España). *Investigación en Salud*, 5(3), 173-176.
- Navarro, L. (2004). *Modelos ideales de familia en la sociedad española*. Instituto de Estudios Sociales de Andalucía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, IESA/CSIC.
- Navas, M.C. (1990). Conceptualización de género. *Revista Mujeres Centroamericanas ante la Crisis, la Guerra y el Proceso de Paz*, 2.
- Navas, M.S., García, M.C., Rojas, A.J., Pumares, P., y Cuadrado, I. (2006). Actitudes de aculturación y prejuicio: la perspectiva de autóctonos e inmigrantes. *Psicothema*, 18(2), 187-193.
- Navas, M.S., Rojas, A.J., García, M., y Pumares, P. (2007). Acculturation strategies and attitudes according to the Relative Acculturation Extended Model (RAEM): The perspectives of natives versus immigrants. *International Journal of Intercultural Relations*, 31(1), 67-86.
- Navas, M.S., y cols., (2004). *Estrategias y actitudes de aculturación: la perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Navas, M.S., y Cuadrado, I. (2003). Actitudes hacia inmigrantes africanos y gitanos: un estudio comparativo. *Apuntes de Psicología*, 21(1), 29-49.

- Nazroo, J.Y. (1997). *Mental Health and Ethnicity: Findings from a National Community Survey*. London: Policy Studies Institute.
- Nesdale, D. y Mak, A. (2003). Ethnic identification, self-esteem and immigrant psychological health. *International Journal of Intercultural Relations*, 27(1), 23-40.
- Nesdale, D., Rooney, R. y Smith, L. (1997). Migrant ethnic identity and psychological distress. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 28(5), 569-588.
- Nesdale, D., y Mak, A. (2000). Immigrant acculturation attitudes and host country identification. *Journal of Community and Applied Social Psychological*, 10(6), 483-495.
- Neto, F. (1995). Predictors of satisfaction with life among second generation migrants. *Social Indicators Research*, 35(1), 93-116.
- Neto, F. (2001). Satisfaction with life among adolescents from immigrant families in Portugal. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(1), 53-67.
- Neto, F., y Barros, J. (2007). Satisfaction with life among adolescent from Portuguese immigrant families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology*, 66(4), 215-223.
- Nicassio, P.M., Solomon, G., Guest, S.S., y McCullough, J.E. (1992). Emigration stress and language proficiency as correlates of depression in a sample of southeast asian refugees. *International Journal of Social Psychiatry*, 32(1), 22-28.
- Nicholson, P. (1997). Poder, género y organizaciones. ¿se valora a la mujer en la empresa?. Madrid: Narcea.
- Noh, S., Wu, Z., Speechley, M., y Kaspar, V. (1992). Depression in Korean immigrants in Canada: correlatos of gender, work and marriage. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(9), 578-582.
- Noh, S., y Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health*, 93(2), 232- 238.
- Nolen-Hoeksema, S., y Rusting, C.L. (1999). Gender differences in well-being. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds.), *Well-being. The foundations of hedonic psychology* (pp. 330-350). New York: Rusell Sage Foundation.
- Oberg, K. (1954). Culture shock. *Presentation to the Women's Club of Rio de Janeiro, Brazil*, August 3, 1-9.
- Oberg, K. (1960). Culture shock: Adjustment to new cultural environments. *Practical Anthropology*, 7, 377-182.
- Oguri, M., y Gudykunst, W.B. (2002). The influence of self construals and Communications styles on sojourners' psychological and sociocultural adjustment. *International Journal of Intercultural Relations*, 26(5), 577-593.
- Oishi, S., y Diener, E. (2003). Culture and well-being: the cycle of action, evaluation and decisión. *Personality and Social Psychology*, 29(8), 939-949.
- OMS (1947). The constitution of the World health organization. *WHO chronicle*, 1, 6-24.
- OMS (1962). http://www.who.int/topics/mental_health/es/index.html.
- OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización mundial de la salud.
- Organista, P.B., Organista, K.C., y Kurasaki, K. (2002). The relationship between acculturation and ethnic minority mental health. En K.M. Chun, R. B. Organista, y G. Marine (Eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research* (pp. 139-161). Washington, DC: American Psychological Association.
- Orücü, M.C., y Demir, A. (2009). Psychometric evaluation of perceived stress scale for Turkish university students. *Stress and health*, 25(1), 103-107.
- Osório, F.L., Vilela, A., Crippa, J.A., y Loureiro, S.R. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in psychiatric care*, 45(3), 216-227.
- Ouarasse, O.A., y van de Vijver, J.R. (2005). The role of demographic variables and acculturation attitudes in predicting sociocultural and psychological adaptation in Moroccans in the Netherlands. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(3), 251-272.
- Ovejero, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento; un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2(2), 93-112.
- Padilla, A.M., Cervantes, R.C., Maldonado, M., y García, R.E. (1988). Coping responses to psychosocial stressors among Mexican and central american immigrants. *Journal of Community Psychology*, 16(4), 418-427.
- Páez, D., y González, J.L. (2000). Psicología social y cultura. *Psicothema*, 12(1), 6-15.
- Páez, D., y Vergara, A.I. (2000). Theoretical and methological aspects of cross-cultural research. *Psicothema*, 12(1), 1-5.

- Páez, D., y Zlobina, A. (2007). Los caminos de aculturación y el papel de la cultura para la interacción intercultural y la adaptación de los inmigrantes. En J.J. Igartua y C. Muñoz (Eds.), *Medios de comunicación, inmigración y sociedad* (pp. 257-280). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Pajares, M. (2007). *Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2007. Análisis de datos de España y Cataluña*. Madrid: Documentos del Observatorio Permanente de la Inmigración.
- Pangrazzi, A. (1993). *La pérdida de un ser querido: un viaje dentro de la vida*. Madrid: Paulinas.
- Paniagua, F.A. (2000). Culture-bound syndromes, cultural variations, and psychopathology. En I. Cuellar, y F. Paniagua (Eds.), *Handbook of Multicultural mental health* (pp. 142-167). Orlando: Academic Press.
- Pardo, G., Engel, J.L., y Agudo, S. (2007). Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Atención Primaria*, 39(11), 609-614.
- Parellá, S. (2003). *Mujer inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Barcelona: Anthropos.
- Parra-Cardona, J.R., Bullock, L.A., Imig, D.R., Villaruel, F.A., y Gold, S.J. (2006). Trabajando duro todos los días: Learning from the life experiences of Mexican-origin migrant families. *Family Relations*, 55(3), 316-375.
- Patiño, C., y Kirchner, T. (2008). Estrés y coping en inmigrantes latinoamericanos residentes en Barcelona. *Revista Iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología*, 1, 29-38.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R., y Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-1616.
- Pavot, W., y Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.
- Pavot, W., y Diener, E., (1993). The affective and cognitive context of self reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28(1), 1-20.
- Paykel, E. S., Prusoff, B.A., y Uhlenhuth, E.H. (1971). Scaling of life events. *Archives of General Psychiatry*, 25(4), 340-347.
- Paykel, E. S., y Dowlatshahi, D. (1988). Life events and mental disorder. En S. Fisher, y J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp.241-263). New York: Wiley.
- Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 241-256.
- Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Meneghan, E.G., y Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337-356.
- Pélicier, Y. (1993). El estrés psicosocial y sus consecuencias. En J. Buendía (coord.), *Estrés y Psicopatología* (pp. 17-25). Ediciones Pirámide: Madrid.
- Pérez Sales, P., y Lucena, R. (2000). Duelo: una perspectiva transcultural. Más allá del rito: la construcción social del sentimiento de dolor. *Psiquiatría pública*, 12(3), 259-271.
- Pernice, R., Trlin, A., Henderson, A., y North, N. (2000). Employment and mental health of three groups of immigrants to New Zealand. *New Zealand Journal of Psychology*, 29(1), 24-29.
- Pernice, R., y Brook, J. (1994). Relationship of migrant status (refugee or immigrant) to mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 40(3), 177-188.
- Pertíñez, J., Viladás, L., Clusa, T., Menacho, I., Nadal, S., y Muns, M. (2002). Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria*, 29(1), 6-13.
- Phinney, J., Horenczyk, G., Liebkind, K. y Vedder, P. (2001) Ethnic identity, immigration, and well-being: An international perspective. *Journal of Social Issues*, 57(3), 493-510.
- Phinney, J., y Ong, A. (2002). Adolescent-parent disagreements and life satisfaction in families from Vietnamese and European American backgrounds. *International Journal of Behavioral Development*, 26(6), 556-561.
- Phinney, J.S. (2001). Ethnic identity and acculturation. En, K.M. Chun, P.B. Organista, y G. Marín (Eds.), *Advances in theory, measurement, and applied research* (pp.63-82). Washington, DC. American Psychological Association.
- Phinney, J.S., y Flores, J. (2002). "Unpackaging" acculturation. Aspects of acculturation as predictors of tradicional sex role attitudes. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 33(3), 320-331.
- Piontkowski, U., Florack, A., Hoelker, P., y Obdrzálek, P. (2000). Predicting acculturation attitudes of dominant and non-dominant groups. *International Journal of Intercultural Relations*, 24(1), 1-26.
- Polek, E., van Oudenhoven, J.P., y ten Berge, J.M.F. (2008). Attachment styles and demographic factors as predictors of sociocultural and psychological adjustment of Eastern European immigrants in the Netherlands. *International Journal of Psychology*, 43(5), 919-928.

