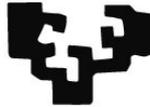


eman ta zabal zazu



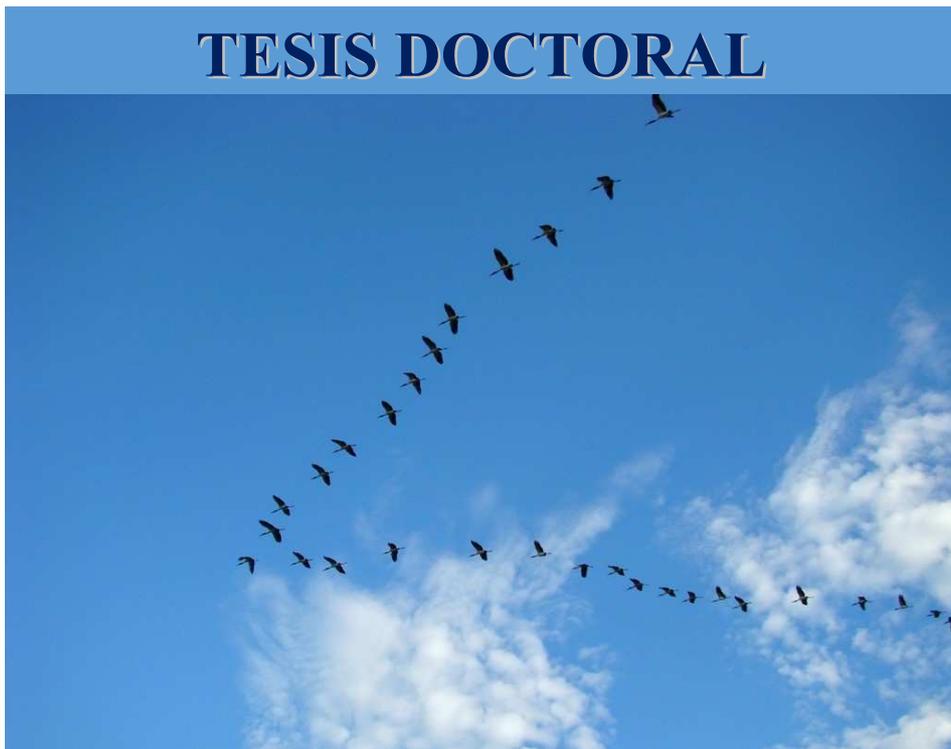
Universidad Euskal Herriko
del País Vasco Unibertsitatea

UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológico

PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO

A INMIGRANTES: ESTUDIO DE CASOS

TESIS DOCTORAL



Analia del Valle Sánchez Haro

San Sebastián
2015

ÍNDICE

I PARTE TEÓRICA	9
1. MIGRACIONES HUMANAS	13
1.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA: LA INMIGRACIÓN AYER Y HOY	13
1.2. CONCEPTO DE INMIGRANTE.....	16
1.3. TIPOS DE MIGRACIÓN.....	18
1.4. TASAS Y PERFILES DE LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA (2007-2012)	19
2. ¿QUÉ SUPONE EL PROCESO MIGRATORIO A NIVEL PSICOLÓGICO? ..	27
2.1. LA NECESIDAD DE ELABORAR DUELOS Y PÉRDIDAS.....	28
2.1.1. <i>El duelo en general</i>	28
2.1.2. <i>El duelo migratorio</i>	34
2.2. HACER FRENTE A MÚLTIPLES SITUACIONES DE ESTRÉS.....	47
2.2.1. <i>Estrés a nivel general</i>	47
2.2.2. <i>Estrés migratorio</i>	52
2.3. LA NECESIDAD DE ADAPTARSE A UNA NUEVA CULTURA.....	68
2.3.1. <i>¿Qué es cultura?</i>	68
2.3.2. <i>Tipos de cultura</i>	70
2.3.3. <i>Adaptación y choque cultural</i>	70
2.3.4. <i>Estrés aculturativo</i>	73
2.3.5. <i>Actitudes del inmigrante hacia la cultura receptora</i>	74
2.3.6. <i>Actitudes de la cultura receptora hacia el inmigrante</i>	78
2.4. LA POSIBILIDAD DE RECONSTRUIR LA IDENTIDAD	81
2.5. EL PROCESO MIGRATORIO COMO FACTOR DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE FORTALEZA	95
2.6. FASES DE ADAPTACIÓN Y VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO MIGRATORIO ..	102
3. IMPACTO DEL PROCESO MIGRATORIO EN LA SALUD MENTAL DE LOS INMIGRANTES	123
3.1. ESTUDIOS COMPARATIVOS SOBRE LA SALUD ENTRE LOS INMIGRANTES Y LA POBLACIÓN AUTÓCTONA.....	125
3.2. EL SÍNDROME DE ULISES Y LA CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS.....	128
3.2.1. <i>Impacto del proceso migratorio en la salud mental desde el punto de vista fenomenológico y descriptivo</i>	128

3.2.2. <i>Impacto del proceso migratorio desde el punto de vista categorial de los criterios diagnósticos.....</i>	131
3.3. ESTUDIOS REALIZADOS EN CENTROS DE SALUD MENTAL	134
4. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE ...	141
4.1. EVALUACIÓN	148
4.2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE.....	150
4.2.1. <i>La relación terapéutica</i>	152
4.2.2. <i>Utilización de los Servicios de Salud Mental por parte de los inmigrantes.....</i>	172
4.2.3. <i>Programas de Apoyo Psicológico a inmigrantes.....</i>	179
5. CONCLUSIONES TEÓRICAS	203
II. PARTE EMPÍRICA	209
6. OBJETIVOS E HPÓTESIS	221
6.1. OBJETIVO GENERAL.....	221
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS.....	221
7. MÉTODO	227
7.1. PARTICIPANTES.....	227
7.2. DISEÑO	231
7.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	231
7.3.1. <i>Variables socio-demográficas y migratorias.....</i>	233
7.3.2. <i>Variables psicopatológicas</i>	235
7.3.3. <i>Variables relacionadas con la Personalidad</i>	238
7.3.4. <i>Variables relacionadas con los Objetivos Terapéuticos.....</i>	239
7.3.5. <i>Variables relacionadas con la evaluación del paciente sobre el tratamiento.....</i>	240
7.4. PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO	240
7.5. PROCEDIMIENTO.....	249
7.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	251
8. RESULTADOS	255
8.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	255
8.1.1. <i>Características socio-demográficas</i>	255
8.1.2. <i>Características migratorias.....</i>	257
8.1.3. <i>Características en relación a datos sanitarios</i>	261
8.2. DIFERENCIAS ENTRE SUBGRUPOS DE INMIGRANTES	273
8.2.1. <i>Inmigrantes regulares e irregulares.....</i>	273

8.2.2.	<i>Inmigrantes con deuda y sin deuda</i>	277
8.2.3.	<i>Inmigrantes con menos de cinco años de residencia en el país de acogida y los que tienen más de cinco años</i>	279
8.2.4.	<i>Inmigrantes con y sin historia de victimización en el país de origen</i>	281
8.3.	EFFECTO DEL PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO	282
8.3.1.	<i>Evolución del tamaño de la muestra</i>	282
8.3.2.	<i>Diferencias entre pacientes que terminan y no terminan el Programa</i>	283
8.3.3.	<i>Evolución a lo largo del tiempo</i>	284
8.3.4.	<i>Mejoría clínica</i>	290
8.4.	INDICE DE CAMBIO FIABLE. NIVELES DE RECUPERACIÓN DE LOS SUJETOS	293
8.4.1.	<i>Niveles de recuperación entre el pre y el postratamiento</i>	293
8.4.2.	<i>Niveles de recuperación entre el postratamiento y el seguimiento de los 12 meses</i> ...	296
9.	CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	299
9.1.	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO Y CONTRASTE DE LAS HIPÓTESIS	299
9.2.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	314
9.3.	PUNTOS FUERTES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	316
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	321
	ANEXOS	359
	ANEXO 1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	361
	ANEXO 2. PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO PARA INMIGRANTES .	383
	ANEXO 3. HOJA INFORMATIVA Y MARCA-PÁGINAS	403
	ANEXO 4. CARTA INFORMATIVA Y HOJA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE	405
	ANEXO 5. REQUISITOS PARA OBTENER CARTA DE INVITACION, NACIONALIDAD, PERMISO DE RESIDENCIA Y PERMISO DE TRABAJO	
	407

Índice de tablas

Nº	Título de las tablas	Pág.
Tabla 1	Fases del duelo	29
Tabla 2	Variables implicadas en el duelo	34
Tabla 3	Características del duelo migratorio	37
Tabla 4	Características de los estímulos estresores	51
Tabla 5	Fuentes de estrés migratorio	53
Tabla 6	Identidad e Integración	83
Tabla 7	Etapas migratorias	103
Tabla 8	Factores de riesgo y migración	109
Tabla 9	Características de los tipos de cultura	114
Tabla 10	Características del Síndrome de Ulises	129
Tabla 11	Criterios diagnósticos del Trastorno Adaptativo	132
Tabla 12	Dificultades para la comprensión de la psicopatología	144
Tabla 13	Formulación cultural del DSM-5	145
Tabla 14	Consecuencias de las dificultades en la evaluación	149
Tabla 15	Cuestiones en la asistencia a inmigrantes	152
Tabla 16	Valores culturales	152
Tabla 17	Formación de los terapeutas	160
Tabla 18	Programas de ayuda psicológica	183
Tabla 19	Objetivos de los programas de tratamiento del trastorno adaptativo	188
Tabla 20	Componentes del protocolo de tratamiento	189
Tabla 21	Principales componentes de los programas de potenciación de fortalezas	192
Tabla 22	Razones de las personas que no cumplen los criterios de admisión	228
Tabla 23	Instrumentos de evaluación y momentos de aplicación	232
Tabla 24	Cuestionario de 90 síntomas revisado SCL-90-R	238
Tabla 25	Escala de Autoestima	239
Tabla 26	Escala de Conductas Objetivo	239
Tabla 27	Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento	240
Tabla 28	Componentes del Programa de Apoyo Psicológico	242
Tabla 29	Variables que no cumplen el supuesto de normalidad	252
Tabla 30	Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas	256
Tabla 31	Frecuencias y porcentajes de las características migratorias	258
Tabla 32	Escala de estrés Ulises	260
Tabla 33	Frecuencias y porcentajes de las variables en relación a datos sanitarios	262

Nº	Título de las tablas	Pág.
Tabla 34	Escala de síntomas psicopatológicos (SCL-90-R)	264
Tabla 35	Escala de Autoestima	267
Tabla 36	Escala de Conductas Objetivo	268
Tabla 37	Frecuencias y porcentajes de selección de categorías	270
Tabla 38	Comparación de pacientes en situación regular e irregular	276
Tabla 39	Diferencias entre inmigrantes con deuda y sin deuda	278
Tabla 40	Comparación de pacientes que llevan menos de cinco años de residencia y los que llevan más de cinco años	280
Tabla 41	Comparación de pacientes con y sin historia de victimización	282
Tabla 42	Evolución de la muestra	283
Tabla 43	Comparación de pacientes que terminan y no terminan el Programa	284
Tabla 44	Medias, desviaciones típicas y medianas a lo largo de las evaluaciones	285
Tabla 45	Análisis estadísticos a lo largo de las evaluaciones	286
Tabla 46	Reducción del nivel de dificultad en las Conductas Objetivo	289
Tabla 47	Puntuaciones del GSI y percentiles equivalentes del baremo de la población general	291
Tabla 48	Pacientes mejorados y no mejorados	292
Tabla 49	Nivel de dificultad en las Conductas Objetivo en el Pre-tratamiento	293
Tabla 50	Índice de Cambio Fiable entre el pre y el postratamiento	294
Tabla 51	Índice de Cambio Fiable entre el postratamiento y el seguimiento de los 12 meses	296

Índice de figuras

Nº	Título de las figuras	Pág.
Figura 1	Puntuaciones medias en las subescalas del SCL-90-R y puntuaciones correspondientes al percentil 50 de los baremos	266
Figura 2	Evolución en las subescalas del SCL-90-R a lo largo de las evaluaciones	287
Figura 3	Evolución de las puntuaciones en la escala de Autoestima	288
Figura 4	Evolución de las puntuaciones en las Conductas Objetivo	288

INTRODUCCIÓN

La migración es un fenómeno que ha sido estudiado bajo diversos enfoques, desde lo económico, sociológico, histórico, demográfico, jurídico, estadístico, político, psicológico-social, etc. La presente tesis lo hace entendiendo al inmigrante en su singularidad psicológica y desde allí cómo vive su proyecto, su viaje migratorio y cómo repercute esto en su salud.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 13 expresa:

...“Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia dentro del territorio de un Estado”... como así también agrega... “a salir de cualquier país, incluso del propio y de regresar al mismo”...¹

Según el informe The World Bank (2011), en el mundo hay más de doscientos quince millones de personas inmigrantes, lo que supone un 3% de la población mundial. España ha sido hasta el año 2010, el tercer país de Europa que más inmigrantes recibió, detrás de Alemania y el Reino Unido. A nivel mundial se sitúa en el séptimo puesto. Cabe aclarar que los datos estadísticos entorno a la inmigración señalados en esta investigación, se refieren al período en el que fue llevada a cabo la intervención con los pacientes desde mayo del año 2007 a diciembre del año 2012.

A través del tiempo, el fenómeno migratorio en España ha sufrido grandes transformaciones. En los años 50 y 60, de ser un país de emigrantes a otros países de Europa y América Latina, pasa a ser en los años 90, un estado con inmigrantes y a partir del año 2000, muestra un crecimiento exacerbado en la entrada de personas. Esta situación supone un reto para los españoles y su gobierno, porque deben modificar las políticas

¹ ONU (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. www.un.org/es/documents/udhr.

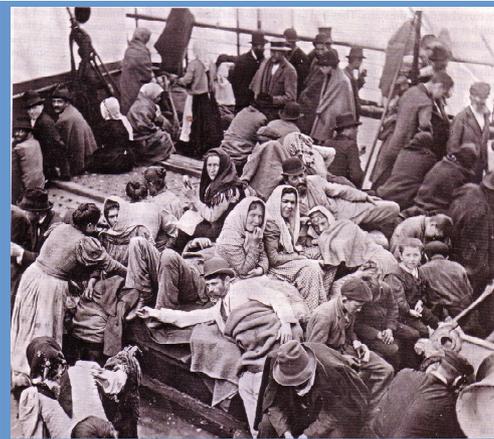
culturales, sociales, sanitarias, educativas y laborales para ajustarse a nuevas realidades que van a configurar una sociedad multiétnica y por ende multicultural.

Este trabajo se centra en el impacto del proceso migratorio en la salud mental de los inmigrantes, principalmente latinoamericanos y ofrece una caracterización descriptiva de su situación socio-demográfica, migratoria y psicológica; además expone los resultados de un Programa de Apoyo Psicológico.

En la primera parte, se realiza una revisión teórica sobre el concepto de inmigración, las tasas, el impacto psicológico que supone el proceso migratorio, las fases y variables que inciden en la adaptación del inmigrante y la influencia en la salud mental del mismo. Asimismo se analizan las dificultades en la evaluación y en el tratamiento de los pacientes inmigrantes.

En la segunda parte, se presenta un Programa de Apoyo Psicológico para inmigrantes y se muestran los datos socio-demográficos, migratorios y psicopatológicos de los pacientes que solicitan ayuda; también se muestran los resultados de la efectividad del Programa entre la evaluación realizada antes de recibir el tratamiento y al finalizarlo, y luego en los seguimientos hasta los doce meses.

I PARTE TEÓRICA



CAPÍTULO 1
MIGRACIONES HUMANAS

1. MIGRACIONES HUMANAS

1.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA: LA INMIGRACIÓN AYER Y HOY

Se sabe que los movimientos migratorios forman parte de la historia de la humanidad. El desplazamiento de personas o grupos desde su hábitat de origen a otro diferente, es inherente a la expansión del ser humano y a su lucha por la supervivencia (Atlas de las Migraciones, 2010). Tiene un carácter repetitivo y cíclico. A lo largo de la historia de la humanidad, la migración ha sido un fenómeno practicado por diversos pueblos y culturas (Delgado, 2008). Cabe recordar los grandes barcos del Siglo XX, que trasladaban cantidad de europeos. Éstos viajaban con sus imprescindibles y escasos bártulos durante meses hasta llegar a “Las Américas”.

Hoy en día esto se repite. A comienzos del Siglo XXI la sociedad española se enfrenta con el fenómeno de la inmigración globalizada. Actualmente, los movimientos migratorios masivos forman parte de un fenómeno sociocultural y político de envergadura, que en gran parte se debe a causas socio-económicas, bélicas, catástrofes naturales, persecuciones religiosas y políticas (García Campayo y Alda, 2005). Desde el año 1999, la población de inmigrantes ha ido aumentando en España situándose desde el 2,74%, hasta el 12% en el 2009, o sea, se ha multiplicado por seis veces en una década (Bernal, 2002; Brandariz, 2009).

Las duras y difíciles situaciones por las que atraviesan muchos inmigrantes, hacen que las actuales migraciones se conviertan en un proceso que tiene niveles de estrés tan intensos, que la mayoría de las veces superan a la capacidad de adaptación de las personas. Como dice el Dr. Achotegui, son precisamente estos inmigrantes los que potencialmente pueden padecer del Síndrome de Ulises en comparación con el héroe griego

que durante su viaje atravesó fuertes adversidades y peligros lejos de su familia, de sus seres queridos y de su tierra. La soledad, el miedo, la desesperanza hacen válida la similitud con la que los inmigrantes se ven reflejados en este personaje mitológico.

Cada período histórico tiene sus características propias, determinadas también desde lo sociocultural. En América, a principios del Siglo XX, predominaba en el inmigrante una ilusión, la promesa de un futuro mejor, parafraseando: “hacer la América”, porque con ello se sabía que hacían emerger un proyecto de vida con alta connotación económica. Si lo lograban, llamaban a su familia para integrarlos, porque el país de acogida también seguía albergándolos y acompañándolos. Así, los inmigrantes formaban colonias importantes con sus paisanos. El país de destino los *acogía* y les daba un *lugar*, les permitía trabajar y hasta les esperaba con un espacio para dormir y comer, mientras el inmigrante conseguía dar los primeros pasos en su proceso migratorio. Ejemplo de esto, puede observarse en Buenos Aires donde aún existe el Hotel de Inmigrantes. Hoy está destinado para oficinas de migración. Este hotel desde 1911 alojó a las personas que salían de sus países de origen y atracaban en el Río de la Plata.

En el presente, lo que subyace en la mayoría de los casos de migración, es la necesidad de sobrevivencia por situaciones de crisis económicas apremiantes o por persecuciones, por ejemplo, ideológicas, políticas y religiosas. ¿Qué dirían los inmigrantes hoy, cuando se tiene la percepción de que el país adonde llegan desea expulsarlos más que acogerlos e integrarlos?; así en caso de venir ilegales y al ingresar en la frontera les espera la deportación. Los aeropuertos y las costas marítimas se convierten en desfiladeros del azar y buena voluntad del país de llegada, donde generalmente no está garantizada su entrada. El tiempo, los escenarios, las nacionalidades de los que emigran cambian, pero lo que se

mantiene entre la inmigración de ayer y la de hoy, es la vivencia de un común denominador: el *desarraigo emocional* frente a lo que se dejó, que en muchos casos acrecienta la incertidumbre de poder elaborar el duelo cuando acecha la nostalgia. Todo proceso migratorio conlleva sentimientos de ambivalencia: deseo de explorar nuevos territorios y mejorar económicamente pero al mismo tiempo nostalgia por sus raíces; sentimientos de dolor y sufrimiento por lo dejado pero también oportunidad de desarrollo humano y de esperanza por un futuro mejor, tiene componentes de pérdida y de ganancia e implica un impacto psicológico en el país receptor, en el inmigrante y en la familia que queda en el país de origen (Oztek, 1986; Rodríguez, 1982).