- Ponizovsky, A., Ritsner, M., y Modai, I. (2000). Changes in psychological symptoms during the adjustment of recent immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 41(4), 289-294.
- Ponizovsky, A., y cols. (1998). Psychological distress among Ethiopian and Russian Jewish immigrants to Israel: A cross-cultural study. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(1), 35-45.
- Ponizovsky, A.M., y Ritsner, M.S. (1999). Suicide ideation among recent immigrants to Israel from the former Soviet Union: an epidemiological survey of prevalence and risk factors. *Suicide life threat. Behave*, 29(4), 376-392.
- Poortinga, Y.H. (1989). Equivalence of cross-cultural data: An overview of Basic issues. *International Journal of Psychology*, 24(6), 737-756.
- Rabinowitz, J., y Fennig, S. (2002). Differences in age of first hospitalization for schizophrenia among immigrants and non-immigrants in a national case registry. *Schizophrenia Bulletin*, 28(3), 491-499.
- Rahe, R.H., y Arthur, R.J. (1978). Life change and illness studies: past history and future directions. *Journal of human stress*, 4(1), 3-15.
- Raijman, R., y Semyonov, M. (1997). Gender, ethnicity, and immigration: double disadvantage and triple disadvantage among recent immigrant women in the Israeli Labor Market. *Gender and Society*, 11(1), 108-125.
- Ramírez, A. (1998). *Migraciones, género e Islam: mujeres marroquíes en España*. Madrid: Mundo Árabe e Islámico, Educación y Cultura.
- Rapado, J.R. (1983). Migraciones regionales y evolución de la ocupación en España. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 22, 77-100.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European spanish version of perceived stress scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Remor, E., y Carrobes, J.A. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Ríos Rodríguez, M.L., y Moreno-Jiménez, M.P. (2009). Influencia de la participación comunitaria y la identidad con el lugar en la satisfacción vital en inmigrantes. *Escritos de Psicología*, 3(2), 8-16.
- Ritsner, M. (1998). Psychological symptoms among an immigrant population: A prevalence study. *Comprehensive psychiatry*, 39(1), 21-27.
- Ritsner, M., Modai, I., y Ponizovsky, A. (2000). The stress-support patterns and psychological distress of immigrants. *Stress Medicine*, 16, 139-147.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Chemelevsky, M., Zetser, F., Durst, R., y, Ginath, Y. (1996). Effects of Immigration on the Mentally ill – Does it produce psychological distress?. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 17-22.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Kurs, R., y Modai, I. (2000). Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *American Journal of Psychiatry*, 153(3), 385-392.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Nechamkin, Y., y Modai, I. (2001). Gender differences in psychosocial risk factors for psychological distress among immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 151-160.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., y Ginath, Y. (1997). Changing patterns of distress during the adjustment of recent immigrants: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 95(6), 494-499.
- Ritsner, M., y Ponizovsky, A. (2003). Age differences in stress process of recent immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), 135-141.
- Rivera, F.I. (2007). Contextualizing the experience of young latino adults: acculturation, social support and depression. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9(3), 237-244.
- Rivera, F.I., y cols. (2008). Family cohesion and its relationship to psychological distress among Latino groups. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 30(3), 357-378.
- Rodríguez Osuna, J. (1980). Recursos humanos de las regiones españolas. *Revista española de Investigaciones Sociológicas*, 10, 49-71.
- Rodríguez, E., y cols. (2009). Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco. *Gaceta sanitaria*, 23(1), 29-37.
- Rodríguez, M. (2008). *El fenómeno de las migraciones internacionales: una perspectiva de estudio desde la psicología social y los valores culturales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid.
- Rohlfs, I. y cols., (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 146-155.
- Rojas, A.J., García, M.C., y Navas, M. (2003). Test de sesgo endogrupal interétnico: estudios de fiabilidad y de evidencias de validez. *Psicothema*, 15(1), 101-108.

- Romero, J., y Albertos, J.M. (1993). Retorno al sur, desconcentración metropolitana y nuevos flujos migratorios en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 63, 123-144.
- Rosenblatt, P. C. (1993). Cross-cultural variation in the experience, expression, and understanding of grief. En D. P. Irish, K. F. Lundquist, y V. J. Nelsen, (Eds.), *Ethnic variations in dying, death and grief: Diversity in universality* (pp. 13-19). Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Ruben, B.D, y Kealey, D.J. (1979). Behavioral assessment of communication competency and the prediction of cross-cultural adaptation. *International Journal of Intercultural Relations*, 3(1), 15-47.
- Rudmin, F. (2009). Constructs, measurements and models of acculturation and models of acculturation and acculturative stress. *International Journal of Intercultural Relations*, 33(2), 106-123.
- Rumbaut, R.G., y Weeks, J.R. (1996). Unraveling a public health enigma: why do immigrants experience superior health outcomes?. *Research in the Sociology of Health Care*, 13(B), 337-391.
- Ryan, M.R., y Deci, E.L. (2001). On apiñes and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioural Development*, 12(1), 35-55.
- Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sabatier, C., y Berry, J.W. (1996). Inmigración y aculturación. En R. Bourhis y J.P. Leyens (Eds.), *Estereotipos, discriminación y relación entre grupos* (pp. 217-240). Madrid: McGraw-Hill.
- Safdar, S., Dupuis, D.R., Lewis, R.J., El-Geledi, S., y Bourhis, R.Y. (2008). Social axioms and acculturation orientations of English Canadians toward British and Arab Muslim immigrants. *International Journal of Intercultural Relations*, 32(5), 415-426.
- Salaberria, K., Sánchez, A., y Corral, P. (2009). Eficacia de un programa de apoyo psicológico a mujeres inmigrantes: un estudio de casos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 153-164.
- Salgado de Snyder, V.N., Cervantes, R.C., y Padilla, A.M. (1990). Migration and post-traumatic stress disorders: the case of Mexicans and Central Americans in the United States. *Acta psiquiátrica y psicología de América Latina*, 36(3/4), 137-145.
- Salkind, N. J. (1999). *El proceso de investigación*. México: Prentice Hall.
- Salvador, C.M., Pozo, C., y Alonso, E. (2010). Estrategias comportamentales de aculturación y síndrome de Ulises de los inmigrantes latinoamericanos. *Boletín de Psicología*, 98, 55-72.
- Sam, D.L. (1998). Predicting life satisfaction among adolescents from immigrant families in Norway. *Ethnicity and Health*, 3(1/2), 5-18.
- Sam, D.L. (2000). Psychological adaptation of adolescents with immigrant backgrounds. *Journal of Social Psychology*, 140(1), 5-25.
- Sam, D.L., Vedder, P., Liebkind, K., Neto, F., y Virta, E. (2008). Immigration, acculturation and the paradox of adaptation in Europe. *European journal of developmental psychology*, 5(2), 138-158.
- Sánchez, F. (2003). *La España del Siglo XX: Economía, demografía y sociedad*. Madrid: Istmo.
- Sánchez, G., y López, M.J. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Apuntes de psicología*, 26(3), 399-410.
- Sánchez-Vidal, A. (1991). Psicología comunitaria: origen, concepto y características. *Papeles del Psicólogo*, 50, 45-49.
- Sánchez-Vidal, A. (2007). *Manual de psicología comunitaria: un enfoque integrado*. Madrid: Piramide.
- Sandín, B (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 2, pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1989). Estrés, coping y alteraciones psicofisiológicas. En B. Sandín, y J. Bermúdez (Ed.), *Procesos emocionales y salud* (pp. 48-72). Madrid: UNED.
- Sandín, B. (2008a). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, Edición revisada*, (vol. 2, pp.3-42). Madrid: McGraw Hill.
- Sandín, B. (2008b). Los sucesos vitales (cambios vitales). En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*, (2.ª ed., pp. 43-65). Madrid: Klinik.
- Santacreu, O.A., y Francés, F.J. (2008). Parejas mixtas de europeos en España: Integración, satisfacción y expectativas de futuro. *Revista OBETS*, 1, 7-20.

- Santiago-Rivera, A.L., Arredondo, P., y Gallardo-Cooper, M. (2005). *Counseling Latinos and la familia: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sarason, I.G., Johnson, J.H., y Siegel, J.M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the experiences survey. *Journal of consulting clinical psychology*, 46(5), 932-946.
- Sarason, I.S., Sarason, B.R., Potter III E.H., y Antoni, M.H. (1985). Life events, social support, and illness. *Psichosomatic medicine*, 47(2), 156-163.
- Sarrible, G. (2000). Innovación social y migraciones: los argentinos en España, *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 69.
- Sato, T., y Cameron, J.E. (1999). The relationship between collective self-esteem and self-construal in Japan and Canada. *Journal of Social Psychology*, 139(4), 426-435.
- Savicki, V., Downing-Burnette, R., Heller, L., Binder, F., y Suntinger, W. (2004). Contrasts, changes, and correlates in actual and potential intercultural adjustment. *International Journal of Intercultural Relations*, 28(3/4), 311-329.
- Sayegh, L., y Lasry, J.C. (1993). Acculturative stress and mental health: Lebanese immigrants in Montreal. *Ethnic communities and mental health*, 18(1), 23-51.
- Schalk-Soekar, S., Breugelmans, S.M., y van de Vijver, F.J.R. (2008). Support for multiculturalism in the Netherlands. *International Social Science Journal*, 59(192), 269-281.
- Schneider, M.G. (2004). The intersection of mental and physical health in older Mexican Americans. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26(3), 333-355.
- Scollon, C.N., Diener, E., Oishi, S., y Biswas-Diener, R. (2004). Emotions across cultures and methods. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 35(3), 304-326.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 128-193). México: Porrúa-Pueg.
- Searle, W., y Ward, C. (1990). The prediction of psychological and sociocultural adjustment during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations*, 14(4), 449-464.
- Segura, A. (1994). *El Magreb: del colonialismo al islamismo*. Barcelona: Publicaciones Universitat de Barcelona.
- Selmer, J., y Leung, A. S. M. (2003). International adjustment of female vs. male business expatriates. *The International Journal of Human Resource Management*, 14(7), 1117-1131.
- Selye, H. (1950). *Stress, acta incorporated, Montreal. The physiology and pathology of exposure to stress. Montreal. Acta*.
- Selye, H. (1956). *Stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Semyonov, M., y Lewin-Epstein, N. (1991). Urban labor markets, suburban labor. Markets and gender inequality in earnings. *The Sociological Quarterly*, 32(4), 611-620.
- Sen, S., y Bhattacharya, C.B. (2001). Does doing good always lead to doing better? Consumer reactions to corporate social responsibility. *Journal of marketing research*, 38(2), 225-243.
- Shaffer, D. (2000). *Desarrollo social y de la personalidad*. Madrid: Thomson.
- Shin, D., y Johnson, D.M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social indicators research*, 5(1/4), 475-492.
- Siegel, J.M., Johnson, J.H., y Sarason, I.G. (1979). Life changes and menstrual discomfort. *Journal of Human Stress*, 5, 41-46.
- Silveira, E.R.T. y Ebrahim, S. (1998). A comparison of mental health among ethnic minority elders and whites in East and North London. *Age and Ageing*, 27(3), 375 -383.
- Silveira, E.R.T., y Allebeck, P. (2002). Migration, ageing and mental health: an ethnographic study on perceptions of life satisfaction, anxiety and depression in older Somali men in east London. *International Journal of social welfare*, 10(4), 309-320.
- Simich, L., Beiser, M., y Mawani, F.N. (2003). Social support and the significance of shared experience in refugee migration and resettlement. *Western journal of nursing research*, 25(7), 872-891.
- Singhammer, J., y Bancila, D. (2009). Associations between stressful events and self-reported mental health problems among non-western immigrants in Denmark. *Journal of Immigrant Minority Health*. Online. DOI: 10.1007/s10903-009-9281-4. <http://www.springerlink.com/content/a6212lg78w55u466>
- Smart, J.F., y Smart, D.W. (1995). Acculturation stress of Hispanics: loss and challenge. *Journal of Counseling and Development*, 75, 390-396.
- Smith, P.B., y Bond, M.H. (1993). *Social Psychology across cultures*. New York: Harvewter & Wheatsheaf.

- Smith, P.B., y Bond, M.H. (1998). *Social Psychology across cultures*. (2nd. edición) London: Prentice-Hall.
- Smith, V. (2005). Discriminación percibida y autoestima en jóvenes grupos minoritarios y mayoritarios en Costa Rica. *Interamerican Journal of psychology*, 39(1), 93-106.
- Sobre-Denton, M., y Hart, D. (2008). Mind the gap: application-based analysis for cultural adjustment models. *International Journal of Intercultural Relations*, 32(6), 538-552.
- Solé, C. (2000). Inmigración interior e inmigración exterior. *Papers*, 60, 211-224.
- Solé, C., Parella, S., Alarcón, A., Bergalli, V., y Gubert, F. (2000). El impacto de la inmigración en la sociedad receptora. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 90, 131-157.
- Soriano, R.M., y Santos, C. (2002). El perfil social de la mujer inmigrante marroquí en España y su incidencia en la relación intercultural. *Papeles de geografía*, 36, 171-184.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., y Williams, J.B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. The PHQ primary care study. *JAMA*, 282(18), 1737-1744.
- Spitzer, R.L., y cols., (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care, The Prime-MD Study 1000 study. *Journal of American Association*, 272(22), 1749-1756.
- Standing, H. (2000). Gender-a Missing dimension in human resource policy and planning for health reforms. *Human Resources for Health Development Journal*, 4(1), 27-42.
- Stimpson J.P., Eschbach, K., y Peek, M.K. (2007). Effect of immigrant status on risk of depressive symptoms associated with spouse's chronic conditions. *Journal of Immigrants and Minority Health*, 9(1), 29-34.
- Suárez-Orozco, C. (2000). Identities under siege: Immigration stress and social mirroring among the children of immigrants. En A. Robben y M. Suárez-Orozco, (Eds.), *Cultures under siege: Social violence and trauma* (pp. 194-226). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Suárez-Orozco, C., y M. Suárez-Orozco (2001). *Children of immigration*. Cambridge, UK: Harvard University Press.
- Suh, E. M., y Oishi, S. (2002). Subjective well-being across cultures. En W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, y D. N. Sattler (Eds.), *Online Readings in Psychology and Culture* (Unidad 7, Capítulo 1), (<http://www.wvu.edu/culture>). Washington USA: Center for Cross-Cultural Research, Western Washington University.
- Suh, E., Diener, E., Oishi, S., y Triandis, H.C. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions versus norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 482-493.
- Swami, V., Arteché, A., Chamorro-Premuzic, T., y Furnham, A. (2010). Sociocultural adjustment among sojourning Malaysian students in Britain: A replication and path analytic extension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 57-65.
- Swami, V., y cols., (2007). General health mediates the relationship between loneliness, life satisfaction and depression: A study with Malaysian medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(2), 161-166.
- Syed, H.R., y cols. (2006). Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC Public Health*, 6, 182-191.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tang, S.S., y Fox, S.H. (2001). Traumatic experiences and the mental health of Senegalese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(8), 507-512.
- Tang, T.N., Oatley, K., y Toner, B.B. (2007). Impact of life events and difficulties on the mental health of Chinese immigrant women. *Journal of Immigrant Minority Health*, 9(4), 281-290.
- Taylor-Piliae, R.E., Haskell, W., Waters, C.M., y Froelicher, E.S. (2006). Change in perceived psychosocial status following a 12-week Tai Chi exercise programme. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 313-329.
- Techio, E.M. (2009). *Relaciones Intergrupales: factores socioestructurales como predictores del estereotipo, discriminación y prejuicio ante grupos regionales*. Tesis doctoral no publicada. Universidad del País Vasco. San Sebastián.
- Thakker, J., Ward, T., y Strongman, K.T. (1999). Mental disorder and cross-cultural psychology: a constructivist perspective. *Clinical Psychology Review*, 19(7), 843-874.
- The Nuremberg Code (1947). En A. Mitscherlich y F. Mielke (1949). *Doctors of infamy: the story of the Nazi medical crimes*. New York: Henry Schuman.
- The World Bank (2011). *Migration and remittances Factbook 2011*. The International Bank for Reconstruction and Development. Recuperado el 10 de enero de 2011. <http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821382189>