*Cruzaron los mares
con bagajes de promesas,
algunas recién compradas,
que les llenaban sus maletas.*

*Con dolor y en el destierro,
encerrando en sus baúles
añoranzas de otras tierras,
arribaron a este puerto.*

*Con sus recuerdos intactos
dejando atrás lo vivido,
con sus manos vacías
nos trajeron nuevos bríos.*

*Horizonte al fin alcanzado,
destino hasta ayer incierto,
labrando la tierra fértil
cosecharon su destino.*

*Se cumplieron sus promesas
entre alegrías y fríos
entre soles y certezas
se fueron haciendo un nido.*

*Sus hijos se hicieron al mundo
desde esta tierra bendita
crecieron con sus esfuerzos
y su trabajo fecundo.*

*Un día pidieron descanso
y bajo esta tierra lo hallaron,
nos dejaron aquí, con su canto
la herencia de sus mandatos.*

*Hoy sus nietos se van yendo
a buscar nuevos caminos,
son ellos los que por dentro
se llevan el alma herida.*

*Haciendo el trayecto inverso
al que hicieron sus abuelos
hoy ellos son los que marchan
en busca de un nuevo cielo.*

*En la historia de emigrantes
se repiten las angustias
al buscar en otras tierras
lo que les niega la suya.*

Autor anónimo

La migración afecta a la persona, a la familia, al entorno pero también a las sociedades emisoras y receptoras porque conlleva cambios estructurales, sociales, económicos, políticos, culturales y psicológicos (Sayed-Ahmad Beiruti, 2008). Es una oportunidad de desarrollo humano, supone intercambio de dinero, valores culturales, ideas, hábitos y costumbres y puede enriquecer al ser humano y a las sociedades porque da pie al conocimiento recíproco y al respeto a la diferencia y la diversidad (Informe sobre Desarrollo Humano, 2009).

El Plan Vasco de Inmigración 2003-2005 considera, en sus bases ideológicas, que la inmigración es un fenómeno positivo y necesario porque colabora en la prosperidad de la sociedad vasca, tanto a nivel económico como cultural, permitiendo un pluralismo de la comunidad, lo que hace que sea un factor de modernización, europeización y dinamismo. Por eso, concibe que la inmigración es parte de un proceso social pluralista y enriquecedor en la vida social. Exhorta a no entenderla como mero fenómeno laboral, ya que percibirla así, sería un reduccionismo que atiende a lo estrictamente instrumental, pues se califica al inmigrante como mano de obra y no como parte de una convivencia social justa y armónica. Desde ahí, se reconoce a la inmigración como fenómeno estructural en las sociedades modernas, en tanto que es un proceso dinámico y constante.

1.2. CONCEPTO DE INMIGRANTE

Para poder estudiar el fenómeno migratorio hay que tener en cuenta que en la bibliografía aparecen diferentes usos terminológicos para referirse a la misma realidad. En los Estados Unidos y en el Reino Unido se habla de minorías étnicas, en Italia y España se prioriza la palabra inmigrante y en Alemania se les dice extranjeros.

Migrante es la persona que se mueve de un país a otro en el que pasa un período largo de tiempo y se convierte en su residencia habitual (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 2009).

Se alude a inmigrantes al referirse a todas aquellas personas extranjeras que entran en el territorio nacional con el propósito de mejorar o cambiar una situación ocasionada por causas políticas, religiosas o étnicas, para escapar de una persecución (refugiado o asilado) o por razones económicas para mejorar su nivel de vida, dentro de un proyecto laboral o de reagrupación familiar (Colegio Oficial de Psicólogos, 1994; Comisión Española de Ayuda al Refugiado, CEAR, 2011).

De acuerdo a García Campayo y Alda (2005) es necesario diferenciar dos conceptos: inmigrantes y refugiados.

Los inmigrantes son... *“personas que abandonan su país de forma voluntaria, en la mayoría de las ocasiones por motivos socioeconómicos y que tienen la libertad de regresar al mismo cuando quieran. En principio, no han sufrido tantas penalidades para abandonar su país y su salud mental es mejor”...²*

Los refugiados son... *“individuos forzados a abandonar su país, generalmente por motivos políticos o religiosos y cuya repatriación es imposible o peligrosa. Frecuentemente han arriesgado su vida para abandonar el país y, a menudo, han sufrido torturas o malos tratos, por lo que su malestar psicológico suele ser mayor”...³*

² García Campayo, J. y Alda, M. (2005). *Salud Mental e Inmigración* (Pág. 7). Barcelona. Edikamed.

³ Ibid. Págs. 7-8.

1.3. TIPOS DE MIGRACIÓN

La migración supone hablar de desplazamientos humanos y existen diversos tipos. Así, se pueden distinguir distintos movimientos migratorios:

- Nacionales o internos dentro del propio país: por ejemplo en los años 60, en España el desplazamiento que se dio del campo a la ciudad.
- Internacionales: entre países en vías de desarrollo, entre un país en vías de desarrollo y otro desarrollado y entre países desarrollados.
- Desplazamientos por conflictos étnicos, religiosos, políticos o por la no aceptación de la diversidad en la orientación sexual.
- Víctimas del tráfico humano en su gran mayoría mujeres.
- Migrantes menores de edad que cruzan la frontera sin compañía de tutores, llamados menores extranjeros no acompañados (MENAS).
- Inmigrantes llegados en procesos de reagrupación familiar y/o de segunda generación nacidos de parejas mixtas o de padres inmigrantes.

Delgado (2008) expresa que hay una gran heterogeneidad de inmigrantes, pero que pueden distinguirse entre:

- Los que quieren mejorar sus pretensiones profesionales, saliendo del país con una situación laboral y económica favorable.
- Los que salen con una apremiante necesidad de subsistencia.
- Los refugiados, en los que impera una situación peligrosa por su ideología socio-política.
- Los estudiantes extranjeros.
- Los inmigrantes que generan un proceso de reagrupación familiar.

1.4. TASAS Y PERFILES DE LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA (2007-2012)

Hasta el año 2000, España ha conservado una tasa de inmigración del 3%, ya que ha sido un país de emigrantes, pero a partir de esta fecha y entre los años 2000-2005 llegó a ser el tercer país del mundo en recibir inmigrantes después de los Estados Unidos y Alemania (Moreno y Bruquetas, 2011).

Este flujo migratorio ha sido regulado por sucesivas publicaciones de la Ley de Extranjería. La denominada “Ley sobre derechos y libertades de los extranjeros y su integración social” reglamenta la entrada y estancia de los extranjeros extracomunitarios en el territorio español, así como los derechos y libertades que se les reconocen.

La primera Ley orgánica 4/2000 del 11 de enero y sus posteriores cinco modificaciones (Ley orgánica 8/2000 del 22 de diciembre, Ley orgánica 11/2003 del 29 de septiembre, Ley orgánica 14/2003 del 20 de diciembre, Ley orgánica 2/2009 del 11 de diciembre, Ley orgánica 10/2011 del 27 de julio), regulan derechos y libertades como el régimen jurídico, la documentación, la reagrupación familiar, el sistema de entrada, el tránsito, el empadronamiento, los permisos de residencia y de trabajo, etc. Cada una de estas leyes ha sufrido desarrollos específicos por medio de sucesivos reales decretos.

Estas leyes y los reglamentos que de ellas se derivan, son cada vez más duras y restringen la libertad de movimientos de los inmigrantes y sus posibilidades de integración, de empadronamiento y el posterior acceso a la sanidad y a la educación. De esta manera, se va generando una brecha entre la migración oficial y la real.

Es difícil hablar de tasas de inmigración, ya que depende de si se toman datos del padrón considerando sólo los inmigrantes empadronados, o

si se tienen en cuenta datos de inmigrantes regulares. Se denominan inmigrantes regulares los que han logrado adquirir la primera o posteriores tarjeta de residencia del Ministerio del Interior. Las cifras que se citan en este apartado se refieren al padrón. El empadronamiento concede derechos sociales que implican principalmente educación y sanidad y constituye una prueba de arraigo para poder regularizar la situación legal.

De acuerdo con el avance provisional del padrón municipal al 1º de enero de 2010 del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es), del total de personas empadronadas, 41.242.592 son de nacionalidad española y 5.708.940 son extranjeros, lo que supone un 12,2%. Entre los extranjeros, el 52,5% son hombres y el 47,5% mujeres. El 62% de los inmigrantes tiene entre 16 y 44 años. Los extranjeros residentes en España pertenecientes a la Unión Europea-27 suman 2.346.515, la mayoría son rumanos, seguidos de británicos y alemanes. Entre los no comunitarios, de unos 3.000.000 de personas se destacan: marroquíes, ecuatorianos y colombianos. Los ciudadanos de América del Sur, suponen un 26,6% de los extranjeros y entre ellos, es mayor la proporción de mujeres.

El Instituto Nacional de Estadística (INE, 2010) indica que en el País Vasco hay 167.329 personas inmigrantes empadronadas, de las cuales 126.267 son de países extracomunitarios, o sea el 75,46% de la población inmigrante. En total, el 7,68% de la población es inmigrante, se observa un porcentaje bajo si se lo compara con las comunidades en las que hay mayor cantidad de población inmigrante, por ejemplo: 19,55% en Madrid, 18,85% en la Comunidad Valenciana, 17,45% en Cataluña o 17,01% en Murcia. A pesar que en el País Vasco, el número de inmigrantes sea mucho menor al de otros territorios, va evolucionando en forma creciente porque desde 1998 hasta el 2005, se ha quintuplicado la cantidad de inmigrantes, desde el 0,71% en 1998 hasta el 3,42% en el 2005. En el año 2008, residían en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) 116.650 inmigrantes y en el

año 2010 llegaron a 167.329. En su mayoría proceden de Latinoamérica y en menor proporción de Europa del Este y de África. De los tres territorios históricos, es Álava el que mayor porcentaje de inmigrantes recibe de acuerdo a su peso demográfico. En cuanto al perfil socio-demográfico, los inmigrantes que provienen de África, en su mayoría son de sexo masculino y los que vienen de Latinoamérica y de países del este son de sexo femenino. Sus edades fluctúan entre los 25 y 40 años, con una tendencia cada vez mayor de niños y adolescentes. Sus ocupaciones laborales se encuentran dentro del sector agrícola, de la construcción, de la hostelería y del servicio doméstico.

Dentro de la CAPV, según datos del año 2010 del Observatorio Vasco de inmigración (www.ikuspegi.org), los extranjeros suponen un 6,4% de la población, lo que implica un incremento importante comparando con los datos del año 2007, donde ascendían a un 4,6%. En España, el mayor aumento de extranjeros en términos absolutos durante el año 2009 se ha producido en las comunidades autónomas de Andalucía, Madrid y País Vasco. Sin embargo, las tasas de inmigrantes en la CAPV son bajas si se comparan con otras comunidades españolas como las de Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana, Andalucía, donde la proporción es mucho mayor; 21% en Cataluña, 20% en Madrid, 12% en Andalucía y 10% en Valencia, aproximadamente.

A partir de la crisis en España y desde el año 2010 aproximadamente, el flujo migratorio es negativo. En la actualidad, se puede observar que los españoles también comienzan a emigrar.

García-Campayo y Alda (2005) y Morera, Alonso y Huerga (2009) han señalado como principales grupos étnicos residentes en España los siguientes:

- **Latinoamericanos:** de este grupo los más numerosos son ecuatorianos, colombianos, peruanos, argentinos, bolivianos y

dominicanos. En general, salen de sus países por dificultades económicas y sociales. La mayoría tienen estudios secundarios y formación superior alrededor de un 15%. Más de la mitad son mujeres, se dedican al cuidado de ancianos, niños y servicio doméstico. Los hombres trabajan en agricultura, hostelería, limpieza y construcción. Pertenecen a la religión cristiana o al culto evangélico. En el País Vasco, la mayoría son mujeres, casadas o solteras, con hijos y tienen un nivel educativo secundario (Basabe, Zoblina y Páez, 2004).

- **Magrebíes:** nacidos en países árabes africanos. Es una población muy joven y en edad productiva laboral. Predomina el sexo masculino, poseen una baja formación escolar. Los hombres trabajan principalmente en la agricultura y la construcción. La mujer se dedica más al servicio de la familia. Conservan las creencias y costumbres musulmanas. Las personas de los países árabes son las que más tiempo llevan en el País Vasco en relación a otros grupos y manifiestan la intención de instalarse. Esta población es la que más problemas presenta con el idioma, para regular su situación legal y para encontrar alojamiento y empleo (Basabe y cols. 2004).
- **Europeos del Este:** son los migrantes procedentes de las antiguas Repúblicas Soviéticas (Ucrania, Lituania, Bielorrusia, Letonia, Estonia, Rusia, Moldavia); de Centro-Europa y de países del Este (Hungría, Bulgaria, Rumania, Polonia, República Checa, Eslovaquia); de países de la antigua Yugoslavia (Croacia, Eslovenia, Serbia, Bosnia, Macedonia) y Albania. El común denominador de todos estos grupos citados es que hasta el año 1989 pertenecieron al bloque comunista. De todos ellos, los inmigrantes más numerosos son los procedentes de Rumania, Bulgaria, Polonia y Ucrania. La mayoría trabaja en el sector de la construcción,

transporte, industria, hostelería y servicio doméstico. Las mujeres se emplean generalmente en el servicio doméstico. Es escaso el porcentaje de los que se dedican a las mafias y a la prostitución. La religión predominante en ellos es el cristianismo ortodoxo, católico o protestante y la religión musulmana en los oriundos de Albania y Bosnia. Poseen un alto nivel de estudios.

- **Subsaharianos:** personas nacidas en el África subsahariana. Según datos del padrón del año 2007, suponen un 3,3% del total de los inmigrantes. La mayoría son senegaleses, nigerianos, ecuatoguineanos y malienses. Los porcentajes de hombres y mujeres son similares, su nivel de instrucción es superior al del colectivo magrebí. Se emplean en trabajos no cualificados. Sus religiones son la musulmana, las tradiciones africanas y el cristianismo. El viaje migratorio que realizan suele resultar traumático en muchas ocasiones. Las mujeres pueden llegar a ejercer como trabajo la prostitución, siendo víctimas de redes.
- **Orientales:** en su mayoría chinos. Son grandes las diferencias culturales de este grupo con las del país de llegada. Existe poca información sobre ellos. Su lengua oficial es el mandarín. Mantienen el estilo social, económico y familiar de sus orígenes cuando llegan al país de acogida. No son practicantes religiosos y la minoría es budista, taoísta o cristiana con una base de doctrina filosófico-social, el confucianismo. La mayoría trabaja en la hostelería o en sus propios comercios. Proceden de la zona urbana. Para preservar su salud y para tratar patologías menos graves e inespecíficas recurren a su medicina tradicional (acupuntura, digitopuntura, fitoterapia, dietética), cuando es necesario acuden a la medicina occidental.

Como se puede apreciar, enfocar las características del inmigrante en forma general es difícil. Las especificidades producen diferencias grandes, dadas en función de su procedencia, motivos migratorios, condiciones de acogida en el país receptor y los recursos socio-económicos con los que cuentan.

En Guipúzcoa, el porcentaje de extranjeros es del 6%. Los inmigrantes que residen en el País Vasco en su mayoría proceden de Rumania, seguidos de los de Marruecos, Colombia y Bolivia. Entre los rumanos y los marroquíes hay mayor porcentaje de hombres y entre los ciudadanos de América Latina, de mujeres.

Este trabajo se va a centrar fundamentalmente en inmigrantes mayores de edad, de primera generación, que se desplazan “sin papeles” por motivos económicos y laborales, que emigran sin un trabajo predeterminado en el país receptor en un primer momento. Pueden ser por lo tanto inmigrantes en situación irregular con y sin empadronamiento, regulares con permiso temporal, regulares con permiso definitivo y nacionalizados.

CAPÍTULO 2
¿QUÉ SUPONE EL PROCESO MIGRATORIO
A NIVEL PSICOLÓGICO?

2. ¿QUÉ SUPONE EL PROCESO MIGRATORIO A NIVEL PSICOLÓGICO?

“Tener un país significa no estar solo, saber que en la gente, las plantas, la tierra, hay algo que te pertenece, que incluso si no estás allí, sigue esperándote”. (Cesare Pavese, 1950).

Desde el punto de vista de la salud mental, la migración supone afrontar diversos aspectos psicológicos y atravesar distintas fases de adaptación. El inmigrante tiene que responder a cuatro procesos psicológicos principales:

- elaborar los duelos y las pérdidas de lo dejado en el país de origen (Salvador Sánchez, 2001)
- hacer frente a múltiples situaciones de estrés y supervivencia (Hovey, 2001)
- adaptarse a una nueva cultura afrontando el estrés aculturativo (Berry, 2001)
- reconstruir una nueva identidad (Villar, 2002)

Todos estos procesos son dinámicos y no lineales. No implican en sí mismo psicopatología ni trastorno mental, depende de diversos factores el que puedan dar lugar a menor o mayor nivel de sufrimiento psicológico. Sólo cuando la supervivencia está garantizada un inmigrante puede comenzar a adaptarse a una nueva cultura. Este proceso suele durar años y puede llegar a ser transgeneracional.

2.1. LA NECESIDAD DE ELABORAR DUELOS Y PÉRDIDAS

“Sólo las personas que son capaces de amar intensamente pueden sufrir también un gran dolor, pero esta misma necesidad de amar sirve para contrarrestar su dolor y curarles” (Tolstoi).

2.1.1. El duelo en general

El duelo (del latín dolus) significa entre otros dolor, lástima, aflicción. Es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o de algo. Freud (1974) va más allá cuando señala que el duelo implica un profundo abatimiento, falta de interés por el mundo exterior, menor capacidad de amar e inhibición de la actividad. Bowlby (1997) define al duelo como un proceso psicológico que se pone en marcha frente a la pérdida, pero limitando esta pérdida a la persona amada.

Kubler-Ross y Kessler (2010) lo significan como la intensa respuesta emocional al dolor de una pérdida. Observan en el duelo un proceso de reorganización de la personalidad, que se da cuando la persona pierde algo significativo.

Pangrazzi (1993) expresa que existen diversas clases de duelo de acuerdo al tipo de pérdida que una persona puede tener. Las pérdidas pueden ser: de personas significativas, de aspectos de uno mismo, de objetos externos, de ideales, de ilusiones, etc. Para este autor, el duelo dependerá del tipo de vínculo afectivo que existía con lo perdido, a mayor apego, mayor dolor.

González-Calvo (2005) menciona distintos tipos de duelo: el que se elabora en forma normal; el crónico, que detiene e imposibilita a la persona para rehacer su vida; el congelado o evitado, que dificulta la manifestación

de las emociones; el retardado o aplazado, donde predomina la postergación, la incredulidad y la negación ante un hecho inesperado; y el anticipatorio, que permite prepararse para una pérdida previsible.

El duelo no es un estado sino un proceso. Las reacciones frente a la pérdida podrían darse en algunas **etapas** que no son estáticas sino dinámicas, como ya fueron enunciadas por diversos autores (Tabla 1).

Tabla 1. Fases del duelo

Autores	Fases
Bowlby (1997)	Estupefacción o shock, tristeza y dolor, negociación y búsqueda, ocultamiento y enfado, depresión-soledad y resolución.
Worden (1997)	Aceptar la realidad de la pérdida. Sentir el dolor de la pérdida. Adaptarse al medio sin el ausente. Recolocar emocionalmente al ausente.
Kubler-Ross (2000)	Negación, Rabia, Negociación, Depresión, Aceptación.

Cuando Kubler-Ross y Kessler (2010) sistematizan las etapas, advierten que en un primer momento del duelo generalmente se pasa por la *negación* de la pérdida, que posibilita luego dosificar el dolor de la pérdida y sentir alivio. De este modo, el aparato psíquico despliega sus mecanismos de defensa como un intento de proteger la psique del dolor. Se niega el dolor para luego aceptar la realidad de la pérdida, que sustituye a la negación, cuando ésta va remitiendo. La persona comienza a preguntarse el cómo y el por qué ha sucedido la pérdida y empiezan a emerger los sentimientos que estaban negados.

La *etapa de ira* es necesaria vivirla y se evidencia de distintas maneras. Esta manifestación aparece cuando va invadiendo la tristeza, el

miedo, el dolor y la soledad. Se apela a ella cuando se quiere evitar sentimientos comprometidos y desorganizantes, posponiéndolo hasta que se pueda enfrentar. A veces es proyectada a vínculos que no tienen que ver con el objeto específico de la pérdida. El recurso de la ira hace invertir energía en el otro como un intento de ocupar el vacío que queda después de la pérdida. Cumple la función de mediador entre la pérdida y el sinsentido que la persona experimenta. Si bien sería saludable contener la ira, es decir no actuarla sobre otros, en una situación de pérdida, el percibirla y reconocerla permite que esos sentimientos que antes se vivían en silencio y soledad ahora salgan a la luz.

La siguiente etapa es la de *negociación*, transacción que generalmente es precedida de culpa porque la persona se planteó todo aquello que podría haber hecho de otra manera antes de la pérdida y le llevó a cuestionarse y criticarse.

La *depresión* es otra de las etapas del duelo. La atención de la persona se concentra en el presente, siente sensación de vacío, suele caer en un sinsentido, le invade una intensa tristeza. Es una fase que se vive desde un nivel más profundo. Por eso, la depresión es la respuesta lógica ante una gran pérdida. Y da la posibilidad de recomenzar como modo de superarla.