- Tohito, P.A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: a reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48, 174-187.
- Tohito, P.A. (1993). Dimensions of life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature. En B. Kaplan (Ed.), *Psychological stress: Trends in theory and research* (pp. 33-103). Nueva York: Academic Press.
- Thomas, M., and Choi, J. (2006). Acculturative stress and social support among Korean and Indian immigrant adolescents in the United States. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 33(2), 123-143.
- Thomas, T.N. (1995). Acculturative stress in the adjustment of immigrant families. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 4(2), 131-142.
- Thompson, N. (1997). Masculinity and loss. En D. Field, J.L. Hockey, y N. Small (Eds.), *Death, gender and ethnicity* (pp. 29-51). London: Routledge.
- Thorson, J.A. (1998). Religion and anxiety: Which anxiety? Which religion? En H.G.Koenig (Ed.), *Handbook of religion and mental health* (pp.147-160). San Diego, CA: Academic Press.
- Ting-Toomey, S. (2005). Identity negotiation theory: crossing cultural boundaries. En W.B. Gudykunst (Ed.), *Theorizing about intercultural communication* (pp. 211-234). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Tizon, J.L., y cols. (1992). Migraciones y salud mental: una revisión empírica del tema desde una población asistencialmente delimitada. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*, 13(4), 37-55
- Torres, L., y Rollock, D. (2007). Acculturation and depression among hispanics: The moderating effect of intercultural competence. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(1), 10-17.
- Triandis, H. C. (2007). Culture and Psychology: A History of the Study of Their Relationship. En Sh. Kitayama y D. Cohen (Eds.), *Handbook of Cultural Psychology* (pp. 59-76). New York & London: The Guilford Press.
- Triandis, H.C. (1994). *Culture and Social Behavior*. New York: Mc. Graw-Hill.
- Trimble, J.E. (2002). Introduction: social change and acculturation. En, K.M. Chun, P.B. Organista, y G. Marín (Eds.), *Advances in theory, measurement, and applied research* (pp.3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tubert, S. (2003). La crisis del concepto de género. En S.Tubert (Ed.), *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto* (pp. 7-36). Madrid: Cátedra.
- Turner, R.J., Wheaton, B., y Lloyd, D.A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125.
- Ullman, C., y Tatar, M. (2001). Psychological adjustment among Israeli adolescent immigrants: a report on life satisfaction, self-concept, and self-esteem. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(4), 449-463.
- UNPD (2009). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. www.unpd.org
- Utsey, S.O., Payne, Y.A., Jackson, E.S., y Jones, A.M. (2002). Race-related stress, quality of life indicators, and life satisfaction among elderly African Americans. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*, 8(3), 224-233.
- Utsey, S.O., y Payne, Y.A. (2000). Differential psychological and emotional impacts of face-related stress. *Journal of African American men*, 5, 56-72.
- Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., y González de Rivera, J.L. (1996). Sucesos vitales mayores y estrés: efectos psicopatológicos asociados al cambio por migración. *Psiquis*, 17(5), 211-230.
- Vall-Combelle, O., y García-Algar, O. (2004). Inmigración y salud. *Anales de Pediatría*, 60(1), 1-2.
- Van de Vijver, F.J.R. (2001). The evolution of cross-cultural research methods In D. Matsumoto. (Ed.), *The handbook of culture and psychology* (pp.77-97). New York: Oxford University Press.
- Van de Vijver, F.J.R. (2002). Inductive reasoning in Zambia, Turkey and the Netherlands: Establishing cross-cultural equivalence. *Intelligence*, 30(4), 313-351.
- Van de Vijver, F.J.R., y Leung, K. (1997). Methods and data analysis of comparative research. En J.W. Berry, Y.H. Poortinga, y J. Pandey (Eds.). *Handbook of cross-cultural psychology. Theory and method*, (vol. 1., pp. 257-300). Boston: Allyn and Bacon.
- Van de Vijver, F.J.R., y Poortinga, Y.H. (1997). Towards an integrated analysis of bias in cross-cultural assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, 13(1), 29-37.
- Van Oudenhoven, J.P., Ward, C., Masgoret, A.M. (2006). Patterns of relations between immigrants and host societies. *International Journal of Intercultural Relations*, 30(6), 637-651.
- Van Oudenhoven, J.P., y Eisses, A.M. (1998). Integration and assimilation of Moroccan immigrants in Israel and the Netherlands. *International Journal of Intercultural Relations*, 22(4), 293-307.

- Van Selm, K., Lackland, D. y Van Oudenhoven, J.P. (1997). Life satisfaction and competence of Bosnian refugees in Norway. *Scandinavian journal of psychology*, 38(2), 143-149.
- Van Selm, K., Sam D.L., y Van Oudenhoven, J.P. (2002). Life satisfaction and competence of Bosnian refugees in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38(2), 143-149.
- Vargas-Willis, G., y Cervantes, R.C. (1987). Considerations of psychosocial stress in the treatment of the Latina immigrant. *Hispanic Journal of Behavioral Science*, 9(3), 315-329.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J., y Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-27.
- Vázquez-Villegas, J. (2006). Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad?. *Atención Primaria*, 37(5), 249-250.
- Veenhoven, R. (1989). Does happiness bring? En R. Veenhoven, R. (Ed.), *How harmful is happiness? Consequences of enjoying life or not* (pp. 17-23). Rotterdam: Universitaire Pers Rotterdam.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Veenhoven, R. (1996). Happy life-expectancy. A comprehensive measure of quality of life in nations. *Social Indicators Research*, 39(1), 1-58.
- Veenhoven, R. (2009). *Happy Life Years in 146 nations 2000-2009*. World Database of Happiness. Recuperado el 2 de mayo de 2010. worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap_nat/findingreports/RankReport_HappyLifeYears.php
- Vega, W.A. (1995). The study of Latino families: a point of departure. En R. Zambrana (Ed.), *Understanding Latino families: scholarship, policy and practice* (pp. 3-17). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Vega, W.A. y cols., (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry* 55(9), 771-778.
- Vega, W.A., Khoury, E.L., Zimmerman, R.S., Gil, A.G., y Warheit, G.J. (1995). Cultural conflicts and problem behaviors of Latino adolescents in home and school environments. *Journal of Community Psychology*, 23(2), 167-180.
- Vega, W.A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R., y Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 55(9), 771-778.
- Vega, W.A., Kolody, B., Valle, R., y Hough, R. (1986). Depressive symptoms and their correlates among immigrant Mexican women in the United States. *Social Sciences and Medicine*, 22(6), 645-652.
- Vega, W.A., Kolody, B., Valle, R., y Weir, J. (1991). Social networks, social support, and their relationship to depression among immigrant Mexican women. *Human Organization*, 50(2), 154-162.
- Vega, W.A., Kolody, B., y Valle, J.R. (1987). Migration and mental health: An empirical test of depression risk factors among immigrant Mexican women. *International Migration Review*, 21(3), 512-529.
- Vega, W.A., y Amaro, H. (1994). Latino Outlook: good health, uncertain prognosis. *Annual Review of Public Health*, 15, 39-67.
- Vergara, A.I., y Balluerka, N. (2000). Metodología en la investigación transcultural: perspectivas actuales. *Psicothema*, 12(2), 557-562.
- Viladot i Presas, M.A. (2008). Lengua y comunicación intergrupala. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Viner, R. (1999). Putting Stress in Life: Hans Selye and the making of the Stress Theory. *Social Studies of Science*, 29(3), 391-410.
- Vohra, N. y Adair, J. (2000). Life satisfaction of Indian immigrants in Canada. *Psychology and Developing Societies*, 12(2), 109-138.
- Walsh, S., Shulman, S., y Maurer, O. (2008). Immigration distress, mental health status and coping among young immigrants: A 1-year follow-up study. *International Journal of Intercultural Relations*, 32(5), 371-384.
- Ward, C. (1996). Acculturation. En D. Landia y R.S. Bhagat (Eds.), *Handbook of intercultural training* (pp. 124-147). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ward, C. (2008). Culture learning, acculturative stress, and psychopathology: three perspectives on acculturation. *Applied psychology*, 46(1), 58-62.
- Ward, C., Bochner, S., y Furnham, A. (2001). *The psychology of culture shock*. Hove, UK: Routledge.
- Ward, C., Okura, Y., Kennedy, A., y Kojima, T. (1998). The U-Curve on trial: a longitudinal study of psychological and sociocultural adjustment during Cross-Cultural transition. *International Journal of Intercultural Relations*, 22(3), 277-291.
- Ward, C., y Chang, W. (1997). "Cultural fit": a new perspective on personality and sojourner adjustment. *International Journal of Intercultural Relations*, 21(4), 525-533.

- Ward, C., y Kennedy, A. (1992). Locus of control, mood disturbance and social difficulty during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations*, 16(2), 175-194.
- Ward, C., y Kennedy, A. (1993a). Psychological and sociocultural adjustment during cross-cultural transitions: A comparison of secondary students overseas and at home. *International Journal of Psychology*, 28(2), 129-147.
- Ward, C., y Kennedy, A. (1993a). Where's the culture in cross-cultural transition? Comparative studies of sojourner adjustment. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 24(3), 221-249.
- Ward, C., y Kennedy, A. (1996). Crossing cultures: The relationship between psychological and sociocultural dimensions of cross-cultural adjustment. En J. Pandey, D. Sinha, y D. P. S. Bhawuk (Eds.), *Asians contributions to cross-cultural psychology* (pp. 289-306). New Delhi, India: Sage.
- Ward, C., y Kennedy, A. (1999). The measurement of sociocultural adaptation. *International Journal of Intercultural Relations*, 23(4), 659-677.
- Ward, C., y Masgoret, A. (2008). Attitudes toward immigrants, immigration, and multiculturalism in New Zealand: A social psychological analysis. *International Migration Review*, 42(1), 227-248.
- Ward, C., y Rana-Deuba, A. (2000). Home and host culture influences on sojourner adjustment. *International Journal of Intercultural Relations*, 24(3), 291-306.
- Ward, C., y Searle, W. (1991). The impact of value discrepancies and cultural identity on psychological and sociocultural adjustment of sojourner. *International Journal of Intercultural Relations*, 15(2), 209-224.
- Weiss, J.M. (1971a). Effects of coping behaviour in different warning signal conditions on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 77(1), 1-13.
- Weiss, J.M. (1971b). Effects of punishing the coping response on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 77(1), 14-21.
- Weiss, J.M. (1971c). Effects of coping behaviour with and without a feedback signal on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 77(1), 22-30.
- Weiss, J.M. (1972). Psychological factors in stress and disease. *Scientific American*, 226, 104-113.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., y Canino, G.J. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of American Medical Association*, 276(4), 293-299.
- Wheaton, B. (1994). Sampling the stress universe. En W.R. Avison e I.H. Gotlib, (Ed.), *Stress and Mental Health: contemporary issues and prospects for the future* (pp. 77-114). New York: Plenum Press.
- Wheaton, B. (1996). The domains and boundaries of stress concepts. En H.B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress: Perspectives on structure, theory, life-course and methods* (pp.29-70). London: Academic Press.
- Williams, C.L., y Berry, J.W. (1991). Primary prevention of acculturative stress among refugees. Application of psychological theory and practice. *American Psychologist*, 46(6), 632-641.
- Williams, E.D., Kooner, I., Steptoe, A., y Kooner, J.S. (2007). Psychosocial factors related to cardiovascular disease risk in UK South Asian men: a preliminary study. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 559-570.
- Williams, R., y Hunt, K. (1997). Psychological distress among British South Asians: the contribution of stressful situations and subcultural differences in the West of Scotland Twenty-07 study. *Psychological Medicine*, 27(5), 1173-1181.
- Wood, W., Rhodes, N. and Whelan, M., (1989). Sex differences in positive well-being: a consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*, 106(2), 249-264.
- Wyler, A.R., Masuda, M., y Holmes, T.H. (1971). Magnitude of life events and seriousness of illness. *Psychosomatic Medicine*, 33(2), 115-122.
- Yañez, S., y Cárdenas, M. (2010). Estrategias de aculturación, indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Revista salud y sociedad*, 1(1), 50-70.
- Ye, J. (2006). An examination of acculturative stress among Chinese international students, social support, and use of online ethnic social groups. *Howard Journal of Communication*, 17(1), 1-20.
- Ying, Y. (1990). Explanatory models of major depression and implications for help-seeking behavior among immigrant Chinese-American women. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14(3), 393-408.
- Ying, Y. (1992). Life satisfaction among Chinese-Americans. *Social Indicators Research*, 26(1), 1-22.
- Yoffe, L. (2002). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Revista Psicodébate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 193-205.
- Yoshida, Y., Sauer, L., Tidwell, R., Skager, R., y Sorenson, A.G. (1997). Life satisfaction among the Japanese living abroad. *International Journal of Intercultural Relations*, 21(1), 57-69.

- Young, M.Y. (2001). Moderators of stress in Salvadoran refugees: the role of social and personal resources. *International Migration Review*, 35(3), 840-869.
- Zambrana, R.E., Ell, K., Dorrington, C., Wachsmann, L., y Hodge, D. (1994). The relationship between psychosocial status of immigrant latino Mathers and use of emergency pediatric services. *Health and Social Work*, 19(2), 93-102.
- Zutra, A.J., Guarnaccia, C.A., Reich, J.W., y Dohrenwend, B.P. (1988). The contribution of small events to stress and distress. En L.H. Cohen (Ed.), *Life events and psychological functioning: theoretical and methodological issues* (pp. 123-148). Newbury Park, CA: SAGE.
- Zheng, X., y Berry, J.W. (1991). Psychological adaptation of Chinese sojourners in Canada. *International Journal of Psychology*, 26(4), 451-470.
- Zilber, N., Lerner, Y., Eidelman, R., y Kertes, J. (2001). Depression and anxiety disorders among Jews from the former Soviet Union five years after their immigration to Israel. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(10), 993-999.
- Zimmerman, M., Ramírez, J., Zapert, K., y Maton, K. (2000). A longitudinal study of stress-buffering effects for urban African-American male adolescent problem behaviors and mental health. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 17-33.
- Zlobina, A., Basabe, N., Páez, D., y Furnham, A. (2006). Sociocultural adjustment of immigrants: universal and group-specific predictors. *International Journal of Intercultural Relations*, 30(2), 195-211.
- Zlobina, A. (2004). *Inmigración: aculturación, identidad y adaptación psicosocial*. Tesis no publicada. Universidad del País Vasco. San Sebastián.
- Zubieta, E., Fernández, I., Vergara, A. I., Páez, D., Candia, L., y Martínez, M. D. (1998). Cultura y emoción en América. *Boletín de Psicología*, 61, 65-89.

ANEXO

1 CUESTIONARIOS

1.1 Población inmigrante

Este cuestionario forma parte de una investigación del Dpto. de Psicología Social y Metodología de las CC del Comportamiento para conocer la situación de la población inmigrante y su bienestar.

Para ello le pedimos su colaboración respondiendo a las cuestiones que aparecen a continuación. No existe respuestas correctas o incorrectas: simplemente opiniones personales respecto a un determinado tema. Todos los datos personales así como las respuestas a las preguntas son absolutamente anónimas. Por favor, intente contestar a todas ellas.

1. **Edad:** _____

2. **Sexo:** M____ F____

3. **Nacionalidad de origen** _____

4. **Localidad Residencia actual** _____

5. **Estado civil:** 1.Casado/a____ 2. Separado/a____ 3. Viudo/a____ 4. Soltero/a____ 5. Vive en pareja ____

Si tienen pareja ¿Está su pareja aquí con Ud.? Sí____ No____

Nacionalidad de origen de su pareja es:

1.De su mismo país 2.Española 3.Otra (Indique cual)_____

6. **Número de hijos:** _____

¿Cuántos de sus hijos están aquí con Ud.? _____

¿Con quién están?