La última etapa por la que se atraviesa para superar el duelo es la *aceptación*; es un momento donde la persona acepta que la pérdida es una realidad y la reconoce como realidad permanente. También reconoce que de esa realidad perdida no hay retorno y que está inserto ahora en una nueva realidad. En esta etapa el afectado aprende a vivir sin lo que perdió y su posicionamiento adquiere otra dimensión y mecanismos que le permiten funcionar sin lo perdido. Readapta y reorganiza su vida superando así el pasado.

Si se observa en las investigaciones más recientes sobre los estadios del duelo, se advierte que no todas las personas atraviesan por las fases

descritas anteriormente del mismo modo. En los últimos años, se proponen modelos de comprensión del duelo de tipo constructivista, que intentan conocer el modo en que la ausencia de un ser querido transforma los significados que tienen el mundo y la vida para las personas (Neimeyer, 2002), como también modelos que procuran explicar las diferencias individuales (Bonano y Kaltman, 1999).

Durante el proceso de duelo, que es una reacción adaptativa natural, se dan pensamientos, sentimientos, emociones, sensaciones físicas y acciones consecuentes a la anticipación o a la pérdida de una persona amada.

El tiempo que transcurre a partir de una pérdida significativa está impregnado de sentimientos como tristeza, ira y dolor emocional. Ante la pérdida, las defensas psíquicas no siempre son eficaces para poder dar respuestas saludables por la magnitud emocional que la pérdida significa para el que la experimenta.

Baños y Botella (2010) y Worden (1997) coinciden en la afirmación de que durante el proceso de duelo la persona pasa por diversos estados emocionales y puede presentar síntomas agrupados en:

- *Síntomas físicos*: vacío en el estómago, opresión en el pecho y en la garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, debilidad muscular, fatiga, falta de energía, sequedad de boca, insomnio, palpitaciones, etc.
- *Síntomas emocionales*: tristeza, enfado, impotencia, rabia, frustración, culpa y autorreproche, ansiedad, soledad, indiferencia, alivio, insensibilidad o embotamiento, desesperanza, tendencia a la regresión ante la pérdida de alguien o algo importante, desamparo, etc.
- *Manifestaciones en el área del pensamiento*: incredulidad, confusión, preocupación, pensamientos intrusivos,

despersonalización, sentido de presencia de la persona ausente, extrañeza ante el mundo habitual y búsqueda del significado de la pérdida.

- *Manifestaciones en el área de la conducta:* dificultades en la conciliación del sueño e interrupción del mismo, trastornos de alimentación, distraimiento, aislamiento social, sueños recurrentes, suspiros, búsqueda e invocación del ausente en voz alta, evitación o negación de recuerdos, hiperactividad, desasosiego, llanto, presencia reiterada en determinados lugares o llevar consigo objetos de la persona evocada. Conductas que se pueden situar en extremos, desde la búsqueda del contacto con el que no está hasta la evitación de toda situación que lo recuerde. Pueden aparecer también conductas temerarias, consumo de sustancias, entre otras.

Todos estos síntomas son esperables y forman parte del proceso que sufre una persona cuando ha perdido a alguien o algo importante en su vida. A pesar que los rituales, las tradiciones, los comportamientos y la expresión externa del duelo difieran culturalmente, las experiencias subjetivas individuales parecen ser similares entre personas de diferentes culturas (Cowles, 1996).

Worden (1997) indica que para superar la pérdida, la persona tiene que asumir desde una posición activa ciertas **tareas** que le ayuden a elaborar su duelo. Estos actos tienen que ver con:

- *Aceptar la realidad de la pérdida*, que implica no negarla. Worden enfoca la negación con distintos gradientes, que pueden ir desde la distorsión de la realidad hasta el engaño total. También la persona puede negar el significado de la pérdida o afecto concomitante a la misma. A veces, cuando se pierde a alguien porque falleció, hay quienes intentan comunicarse recurriendo por ejemplo a prácticas

espiritistas. Este mecanismo impide aceptar la realidad. El proceso no es fácil y lleva tiempo porque implica no sólo un reconocimiento intelectual, sino también y el más difícil, una aceptación emocional.

- *Trabajar las emociones y el dolor asociado a la pérdida.* Si esta tarea es negada, por ejemplo a través de no sentir, de bloquear los sentimientos y negar el dolor, entonces se entorpece el proceso de elaborar el duelo.
- *Adaptarse a un nuevo medio* donde el objeto de la pérdida o de la persona perdida está ausente. La adaptación puede tener distintos significados que están sujetos al tipo de vínculo que se tuvo con la persona que se perdió y todos aquellos elementos significativos para su evocación. A veces, el adaptarse implica adecuarse a un nuevo entorno, aprender formas distintas de enfrentarse al mundo, incluso de ajustar el propio sentido de su vida y con ello de la realidad que le rodea. Si esta tarea no se logra, la persona no asume la pérdida, se ensimisma y aumenta su impotencia y no se permite desarrollar nuevas habilidades que le posibiliten hacer frente a una situación distinta. Esta conducta descrita puede llevar a un mayor aislamiento del mundo que le rodea y a no asumir las exigencias que el sentido de realidad le demanda.
- *Recolocar emocionalmente a la persona u objeto perdido* para adquirir nuevos vínculos que le ayuden en la continuidad de su vida. Esto significa que la persona que vivió una pérdida ya no apela a la reactivación del recuerdo del ausente con la misma carga emocional y coloca también a las ausencias en su adecuado lugar, con ello enfrentará su inserción de manera distinta.

Para Landa y García-García (2007), los procesos de duelo son más difíciles en función de las siguientes variables (Tabla 2).

Tabla 2. Variables implicadas en el duelo

-
- Muertes repentinas o inesperadas, circunstancias traumáticas de la muerte.
 - Pérdidas múltiples o desapariciones.
 - Muerte de un niño o adolescente.
 - Doliente en edades tempranas o tardías de la vida.
 - Muerte tras larga enfermedad terminal.
 - Relación dependiente, ambivalente o conflictiva con el fallecido.
 - Historia previa de duelos difíciles, depresiones u otras enfermedades mentales.
 - Tener problemas económicos, escasos recursos personales y aficiones, no contar con trabajo.
 - Vivir solo, poco apoyo socio-familiar, alejamiento del sistema tradicional socio-religioso de apoyo.
 - Situaciones críticas concurrentes, laborales, económicas, judiciales, familiares, etc.
-

Desde un punto de vista psicopatológico, se habla de duelo normal y complicado, en ocasiones no es fácil distinguir uno de otro. Así, Horowitz, Bonnano y Holen (1993) para caracterizar el duelo complicado, tienen en cuenta no sólo el tiempo que haya transcurrido desde la pérdida sino también la presencia de síntomas de intrusión, evitación, adaptación disfuncional, incapacidad para volver a asumir responsabilidades y dificultades en las relaciones interpersonales.

2.1.2. El duelo migratorio

Desde el punto de vista migratorio, emigrar supone elaborar pérdidas de lo dejado en el país de origen (Achotegui, 2000; García-Campayo y Sanz, 2000). La persona cuando toma la decisión de migrar no siempre es consciente de todo lo que deja y del sentimiento de pérdida que eso supone. Es esperable que al salir de su tierra todo cambie. Después de enfrentarse a

la nueva situación, sobrevienen sentimientos de nostalgia y de pérdida. La integración de estos sentimientos implica un proceso de reorganización interna. El inmigrante no cuenta con lo que tenía en su lugar de origen, por eso tiene que procurar lo que suplirá el vacío. Esto sólo es posible tras mucho tiempo de esfuerzo. Lo que se debe conseguir se le presenta como una expectativa. Si las circunstancias son favorables, las pérdidas se contrarrestan con los logros. Cuando su realidad le es adversa, el proceso es muy costoso y doloroso. El inmigrante puede quedar anclado en la nostalgia de lo perdido.

Al respecto Bohórquez (2011) considera que la nostalgia tiene aspectos positivos y negativos.

Aspecto positivo porque:

... “le sirve de aliento y parada en el camino para proseguir...actúa como fuente de inspiración, como estrategia de afrontamiento para contrarrestar la soledad”...⁴

Aspectos negativos porque:

.... “aquél sentimiento que paraliza a la persona, la deja anclada en su pasado e impide que actúe sobre el presente para transformar el futuro, lo que la deja en una situación de desamparo, en donde la única alternativa posible es la de un presente desencantado e irreconciliable con el ayer y con el mañana; en esta situación toda mirada hacia atrás resulta improductiva.”⁵

El desarraigo implica para el inmigrante una dificultad porque desestructura. Ante esta situación, apela a un mecanismo regresivo como es la nostalgia. El desafío psíquico de la persona que deja el país de origen,

⁴ Bohórquez, I. (2011). Reflexiones sobre la nostalgia en la inmigración. *Aperturas Psicoanalíticas*. N° 34.

⁵ Ibid.

consiste en resolver y superar la relación de pérdida del pasado, de lo que dejó y la incorporación del futuro, de lo nuevo. Esto le supone la elaboración de un duelo ante las pérdidas para poder recomenzar en un nuevo contexto geo-espacial. Mientras el conflicto no esté resuelto, la persona vive con una sensación de vacío atemporal, quedó anclada en el pasado y no puede asumir el presente donde se manifiesta el conflicto a través de la recreación de fantasías nostálgicas (Bravo, 1989).

Al decir de un inmigrante:

... “Se habla del inmigrante como invasor, intruso pero no como el inmigrante desplazado, necesitado, que tiene un duelo por tener que irse de su país. Toda persona que sale de su país tiene un dolor interno, de abandono de sus cosas, de sus seres queridos, de sus afectos” ...

Bravo (2003) también conceptualiza la fijación nostálgica y alude, al igual que Bohórquez, que es esperable que aparezcan sentimientos de nostalgia por el país y la vida que el inmigrante deja atrás. De esta manera, la nostalgia es un sentimiento normal que a veces lo invade tiempo después que llega al país de destino. En algunos casos, la nostalgia puede funcionar también como puente emocional evitando un período de vacío, cuando precisamente todavía no conoce mucho el lugar donde llegó y/o no se establecieron vinculaciones con la nueva cultura. A la nostalgia se la percibe con más o menos intensidad. Puede acentuarse con el paso del tiempo hasta fijarse constituyendo lo que se denomina “fijación nostálgica”. Esto depende de una serie de factores tanto personales como sociales. En todo lo expresado, cobran importancia las causas por las que se fue de su lugar de origen, el cómo se fue, si hubo o no huida, si esto se estableció en una experiencia traumática, si contó con facilidades o no en el país de llegada, etc. También la superación de la nostalgia puede estar

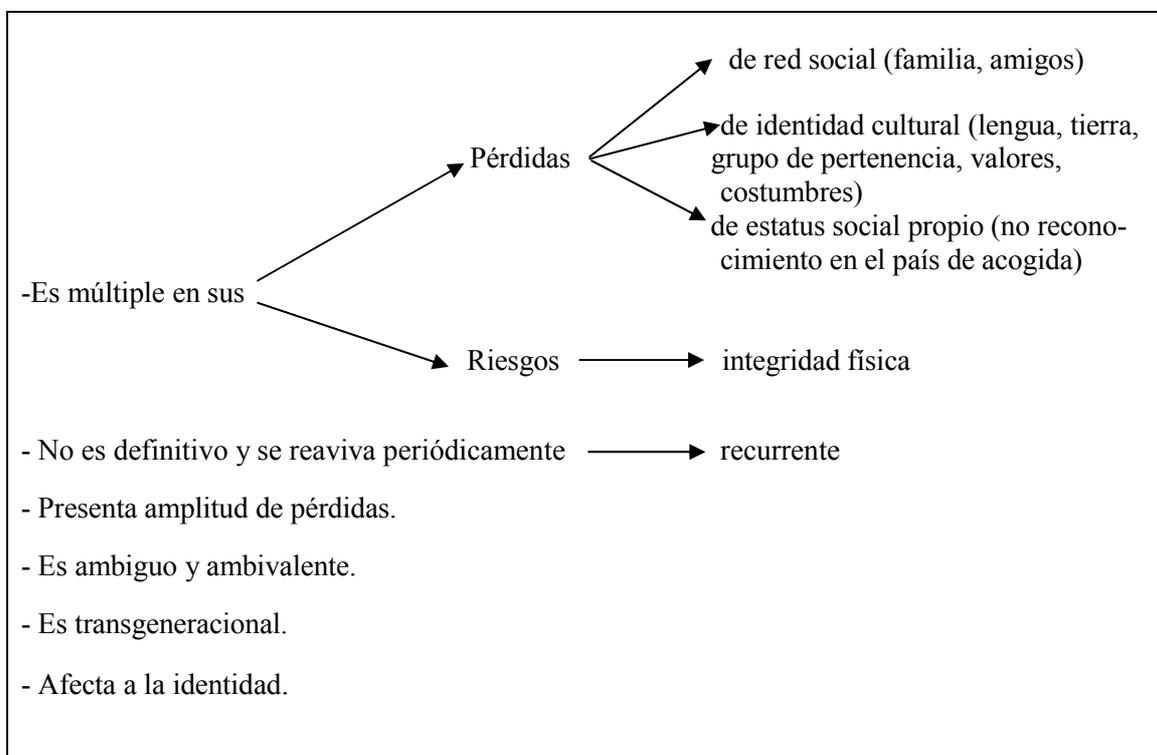
facilitada por los elementos que le posibilite la cultura del nuevo país cuando recibe apoyo psicosocial.

Según Falicov (2002) todo inmigrante, en mayor o menor medida, sufre algún tipo de pérdida, pena o duelo. No existe experiencia migratoria que no implique crisis más o menos dolorosa, cuyos efectos pueden prolongarse a lo largo de la vida e incluso transmitirse a generaciones posteriores (Bar de Jones, 2001).

El proceso migratorio supone la elaboración de duelos por la pérdida de elementos importantes para la vida de las personas, de acuerdo a Achotegui (2000); Boss (2002); García-Campayo y Sanz (2000); González-Calvo (2005); Tizón, Salamero, San José, Pellejero, Achotegui y Sanz (1993).

El duelo migratorio tiene características específicas que a continuación se explican (Tabla 3).

Tabla 3. Características del duelo migratorio



El duelo migratorio es *múltiple* porque implica pérdidas y riesgos. Entre las pérdidas se pueden citar los vínculos de la red social, como los amigos y la familia; la pérdida de identidad, que incluye lengua, cultura, tierra, grupo de pertenencia y la pérdida de estatus social porque los inmigrantes suelen ser personas con cierto nivel de formación o habilidades, que en muchas ocasiones, no les son reconocidas en el país de acogida. Un ejemplo de ello se da en los procesos de homologación de títulos universitarios, que suponen un promedio de tres años como mínimo de tramitación. En ese tiempo el inmigrante no puede ejercer el oficio o profesión aprendido en su país. Por otro lado, mientras esto transcurre, los inmigrantes realizan los trabajos que no desean ejercer las personas del lugar de acogida. El proceso de homologación implica sentimientos de subestimación y vivencia de fracaso.

La migración supone la pérdida del contacto con el grupo étnico de pertenencia y en algunos casos, el temor a la pérdida de la integridad física por los riesgos que supone el viaje migratorio y la influencia de las mafias que buscan réditos en la desesperanza. En ocasiones, el inmigrante tiene que vivir en la calle o en infravivienda, sin asistencia sanitaria, sin documentación y sujeto a la buena acogida de sus paisanos.

Inicialmente toman mayor fuerza los duelos que tienen que ver con la familia porque el reagrupamiento familiar sólo es posible tras muchos años de voluntad y perseverancia, con el estatus social y los riesgos físicos cuando la salida del país fue dificultosa. Posteriormente, cuando estos duelos comienzan a elaborarse, aparecen los problemas relacionados con la cultura y las dificultades en la utilización de la lengua, lo que obstaculiza la expresión del mundo interno, la pérdida de las costumbres, de la religión, los valores y el contacto con el grupo étnico que lleva la posibilidad de actuar conductas de rechazo y aislamiento como así también la vivencia de rareza y diferencia con los demás.

También se da la pérdida del proyecto migratorio. El inmigrante llega con una serie de objetivos y con aspiraciones que excedían sus posibilidades para concretarlas en la realidad. Vive con intensidad la desvalorización y la frustración. En otras ocasiones, debe posponer estas aspiraciones y realizarlas después de varios años. La dificultad de materializar las expectativas iniciales, desestabiliza y llena de culpa al inmigrante, y esto trae aparejado un fuerte desaliento. El inmigrante, generalmente, no transmite a la familia su enorme decepción intentando disfrazarla por una imagen que no responde a su realidad. Se da con frecuencia la tendencia a ocultar la situación para no manifestar la frustración que siente. Para Sayed-Ahmad Beiruti (2010), el fracaso frente a las expectativas es uno de los componentes del duelo migratorio.

El duelo migratorio en apariencia definitivo, *no lo es porque se reactiva periódicamente*. Esto se observa cuando por ejemplo el inmigrante retorna a su lugar de origen durante las vacaciones y la vuelta al país de acogida va acompañada de componentes angustiosos reactualizando el desprendimiento y el duelo concomitante.

En la migración *las pérdidas son amplias y a la vez parciales*. La pérdida del inmigrante tiene más amplitud que una pérdida por la muerte de una persona querida. En el inmigrante se dan pérdidas de todo tipo pero éstas pueden ofrecer más recursos que la pérdida completa ante la muerte de un ser querido. Las pérdidas del inmigrante, gracias a la elaboración de sus duelos migratorios, pueden ser superadas y así revertir el sentido de su vida. Por otro lado, su país y raíces permanecen aunque al mismo tiempo están ausentes en su realidad presente. Esto hace que sienta emociones contradictorias, como tristeza y alegría, pérdidas y restituciones, ausencia y presencia al mismo tiempo.

Boss (1998) alude a la *ambigüedad* del duelo migratorio. Argumenta que las personas pueden estar físicamente ausentes pero presentes en su

realidad psíquica. Esto se observa en la evocación, reminiscencia y en la nostalgia. Para el inmigrante las raíces, la gente, los paisajes de su pasado, etc. no están como parte de su cotidianidad objetiva pero en su psiquismo las revive constantemente. Este hecho transforma en difícil y doloroso el duelo. En cada viaje que hace a su país, se reedita y reactualiza la separación y la angustia. El inmigrante transita por una constante dualidad, se reiteran en él interrogantes como: “¿de dónde soy?, ¿me quedo o regreso a mi país?” Se presenta una ambivalencia continua entre el país de acogida y su país de origen. Vive inmerso en sensaciones de pérdidas y ganancias, ausencias y presencias, lo ideal y lo real, o sea, vive disociado entre dos mundos.

El duelo en la inmigración es *recurrente*. Se reaviva frecuentemente por ejemplo cuando se mantienen los vínculos con el país de origen a través de llamadas telefónicas, viajes, noticias sobre la realidad que dejó, etc.

Se puede apreciar como ejemplo de lo dicho sobre el duelo que se reedita constantemente la letra de la zamba del compositor y canta-autor argentino Atahualpa Yupanqui, cuando lo define como la “Añera”.

*¿Dónde está mi corazón que se fue tras la esperanza?
Tengo miedo que la noche me deje también sin alma.
Tengo miedo que la noche me deje también sin alma.*

*¿Dónde está la palomita que al amanecer lloraba?
Se fue muy lejos dejando sobre mi pecho sus lágrimas.
Se fue muy lejos dejando sobre mi pecho sus lágrimas.*

Cuando se abandona el pago y se empieza a repechar**,
tira el caballo adelante y el alma tira pa'atrás***.
Tira el caballo adelante y el alma tira pa'atrás.*

*Yo tengo una pena antigua, inútil botarla afuera.
Y como es pena que dura, yo la he llamado la añera.*

Y como es pena que dura, yo la he llamado la añera.

¿Dónde están las esperanzas? ¿Dónde están las alegrías?

La añera es la pena buena y es mi sola compañía.

La añera es la pena buena y es mi sola compañía.

Cuando se abandona el pago y se empieza a repechar,

tira el caballo adelante y el alma tira pa'atrás.

Tira el caballo adelante y el alma tira pa'atrás.

**Pago: querencia al lugar de origen. **Repechar: esforzarse para seguir adelante.*

****Tira el caballo adelante y el alma tira pa'atrás: la nostalgia.*

El duelo es *transgeneracional* afecta no sólo al inmigrante sino también a las distintas generaciones del mismo sistema familiar. Los hijos quedan a cargo de los abuelos, viven años sin sus padres y madres y luego pueden ser requeridos por el proceso de reagrupación familiar que es dificultoso y doloroso porque los hijos no reconocen la autoridad paterna o materna. En otras oportunidades, los padres tienden a quedarse con la imagen del niño que dejaron que no se corresponde con el hijo/a que ha llegado. También están los inmigrantes de segunda generación, atrapados entre la cultura original de sus padres y la cultura receptora de la sociedad en la que han nacido.