1. Madre 2. Padre 3. Abuelos 4. Otros familiares 5. Instituciones 6.Independientes

7. **¿Tiene más familiares que viven aquí?** No__ Sí__

8. **¿Cuánto tiempo lleva Ud. en España?:** _____ **¿Y en País Vasco?** _____

9. **¿Ha vivido en otros países?** No ____ Sí ____

Si ha vivido: ¿En cuáles? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____

10. **Nivel de Estudios Alcanzado en su país:**

1. Sin alfabetizar 2. Sé leer y escribir 3. Primario 4. Secundario 5. Diplomatura 6. Licenciatura

11. Ocupación (Indique con una cruz)

	Su país	Aquí	Qué tipo de trabajo
Trabajo permanente			
Trabajo temporal			
Jubilado			
Ama de casa			
Estudiante			
Parado/ sin trabajo			

12. ¿En qué trabaja principalmente en la actualidad? _____
¿ha cambiado su estatus laboral? No ___ Sí ___

13. ¿Qué nivel de conocimiento tiene del castellano?

	Habla	Escribe	Lee	Practica
Bajo				
Medio				
Alto				

14. Desde el punto de vista religioso/espiritual es:

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. Musulmán | 4. Protestante |
| 2. Cristiano católico | 5. Otro _____ |
| 3. Cristiano evangelista | 6. Agnóstico |
| | 7. Ateo |

15. ¿Cuál es su grado de práctica religiosa?

1. Nada 2. POCO 3. Regular 4. Bastante 5. Muy practicante

16. ¿Cuál es su situación jurídica en España?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Nacionalidad española | 4. Residente con permiso de trabajo |
| 2. Doble nacionalidad _____ | 5. Estudiante |
| 3. Residente sin permiso de trabajo | 6. No tiene permiso de residencia |
| | 7. Otra |

17. Lugar de alojamiento:

1. Calle 2. Instituciones 3. Alquiler o Subarrendado 4. Propio 5. Otro _____

18. ¿Qué tipo de necesidades tiene? Señale si tiene problemas con:	SI	NO
Tramitar la documentación para la residencia en España		
Conseguir empadronamiento		
Obtener asistencia médica/sanitaria		
Obtener apoyo o asistencia psicológica		
Obtener asistencia social/ ayudas		
Conseguir trabajo		
Obtener/ alquilar vivienda?		
Obtener información o asistencia en los organismos oficiales (ambulatorio, juzgado...)		

19. Razones y motivos de salida:

1. Económica 2. Refugio político 3. Formación y educación 4. Reagrupación familiar 5. Otros _____

20. Al llegar, se imaginaba su estancia aquí como:

1. Permanente 2. Provisional 3. No sabe/No contesta

21. Ahora lo ve como:

1. Permanente 2. Provisional 3. No sabe/No contesta

22. Apoyo y contacto:

¿Qué grado de contacto mantiene con:	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
la gente de su país que vive aquí.	1	2	3	4	5
la gente que vive en su país.	1	2	3	4	5
otros inmigrantes.	1	2	3	4	5
la gente de aquí.	1	2	3	4	5
¿Se siente apoyado en sus problemas por:	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
la gente de su país que vive aquí.	1	2	3	4	5
otros inmigrantes.	1	2	3	4	5
la gente de aquí.	1	2	3	4	5
¿Participa en alguna asociación y organización de su país?	1	2	3	4	5
¿Participa en alguna asociación y organización de aquí?	1	2	3	4	5

23. Orientación hacia las dos sociedades

	Nada					Mucho			
¿Cree Ud, que es importante mantener las costumbres, las tradiciones de su país de origen al vivir aquí?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>¿y en qué grado usted las mantiene?</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Cree Ud, que es importante y valioso buscar y mantener relaciones con gente de su país?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>¿y en qué grado usted las busca?</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Cree Ud, que es importante y valioso buscar y mantener relaciones con gente de aquí?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>¿y en qué grado usted las busca?</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Cree Ud. que es importante adoptar y practicar las costumbres, las tradiciones de aquí?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>¿y en qué grado usted las mantiene?</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9

24. Su situación actual en el País Vasco comparada con lo que esperaba encontrar antes de venir, es:

1. Peor de lo que esperaba 2. Igual de lo que esperaba 3. Mejor de lo que esperaba

25. ¿Cómo se siente en este momento en relación a su situación de inmigrante? Marque las que correspondan con un X.

- | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| Orgullo <input type="checkbox"/> | Indiferencia <input type="checkbox"/> | Soledad <input type="checkbox"/> | Vergüenza <input type="checkbox"/> |
| Desprecio <input type="checkbox"/> | Tristeza <input type="checkbox"/> | Angustia <input type="checkbox"/> | Rechazado <input type="checkbox"/> |
| Alegría <input type="checkbox"/> | Tranquilidad <input type="checkbox"/> | Cansancio <input type="checkbox"/> | Satisfecho <input type="checkbox"/> |
| Rabia <input type="checkbox"/> | Miedo <input type="checkbox"/> | Engaño <input type="checkbox"/> | Con confianza <input type="checkbox"/> |
| | | | Esperanza <input type="checkbox"/> |

26. ¿Qué grado de discriminación siente?	1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
¿Y en el trabajo?	1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
¿Y en la calle?	1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
¿En bares, cines, establecimientos públicos?	1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho
¿En el alquiler de la vivienda?	1. Nada 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho

27. Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes.*

En el último mes, ¿con qué frecuencia	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
¿ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	1	2	3	4	5
¿se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	1	2	3	4	5
¿se ha sentido nervioso o estresado?	1	2	3	4	5
¿ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	1	2	3	4	5
¿ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	1	2	3	4	5
¿ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	1	2	3	4	5
¿ha sentido que las cosas le van bien?	1	2	3	4	5
¿ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	1	2	3	4	5
¿ha podido controlar las dificultades de su vida?	1	2	3	4	5
¿se ha sentido al control de todo?	1	2	3	4	5
¿ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	1	2	3	4	5
¿ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr?	1	2	3	4	5
¿ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	1	2	3	4	5
¿ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	1	2	3	4	5

28. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

	nada	poco	mucho
Dolores de estómago			
Dolores de espalda			
Dolores de brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas...)			
En el caso de ser mujer, dolores o problemas menstruales			
Dolores o problemas durante las relaciones sexuales			
Dolores de cabeza			
Dolores en el pecho			
Mareos			
Desmayos o lipotimias			
Taquicardias (corazón o pulso acelerado) o palpitaciones			
Dificultades para respirar			
Estreñimiento, retortijones o diarrea			
Náuseas, gases o indigestión			

29. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

	Nunca	Unos cuantos días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
Tener poco interés o disfrutar poco haciendo cosas				
Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza				
Tener problemas para dormir, o tener más sueño de la cuenta				
Sentirse cansado/a o con poca energía				
Tener poco apetito o comer demasiado				
Sentirse mal consigo mismo/a, o sentirse fracasado/a o decepcionado/a de sí mismo/a, o pensar que ha decepcionado a los que le rodean				
Tener problemas para concentrarse, como por ejemplo para leer el periódico o ver la televisión				
Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado. O bien lo contrario, estar tan inquieto/a e intranquilo/a que ha estado moviéndose de arriba para abajo mucho más de lo habitual				
En las últimas 2 semanas, tener pensamientos sobre que estaría mejor si se muriese o sobre hacerse daño a sí mismo de alguna manera				

30. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguna crisis o ataque de ansiedad, como la sensación de sentir miedo o pánico súbitamente? No__ Sí__

SI HA RESPONDIDO QUE **NO**, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 32.

	NO	SÍ
¿Había tenido alguna de estas crisis o ataques previamente?		
¿Alguna de estas crisis o ataques apareció <u>repentinamente y sin motivo</u> – es decir, en situaciones en las que no esperaba encontrarse nervioso/a o incómodo/a?		
¿Estas crisis o ataques le han molestado mucho, o está preocupado/a ante la posibilidad de volver a tener otra crisis o ataque parecido?		

31. Piense en la peor crisis o ataque que haya tenido últimamente.	NO	SÍ
¿Tuvo dificultades para respirar?		
¿Se notó el corazón acelerado, con palpitaciones o latidos irregulares?		
¿Tuvo dolor u opresión en el pecho?		
¿Sudó en exceso?		
¿Sintió como si estuviese ahogándose?		
¿Notó oleadas de calor o escalofríos?		
¿Tuvo náuseas, el estómago revuelto, o la sensación de ir a tener una diarrea?		
¿Se sintió mareado, inestable o como si fuera a desmayarse?		
¿Tuvo sensaciones de hormigueo o adormecimiento en alguna parte de su cuerpo?		
¿Tuvo temblores o sacudidas musculares?		
¿Tuvo miedo de estar muriéndose?		

32. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

¿Sentirse nervioso/a, ansioso/a, con los nervios de punta, o muy preocupado/a sobre problemas diversos?