Las pérdidas migratorias *afectan a la identidad* del inmigrante, incluso cuando éste decide retornar a su lugar de origen, entonces vive un segundo duelo migratorio porque ni él, ni el tiempo, ni su gente, ni su contexto es ya el mismo. La idea del regreso supone siempre revivir los sentimientos de pérdida. El inmigrante cuando vuelve al lugar originario ya “no es ni de aquí, ni de allí”.

El proyecto migratorio puede ser un proceso positivo y/o conflictivo. La migración no tiene únicamente aspectos negativos también puede implicar una ampliación de los recursos, capacidades, habilidades y

vivencias de la persona. Otras veces, entre los efectos del duelo, se observan en ocasiones regresiones psicológicas a etapas evolutivas ya superadas manifestadas a través de conductas de dependencia y comportamiento sumiso o conductas de rebeldía, de queja y protesta, ante situaciones de impotencia para evitar la angustia que le ocasiona frustración y dolor.

El inmigrante, como toda persona que se encuentra frente a una pérdida, para poder elaborar los duelos, apela a rituales que le ayudan a ir simbolizando aquello que perdió (despedidas, cartas, noticas, etc.). En el caso de las pérdidas del inmigrante con características ambiguas, inconclusas y transitorias, el proceso está casi vacío de rituales que faciliten simbolizar el duelo. Si bien no hay rituales específicos para la migración, hay prácticas en los inmigrantes que podrían considerarse rituales espontáneos que dependen de su historia y recursos internos y tienen la impronta individual. Posiblemente estas prácticas ayuden al inmigrante a resolver y sustituir las ausencias físicas y psicológicas y facilitan llenar las carencias, por ejemplo los viajes y visitas al lugar de origen, el envío de dinero de forma sistemática, el envío de mensajes, las llamadas telefónicas, el repetir o reeditar tradiciones culturales, gastronómicas, la artesanía en las casas, etc. Estas prácticas reagrupan a los inmigrantes en locutorios por ejemplo, que llegan a convertirse en lugares convocantes y espacios para compartir los logros y avatares.

Tizón y cols., (1993) y Achotegui (2008) señalan que hay tres tipos de duelo migratorio:

- el *simple*, cuando la migración se realiza en condiciones óptimas. El entorno acoge y facilita la integración del inmigrante.
- el *complicado*, cuando las circunstancias sociales, laborales y legales dificultan la elaboración de lo perdido y se pone en peligro el equilibrio psíquico del inmigrante. A veces las complicaciones dan

lugar a cuadros de estrés importantes o al desarrollo de síntomas psicopatológicos en personas vulnerables.

- el *extremo*, donde las circunstancias y trastornos que de ellos devienen superan las capacidades de adaptación del inmigrante y difícilmente puede elaborar el duelo.

A decir de Muiño (2009), el proceso de duelo es el modo de hacer frente a las pérdidas y supone reconciliarse con una situación que no puede ser cambiada y sobre la que se tiene poco control o ninguno.

En este sentido, Pérez-Sales (2004) muestra la necesidad de que el inmigrante realice las siguientes acciones para transitar y superar el duelo, siguiendo las ya mencionadas tareas de Worden (1997), a saber:

- *Aceptar la realidad de la pérdida*, implica enfrentarse al pensamiento recurrente de la duda y de la decisión de regresar o no. También debe, pasado un tiempo y en forma periódica reconsiderar la decisión, pero mientras tanto, concentrar las energías en la adaptación.
- *Sentir el dolor de la pérdida*, esto supone ser capaz de mantener vínculos con la cultura de origen a pesar del sentimiento de tristeza.
- *Adaptarse al medio*, significa recuperar las habilidades y adquirir otras nuevas para enfrentarse a la vida diariamente.
- *Aprender las habilidades* necesarias que le permitan desarrollarse en las dos culturas. De esta manera, podrá pensar, sentir, trabajar en cualquiera de los contextos que opte, o sea conseguir la biculturalidad.

Durante este proceso las personas inmigrantes utilizan diversos mecanismos de defensa. A decir de Achotegi (2002):

... “Los mecanismos de defensa, en cuanto que mecanismos psicológicos de manejo de las emociones y los conflictos psicológicos, están obviamente presentes en la elaboración del duelo migratorio”...⁶

Ejemplos de esto:

- La negación de la necesidad de cambios para alcanzar la biculturalidad.
- La proyección y el desplazamiento, estos mecanismos le ayudan a enfrentar la realidad presente como manera de abordarla en forma menos angustiosa. Un ejemplo de estos mecanismos se puede observar en lo que expresan los inmigrantes en forma recurrente:

...“En mi país no somos tan mal intencionados”...

- La idealización del lugar de origen o del lugar de acogida, por ejemplo:

... “Cuando regrese voy a poder”... o... “cuando llegue mi vida será distinta”...

- La formación reactiva, significa hacer lo contrario y manifestarse en otra dirección de su tendencia habitual sin darse cuenta, rechazando estilos propios y sustituyéndolos por estilos de la cultura nueva, subyace en este comportamiento la defensa frente a la angustia que le genera el rechazo a la sociedad de acogida.
- La racionalización, mecanismo que usa el inmigrante para atenuar con justificaciones, pensamientos o razones, el impacto negativo del rechazo a su persona, por ejemplo cuando comentan entre sí:

... “No te hagas problemas, aquí son así”...o... “pero bueno, así es la cultura acá”...

⁶ Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 46, 165.

Para poder racionalizar se necesita disociar lo afectivo justificándolo desde la idiosincrasia.

- Sublimación, exitoso mecanismo que se ve reflejado en forma artística a través de música, pintura, escultura, poemas, escritos, etc. La persona se permite abordar la problemática migratoria en la forma de un valor cultural aceptable. La música es un ejemplo claro de esto. Entre otras, se puede citar el texto de la canción que popularizó Mercedes Sosa en el exilio (canta-autora argentina):

*Cambia lo superficial
cambia también lo profundo.
Cambia el modo de pensar
cambia todo en este mundo.*

*Cambia el rumbo el caminante
aunque esto le cause daño.
Y así como todo cambia
que yo cambie no es extraño.*

*Cambia, todo cambia
cambia, todo cambia
Cambia, todo cambia
cambia, todo cambia.*

*Pero no cambia mi amor
por más lejos que me encuentre.
Ni el recuerdo ni el dolor
de mi pueblo y de mi gente.*

*Lo que cambió ayer
tendrá que cambiar mañana
Así como cambio yo
en esta tierra lejana.*

Las pérdidas y los duelos forman parte de la historia del ser humano y por ende de la migración. Es necesario asumirlos y dotarlos de

significación dentro de la historia de vida de cada uno, como condición previa para la adaptación.

Asumir el duelo es un proceso normal, dinámico, que supone la elaboración de lo perdido y también implica un crecimiento personal, forma parte de un abordaje saludable, por eso, para que el inmigrante pueda abordarlo y elaborarlo se hace necesario no negarlo. Esto redundará entre otras cosas, en su integración y adaptación al nuevo sitio.

La tramitación del duelo por lo perdido, depende de diversos factores como ya se mencionó: recursos personales, redes de apoyo social, situación de vida en el lugar de acogida y condiciones que trae del lugar de origen. Si las circunstancias en el país receptor son muy problemáticas, como ocurre frecuentemente, la elaboración del duelo se complica, y en estos casos el inmigrante tiende a quedarse en este proceso sumergido en la nostalgia y añoranza de lo perdido (duelo permanente). Cuando logra los objetivos migratorios queda facilitada la elaboración del duelo y de la adaptación (Sayed-Ahmad Beiruti, 2008). Cuando en la sociedad receptora las condiciones para el abordaje del duelo son complejas y el inmigrante no tiene un espacio adecuado, entonces, se sentirá bloqueado y necesitará apoyo psicoterapéutico (Yoffe, 2002).

Moro (2004) y Salvador Sánchez (2001) proponen una línea de intervención que posibilite al inmigrante un espacio de elaboración terapéutica para el trabajo del duelo migratorio, un espacio que a éste le permita comprender entre otras razones, qué le pasa y le dé un sentido a los síntomas que presenta y pueda vincularlos con los inconvenientes derivados de su proceso migratorio.

La elaboración del duelo migratorio implica también el sentimiento de integridad personal, enriquecido por la adquisición de mayor seguridad y la resolución del sentimiento de nostalgia.

2.2. HACER FRENTE A MÚLTIPLES SITUACIONES DE ESTRÉS

*“Cuando se tiene un porqué para vivir, se soporta casi cualquier cómo”
(Frankl, 1946).*

Cuando el inmigrante sale de su país no siempre es consciente de que partir es perder aspectos significativos de su vida, tampoco dimensiona la cantidad de situaciones estresantes que deberá enfrentar. Carece de información. Muchas veces, la gente que emigra, no cuenta a su familia y amigos los avatares por los que se atraviesa diariamente para no preocuparlos. Puede ir a un destino idealizado, pero al llegar nada hay de lo que se imaginaba. La realidad aparte de diferente, es difícil, tanto las condiciones de vida, como el conseguir un trabajo, la búsqueda de una vivienda, el uso del idioma, las actitudes de rechazo, las dificultades de adaptación. En todo esto hay un desgaste y, por lo tanto, un costo emocional. Debe hacer frente a situaciones psicosociales vividas como conflictivas; padece de estados crónicos de estrés por la constante demanda de respuestas al medio (Magaña y Hovey, 2003).

2.2.1. Estrés a nivel general

Existen diversas definiciones de estrés, algunas centradas en las respuestas de las personas (Selye, 1956), otras en los estímulos estresantes (Holmes y Rahe, 1967), en las valoraciones subjetivas que los propios individuos realizan o, en las consecuencias nocivas del mismo (Rodríguez Testal, Senín, Fernández Jiménez, 2011).

El estrés es la respuesta adaptativa a nivel fisiológico, emocional, cognitivo y conductual que aparece en el organismo cuando existen demandas sobre una persona que desbordan su poder de adaptación.

Cuando la demanda de dar respuesta a una situación supera su capacidad, se produce un desequilibrio que puede llevar a trastornos físicos y psicológicos (Lazarus, 1999).

El estrés surge así, como resultado de una dificultad para responder adecuadamente al medio o a las circunstancias que lo demandan. El desencadenante del estrés depende de diversos factores, entre ellos, los ambientales, las variables personales, los mecanismos y estrategias para responder, la contención social, etc.

Si el elemento desencadenante persiste y se cronifica, puede llegar a agotar al sujeto física, emocional, cognitiva y conductualmente (Lazarus y Folkman, 1986).

Se puede hablar de estrés positivo y negativo:

- al estrés positivo se lo entiende como una respuesta adaptativa y necesaria para la salud, cuando funciona como elemento de precaución ante posibles peligros y supone la activación del sistema de alarma.
- el estrés negativo es el que se percibe como involuntario y desborda las capacidades de respuesta, por ser excesivo desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo, por ser múltiple por la falta de medios y recursos para afrontarlo y por el agotamiento del organismo a causa del desgaste por la persistencia en el tiempo.

Las consecuencias del estrés negativo se manifiestan en diversas áreas (Crespo y Labrador, 2003; Sandín, 2003, 2008):

- Emocional: se presenta como ansiedad, miedo, irritabilidad y estado de ánimo depresivo.
- Cognitiva: se registra en la disminución y labilidad de la atención, el deterioro de la memoria y la concentración, la reducción de la capacidad de resolver problemas y de aprender, en los olvidos, los

bloqueos, los equívocos, preocupaciones constantes y dubitación en la decisión.

- Conductual: se observa en la reducción de la productividad, la fatiga, el aumento del consumo de sustancias, los trastornos del sueño y/o alimentación, la tendencia a la evitación de situaciones o personas, el aislamiento social, la mayor frecuencia de conductas agresivas y discusiones.

El estrés crónico puede dar lugar a diversas enfermedades: cardiovasculares, endocrinológicas, gastrointestinales, inmunológicas, respiratorias, etc. debido a que el sistema inmunológico se deprime y deja de ejercer su función protectora y defensiva con la eficacia esperada (Sandín, 2008).

El síndrome de estrés incluye tres etapas de respuesta (Selye, 1956):

1. *Reacción de alarma*: el cuerpo se dispone a responder, implica un aumento de la activación orgánica y psicológica para mejorar la percepción de la situación, procesar más rápido los elementos de la realidad y buscar acciones eficaces ante las demandas.
2. *Etapas de resistencia*: se produce la adaptación del organismo ante los elementos estresantes, esto trae aparejado mejoras y desaparición de los síntomas desencadenados por las sobreexigencias. Si la etapa de resistencia se prolonga y es muy intensa, exige que el organismo adquiera un ritmo constante de activación que conduce a la tercera etapa.
3. *Etapas de agotamiento*: reaparecen los síntomas de la fase de alarma, el cuerpo y el aparato psíquico ya está agotado, desorganizado o desenergizado. La activación sostenida en demasía puede producir deterioro en la salud física, mental y en el rendimiento laboral o intelectual, así como en las relaciones personales.

Según Lazarus y Folkman (1986) es esencial en la respuesta de estrés la evaluación cognitiva que hace la persona, dicho de otro modo, tomar conciencia de lo que le está ocurriendo y asumirlo o no como una amenaza para su bienestar personal. Se distinguen tres tipos de evaluación:

- *Evaluación primaria*: es la valoración que se realiza de la incidencia del elemento estresante. Éste puede ser vivido como amenazante, dañino o generador de pérdida, como un desafío o como un beneficio. Además de esta evaluación se valora si el motivo de estrés sigue afectando y hasta qué punto lo hace.
- *Evaluación secundaria*: implica la apreciación de los recursos con los que cuenta para enfrentar las situaciones, se trata de habilidades para solucionar sus problemas, como también apoyo social externo y los recursos materiales que dispone.
- *Reevaluación*: las valoraciones cambian constantemente cuando la persona adquiere nueva información. Supone una evaluación y seguimiento permanente del proceso donde se considera el juego adaptativo entre el individuo y las demandas externas. Es un proceso dinámico que requiere revisar continuamente las evaluaciones anteriores y volver a realizarlas frente a las situaciones que va enfrentando y recreando en su nuevo escenario. La reevaluación no siempre produce un menor estrés, a veces puede incrementarlo.

Sandín (2003) retoma la importancia de tener en cuenta la valoración cognitiva del estímulo potencialmente estresante. Es decir, cómo se perciben los sucesos y si se considera que se cuenta con los recursos para afrontarlos o no. En caso de que los individuos perciban los estímulos como negativos, incontrolables e impredecibles, éstos pueden ocasionar más dificultades en su salud. Así, la capacidad de los estímulos para ser

estresantes depende de diversas características (Crespo y Labrador, 2003) (Tabla 4).

Tabla 4. Características de los estímulos estresores

- El impacto por una situación nueva (si se asocia a daño, peligro, amenaza o por el contrario a dominio).
 - La falta de predictibilidad (a mayor desconocimiento, más estresante es la situación porque impide la preparación y produce ausencia de control).
 - La incertidumbre de cuando reaparecerá el estímulo estresante y de su impacto.
 - La ambigüedad de la situación.
 - La duración de la situación y su intensidad.
 - El ciclo vital o período evolutivo de la persona cuando es impactada por la aparición del estímulo estresante.
 - El grado de apoyo social.
-

Los estímulos estresores pueden ser de mayor o menor intensidad, duración, impacto, frecuencia y de naturaleza diversa: física, biológica, psicológica, social, etc. Desde este punto de vista, puede haber estímulos estresores cotidianos menores (atascos automovilísticos, discusiones, accidentes domésticos, polución, ruido ambiental, etc.), acontecimientos estresantes mayores (divorcio, muerte, accidente de tráfico), tensiones crónicas (dificultades interpersonales, enfermedades crónicas, clima laboral negativo, desempleo duradero, etc.) o sucesos vitales altamente traumáticos que ponen en riesgo la vida (agresiones, terremotos, inundaciones, catástrofes, etc.) (Lazarus y Folkman, 1986).

2.2.2. Estrés migratorio

a) Características

El **estrés migratorio** se caracteriza por ser *múltiple* porque afecta a muchas áreas de la vida; *crónico* porque se puede prolongar durante años; *intenso y relevante* por su fuerza; *desorganizante* por la pérdida de control en situaciones permanentes.

Estas características del estrés migratorio se *agudizan* generalmente por la *carencia de una red* de apoyo social. Aparte el inmigrante debe enfrentar múltiples situaciones estresantes en soledad cuando no está acompañado de su familia. No es extraño que la salud física y mental se resienta (Chung, 2002; Finch y Vega, 2003).

Talarn, Navarro, Rosell y Rigat (2006) señalan que el proceso migratorio se puede considerar un proceso de estrés crónico en sí mismo. Implica una sobrecarga permanente y de larga duración que puede desencadenar una reacción emocional intensa. Necesita de esfuerzo y voluntad para adaptarse a la persistencia en el tiempo.

El proceso migratorio requiere también de la adaptación a una nueva realidad, no siempre contando con los recursos que se tenían en el lugar de origen (Bhugra, 2004).

b) Fuentes de estrés

Algunas de las **fuentes de estrés** que vive un inmigrante en el lugar de llegada son las siguientes (Tabla 5).

Tabla 5. Fuentes de estrés migratorio

- Vicisitudes que afronta para llegar al país de destino.
 - Temores que se acrecientan durante el viaje con un componente ansiógeno importante: miedo durante el viaje por las mafias, las redes de prostitución, etc.
 - Búsqueda de trabajo.
 - Tramitación de documentación: permiso de residencia y de trabajo.
 - Posibilidad de detención y expulsión si se encuentra en situación irregular.
 - Búsqueda de vivienda y empadronamiento.
 - Tramitación de tarjeta u otro aval que considere la cobertura de atención sanitaria.
 - Adquisición de ingresos económicos para cubrir necesidades básicas de sobrevivencia: alimentación, vivienda, salud, etc.
 - Pago de deudas contraídas al emigrar y envío de dinero a su país de origen.
 - Reconocimiento de la existencia de los prejuicios que se tienen sobre los inmigrantes.
 - Consecución de la reagrupación familiar.
 - Superación de las enfermedades, muertes o momentos vitales de sus seres queridos acaecidos en el país de origen, sin poder viajar o el desgaste en la búsqueda de posibilitar su viaje.
 - Construcción de vínculos afectivos y sociales que le ayuden a sentirse contenido en el país de llegada.
 - Tramitación legal para recibir la visita de algún familiar o amigo de su país de origen.
 - Incertidumbre a que le suceda algo, como alguna enfermedad y/o accidente que lo invalide y lo coloque en una situación de dependencia.
-

Todas estas situaciones tienen que ver con la lucha por la supervivencia en el proceso migratorio.

En muchos casos el primer obstáculo al que hace frente el inmigrante es el **viaje de llegada** (africanos que viajan en pateras, marroquíes que cruzan la frontera en la parte baja de un camión, personas que atraviesan el desierto, latinoamericanos que se desplazan como “coyotes” hacia Estados Unidos, etc.) (Fibla y Castellano, 2008). Este viaje que pone en riesgo la vida del inmigrante, se puede considerar como la primera fuente de estrés.

La búsqueda de trabajo en el país de llegada, es la “llave” que abre la posibilidad de sobrevivir. Pero los empleos que consiguen los inmigrantes suelen ser precarios y marginales, ocupaciones por horas, rotativas, que requieren desplazamientos a diferentes lugares. Se presentan casos de mujeres que trabajan como cuidadoras internas con ancianos que padecen demencia senil. En los trabajos mencionados, generalmente no hay días libres, ni vacaciones, ni descansos, menos aún regulación laboral, esto supone exigencia y desgaste físico y emocional. Se le suman a este cuadro las altas probabilidades de accidentarse. La labor ilegal “en negro”, puede llegar a perdurar muchos años.

Otra fuente importante de estrés es la **tramitación de la documentación** para conseguir el permiso de residencia y de trabajo. La obtención de “los papeles” es uno de los objetivos más anhelados por los inmigrantes. Esta documentación se puede adquirir por medio de dos vías:

1. **Por oferta de trabajo**, esto significa que alguien le ofrezca al inmigrante un contrato de trabajo, en este caso el inmigrante tiene que volver a su país, durante dos o tres meses, para obtener los sellos de habilitación y lograr la documentación exigida para realizar el contrato. También puede ocurrir que el inmigrante esté trabajando en condiciones irregulares y precise un contrato para regularizar su situación legal. O que la persona se encuentre en su

país de origen y le emitan un contrato de trabajo desde el país receptor.

2. **Por arraigo**, implica estar tres años trabajando en forma ilegal para sobrevivir pero al mismo tiempo demostrar arraigo por medio del empadronamiento.

Los permisos de residencia y de trabajo son provisionales y temporales durante cinco años. El primer permiso es por un año, el segundo y el tercero por dos años. La residencia permanente sólo se puede alcanzar pasados los cinco años de permisos temporales. A estos permisos hay que tramitarlos continuamente, lo que genera incertidumbre y temor porque el inmigrante no sabe si la Administración española volverá a concederle o no dichos permisos. El inmigrante percibe diferentes obstáculos que se le presentan y lo colocan en una situación de indefensión. Cada vez que solicita la renovación de un permiso reactualiza la inseguridad porque nuevamente se presenta la exigencia de cumplimentar los requisitos, entre otros, contrato de trabajo, pagos al día en la Seguridad Social, empadronamiento, etc. Estas condiciones son especialmente difíciles de satisfacer en situaciones de crisis económica. El único trabajo como autónomo al que pueden acceder los inmigrantes con permiso de trabajo por cuenta ajena es el de servicio doméstico, hasta tanto obtener el permiso de trabajo por cuenta propia. Los trámites para obtener la nacionalidad suponen, en muchas ocasiones, diez o más años de tramitación de permisos.

Al estrés que produce reunir toda la documentación para presentar en cada trámite, se le agrega, en algunos casos, la descortesía en la atención del personal administrativo. A veces, el personal no posee empatía con el inmigrante ni capacitación para tratar con personas que pueden llegar a desconocer el idioma. La información que brindan es reducida generando

estrés por impotencia, por ejemplo cuando le otorgan un formulario para cumplimentar sin que se lo expliquen ni proporcionen ninguna aclaración.

La posibilidad de detención y expulsión si se encuentra en situación irregular es una circunstancia que genera estrés, miedo y la sensación de sentirse perseguido. Al decir de un inmigrante:

... *“Que nos den los papeles, que no nos deporten, que no nos saquen de aquí”*...

Los inmigrantes irregulares presentan dificultades para salir de su vivienda e incluso de su habitación por temor a que la policía les detenga y les abra una orden de expulsión. Se sabe que la policía se viste de civil, visita locutorios, paradas de autobús y lugares que suelen frecuentar los inmigrantes para solicitarles la documentación. Reconoce a los inmigrantes muchas veces por el color de la piel, la tonada al hablar o cualquier otra característica que marque una diferencia con el estilo de la población local. Una detención supone el inicio del contacto con el sistema judicial: policía de inmigración, abogados, jueces, etc.

La búsqueda de vivienda y empadronamiento es dificultosa. Existen expresiones comunes que dan cuenta de esta problemática:

... *“No nos alquilan por ser inmigrantes o por miedo a que metamos a mucha gente”*...

... *“Demasiado caros”*...

... *“Por venir de fuera no nos alquilan, por el color de piel”*...

... *“Nos discriminan demasiado para alquilar... enseguida dicen que ya está alquilado”*...

... *“Tengo muchos amigos que buscan una casa para vivir, pero como uno es negro no le dan. Hay un poco de racismo, pero entre los jóvenes no veo mucho racismo, más las personas mayores”*...

El inmigrante debe conseguir un hábitat para poder empadronarse y tener derecho a la sanidad pública y a la tarjeta sanitaria. Es difícil

conseguir el empadronamiento, para ello alguien debe alquilarle una habitación a través de un contrato y permitirle empadronarse en ese domicilio. Por otro lado, también es dificultoso para el inmigrante obtener un contrato de alquiler porque no cuenta con un contrato de trabajo y por no poder responder a los requerimientos del mercado inmobiliario para alquilar, como los avales bancarios, los precios altos de los pisos, los prejuicios y la discriminación por ser inmigrantes, etc.

En un estudio realizado en Madrid en el año 2005, los inmigrantes ocupaban en un 68% viviendas en alquiler, en relación al 87% de autóctonos que contaban con una vivienda en propiedad. El espacio del que disponían los inmigrantes era significativamente menor (22 m²) al que ocupaban los autóctonos (33 m²). Además tenían menos servicios como calefacción, ascensor, lavavajillas, teléfono, ordenador y aire acondicionado (Instituto de Salud Pública de Madrid, 2005).

La obtención de la cobertura sanitaria es complicada ya que no se accede a la tarjeta sanitaria sin empadronamiento. El contacto con el servicio médico no es fácil, a veces se experimenta incomprensión y banalización de su sufrimiento, por ejemplo entre los dichos del profesional: ... *“Pues si tan mal estás, vuelve a tu país”*... A raíz de las últimas modificaciones legales el gobierno central dejó fuera de la cobertura a todos aquellos inmigrantes irregulares, sólo con asistencia de urgencias que deben pagar.

Conseguir ingresos para cubrir necesidades básicas de sobrevivencia es otra fuente de estrés. Ante el desempleo laboral generalmente las personas contactan con los servicios sociales gubernamentales para solicitar algún subsidio económico que le permita por ejemplo, pagar el alquiler de la vivienda a través de la prestación complementaria de vivienda (PCV), o una ayuda monetaria mensual que le posibilite dar respuesta a sus gastos con la renta de garantía de ingresos

(RGI), o alimentos que son distribuidos por instituciones dedicadas a este fin. Si bien en Guipúzcoa no existen ayudas sociales destinadas específicamente para los inmigrantes, éstos pueden beneficiarse con la ayuda para el pago de alquiler (PCV), con la renta de garantía de ingresos (RGI) y las ayudas de emergencia social. Pero no siempre puede recibir este apoyo porque debe contar con un período de doce meses previos de empadronamiento en comunidades como Baleares, Navarra y País Vasco. Para esto es requisito que el inmigrante tenga residencia legal, por ello los inmigrantes representan una proporción mayor que la población autóctona en riesgo de exclusión social (Moreno y Bruquetas, 2011).

El pago de las deudas contraídas al emigrar y la necesidad de enviar dinero a sus familias, son otro de los motivos de estrés. A veces, el inmigrante sale de su país con el compromiso de sostener o ayudar económicamente a su familia. El peso de la responsabilidad y la exigencia con los suyos es muy fuerte. Los requerimientos, por parte de la familia de origen, en ocasiones, son desmedidos porque desconocen la situación real en la que vive el inmigrante. En otros casos, la deuda está en relación a la ayuda económica que le brindaron en su lugar de origen para poder concretar la emigración. Esa ayuda responde a distintas fuentes. Puede deberse a préstamos bancarios, dinero en efectivo, prestamistas o mafias, etc. que ponen en alto riesgo de vida a sus familiares o los bienes personales.

Enfrentarse a los prejuicios ideológicos que se tienen sobre los inmigrantes es estresante. Todo proceso para asumir el estrés migratorio, está lleno de prejuicios ideológicos, actitudes racistas y de rechazo discriminatorio. Ejemplo de lo expresado es cuando se comenta que los inmigrantes se benefician de las ayudas sociales como es el caso de la Renta de Garantía de Ingresos (RGI), o que vienen a quitar trabajo a los locales. Al respecto, cabe señalar algunos comentarios sobre la inmigración

que el Servicio Jesuita a Migrantes (2008) rescató y son alusivos a esta temática:

- ... *“Se dice que la avalancha de inmigrantes es imparable”...*
- ... *“Hay que acabar con los procesos extraordinarios de regularización”...*
- ... *“Los inmigrantes están copando los servicios sanitarios”...*
- ... *“Con la inmigración ha aumentado la delincuencia”...*
- ... *“La inmigración es la primera amenaza contra la identidad nacional”...*
- ... *“Hay formas religiosas en los inmigrantes incompatibles con nuestro sistema de valores”...*

Conseguir la reagrupación familiar es un deseo fuertemente arraigado en el inmigrante pero difícil de conseguir y contribuye a convertirse en un elemento más de estrés. La ley exige un mínimo de metros cuadrados de vivienda, ingresos económicos justificados, regularización de la documentación, contrato de trabajo, etc. Para satisfacer estas exigencias se suele tardar más de cinco o seis años. Durante este tiempo se supone que las madres inmigrantes no han podido ver a sus hijos con la postergación y el sufrimiento que eso conlleva y con el temor de cómo será la adaptación de los niños y/o adolescentes cuando lleguen. No siempre se puede traer a todos los hijos. Hay que elegir quiénes se quedan en el país de origen y a quienes se agrupará en el de acogida. Tomar tal decisión implica un fuerte desgarramiento emocional. Los hijos que llegan suelen tener dificultades en la escuela, en los niveles de logro de objetivos de aprendizaje, en el rendimiento psicofísico e intelectual, aparte de presentarse múltiples deserciones. Tan solo el 10% del alumnado inmigrante continúa sus estudios después de los 16 años, esto puede ser comparado con el porcentaje del 83% de la población autóctona que si lo hace (López Peláez, 2006).

En ocasiones, el inmigrante tiene que asumir en la lejanía la enfermedad o muerte de un ser querido como también la imposibilidad de compartir momentos vitales acaecidos en el país de origen sin poder viajar o, el desgaste en los intentos de concretar el viaje. También ocurre que no pueden salir de donde se encuentran por presentar una situación irregular que los imposibilita para volver a entrar. El dolor que padecen y el acompañamiento a sus deudos queridos se limitan a lo telefónico y/o cibernético. También esto se da ante las intervenciones quirúrgicas, los divorcios, la muerte de un ser querido, los nacimientos de un nuevo miembro de la familia, etc. Tampoco cuentan con permiso laboral para ausentarse o elaborar el duelo, tienen inmediatamente que continuar trabajando. Cuando pueden salir del país porque se encuentran en situación legal regular, no siempre cuentan con el dinero suficiente para comprar un billete. El viajar sin una planificación lo encarece. Por lo general, es reducida su capacidad de ahorro.

Lograr establecer vínculos afectivos y sociales que posibiliten ser contenido y atenuar la soledad en el lugar de llegada es otra de las fuentes de estrés. El conseguirlo depende no sólo del tipo de cultura y sociedad a la que llegue, sino también de las características personales y culturales de cada inmigrante. Las siguientes son algunas verbalizaciones al respecto:

... “Que la gente sea más receptiva” ...

... “Deberían ayudar a la gente a integrarse en la sociedad” ...

... “Que la gente de aquí se abra un poquito más para que la gente que viene de afuera se integre sin tanta dificultad” ...

... “Hacer cosas para que uno se integre, aquí cada quien agarra para su lado” ...

... “Ser más solidarios, más unidos, darse las manos unos a otros para que no haya diferencias sociales. Así no habría delincuencia” ...

Otra fuente de estrés es **recibir la visita de algún familiar o amigo de su tierra de origen**. Esto que podría ser motivo de alegría para cualquier persona que acoge a alguien querido, en el caso del inmigrante se convierte en una preocupación ansiógena. A veces, se transforma en angustia porque acoger a un familiar implica nuevamente la tramitación de “papeles” (carta de invitación). Normalmente, si una persona que no es de la comunidad europea llega a España, debe mostrar ante la autoridad policial su itinerario turístico, esto es, reservas en alojamiento hotelero, billetes de avión, tren y/o bus y días de estadía. Con eso se da cuenta que hará un recorrido turístico por el país pero no se quedará a residir en el mismo. En caso que el visitante se alojara en la vivienda de un familiar o amigo que resida en España, el primero debe contar con una “carta de invitación”. Es un trámite que se lleva a cabo en la Policía Nacional. El que invita debe reunir los siguientes requisitos: solicitud de expedición de carta de invitación (Orden Pre/1283/2007, de 10 de mayo), DNI o Tarjeta de Extranjero, contrato de alquiler de la vivienda o escritura de la propiedad, pasaporte de la persona invitada, pago de tasas por persona invitada. Implícitamente se sabe que, si el que invita cuenta con nacionalidad española, es más probable que la policía autorice la visita a, si la tramitación la realiza un inmigrante con tarjeta de residencia y/o trabajo.

El que invita, se responsabiliza también legalmente del visitante especialmente en el cumplimiento de su estadía en España acorde a lo estipulado en la carta de invitación. Esta responsabilidad está consignada tanto en la Ley de Extranjería, como en el Código Penal. Para graduar la sanción en caso que no se retire del país el invitado, se tendrán en cuenta consideraciones personales y familiares. La conducta de no cumplimiento puede ser tipificada como infracción administrativa o como un delito plasmado en el Código Penal (Anexo 5).

El estrés también se agudiza ante la paradoja de la exigencia de fechas que se deben consignar en la carta de invitación, cuando aún no se le ha concedido la autorización.

Por otra parte, el visitante a la hora de llegar al país debe presentar: la carta de invitación autorizada con anticipación, solvencia económica con un importe diario de 64,86 euros por persona, demostrado en tarjetas de crédito, dinero en efectivo y/o cheques de viaje, además de un seguro médico privado. A algunos visitantes se les pide además un visado del Consulado de España. Para el visado es necesario entre otros documentos: constancia laboral, extracto bancario de sus ingresos de los últimos meses, rendición de cuentas de sus bienes materiales, certificado de residencia (empadronamiento), certificado de estado civil, etc.

Los requisitos exigidos apuntan a garantizar que el visitante no se quede a vivir ni trabajar en el país.

En síntesis por un lado, para el inmigrante no es fácil viajar con frecuencia a su país y por otro, las exigencias para ser visitado son altas.

Enfrentar al temor a que le suceda algo, a adquirir alguna enfermedad y/o tener un accidente que le implique sumirse en una relación de dependencia, es otra de las causas de estrés. El inmigrante siente que sólo cuenta con él mismo y que su familia está lejos y no puede recurrir a ella. En situaciones precarias de salud, se interroga constantemente sobre quién lo va a contener si algo le sucede; en caso de tener hijos le preocupa cual serán sus destinos.

Los estudios que se han realizado para conocer la relación entre el proceso migratorio y el estrés no llegan a conclusiones definitivas, pero en general señalan que los niveles de estrés son moderados o altos (Chen, Benet-Martínez y Bond, 2008; Elgorriaga, Arnoso, Martínez-Taboada y Otero, 2009; Salvador, Pozo y Alonso, 2010). En la investigación llevaba a cabo por Patiño y Kirchner (2008) con 83 inmigrantes latinoamericanos, se

observa que el conseguir trabajo y la precariedad económica son estímulos estresantes y significativos.

En el trabajo de Elgorriaga (2011) el grado de estrés en inmigrantes latinos y magrebíes es moderado y se asocia con la necesidad de vivienda, la discriminación percibida, el bajo nivel de estudios y la desorganización emocional que demanda asistencia psicológica. Singhammer y Bancila (2009) confirman que los niveles de estrés son más altos en la población de inmigrantes que en la de autóctonos.

c) Afrontamiento del estrés

El abordaje del estrés que padece el inmigrante, está influido por los acontecimientos estresantes, la evaluación cognitiva que se realiza de ellos, el nivel de apoyo social externo y las características personales propias (Caballo, Buena-Casal y Carrobbles, 1996). Lazarus y Folkman (1986) utilizan el término afrontamiento como una respuesta dada frente a una situación específica estresante. Afrontar significa enfrentar al adversario o a un obstáculo de frente. Se trata de los esfuerzos cognitivos y conductuales que efectúa una persona para manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas internas o externas existentes en la transacción entre la persona y la situación.

Las respuestas de afrontamiento actúan como variables mediadoras o moderadoras entre el estrés y la salud. El afrontamiento de las situaciones estresantes puede ser de diversos tipos:

- centrado en el problema cuando se cambia la situación externa,
- centrado en la emoción cuando se puede modificar la actitud ante la situación,
- activo o evitador,
- cognitivo o conductual.

Moos y Holahan (2003) y Sandín (2003) indican la diversidad de factores que inciden en la respuesta que se da ante el estímulo estresante, tanto para afrontar el suceso, como para predecir el grado de vulnerabilidad ante el mismo:

- *El estado de salud físico y psicológico.*
- *Las demandas psicosociales* que se derivan de sucesos vitales y/o acontecimientos menores.
- *La evaluación cognitiva*, significa conocer cómo se perciben los acontecimientos y si se valora que se poseen o no recursos de afrontamiento. Cuando las circunstancias se perciben como negativas, incontrolables, impredecibles e indeseables pueden perturbar más la salud.
- *Las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y las variables personales.* El estilo de afrontamiento ejerce de mediador entre el estresor y la salud. También influyen en la respuesta de afrontamiento, las características de personalidad que favorecen o no el afrontamiento. Existen características positivas como la autoestima, la resistencia, la sensación de control y características negativas como el neuroticismo, el pesimismo, la rigidez cognitiva, la alexitimia que dificultan el afrontamiento.

Menaghan (1983) al hablar de afrontamiento hace referencia a tres conceptos diferentes: a) los recursos de afrontamiento: capacidades físicas, individuales y las de vinculación social que posee una persona; b) las estrategias de afrontamiento: actuaciones y planes directos utilizados para disminuir o eliminar el estrés; y c) los estilos de afrontamiento: las modalidades habituales o estereotipadas de enfrentarse a una crisis.

Diversos autores han señalado distintas estrategias de afrontamiento del estrés. Lazarus y Folkman (1986) mencionan las siguientes:

- Confrontación: conductas activas y directas que tratan de alterar la situación.
- Autocontrol: comportamientos para controlar las propias emociones y acciones, intentos de mantener la calma.
- Búsqueda de apoyo social: conductas para obtener información, ayudas directas o apoyo emocional.
- Planificación: análisis y preparación de las acciones.
- Reevaluación positiva: conductas de búsqueda de un significado positivo que implique un desarrollo o crecimiento personal.
- Aceptación de la propia responsabilidad y actos de disculpa y compensación.
- Evitación: comportamientos para distanciarse de la situación.
- Negación: no tomar en consideración los peligros o riesgos de la situación, no asumiendo la realidad.
- Vigilancia: enfocar la atención sobre los propios síntomas y problemas, en lugar de centrarse en resolver la situación.

Basabe, Páez, Aierdi, Jiménez-Aristizabal (2009) especifican catorce formas de afrontamiento:

1. Directo-instrumental: resolución del problema.
2. Búsqueda de apoyo social instrumental, informativo y afectivo.
3. Escape y evitación, falta de expresión de los sentimientos, dedicación excesiva en el trabajo, etc.
4. Distracción.
5. Reevaluación cognitiva positiva.
6. Rumiación o pensamiento repetido.
7. Aceptación desesperanzada ... “no se puede hacer nada” ...
8. Abandono del contacto social, aislamiento.

9. Regulación emocional, descarga emocional, expresar emociones, reducir la tensión, aguantar estoicamente y controlarse.
10. Búsqueda de información.
11. Negociación o búsqueda de compromiso con otros.
12. Confrontación o manifestación del enojo al responsable del suceso.
13. Afrontamiento ritual y colectivo.
14. Afrontamiento religioso.

Matheny, Aycock, Pugh, Curlette y Silva-Cannelle (1986) distinguen dos tipos de estrategias de afrontamiento: combativas, ante la situación estresante y preventivas, para evitar la aparición de estímulos estresantes.

No todas las estrategias de afrontamiento son saludables. Skinner, Edge, Altman y Sherwood (2003) identifican una serie de estrategias de afrontamiento adaptativas básicas: solución de problemas, búsqueda de apoyo social, reestructuración cognitiva, regulación emocional y distracción; otras, de tipo desadaptativo: evitación, aislamiento social, rumiación e indefensión.

Las formas de evitación a corto plazo reducen la ansiedad pero a largo plazo la aumentan. La rumiación y la aceptación sin esperanza se asocian a mayor intensidad de la afectividad negativa (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001; Penley, Tomaka y Wiebe, 2002).

En los inmigrantes, el optimismo, la búsqueda de eficacia en sus actos y el mantenimiento de la autoestima suelen ser recursos adecuados. Sin ellos, difícilmente una persona puede tomar la decisión de salir de su país. La sensación de no perder el control sobre su vida personal, es un factor importante para poder hacer frente al estrés (Instituto de Salud Pública de Madrid, 2005). Cuando las expectativas de los inmigrantes se

ven frustradas, puede emerger la insatisfacción, además del costo emocional de hacer frente a los estímulos de estrés. El inmigrante tiene la sensación de desesperanza y fracaso, de no haber podido conseguir el objetivo que se planteó cuando salió de su tierra. Sólo después de aproximadamente más de cinco años, va a poder obtener cierta estabilidad.