Nunca__ **Unos cuantos días**__ **Más de la mitad de los días**__

SI HA RESPONDIDO QUE **NUNCA**, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 33.

	Nunca	Unos cuantos días	Más de la mitad de los días
Sentirse tan inquieto/a que le era difícil permanecer sentado/a			
Cansarse muy fácilmente			
Tensión, dolores o problemas musculares			
Problemas para coger el sueño o mantenerlo			
Problemas para concentrarse en cosas tales como leer un libro o ver la televisión			
Irritarse o enfadarse fácilmente			

33. Ahora algunas preguntas sobre sus hábitos alimentarios.	NO	SÍ
¿Siente a menudo que no puede controlar <u>lo que come</u> o <u>la cantidad de comida</u> que ingiere?		
¿Frecuentemente come, <u>en un mismo período de dos horas</u> , lo que la mayoría de gente consideraría una <u>cantidad excesiva</u> de comida?		

SI HA RESPONDIDO QUE **NO** A **LAS DOS** PREGUNTAS ANTERIORES, VAYA A LA PREGUNTA N° 36.

	NO	SÍ
Como promedio, ¿estos atracones han aparecido por lo menos dos veces por semana en los últimos 3 meses?		
34. En los últimos 3 meses, ¿ha hecho a menudo algo de lo siguiente con tal de evitar engordarse?		
Provocarse el vómito		
Tomar más del doble de la dosis recomendada de laxantes		
Ayunar – no comer nada durante por lo menos 24 horas		
Hacer ejercicio durante más de una hora, especialmente para evitar aumentar de peso después de haber comido demasiado		
35. Si ha contestado que SÍ a alguno de estos mecanismos para evitar ganar peso, ¿lo ha hecho en algún momento al menos dos veces por semana?		

36. ¿Bebe alcohol en algún momento? (incluyendo vino o cerveza). No__ Sí__

SI HA RESPONDIDO QUE **NO**, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 38.

37. En los últimos 6 meses, ¿alguno de los siguientes problemas le ha pasado <u>más de una vez</u>?	NO	SÍ
¿Continuó bebiendo alcohol a pesar de que algún médico le recomendó que no bebiera por algún problema con su salud?		
¿Ha bebido alcohol, ha estado bebido/a o ha tenido resaca durante las horas de trabajo, colegio, o cuando debería estar atendiendo otras obligaciones?		
¿Ha faltado o llegado tarde al trabajo, colegio u otras obligaciones como consecuencia de estar bebiendo o con resaca?		
¿Ha tenido problemas con otras personas mientras estaba bebiendo alcohol o cuando estaba bebido/a?		
¿Ha conducido un coche o moto después de haber bebido varias copas?		

38. Si ha contestado que Sí a alguno de los problemas presentados en este cuestionario, ¿cuánto han interferido con su trabajo o estudios, con las actividades domésticas, o con su relación con otras personas?

Nada Algo Mucho Extremadamente

39. En general diría que su salud es:

1. Muy mala 2. Mala 3. Normal 4. Buena 5. Muy buena

¿y antes de salir de su país, su salud era?

1. Muy mala 2. Mala 3. Normal 4. Buena 5. Muy buena

¿qué grado de estrés tiene en relación a su situación de inmigrante?

1. Muy mala 2. Mala 3. Normal 4. Buena 5. Muy buena

40. Satisfacción con la vida

	Totalmente en desacuerdo			1. Lejos y separado de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea	1	2	3	4	5
Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
Estoy satisfecho/a con mi vida	1	2	3	4	5
Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido	1	2	3	4	5
Las circunstancias de mi vida son buenas	1	2	3	4	5

41. Piensa en ti como una persona que proviene de _____ y ahora piensa en la población en la que te encuentras. Imagina que cada uno de los círculos de la izquierda eres tú y cada círculo de la derecha representa el país en el que te encuentras. Por favor, marca aquella opción que describa mejor tu relación con la población de acogida, o, como te sientes identificado con la población en la que te encuentras.

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. Lejos y separado |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. Cerca pero separado |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. Cerca pero muy poco |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. Un poco cerca |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. Algo cerca |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. Bastante cerca |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7. Muy cerca |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8. Totalmente cerca |

GRACIAS POR SU AYUDA

1.2 Población autóctona

A modo de ejemplo se adjunta el cuestionario diseñado para la población autóctona en la que se pregunta por la población magrebí.

Este cuestionario forma parte de una investigación del Dpto. de Psicología Social y Metodología de las CC del Comportamiento para conocer el tipo de relaciones que se establecen entre autóctonos e inmigrantes, y, el bienestar en la sociedad actual.

Para ello le pedimos su colaboración respondiendo a las cuestiones que aparecen a continuación. No existe respuestas correctas o incorrectas: simplemente opiniones personales respecto a un determinado tema. Todos los datos personales así como las respuestas a las preguntas son absolutamente anónimas. Por favor, intente contestar a todas ellas.

1. **Edad:** _____

2. **Sexo:** M ____ F ____

3. **Lugar de origen** _____

4. **Localidad Residencia actual** _____

5. **Estado civil:** 1. Casado/a ____ 2. Separado/a ____ 3. Viudo/a ____ 4. Soltero/a ____ 5. Vive en pareja ____

Si tienen pareja ¿Está su pareja aquí con Ud.? Sí ____ No ____

Nacionalidad de origen de su pareja es:

1. De su mismo país 2. Española 3. Otra (Indique cual) _____

6. **Número de hijos:** _____

7. **¿Ha vivido en otros países?** No ____ Sí ____

Si ha vivido: ¿En cuáles? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____

8. **Nivel de Estudios:**

1. Sin alfabetizar 2. Sé leer y escribir 3. Primario 4. Secundario 5. Diplomatura 6. Licenciatura

9. **Ocupación** (Indique con una cruz)

		Qué tipo de trabajo
Trabajo permanente		
Trabajo temporal		
Jubilado		
Ama de casa		
Estudiante		
Parado/ sin trabajo		

10. **¿En qué trabaja principalmente en la actualidad?** _____

¿qué porcentaje de las tareas domésticas realiza usted?

11. Desde el punto de vista religioso/espiritual es:

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. Musulmán | 4. Protestante |
| 2. Cristiano católico | 5. Otro_____ |
| 3. Cristiano evangelista | 6. Agnóstico |
| | 7. Ateo |

12. ¿Cuál es su grado de práctica religiosa?

- 1.Nada 2.Poco 3.Regular 4.Bastante 5.Muy practicante

13. Lugar de alojamiento:

1. Alquiler 2. Propio 3.Otro_____

14. ¿Qué tipo de necesidades tiene? Señale si tiene problemas con:	SI	NO
Obtener asistencia médica/sanitaria		
Obtener apoyo o asistencia psicológica		
Obtener asistencia social/ ayudas		
Conseguir trabajo		
Obtener/ alquilar vivienda?		
Obtener información o asistencia en los organismos oficiales (ambulatorio, juzgado...)		
Otros		

15. Con relación a sus redes de contacto y apoyo, ¿conoce a alguna persona del Magreb? No_Sí_

¿Qué tipo de relación tiene? _____

¿Qué grado de contacto mantiene con:	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
la gente de aquí.	1	2	3	4	5
la gente del Magreb.	1	2	3	4	5
otros inmigrantes.	1	2	3	4	5
¿Se siente apoyado en sus problemas por:	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
la gente de aquí.	1	2	3	4	5
la gente del Magreb.	1	2	3	4	5
otros inmigrantes.	1	2	3	4	5
¿Participa en alguna asociación y organización de aquí?					
¿Participa en alguna asociación y organización del Magreb?	1	2	3	4	5
¿Participa en alguna asociación y organización de otro país?	1	2	3	4	5

16. Respecto a la orientación cultural de los inmigrantes

	Nada					Mucho			
¿Cree Ud, que es importante que las personas del Magreb mantengan las costumbres, las tradiciones de su país de origen al vivir aquí?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>¿y en qué grado usted cree que las mantienen?</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Cree Ud, que es importante que las personas del Magreb busquen y mantengan relaciones con gente de su país al vivir aquí?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>¿y en qué grado cree usted las buscan?</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Cree Ud, que es importante que las personas del Magreb busquen y mantengan relaciones con gente de aquí?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>¿y en qué grado cree usted las buscan?</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Cree Ud. que es importante que las personas de Magreb adopten y practiquen las costumbres, las tradiciones de aquí?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>¿y en qué grado usted cree que las adoptan?</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9