El apoyo social es importante en los procesos de afrontamiento del estrés. En el caso de los inmigrantes, la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, las asociaciones, la iglesia, funcionan como apoyo social. Estos recursos no son considerados desde un programa de la sociedad receptora, incluso a veces, son mal vistos y rechazados agresivamente (movimientos en contra de las mezquitas o de las asociaciones de inmigrantes, etc.). La percepción de rechazo del inmigrante dificulta el afrontamiento y genera resentimiento. Vollrath, Alnaes y Torgersen (2003) señalan que algunas estrategias más saludables son difíciles de realizar para los inmigrantes, porque muchas de ellas no están a su alcance. En estudios llevados a cabo en Barcelona sobre las peculiaridades del afrontamiento, del apoyo social y la salud mental con inmigrantes (Lahoz y Forns, 2004) se comprobó que las características de afrontamiento de tipo evitativo suponían un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva. En el trabajo de Patiño y Kirchner (2008) se evidencia que las estrategias más utilizadas por los inmigrantes, eran la descarga emocional cuando había un alto grado de estrés, la reevaluación positiva y la resolución de problemas con bajo valor de estrés. En un estudio posterior en el año 2010, los mismos autores trabajaron con 210 inmigrantes. Se puso de relieve que la presencia de sintomatología estaba vinculada a un mayor uso de estrategias de aceptación-resignación, evitación cognitiva y descarga emocional. Además, en el estudio se observó que a mayor permanencia en el país de llegada, era menor el uso de estrategias de aproximación como el análisis lógico y la reevaluación positiva, lo que se asocia con el progresivo sentimiento de

desesperanza y frustración que se generaba al ver que no se cumplía el proyecto migratorio.

Desde el punto de vista de las características de personalidad protectoras la percepción de control y de autoeficacia, la alta autoestima, la personalidad resistente y los elevados niveles de integración social ayudan al inmigrante (Vázquez y Sanz, 2008).

En su mayoría, los inmigrantes se perciben fuertes y capaces cuando parten, pero en su proceso migratorio la vivencia prolongada de sucesos altamente estresantes, quiebran a largo o corto plazo su salud y sus recursos. A esto se le agrega que no existen programas de prevención primaria que le ayuden a sobrellevar la situación de migración.

2.3. LA NECESIDAD DE ADAPTARSE A UNA NUEVA CULTURA

“Lo que mantiene a los mundos en movimiento es la interacción de las diferencias, sus atracciones y repulsiones. La vida es pluralidad, la muerte uniformidad. A medida que se suprimen las diferencias y peculiaridades eliminando civilizaciones y culturas distintas, el progreso debilita la vida y favorece la muerte. La idea de una civilización única para todo el mundo, implica el culto al progreso y a la técnica, nos empobrece y mutila. Cada punto de vista en el mundo que se extingue, cada cultura que desaparece resta una posibilidad de vida” (Octavio Paz, 1961).

2.3.1. ¿Qué es cultura?

Según el Diccionario de la Lengua Española (Real Academia Española, 2014), **cultura** proviene del latín *cultūra* (cultivo, crianza). Significa un conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar

su juicio crítico. También se refiere a modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc. Desde el punto de vista popular, se entiende por cultura al conjunto de las manifestaciones en que se expresa la vida tradicional de un pueblo, así el término aparece asociado con el folklore.

Se sabe que no existe una definición única de lo que es cultura.

A la cultura se la puede entender como una red de tejido social que incluye diferentes manifestaciones de una sociedad determinada, que puede fluctuar desde las idiosincrasias típicas hasta las específicas: vestimenta, idioma, folklore, rituales, normas y modos de comportamiento, ideología, religión, alimentación, arquitectura, etc.

Para la UNESCO, el hombre se vale de su cultura para reflexionar sobre sí mismo y desde ella discierne sobre sus valores.

La cultura es el producto del hombre que obra sobre la naturaleza para transformarla en bienes culturales. En lo cultural está su creación. Todo acto humano está impregnado por la cultura que lo determina. La cultura no está dada como la naturaleza, se hace y se recrea. De ahí, entre otras cosas deviene la diversidad de culturas. A veces, a la cultura se la relaciona con un ámbito geográfico y se habla de cultura europea, cultura oriental, americana, etc. En otras, se la puede asociar con el tiempo, como ser cultura antigua, culturas generacionales, cultura actual, etc.

Desde la Psicología Social, se ha definido a la cultura como un conjunto de creencias, actitudes, valores y prácticas compartidas por un grupo de personas que tienen una historia común y participan de una estructura social (Páez y González, 2000). La cultura influye en la manera de pensar y vivir, supone modelos para construir la forma de vida y señalar los estilos adecuados de comportamiento.

2.3.2. Tipos de cultura

Hofstede (1999) clasificó a las diferentes culturas en función de cuatro variables:

- La distancia de poder: se refiere a las relaciones de poder y de estatus entre las personas. Hay culturas con más o menos distancia, donde existe mayor igualdad entre sus miembros y una distribución más equitativa.
- Masculinidad-Femineidad: se trata del grado en que las culturas marcan las diferencias entre hombres y mujeres. Por ejemplo, las culturas masculinas dan importancia al éxito, el dinero y la competición.
- Evitación de la incertidumbre: alude al nivel de amenaza que sienten los miembros de una cultura por las situaciones ambiguas. Las culturas que eluden la incertidumbre se angustian ante situaciones nuevas, desestructuradas, confusas o imprevisibles, por ello tratan de evitar estos acontecimientos con estrictos códigos de conducta.
- Individualismo-colectivismo: indica la importancia que se le concede a la persona o al grupo. Desde esta dimensión las culturas se distinguen principalmente en la reciprocidad entre las personas, la conformidad al grupo y la corresponsabilidad en las decisiones, en los éxitos y fracasos, que se pueden atribuir a factores individuales o a factores de carácter grupal (Pérez-Sales, 2004).

2.3.3. Adaptación y choque cultural

Cuando el inmigrante trata de insertarse en una nueva cultura, inciden en él características culturales propias de su país o región de origen,

es decir, de la cultura que internalizó en su desarrollo. Al respecto, se puede hablar de ciertas tendencias en general, por ejemplo personas procedentes de África, de América Latina o algunos orientales son más sociables, colectivistas, expresivos y empáticos, y contrastan con la idiosincrasia de algunos europeos con características más individualistas y autosuficientes. Los individuos oriundos de culturas colectivistas pueden sentirse más aislados y en soledad, con menor apoyo social en culturas más individualistas.

La acentuación de estas características en los inmigrantes, en contraposición con las de la población del país de llegada puede producir choques culturales que retardan o impiden la adaptación. Cuando la brecha en la diferenciación cultural se agranda, en función de la pertenencia a diversos tipos de culturas, más o menos alejadas de la cultura de acogida, el inmigrante además del estrés psicosocial puede también presentar estrés aculturativo o choque cultural. El choque cultural resulta del impacto de las diferencias culturales y de la repercusión en el ámbito social y personal.

Las personas que se trasladan a vivir en una nueva cultura pueden llegar a sentir soledad, tristeza, desorientación y frustración (Smith y Bond, 1993). La adaptación a una realidad distinta requiere del esfuerzo constante para llegar a compatibilizar y/o transformar pautas y actitudes internalizadas. Cuando una persona emigra, pierde su marco geográfico-cultural externo, puede entrar en un mundo de sinsentido para él, en el que no registra contención y con vínculos precarios. A veces esto se acentúa por el desconocimiento de la lengua y las normas (Moro y Lachal, 2006).

A mayor distancia cultural y diferencias psicosociales, más desorientación cognitiva, emocional y conductual, lo que da lugar a más dificultades de adaptación, a sentimientos de pérdida de autonomía y del control del medio (Berry, 2005; Ward, 2008).

El choque de culturas o aculturación es un proceso que se manifiesta en diversos ámbitos (Navas, Pumares, Sánchez, García, Rojas, Cuadrado, Asensio y Fernández, 2004):

- En el sistema político y de gobierno, en las relaciones de poder y el orden social.
- En el mundo tecnológico o los modos de producción y de trabajo.
- En el ámbito económico, los hábitos y las formas de consumo, los bienes y las transacciones económicas.
- En el mundo familiar, modos de interacción, de reproducción, trasmisión de valores y de pautas de conducta.
- En el área social, en las relaciones fuera de la familia.
- En el ámbito ideológico, las formas de pensar, en lo referente a la política, a la cosmovisión de la vida, a la religiosidad, etc.
- En el uso y la vivencia del tiempo.

Este proceso de aculturación supone cambios psicológicos y culturales a nivel individual y también grupal. Los cambios implican modificaciones en las estructuras sociales y sus instituciones, y en las prácticas culturales (en el área política, educativa, religiosa, etc.). También los cambios repercuten a nivel individual, lo que produce variaciones conductuales y psicológicas en las personas (Berry, 2005; Moya y Puertas, 2008).

Ward (2008) señala dos ajustes que se requieren en el proceso de adaptación cultural:

- ajuste psicológico que se relaciona con la satisfacción emocional.
- ajuste sociocultural que alude al aprendizaje de las habilidades necesarias para desenvolverse en el nuevo contexto.

A mayor exigencia de aprendizaje de habilidades, más estrés, más desgaste, menor satisfacción emocional.

El aprendizaje de habilidades puede lograrse más rápido que la realización o satisfacción emocional y el ajuste sociocultural más rápido que el psicológico. Los logros dependen del tiempo de residencia, del conocimiento cultural, de la distancia cultural, del manejo del idioma y de la utilización de estrategias de aculturación. Al ajuste psicológico o emocional también se lo ha relacionado con la flexibilidad personal, el locus o percepción de control interno, las relaciones satisfactorias, un estilo de afrontamiento activo y el sentido del humor. Por contraste, las dificultades psicológicas se han asociado con altos niveles de estrés, soledad y estilos evitativos de afrontamiento (Ward y Kennedy, 1999).

2.3.4. Estrés aculturativo

Desde lo estipulado en la categorización diagnóstica, el DSM-5 (Asociación Psiquiátrica Americana, APA, 2014) incluye la dificultad de aculturación (V62.4) como problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Marsella y Pedersen (2004) definen el síndrome de desadaptación como alineación, shock cultural, aculturación, conflicto de identidad y confusión. Se da cuando el inmigrante ignora las normas y roles sociales del país de acogida. Tomás-Sábado, Quereshi, Antonín y Collazos (2007) señalan que el estrés aculturativo está relacionado con la nostalgia por el modo de vida perdido o abandonado, por el choque cultural y por la discriminación percibida.

El estrés aculturativo puede dar lugar a diversas problemáticas (Muiño, 2009):

- La sobrecarga cognitiva: para el inmigrante ningún hábito está automatizado, todo requiere de un reaprendizaje, todo es nuevo en un

medio distinto. Esto produce desgaste físico y emocional, irritabilidad y síntomas de activación.

- Incomprensión de roles: en la cultura receptora se deben jugar roles que no termina de entenderlos, por ejemplo qué se espera de su comportamiento y qué puede esperar él de los demás en diferentes situaciones y momentos.

La sensación de impotencia por no poder desempeñarse competentemente en la nueva cultura produce sentimientos de frustración e indefensión (Zarza y Sobrino, 2007).

2.3.5. Actitudes del inmigrante hacia la cultura receptora

Berry (2001) destaca que, en el proceso de aculturación se pueden dar cuatro maneras de responder a la nueva realidad. Éstas se derivan por un lado, del deseo de relacionarse con una nueva cultura y por otro, del anhelo de mantener la identidad y la cultura original:

- *Marginación y exclusión*: los inmigrantes rechazan las dos culturas, tanto la original como la receptora (García Campayo y Alda, 2005). En estos casos pueden darse sentimientos de alineación, pérdida de identidad y de indiferencia social. Este comportamiento se corresponde con un mayor nivel de patología psiquiátrica como adicciones, psicosis y depresión.
- *Separación y segregación*: es el resultado del mantenimiento de la propia cultura como modo de evitar y no incorporar la cultura receptora. El inmigrante niega la cultura de llegada y se vincula exclusivamente desde su cultura de origen. Con ello, produce aislamiento social ya que sus relaciones se limitan a personas que poseen la misma identidad, tradiciones y costumbres de la cultura de origen. Esto da lugar a la formación de guetos, marginándose y

llegan a segregarse. Las actitudes de separación y más en concreto de marginación, se asocian a mayores niveles de psicopatología y al bajo grado de satisfacción vital (Berry y Sabatier, 2010; Choi, Miller y Wilbur, 2009).

- *Asimilación*: se produce cuando el inmigrante abandona su propia cultura y adopta la cultura receptora. Supone dificultades con la familia y el entorno de origen y consigo mismo ya que se percibe con una sensación de incompletitud por el rechazo a su propio origen (García Campayo y Alda, 2005). En muchas ocasiones, es lo que la sociedad receptora le pide, que renuncie a sus propios valores.
- *Integración o biculturalismo*: se da cuando el inmigrante se adapta a ambas culturas; mantiene la propia identidad mientras se relaciona con la nueva cultura incorporando sus elementos. Así, ha podido integrar sus costumbres, valores, creencias, etc. e ir incorporando la nueva cultura. La integración es el proceso más saludable para el inmigrante y se asocia con un mejor estado psicológico. Alcanzar esto implica enormes esfuerzos. No siempre al llegar al otro país se encuentra con las condiciones dadas y necesarias para que la integración se produzca (Morawa y Yesim, 2014). Dicho de otro modo, el hecho de que un inmigrante pueda integrarse también depende de las actitudes de la sociedad receptora (Pereda, Actis y De Prada, 2008).

Para que la integración sea posible, el sistema institucional debe colaborar. Las condiciones sociales, económicas, laborales y legales deben ser favorables a este fin y coadyuvar a la adaptación.

La participación social presenta diversas dimensiones (Laparra, Obradors, Pérez y cols., 2007):

- dimensión económica (participación en la producción, en el mercado laboral y en el consumo)

- dimensión política (por medio de la ciudadanía política y social con acceso a políticas sociales)
- dimensión relacional (presencia de vínculos y relaciones positivas).

Los inmigrantes son especialmente vulnerables ante la exclusión porque ven su vida afectada en todas las dimensiones. Por ello, la integración no sólo requiere esfuerzos por parte del inmigrante sino también del país receptor. Éste debe estar dispuesto a respetar y crear culturas multiétnicas en una sociedad multicultural.

Un estudio realizado con 182 inmigrantes residentes en España (Ramos y León, 2007), muestra que la mayoría, un 82,2%, aspiraba a integrarse en la sociedad receptora. Similares resultados aparecen en la investigación desarrollada en la Comunidad Autónoma Vasca en el año 2004, donde el 74% de los inmigrantes optaba por la integración (Basabe, Zlobina y Páez, 2004), iguales resultados se encuentran en un trabajo producido en el año 2011 (Elgorriaga, 2011).

En el análisis efectuado por Sánchez y López (2008) en Andalucía, los inmigrantes marroquíes y latinoamericanos optaban por la integración y la asimilación. En la investigación elaborada en Galicia y Madrid se trabajó con 750 adolescentes latinoamericanos, el 40% eligió la integración, el 27% la separación, el 19% la asimilación y el 13% la marginación. Los adolescentes que se inclinaron por la separación, eran los que presentaban más comportamientos antisociales, conductas agresivas, ruptura de normas y consumo de sustancias adictivas (Sobral Fernández, Gómez-Fraguela, Luengo, Romero y Villar, 2010).

La integración no es posible si la sociedad receptora no tiene como valor la multiculturalidad, si existen prejuicios sociales y si los miembros de la comunidad, tanto autóctonos como inmigrantes, no desean contribuir

al desarrollo de la misma. Se sabe que existe una relación entre la tasa de desempleo y el rechazo a la inmigración, este rechazo es mayor entre los grupos que sienten a los inmigrantes como competidores en el mercado laboral (Guimond, 1999).

La adaptación a la cultura receptora supone fundamentalmente tres tareas (Bravo, 1992; Moghaddam, Taylor y Wright, 1993):

- Adaptación psicológica: mantener un equilibrio entre los afectos, la satisfacción con el nuevo medio cultural y su aceptación.
- Aprendizaje cultural: adquirir habilidades sociales y de comunicación para manejarse en la nueva cultura, mantener buenas relaciones con las personas y aprender el idioma.
- Realización de conductas adecuadas: para resolver tareas sociales pertinentes, situaciones conflictivas e incorporar normas.

Los procesos de adaptación psicológica dependen de múltiples variables (Colegio Oficial de Psicólogos, 1994):

- Variables individuales: apertura cultural, motivación, expectativas, habilidades sociales, antecedentes psicopatológicos, edad, sexo, estado civil, etnia, religión, nivel educativo y socioeconómico.
- Variables grupales y relacionales: las relaciones intergrupales, los grupos de apoyo, las redes sociales.
- Variables de carácter socio-estructural de la sociedad: el contexto político, la situación económica y laboral, la organización social, etc.

En un estudio sobre la adaptación de los inmigrantes a la sociedad vasca, se señalan los aspectos diferenciales de la sociedad de llegada respecto a su sociedad de origen (Zlobina, Basabe y Páez, 2004). Se detecta que la población vasca posee:

- Planificación económica (ahorro) y social (formas de relación).

- Menos desigualdad en general.
- Más consumismo.
- Menor sociabilidad y cercanía.
- Más laicidad.

En muchos de los estudios sobre la adaptación a la nueva cultura o el choque cultural, no se tienen en cuenta las variables o factores socio-económicos que realmente son esenciales en la integración (Hunt, Schneider y Comer, 2004). El trato al inmigrante no es equitativo. Para algunos es altamente costoso y desgastante la obtención de “papeles”, la aceptación, la superación del estrés, la adaptación, etc., mientras que a otros, por ejemplo a los futbolistas, se les otorgan ciertos privilegios para la permanencia legal en el país.

2.3.6. Actitudes de la cultura receptora hacia el inmigrante

Se han estudiado también las actitudes que tienen las sociedades receptoras hacia los inmigrantes. Se observa que la mayoría de las personas autóctonas que tienen actitudes xenófobas, presentan un bajo nivel educativo, económico y ven el futuro con poco optimismo. Son autóctonos con menores ingresos, tienen mayor precariedad laboral, poseen opiniones más desfavorables hacia los inmigrantes. Creen que no deberían tener los mismos derechos que los autóctonos en el acceso a servicios sociales, sanitarios y educativos (Moreno y Aierdi, 2008).

Pereda y cols. (2008) resumen en cuatro puntos la postura de la población autóctona respecto al inmigrante:

- Actitud xenófoba: son los que opinan que deberían negarle al inmigrante el estatus de ciudadano. Consideran que éstos ponen en peligro la identidad y las costumbres locales propias. Pretenden

cerrar las fronteras y expulsar a los inmigrantes irregulares y los que queden, que estén separados en otros espacios distintos al que ocupan los locales.

- Ciudadanía subordinada: significa la aceptación de la inserción del inmigrante pero supeditada a los autóctonos. La inmigración queda legitimada en la medida que beneficie a estos últimos. Deben asumir los trabajos que los autóctonos no quieren realizar y de esta manera quedan condicionados a ellos.
- Integración o ciudadanía equiparada: se acepta una inserción plural. Se considera que los inmigrantes deben tener los mismos derechos, la diferencia sólo es acorde a los que comparten igualdad en el trato y en los méritos.
- Proyección instituyente: se reconoce a los inmigrantes en su capacidad para crear, producir y contribuir tanto a nivel social y cultural, como desde su consideración de ciudadanos activos.

Berry (2005) señala el multiculturalismo, la segregación, la exclusión o la mezcla de culturas como diferentes actitudes que puede tener la sociedad receptora. Estas actitudes dependen principalmente de tres dimensiones: la percepción de seguridad ciudadana, el sentimiento de amenaza a la identidad cultural local y el estado económico (Solé, Parella, Alarcón, Bergalli y Gubert, 2000).

En el trabajo de Navas, García, Rojas, Pumares y Cuadrado (2006), se analizan las actitudes de prejuicio de los autóctonos, de los inmigrantes y su modo de aculturación. Las personas autóctonas que son partidarias de la exclusión de los inmigrantes, presentan niveles más altos tanto de prejuicio como de emociones negativas que aquellas personas que optan por la asimilación o la integración. Por otro lado, en la investigación los inmigrantes marroquíes y subsaharianos que elegían la marginación,

presentaban más emociones negativas hacia la población autóctona que aquellos inmigrantes que deseaban la integración o el mantenimiento de su cultura. Entre los subsaharianos aparecía, también, un mayor rechazo a relacionarse con los autóctonos.

En un estudio llevado a cabo por Martínez-Taboada, Arnos y Elgorriaga (2008) se observa que el País Vasco en general, no presenta actitudes de prejuicio o rechazo abierto hacia los inmigrantes, sin embargo, se evidencian actitudes contrarias en forma encubierta. Un tercio de la población rechaza a las personas inmigrantes, especialmente a las de la población magrebí en comparación con la de Europa del Este y latinoamericana.

Otro estudio efectuado por Dandy y Pe-Pua (2010) informa que los autóctonos prefieren a personas inmigrantes que, culturalmente, son más parecidos a ellos.