17. A nivel emocional ¿Cómo se siente en este momento? Marque las que correspondan con una X.

Orgullo <input type="checkbox"/>	Indiferencia <input type="checkbox"/>	Soledad <input type="checkbox"/>	Vergüenza <input type="checkbox"/>
Desprecio <input type="checkbox"/>	Tristeza <input type="checkbox"/>	Angustia <input type="checkbox"/>	Rechazado <input type="checkbox"/>
Alegría <input type="checkbox"/>	Tranquilidad <input type="checkbox"/>	Cansancio <input type="checkbox"/>	Satisfecho <input type="checkbox"/>
Rabia <input type="checkbox"/>	Miedo <input type="checkbox"/>	Engaño <input type="checkbox"/>	Con confianza <input type="checkbox"/>
			Esperanza <input type="checkbox"/>

18. Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes.*

En el último mes, ¿con qué frecuencia	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
¿ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	1	2	3	4	5
¿se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	1	2	3	4	5
¿se ha sentido nervioso o estresado?	1	2	3	4	5
¿ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	1	2	3	4	5
¿ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	1	2	3	4	5
¿ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	1	2	3	4	5
¿ha sentido que las cosas le van bien?	1	2	3	4	5
¿ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	1	2	3	4	5
¿ha podido controlar las dificultades de su vida?	1	2	3	4	5
¿se ha sentido al control de todo?	1	2	3	4	5
¿ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	1	2	3	4	5
¿ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr?	1	2	3	4	5
¿ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	1	2	3	4	5
¿ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	1	2	3	4	5

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

	nada	poco	mucho
Dolores de estómago			
Dolores de espalda			
Dolores de brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas...)			
En el caso de ser mujer, dolores o problemas menstruales			
Dolores o problemas durante las relaciones sexuales			
Dolores de cabeza			
Dolores en el pecho			
Mareos			
Desmayos o lipotimias			
Taquicardias (corazón o pulso acelerado) o palpitaciones			
Dificultades para respirar			
Estreñimiento, retortijones o diarrea			
Náuseas, gases o indigestión			

20. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

	Nunca	Unos cuantos días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
Tener poco interés o disfrutar poco haciendo cosas				
Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza				
Tener problemas para dormir, o tener más sueño de la cuenta				
Sentirse cansado/a o con poca energía				
Tener poco apetito o comer demasiado				
Sentirse mal consigo mismo/a, o sentirse fracasado/a o decepcionado/a de sí mismo/a, o pensar que ha decepcionado a los que le rodean				
Tener problemas para concentrarse, como por ejemplo para leer el periódico o ver la televisión				
Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado. O bien lo contrario, estar tan inquieto/a e intranquilo/a que ha estado moviéndose de arriba para abajo mucho más de lo habitual				
En las últimas 2 semanas, tener pensamientos sobre que estaría mejor si se muriese o sobre hacerse daño a sí mismo de alguna manera				

21. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguna crisis o ataque de ansiedad, como la sensación de sentir miedo o pánico súbitamente? No__ Sí__

SI HA RESPONDIDO QUE **NO**, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 23.

	NO	SÍ
¿Había tenido alguna de estas crisis o ataques previamente?		
¿Alguna de estas crisis o ataques apareció <u>repentinamente y sin motivo</u> – es decir, en situaciones en las que no esperaba encontrarse nervioso/a o incómodo/a?		
¿Estas crisis o ataques le han molestado mucho, o está preocupado/a ante la posibilidad de volver a tener otra crisis o ataque parecido?		

22. Piense en la peor crisis o ataque que haya tenido últimamente.	NO	SÍ
¿Tuvo dificultades para respirar?		
¿Se notó el corazón acelerado, con palpitaciones o latidos irregulares?		
¿Tuvo dolor u opresión en el pecho?		
¿Sudó en exceso?		
¿Sintió como si estuviese ahogándose?		
¿Notó oleadas de calor o escalofríos?		
¿Tuvo náuseas, el estómago revuelto, o la sensación de ir a tener una diarrea?		
¿Se sintió mareado, inestable o como si fuera a desmayarse?		
¿Tuvo sensaciones de hormigueo o adormecimiento en alguna parte de su cuerpo?		
¿Tuvo temblores o sacudidas musculares?		
¿Tuvo miedo de estar muriéndose?		

23. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

¿Sentirse nervioso/a, ansioso/a, con los nervios de punta, o muy preocupado/a sobre problemas diversos?

Nunca__ Unos cuantos días__ Más de la mitad de los días__

SI HA RESPONDIDO QUE **NUNCA**, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 24.

	Nunca	Unos cuantos días	Más de la mitad de los días
Sentirse tan inquieto/a que le era difícil permanecer sentado/a			
Cansarse muy fácilmente			
Tensión, dolores o problemas musculares			
Problemas para coger el sueño o mantenerlo			
Problemas para concentrarse en cosas tales como leer un libro o ver la televisión			
Irritarse o enfadarse fácilmente			

24. Ahora algunas preguntas sobre sus hábitos alimentarios.	NO	SÍ
¿Siente a menudo que no puede controlar <u>lo que come</u> o <u>la cantidad de comida</u> que ingiere?		
¿Frecuentemente come, <u>en un mismo período de dos horas</u> , lo que la mayoría de gente consideraría una <u>cantidad excesiva</u> de comida?		

SI HA RESPONDIDO QUE **NO** A **LAS DOS** PREGUNTAS ANTERIORES, VAYA A LA PREGUNTA Nº 27.

	NO	SÍ
Como promedio, ¿estos atracones han aparecido por lo menos dos veces por semana en los últimos 3 meses?		
25. En los últimos 3 meses, ¿ha hecho a menudo algo de lo siguiente con tal de evitar engordarse?		
Provocarse el vómito		
Tomar más del doble de la dosis recomendada de laxantes		
Ayunar – no comer nada durante por lo menos 24 horas		
Hacer ejercicio durante más de una hora, especialmente para evitar aumentar de peso después de haber comido demasiado		
26. Si ha contestado que SÍ a alguno de estos mecanismos para evitar ganar peso, ¿lo ha hecho en algún momento al menos dos veces por semana?		

27. ¿Bebe alcohol en algún momento? (incluyendo vino o cerveza). No__ Sí__

SI HA RESPONDIDO QUE **NO**, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA Nº 29.

28. En los últimos 6 meses, ¿alguno de los siguientes problemas le ha pasado <u>más de una vez</u> ?	NO	SÍ
¿Continuó bebiendo alcohol a pesar de que algún médico le recomendó que no bebiera por algún problema con su salud?		
¿Ha bebido alcohol, ha estado bebido/a o ha tenido resaca durante las horas de trabajo, colegio, o cuando debería estar atendiendo otras obligaciones?		
¿Ha faltado o llegado tarde al trabajo, colegio u otras obligaciones como consecuencia de estar bebiendo o con resaca?		
¿Ha tenido problemas con otras personas mientras estaba bebiendo alcohol o cuando estaba bebido/a?		
¿Ha conducido un coche o moto después de haber bebido varias copas?		

29. Si ha contestado que Sí a alguno de los problemas presentados en este cuestionario, ¿cuánto han interferido con su trabajo o estudios, con las actividades domésticas, o con su relación con otras personas?

Nada Algo Mucho Extremadamente

30. En general diría que su salud es:

1. Muy mala 2. Mala 3. Normal 4. Buena 5. Muy buena









31. ¿Qué grado de estrés general siente?

1. Nada 2. Poco 3. Normal 4. Bastante 5. Mucho

32. Satisfacción con la vida

¿Me podría decir en qué grado está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea	1	2	3	4	5
Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
Estoy satisfecho/a con mi vida	1	2	3	4	5
Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido	1	2	3	4	5
Las circunstancias de mi vida son buenas	1	2	3	4	5

33. Piensa en ti como y en una persona que proviene de Magreb. Imagina que cada uno de los círculos de la izquierda eres tú y cada círculo de la derecha representa a las personas magrebíes. Por favor, marca aquella opción que describa mejor tu relación, o, como te sientes identificado/a con esta población.

- | | |
|---|------------------------|
|  | 1. Lejos y separado |
|  | 2. Cerca pero separado |
|  | 3. Cerca pero muy poco |
|  | 4. Un poco cerca |
|  | 5. Algo cerca |
|  | 6. Bastante cerca |
|  | 7. Muy cerca |
|  | 8. Totalmente cerca |

GRACIAS POR SU AYUDA