En la sociedad receptora las políticas de integración se pueden realizar desde dos puntos de vista (Pérez-Sales, 2004):

- Mono-cultural: la adaptación supone renuncia, se debe procurar evitar el estigma de la diferencia para adaptarse mejor, el énfasis está puesto en los procesos de duelo, el inmigrante se empobrece, siempre pierde algo y se sitúa en inferioridad de condiciones respecto al autóctono. Las políticas suelen ser de dispersión de los inmigrantes.
- Bi-cultural: la adaptación implica un aprendizaje, se debe intentar defender el derecho a la diferencia y afrontar el estigma, el énfasis está puesto en el estrés que proviene del afrontamiento a situaciones nuevas. La persona se enriquece. Las políticas apuntan a que los inmigrantes se auto-organicen y se apoyen entre ellos.

Habitualmente, el inmigrante siente ambivalencia ante la nueva cultura. Es un sentimiento muy presente en el proceso migratorio; se acepta y se rechaza al país de origen y al receptor, se quiere integrar pero teme que eso implique olvidar “lo suyo”, se desencadenan así sentimientos y actitudes opuestas ante la misma situación. Esta ambivalencia también aparece en la sociedad receptora, que desea integrar al inmigrante pero al mismo tiempo, teme perder su identidad social.

La adaptación cultural es más fácil si se tienen en cuenta los siguientes factores (Sayed-Ahmad Beiruti, 2008):

- actitudes de apoyo y solidaridad por parte de la sociedad receptora
- acceso a empleo, vivienda, educación y salud
- actividades interculturales que le permitan vivir en las dos culturas como ciudadanos con derechos y deberes
- posibilidades de retorno

La integración o la biculturalidad sólo es posible desde el contacto entre culturas, desde el poder vivir ambas conjuntamente.

2.4. LA POSIBILIDAD DE RECONSTRUIR LA IDENTIDAD

... “Si hay una identidad, hay que buscarla en el amor. Ni más, ni menos. Amor al país en el que hemos nacido o vivido. Amor a sus montes, prados, bosques, amor a su idioma y sus costumbres, sin exclusivismos. Amor a sus grandes hombres y no sólo a un grupo de entre ellos. Amor también a los vecinos y a los que “no son como nosotros” (Julio Caro Baroja, El Laberinto Vasco 1977-1988).

La base de la experiencia emocional de la identidad es la capacidad del individuo de seguir sintiéndose él mismo en la sucesión de cambios (Grinberg y Grinberg, 1971). Es decir, poder conservar la estabilidad a pesar de las diferentes circunstancias, transformaciones y cambios de vida.

Es por eso que ciertos acontecimientos que suponen cambios importantes en la vida de una persona como por ejemplo la migración, pueden convertirse en factores desencadenantes de amenazas al sentimiento de identidad. Cuando el inmigrante llega a la nueva sociedad todo es distinto, lo que conlleva inseguridad, miedo e inestabilidad emocional.

El choque cultural hace referencia al impacto y a las diferencias que se perciben rápidamente al instalarse en un nuevo contexto. El proceso de aculturación se alarga en el tiempo e influye en la identidad personal y en la definición de uno mismo (Berry, 2005).

El choque cultural y la posterior necesidad de integrar la cultura de origen y la de acogida, supone *la reconstrucción de una nueva identidad personal*, ya que en la inmigración empieza a ponerse en duda la conciencia del yo por los cambios a lo largo del tiempo.

El inmigrante, en su lucha por la autopreservación, necesita repetir constantemente la experiencia de “encontrarse” y “sentirse a sí mismo”. Grinberg y Grinberg (1984) lo enuncian de la siguiente manera:

“El inmigrante, en su lucha por su autopreservación, necesita aferrarse a distintos elementos de su ambiente nativo (objetos familiares, la música de su tierra, recuerdos y sueños en cuyo contenido manifiesto resurgen aspectos del país de origen, etc.) para mantener la experiencia de “sentirse a sí mismo”⁷

Para estos autores el sentimiento de identidad se desarrolla en base a los vínculos que se establecen con las demás personas y es el resultante de un proceso de interacción continua de tres vínculos de integración que denominan espacial, temporal y grupal. La migración puede afectar a estos tres vínculos.

⁷ Grinberg, L. y Grinberg, R. (1984). *Psicoanálisis de la Migración y del Exilio* (Pág. 156). Madrid. Alianza Editorial.

Desde el punto de vista de la identidad, la inmigración pone en duda la conciencia del yo a lo largo del tiempo, la consistencia entre el yo y el mundo externo y la confirmación de la propia identidad en interacción con el ambiente, lo que supone un reto a la coherencia, la confianza y el control de uno mismo (Garza-Guerrero, 1974). La inmigración replantea las respuestas a la pregunta que las personas se hacen en general acerca de *¿quién soy yo?* (Walsh, Shulman, Feldman y Maurer, 2005). Los inmigrantes experimentan inestabilidad y múltiples contradicciones en sus vidas que les llevan a la recreación de una nueva identidad. Esto implica reconstruir su sentido del yo y forjar nuevos significados (Mallona, 1999).

La identidad alude a lo que hay de diferente y de igual entre el sujeto y la cultura de origen y la receptora, entre el inmigrante y sus pares de origen y entre el inmigrante y la población de acogida (Achotegui, 2009). Se observa en la tabla 6, la relación que puede existir entre la reconstrucción de la identidad del inmigrante con los procesos psíquicos que esto supone.

Tabla 6. Identidad e Integración

	Preguntas	Sentimientos
Integración espacial	¿Quién soy yo frente a los demás?	Individuación
Integración temporal	¿Cómo voy cambiando a lo largo del tiempo?	Mismidad
Integración social	¿A qué grupo pertenezco?	Pertenencia

El vínculo de **integración espacial** se refiere al sentimiento que se tiene sobre sí mismo, es decir, cómo la persona se percibe individualmente frente a los demás y por ende a la diferenciación del *self* y *el no self*, es decir, al sentimiento de “individuación”; comprende la relación de las diferentes partes del uno mismo entre sí, conservando su cohesión, permitiendo la comparación y el contraste con los demás.

En un comienzo el inmigrante se puede desorganizar. Sus ansiedades intensas pueden desembocar en estados fóbicos, con temores a que la nueva cultura los “absorba”. El inmigrante se debate entre el deseo de confundirse con los otros para evitar sentirse marginado y distinto, y el deseo de diferenciarse para continuar sintiéndose “él mismo”. Este proceso, en ocasiones, puede acarrear un conflicto que genere momentos confusionales de despersonalización o desrealización por la dicotomía entre los dos deseos, entre dos tipos de sentimientos, entre las dos culturas en las que se encuentra. Puede preguntarse a sí mismo ¿dónde estoy? ¿qué estoy haciendo aquí? En casos extremos puede generarse un extrañamiento de la propia persona, cuando siente la incapacidad de integrar los diferentes “pedazos” de su identidad escindida. Experimenta confusión y tiene dificultades para reconocerse a sí mismo. Estas sensaciones pueden verbalizarse como:

... “*No sé qué me pasa... no me reconozco.....yo no era así*”...

El **vínculo temporal** es el que tiene la función de mantener el sentimiento de sí mismo a través del tiempo, une las diferentes representaciones del *self* en el tiempo y da continuidad entre ellas, concibiendo la base al sentimiento de “mismidad”.

Cuando en el inmigrante este vínculo se ve afectado, lo manifiesta por medio de una mezcla de recuerdos con situaciones actuales mediante permanentes lapsus en los que confunde sitios o personas actuales con otros nombres o sitios que pertenecen al pasado. Por eso, el inmigrante necesita traer objetos materiales consigo que tengan connotación afectiva importante para él. De esta manera, se siente acompañado por ellos, a través de los cuales ve una continuidad con su propio pasado. La decoración de las casas de los inmigrantes, por ejemplo, denota una pertenencia a otro lugar, con adornos y objetos típicos de su lugar. Por ello, todo lo que tiene que ver con el arte, la artesanía, el folklore musical, la

pintura y cualquier otra expresión artística familiar para el inmigrante, actúa de manera que afianza los tres vínculos del sentimiento de identidad. Así, el inmigrante evidencia la diferenciación con los autóctonos, muestra la existencia de su pasado y trae al presente las relaciones con las personas ausentes (Falicov, 2002).

Cabe advertir que estos objetos, que son válidos y necesarios en un comienzo del proceso migratorio para reafirmar el sentimiento de identidad, si continúan en forma sostenida, remiten al pasado y podrían funcionar al mismo tiempo, como obstaculizadores para incorporar algo “nuevo” al presente del inmigrante. Bleichmar (1997) indica que ante la pérdida de un objeto, la *fijación* primaria a ese objeto perdido dificulta dirigirse al objeto sustituto, produciéndose un rechazo a este último y se idealiza al primario.

Por último, **el vínculo de integración social**, es la relación que se establece entre lo que es de uno con lo que es del otro, logrando así el sentimiento de pertenencia. Supone relaciones entre aspectos del *self* y aspectos de los demás, que se manifiestan a través de mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva, dando lugar al sentimiento de “pertenencia”.

En relación a este vínculo de integración social, en un estudio realizado en la Comunidad Autónoma Vasca en el año 2002, en la que participó como entrevistadora la autora de este trabajo, se analizó la apreciación de algunos inmigrantes hacia sí mismos y hacia los vascos. Como conclusiones se pudo arribar a las siguientes:

Con respecto a la visión que los *inmigrantes colombianos* tienen de los vascos, predominan los aspectos positivos sobre los negativos, con lo cual se advierte, que los colombianos encuestados necesitan sobrevalorar los aspectos positivos de éstos, en compensación con los aspectos

negativos que los vascos les atribuyen a ellos, con una sobrecarga de características peyorativas:

... *“Narcotraficantes, violentos, ladrones, mujeres prostitutas”*...

Así, los aspectos positivos que ellos se adjudican, en muchos casos, tienen que ver con respuestas defensivas y de disociación, donde no pueden juntar las características positivas y negativas de los grupos, por lo tanto proyectan lo positivo e introyectan lo negativo, lo que evidencia que no pueden hacer una síntesis. Cabe señalar que estas características que aparentemente parecen contradictorias ... *“malos-buenos”*... responden a un mecanismo de defensa frente a una realidad que los marca y connota negativamente en el contexto donde se desarrollan, intentando mejorar su propia imagen ... *“por unos pagan todos”*... Al respecto, algunos comentarios verbales de los encuestados, expresan que en ciertos casos tienen razones para que los consideren ... *“narcotraficantes, violentos, ladrones, guerrilleros y problemáticos”*... pero lamentablemente las generalizaciones no son razonables. Al decir de los inmigrantes: ... *“por unos pagan todos y se tildan a todos por igual”*... Esta sobrecarga de valoración negativa trae aparejado resentimiento e insatisfacción.

En cuanto a los *inmigrantes ecuatorianos* residentes en las tres provincias vascas, se manifiesta como elemento significativo que se caracterizan por la abundancia de aspectos negativos sobre las potencialidades. Denotan sentimientos de inferioridad y desvalorización: ... *“no valemos nada, somos imperfectos, pocas personas nos tienen aprecio, nos sentimos inferiores, feos”*... Perciben que los vascos los consideran como ... *“diferentes, raros, de otro planeta y quitan trabajo”*... También en forma paralela y en contraposición creen ser vistos como ... *“trabajadores, honrados, tranquilos, tratables, buenos”*... Al igual que en el grupo de los entrevistados colombianos se observa la ambivalencia marcada en los ecuatorianos.

No sucede lo mismo con los resultados de las encuestas realizadas con *inmigrantes de Senegal y Congo*. Fue significativo en ellas que al hablar sobre sí mismos no mencionan aspectos negativos, de igual modo cuando manifiestan lo que creen que los vascos piensan de ellos.

En relación a la visión que tienen los *inmigrantes de Guinea* acerca de los vascos, éstos los caracterizan desde las potencialidades sin aludir aspectos negativos. En cuanto a cómo creen que son vistos por los vascos, es significativo que sean caracterizados como ... “*una pesadilla con mal carácter*”... Los guineanos perciben el rechazo racista.

Referente a los *inmigrantes rumanos*, se pone de manifiesto en ellos una disociación entre los aspectos positivos que otorgan a los vascos y la connotación negativa que se confieren a sí mismos. Es marcado el rechazo y la subestimación que obra en ellos como intento de poder adaptarse al nuevo país ... “*no quiero saber nada de la gente de mi país*”...

El inmigrante hace una sobrevaloración del país de acogida recurriendo a un mecanismo de asimilación como estrategia de adaptación. Es decir, está sobreadaptado al país de acogida, asimila completamente lo nuevo, borrando todo tipo de vínculo con lo propio y original.

Entre los *inmigrantes brasileños* se observa por un lado, que hay quienes no visualizan aspectos positivos en cuanto a su imagen desde los vascos, tan sólo se registran percepciones negativas con un importante contenido despectivo ... “*nos ven mal, nos putean, nos consideran ladrones, ignorantes, en general no soportan a los extranjeros*”... Sin embargo, hay otros encuestados también brasileños que tienen otra lectura. Prima en ellos la ambivalencia y equiparan las características tanto positivas como negativas.

En cuanto a los *inmigrantes argentinos*, se observa que son percibidos y a su vez se perciben positivamente, predominan las potencialidades frente a las limitaciones.

En los *venezolanos* encuestados se puede apreciar una ambivalencia respecto a cómo se consideran valorados por los vascos. Por un lado, expresan que los valoran positivamente, por otro sienten que les adjudican calificativos como ...“*tercermundistas, oportunistas, ignorantes, aprovechadores*”... entre otras. A su vez, la visión de los venezolanos acerca de los vascos es equilibrada en la ambivalencia tanto en los aspectos positivos como negativos.

La visión que tienen los *inmigrantes dominicanos* sobre los vascos es antagónica, es decir por un lado participan en programas de ayuda solidaria con pueblos necesitados o tercermundistas y por otro lado los perciben discriminadores y racistas. Por lo tanto, creen que los valoran negativamente, ejemplo: ...“*nos discriminan, nos miran con asco, nos explotan*”...

También en el caso de los *cubanos*, se repite la confluencia de las dos dimensiones positiva y negativa acerca de los vascos, considerándolos como ...“*hipócritas, envidiosos, racistas, falsos, calculadores, interesados*”... donde se resalta el predominio de características negativas. Con respecto a la visión que creen que tienen los vascos sobre ellos es positiva, se sienten apreciados como: ...“*trabajadores, cariñosos, sensibles, seductores, buenas personas*”... Sin embargo, junto a esto también creen que los consideran ...“*intrusos, usurpadores, vagos, vividores, aprovechados*”...

En síntesis, en estas entrevistas se puede ver el juego del “mirar y mirarse”, de proyección e introyección, de identificación, crecimiento y elaboración. Y esto conduce a la *posición* del inmigrante y la posición

implica un *lugar*. Lo que lleva al interrogante ¿quién soy? y ¿de dónde vengo?, por lo tanto apunta a la *identidad* del inmigrante.

La identidad étnica, el sentirse perteneciente a un grupo cultural y el mantener los valores tradicionales familiares, suponen una correlación satisfactoria con la vida (Liebkind y Jasinskaja-Lahti, 2000).

En algunos casos, cuando el inmigrante sobredimensiona su cultura de origen y no se adapta a la cultura del país de llegada, se queda “atrapado” en sus experiencias, vivencias, recuerdos, objetos, afectos, etc. Esto no le permite “integrar” en su dinámica psíquica aspectos y elementos de la nueva cultura. El país de origen garantiza la identidad para el inmigrante, identidad que en la nueva tierra puede llegar a verse fragmentada, amenazada, desestimada por lo desconocido. Al decir de Yelin (2003) echar raíces cuando uno ya no es semilla es difícil porque genera más desarraigo.

Algunos inmigrantes expresan esta sensación de quedar atrapados en los recuerdos, costumbres, a través de expresiones de añoranza, de expectativas de retorno, de valoraciones positivas familiares, etc.

... *“Extraño las Navidades, aquí no se festeja como allá” ...*

... *“Siempre estoy con la esperanza de volver a Venezuela” ...*

... *“Ya me hacía falta ir, quería ver a mi gente, me echaban en falta también, de menos” ...*

... *“La tierra siempre llama a uno” ...*

... *“Viajé porque echo de menos a mi tierra y a mi gente” ...*

... *“Porque mis padres me hacían falta” ...*

..... *“Me deprimó, a veces sonreímos pero nos da tristeza, ya vienen las Fiestas y aquí todo es diferente” ...*

El sentimiento de pérdida tiene mucho peso para el inmigrante. Entre las pérdidas se pueden considerar también los roles que ejercía en su país de origen tanto como miembro de un sistema familiar como también a nivel laboral y profesional, con sus amistades en su comunidad, etc. Al respecto, son significativas algunas expresiones:

... “Allá yo soy el dueño de la casa, aquí no tengo trabajo ni donde vivir”...

... “Aquí soy un peón, allá soy maestro albañil, aquí me agacho”...

... “Quisiera estar trabajando de lo mío (arquitecto)...aquí soy camarero”... “Venimos muy preparados para no hacer lo que sabemos”...

En el inmigrante priman las necesidades básicas, que en algunos casos no están resueltas (vivienda, alimentación, trabajo, etc.), que lo lleva a elevar el nivel de ansiedad, de preocupación, de angustia, sentimiento de impotencia, asociados a sentimientos de minusvalía e inseguridad. También es cierto que, aunque tengan cubiertas estas necesidades, cobran importancia las necesidades afectivas insatisfechas, esto se ve reflejado en la nostalgia, la añoranza, la pérdida de estatus y el lugar laboral y profesional que tenía en su tierra.

... “Muchas veces siento necesidades a nivel sentimental, creo que las necesidades básicas y materiales están cubiertas. Pero me falta eso otro, quisiera encontrarlo”...

Con frecuencia el inmigrante no logra encontrar un “continente” afectivo y no le sirve como paliativo lo económico. No siempre se utiliza con precisión para hablar del país de llegada el término país de “acogida”, ya que el país de llegada no siempre satisface la demanda afectiva. El sentimiento de pérdida trae aparejado un sentimiento de “no pertenencia”.

Sin embargo, hay excepciones, cuando en una sólida identidad las convicciones y valores positivos prevalecen y el dejar la tierra no está motivado por apremios económicos, persecuciones ideológicas, carencias afectivas y existe libertad y legalidad para entrar y salir del país, no se suelen presentar los problemas de aculturación, de estrés migratorio, ni se pone en riesgo la desorganización de la persona. Un ejemplo de esto se puede traducir en el estribillo de la canción “*No soy de aquí, ni soy de allá*” de Facundo Cabral (poeta y canta-autor argentino), donde muestra que la identidad está sostenida desde su sentimiento de realización.

*No soy de aquí... ni soy de allá
no tengo edad ni porvenir
y ser feliz es mi color de identidad.*

Relacionados con esto están también los casos llamados “privilegiados”, que por cuestiones laborales y profesionales emigran pero no pierden sus roles, realizan el mismo trabajo, ejercen la misma profesión del país de origen, mantienen el estatus social y generalmente no emigran solos. Todo eso les ayuda a no desorganizarse y a no poner en riesgo el sentimiento de identidad. La falta de problemas económicos, la legalidad resuelta, posibilitan un menor nivel de estrés y una adecuada adaptación al lugar de llegada.

No son estos casos los que fueron trabajados en esta investigación.

La migración pone a prueba la estabilidad psíquica y emocional. Si el inmigrante establece una relación saludable con los objetos internos, acepta las pérdidas y elabora los duelos, esto permite que pueda integrar en su aparato psíquico los diferentes lugares, los distintos tiempos, sus grupos del pasado con los actuales dando así lugar a la reorganización y consolidación del sentimiento de identidad (Grinberg y Grinberg, 1984). La persona continúa siendo ella misma pese a los cambios y

remodelaciones de la realidad que le rodea, contribuyendo a la construcción de una nueva identidad basada en su estabilidad y consistencia identitaria con la que viene y se reafirma.

Es importante tener en cuenta también que la reconstrucción de una nueva identidad va ligada a la “*obtención de papeles*” y al reconocimiento legal de una realidad. Sin papeles no es posible la integración social (Dal Lago, 2004). Sin documentos *no existe* legalmente la persona. Así, cuantas más trabas legales, más dificultades tiene el inmigrante para tener una identidad como persona social con derechos y deberes.

De las entrevistas practicadas con inmigrantes se obtuvieron una serie de expresiones que dan cuenta del sentir de los inmigrantes:

... “Necesitamos papeles para buscar un futuro mejor, sin eso no nos dan trabajo y si lo hacemos de forma ilegal no nos pagan bien y nos tratan mal. El documento te cambia la vida y se nos explota un poco menos” ...

... “No tener papeles produce inseguridad” ...

... “Venimos con dinero prestado y además empeñé la casa, sin embargo vinimos para tener mejores condiciones de vida. Que no nos prohíban entrar sino que nos ayuden a tener los papeles para trabajar” ...

... “Queremos trabajar pero no nos dejan por los papeles” ...

... “Ya el tema de los documentos es un tema para deprimirse” ...

... “Deberían dejar trabajar tranquilamente a las personas, no ponerles tantas trabas en el camino” ...

La mayoría de estas expresiones hacen alusión a la necesidad de lograr la legalidad a través de la consecución de “los papeles”. Dan cuenta de la inseguridad que viven sin ellos, del maltrato y de la explotación. El

inmigrante no tiene un “Documento Nacional de **Identidad** (DNI)”, pero puede obtener una *tarjeta de residencia y de permiso de trabajo* que debe ser renovada periódicamente. No es ciudadano sino residente. Tampoco le es válido su título profesional para acceder al ejercicio laboral sino es pasando por un trámite de *homologación*. Para concretarlo debe invertir años.

La condición de irregular, coloca al inmigrante en un estado de vulnerabilidad. También está expuesto a actos xenófobos y a crímenes, al maltrato y abuso de la autoridad policial, a discriminación en espacios laborales, etc. En el caso de las mujeres se acrecienta el riesgo de sufrir violencia doméstica. La situación de rechazo genera en el inmigrante impotencia que a su vez se deriva en sentimientos agresivos y ante la dificultad de expresarlos puede volcarlos en su propio núcleo familiar.

La tasa de temporalidad laboral se registró en un 62% entre los inmigrantes en el año 2006. Cuando se investigó en el año 2005 los ingresos por salarios se detectó que los inmigrantes percibían un 30% menos de sueldo que los trabajadores locales. Las jornadas laborales no tienen horarios fijos y presentan mayor riesgo de accidentes. De esto se desprende que son explotados y pertenecen al ámbito de la llamada “economía sumergida” (Brandariz, 2009).

El inmigrante debe construir *un lugar desde un NO lugar*, así como también buscar *el reconocimiento de su identidad civil y laboral*. Si sus recursos internos son adecuados puede perseverar y a medida que esto sucede va reconstruyendo, asimilando elementos que lo posibilitan a la adaptación y a la solidificación de su identidad.

La reconstrucción implica atravesar un período en donde se imponen pérdidas y transacciones y en casos límite, cuando los síntomas de pérdida de identidad son extremos, pueden desencadenar desorganización de la personalidad.

La aculturación trae consigo una búsqueda saludable de adaptación así como conflictos internos que se juegan en el choque que va más allá del área del mundo externo porque involucra el área de su mente, su interioridad, produciendo dubitación o ambivalencia, inestabilidad emocional, desamparo, impotencia e hipersensibilidad, al sentir, en ocasiones, a las dos culturas como contrapuestas y llegado el caso en los límites de la sintomatología persecutoria (Sayed-Ahmad Beiruti, 2008).

En un estudio realizado con adolescentes hispanos se detectó que los que poseían una fuerte identidad étnica en estados de estrés, tenían un desarrollo más activo y contaban con mayor capacidad para prosperar. Mientras que los adolescentes inmigrantes con baja identidad étnica y con estrés evidenciaban más dificultad para progresar (Alvarado, 2010).

Por otro lado, cuando más fortalecido está el inmigrante en su identidad, baja el riesgo en el consumo de estupefacientes (Quereshi y Collazos, 2006).

La reconstrucción de la identidad lleva tiempo, para re-construirse y renacer de forma enriquecedora se necesita también de la contención de la sociedad receptora.

Requiere aparte de los recursos internos del inmigrante, tiempo, fortaleza interna y disposición a la integración y adaptación. Supone también la coherencia en la aceptación de las dos culturas: la biculturalidad (Falicov, 2002).

Para Maalouf (1999) lo que define la identidad y hace que sea sí mismo es estar en las lindes de dos países, dos o tres idiomas y varias tradiciones culturales.

2.5. EL PROCESO MIGRATORIO COMO FACTOR DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE FORTALEZA

Como ya se anunció todo proceso migratorio conlleva componentes de pérdida y de ganancia. Migrar supone que la persona responda permanentemente a realidades estresantes y de sobrecarga y que tenga que acomodarse y adaptarse ante nuevas realidades. Es un proceso dinámico, cíclico, desgastante pero también enriquecedor. No porque lleve muchos años viviendo en otro lugar deja de seguir afrontando múltiples circunstancias que requieren nuevos ajustes. Cuando los cortes con la realidad anterior son abruptos, el inmigrante vivencia el hecho como una situación traumática, en el sentido de algo que irrumpió en su vida, que le implicó carencias y pérdidas y que teme que vuelva a repetirse.

Atravesar la experiencia migratoria para llegar a arribar a puntos saludables genera necesariamente cambios. Llevarlos a cabo hace que el inmigrante crezca y desarrolle fortalezas que le permiten hacer frente a dolorosos momentos, decisiones, inseguridades, debatimientos internos, temores, soledad, desesperanza y agotamiento.

Un inmigrante en su proceso debe afrontar situaciones difíciles y conseguir:

- Hacer frente y dar respuesta a la adversidad que le rodea.
- Reconstruir lo perdido y recrear la nueva realidad.
- Sobreponerse a las pérdidas, a la inseguridad, al cuestionamiento.
- Persistir en la tramitación de sus “papeles” frente al constate no institucional para alcanzar la legalidad.
- Reconstruir su identidad legal debilitada o en riesgo.
- Seguir en la búsqueda y obtención de la nacionalidad para ser ciudadano y dejar de ser residente.

- Construir un nuevo lugar con su llegada superando la sensación de un no lugar.
- Enfrentar su cambio de posición en cuanto a estatus, formación profesional, desempeño laboral, etc.
- Perseverar en la necesidad de autoabastecerse y sostenerse y en algunos casos hacerlo extensivo a su familia, sin desorganizarse psicológicamente.
- Sobreponerse y superar el desarraigo.
- No desorganizarse cuando viaja a su país y poder atravesar a su regreso la reedición de los duelos de sus familiares, seres queridos, amigos, lugares, olores, sabores, colores, valores, etc.
- Trascender nuevamente las despedidas angustiosas, en el caso de las madres y/o padres que dejan a sus hijos.
- Aprender nuevas estrategias y capacidades para vivir en una cultura diferente.
- Reestablecerse después de un “quiebre interno”.
- Construir un espacio desde un NO LUGAR físico y psicológico.

Lograr lo mencionado, lo posibilita a ser una persona que **crece, se fortalece, se desarrolla, adquiere fuerza interna y se enriquece.**

Aldwin y Levenson (2004) y Yelin (2008) comentan que a veces hay circunstancias difíciles y desfavorables que pueden potenciar los recursos de las personas si éstas las gestionan y las trascienden y cuentan con la solidaridad y el apoyo de la sociedad receptora.

Borra (2008) señala que vivir en dos o más culturas estimula el autoconocimiento y la autoconciencia porque supone un continuo proceso de comunicación, interacción y negociación.

Se sabe que no todas las situaciones adversas, negativas y traumáticas producen efectos desfavorables. De hecho, para muchas personas los sucesos negativos implican la experiencia de transformaciones personales positivas (Tedeschi y Calhoun, 2008). A los efectos beneficiosos acaecidos después de haber abordado y resuelto situaciones traumáticas, se le llama crecimiento postraumático. Este concepto parte de la base de que las personas son capaces de transformar las adversidades en elementos positivos, de crecimiento y de potenciación personal. Lo traumático alude a conductas de mayor fijación por no haber esgrimido estrategias adecuadas para superar dificultades y quedarse en el punto de la imposibilidad.

Existen una serie de factores protectores como son (Sayed-Ahmad Beiruti, 2010):

- La satisfacción de las necesidades afectivas y el establecimiento de vínculos familiares y sociales sólidos.
- La aceptación, consideración y reconocimiento por parte del entorno próximo y significativo para el inmigrante.
- La respuesta a las necesidades sociales, de protección y de apoyo social.
- La capacidad de comunicación para poder narrar la propia historia, darle coherencia y encontrarle sentido a su existencia.
- La participación activa en estructuras sociales que permiten el aprendizaje de normas culturales.

El crecimiento postraumático puede referirse a tres áreas: cambios en uno mismo (aumento de las capacidades de afrontamiento), cambios en las relaciones interpersonales (fortalecimiento de las relaciones con los verdaderos amigos) y cambios en la espiritualidad y/o en su filosofía de vida (que puede llevar a la modificación en la escala de valores).

Relacionado con el concepto de crecimiento postraumático se encuentran los términos de *acomodación* y *resiliencia*. La *acomodación* supone atenuar las demandas que se hacen al mundo, reducir las expectativas y aceptar aquello que no se puede cambiar y aprender estrategias para vivir satisfactoriamente (McMillen, Zuravin y Rideout, 1995).

La *resiliencia* implica la capacidad de enfrentar los embates negativos, trascenderlos y salir fortalecido y transformado a pesar de las experiencias de adversidad. También se puede entender como la facultad para adaptarse exitosamente después de acontecimientos estresantes (Grotberg, 2002). En síntesis, la resiliencia es la actitud natural para resistir.

La resiliencia, puede ser un factor protector frente al estrés y a los traumas. La resiliencia supone la presencia de dos componentes: a) resistir a la adversidad y b) transformar las situaciones desfavorables en situaciones de oportunidades de desarrollo y crecimiento (Becoña, 2006).

Para Vanistendael y Lecomte (2000) la resiliencia permite tener una vida sana en un medio insano porque el sujeto despliega su potencial para superar circunstancias negativas.

Las personalidades resilientes o resistentes al estrés, se caracterizan por poseer algunos de los siguientes recursos (Peñacoba y Moreno, 1998):

- control equilibrado de las emociones
- valoración positiva de sí mismo
- buen nivel de autoestima
- aceptación del apoyo social
- participación en actividades sociales
- capacidad para recrear proyectos de vida
- resolución de dificultades cotidianas

- capacidad de disfrute y sentido del humor
- actitud optimista ante la vida
- reconocimiento y aceptación de las limitaciones personales

Las personas que presentan comportamientos resilientes perciben los estímulos estresantes como una oportunidad de crecimiento y los afrontan de forma optimista y activa (Vázquez y Pérez-Sales, 2003). Así, las mujeres cuidadoras de mayores incapacitados señalan como aspectos negativos, la falta de libertad que ellas experimentan porque su trabajo las coloca en una situación de aislamiento, por el exceso de dedicación, pero al mismo tiempo ven como positivo y reconfortante la confianza que en ellas delegan, el reconocimiento de su trabajo y viven con realización satisfactoria el deber cumplido (Notivol, Pollán y Gabari, 2004).

El proceso migratorio, con los retos que conlleva, puede ayudar también al desarrollo de aspectos positivos porque trae nuevas oportunidades para ampliar la perspectiva de la persona tanto para promover vínculos como para lograr mayor autonomía, aceptación del entorno, aspectos todos ellos relacionados con el bienestar y la salud psicológica (Ryff, 1989).

La resiliencia o facultad para superar los sucesos adversos, cuando la posee el inmigrante, es una de las características más importantes para la salud (Gimeno-Bayón, 2007), ya que está teñida de alentadoras emociones como la esperanza, el optimismo, el orgullo, etc. (Elgorriaga, 2011).

Marsiglia, Kulis, García Pérez y Parsai (2011) expresan que la autoestima, la autoconfianza, el optimismo son características que se manifiestan en la población inmigrante que busca un futuro mejor para sí mismos y sus familias.

En el estudio que realizaron Gimeno, Lafuente y González (2014) se comprueba que a pesar de las dificultades y del malestar emocional, las

mujeres inmigrantes valoran el proceso como positivo, sobre todo porque compensan con la esperanza puesta en sus hijos y en sus futuros. En esta idea se ve recompensado el sacrificio en la medida que proporciona a la familia optimismo de un proyecto mejor de vida.

En investigaciones llevadas a cabo con inmigrantes sobre el nivel de satisfacción de sus vidas, los resultados fueron contradictorios, algunos señalan que el bienestar psicológico es moderado (Ríos-Rodríguez y Moreno-Jiménez, 2009; Martínez, García y Maya, 2002); otros trabajos efectuados con población africana, marroquí y rumana califican que el bienestar psicológico es bajo (Basabe y cols. 2009); mientras que otras investigaciones muestran que el bienestar psicológico de los inmigrantes es menor que el de la población autóctona (Baltatescu, 2005).

Estos resultados podrían estar asociados con otras variables: poseer o no relaciones con el grupo de pertenencia, contar o no con trabajo, percibir mayor o menor discriminación y tener o no la situación jurídica resuelta (Elgorriaga, 2011). Por lo tanto, se requieren más estudios para identificar los resultados vinculados con los niveles de bienestar psicológico.

En relación a la resiliencia, Basabe y cols. (2009) manifiestan que ante las experiencias vitales de cambio y las circunstancias negativas, la mayoría de las personas encuentran aspectos positivos en ellas, como:

- Cambiar las prioridades de la vida
- Descubrir capacidades personales que no se pensaba o no se sabía que se tenían
- Entender mejor el sufrimiento de los demás y aumentar la empatía
- Valorar el apoyo social de las personas
- Crecer, desarrollarse interna e ideológicamente

Si estas afirmaciones se llevan al plano de lo que le sucede al inmigrante, se puede afirmar que en general, cuenta con potencialidades

que le permiten el cambio de prioridades, elaborar la decisión de salir de su tierra, sostener y preservar el desarrollo de sus capacidades en otro lugar, de la misma manera que reacomoda sus vínculos y desarrolla el sentimiento de empatía al ayudar a sus pares inmigrantes y a aceptar la ayuda de los otros.

Todo esto redundará en su crecimiento socio-cultural que se aleja de la concepción del inmigrante como persona “carente”. Al respecto Bravo (1989) expresa:

“La creencia de que el exiliado es “un mar de lágrimas”, un lugar en que no hay vida fuera del sufrimiento, etc. necesita ser revisada.

*Un análisis más realista nos lleva a comprender que la nostalgia normal del primer tiempo no necesariamente lleva a la fijación nostálgica ni a la depresión. Al contrario, ésta es un accidente, un síntoma de desequilibrio psíquico posible de ser tratado y superado”.*⁸

Pero el inmigrante necesita un tiempo y un lugar para recuperar sus potencialidades y capacidades, para lo cual, sería importante que cuente con *espacios de escucha y contención* en los que la persona pueda trabajar sus procesos internos, para que pueda darle sentido a su plan migratorio dentro de su historia de vida, como así también a su elección y su *posición* como inmigrante.

Este proceso de elaboración le permite, pese a las vicisitudes por las que atraviesa, reconstruir su camino migratorio desde la salud, recobrando

⁸ Bravo, M. (1989). La familia latinoamericana en el exilio. Algunos aspectos de su (des)adaptación psicológica. *Revista Chilena de Psicología*, 10, 31-35.

sus potencialidades, descubriendo sus riquezas y fortalezas internas y reforzando sus logros.

También sería interesante poder trabajar con la población de acogida donde se insertó el inmigrante, por ejemplo con estrategias participativas para promover una mejor integración de ambas poblaciones acrecentando la convivencia, el conocimiento y el enriquecimiento mutuo.

2.6. FASES DE ADAPTACIÓN Y VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO MIGRATORIO

Oberg (1960) describió cuatro fases de adaptación del proceso migratorio: a) de *luna de miel*, donde predomina el optimismo y la ilusión; b) de *choque cultural*, en la que aparece la tristeza y la desorientación en un primer momento y posteriormente la hostilidad hacia la cultura receptora; c) de *ajuste* y d) de *asimilación* al nuevo contexto.

Siguiendo el modelo de Oberg, algunos autores también han explicado las etapas migratorias ajustándose más o menos a lo expresado por este autor. Este modelo ha estado vigente hasta ahora aunque es generalista y no se adecúa para explicar la heterogeneidad migratoria.

Otros autores han trabajado también sobre esta cuestión exponiéndose en la tabla 7 sus conceptualizaciones sobre las etapas por las que atraviesan los inmigrantes (Ward, Okura, Kennedy y Kojima, 1998).

Tabla 7. Etapas migratorias

Autores	Etapas
Brink y Saunders (1977)	Luna de miel o idealización Depresiva Rechazo de la cultura original Adaptación
Sluzki (1979)	Preparatoria Momento de la migración Período de asentamiento e integración Fenómenos transgeneracionales (reagrupación familiar, segundas y terceras generaciones)
Tizón (1994)	Fase preparatoria Momento de migración Llegada al nuevo país Período de asentamiento Período de adaptación Período de integración
Bhugra (2004)	Pre-migración Migración Pos-migración
Sayed-Ahmad Beiruti (2006)	Preparación y toma de decisión Llegada y asentamiento Adaptación e integración
Martínez-Taboada, Arnosó y Elgorriaga (2006)	Acogida Adaptación socio-laboral Autonomía social

Brink y Saunders (1977) señalan como características de la fase de *idealización* las altas expectativas de mejora, de condiciones de vida y de éxito; continúa la *fase depresiva* con sentimientos de pérdida, luego se entra en un proceso de *rechazo hacia su propia cultura* como paso preliminar para poder *adaptarse* a la nueva situación que le toca vivir y en este momento de adaptación consolida la integración entre el pasado y el presente, entre lo viejo y lo nuevo.

Según Tizón (1994), el proyecto migratorio supone un primer momento que es cuando el inmigrante *prepara* su migración, seguido de un

período de *llegada y asentamiento*, en el que necesita buscar y mantener un trabajo, encontrar una vivienda, al mismo tiempo que tiene que responder a trámites legales (obtención de “papeles”) y obligaciones económicas, no sólo en el país de llegada sino también con la familia que dejó en el país de origen (Alma, 1986). Una vez que el inmigrante atraviesa esta fase se da la *adaptación*, para poder llegar finalmente a la fase de *integración*. Para encarar todas estas tareas la principal herramienta que tiene el inmigrante es su estado de salud física y mental y sus recursos psicológicos internos.

Bhugra (2004) manifiesta la existencia de diversas etapas en las cuales se pueden dar factores de vulnerabilidad y de protección:

- *Pre-migración*: la preparación voluntaria es un factor protector frente a la migración forzada, ésta junto con la carencia de habilidades y los rasgos de personalidad neurótica pueden hacer más vulnerable a una persona. En un estudio realizado en China, se observa que la preparación del viaje migratorio se relaciona con menos síntomas depresivos (Chou, 2009).
- *Migración*: la existencia de apoyo social contrarresta el duelo, las pérdidas y el estrés.
- *Pos-migración*: el apoyo social, la identidad cultural positiva y la estabilidad socio-económica protegen al inmigrante del choque cultural y de las discrepancias entre las aspiraciones y lo logrado.

Sayed-Ahmad Beiruti (2006) puntualiza las siguientes etapas de adaptación:

- *Preparación y toma de decisión*: el inmigrante experimenta sentimientos de ambivalencia: culpa, pena y al mismo tiempo ilusión. También experimenta miedo y ansiedad ante lo desconocido y temor a posibles fracasos. Normalmente no abandona la idea de regresar a su país. Al decir de un inmigrante:

...“La mayoría de los ecuatorianos no venimos para instalarnos sino por un tiempo y luego nos volvemos”...

Cuando el proyecto migratorio no ha sido preparado esta situación correlaciona con mayor presencia de síntomas depresivos (Ryan, Leavey, Golden, Blizard y King, 2006).

- *Llegada y asentamiento*: la persona siente alegría por la llegada y tristeza por la pérdida. En esta fase es muy importante la participación de las instituciones que puedan facilitar el acceso a un trabajo, a la vivienda, a la documentación, a la educación, a la sanidad de los inmigrantes recién llegados y que le puedan dar contención. Ejemplo de esto son las expresiones de los siguientes inmigrantes:

...“Que haya un Departamento de Inmigración más amplio, con más recursos humanos, con capacidad para atender la multitud de necesidades y un marco jurídico más flexible que nos dé más confianza a los inmigrantes y que piense que la inmigración actual es igual a la del tiempo de la guerra, sólo que nuestra guerra se llama pobreza”...

...“Necesitamos espacios de contención para inmigrantes desde lo material hasta lo afectivo”...

...“Sería bueno que existieran organismos capacitados para recibirnos a los inmigrantes. Que no nos deporten, que nos ayuden en las necesidades que tenemos los inmigrantes”...

- *Adaptación e integración*: esta fase sólo puede comenzar cuando los problemas económicos y sociales sean resueltos. Es bidireccional, hacia el inmigrante y hacia la sociedad. En la fase de adaptación hay dos momentos: la adaptación a normas sociales y legales de la sociedad receptora y otra, la intercultural y psicológica que supone

asumir nuevos valores y roles propios de la sociedad de acogida. En este sentido se da un mestizaje activo (Sayed-Ahmad Beiruti, 2008). Esta situación produce sentimientos de ambivalencia y añoranza, deseos de volver y dudas sobre si seguir o no en la sociedad de acogida.

En la investigación llevada a cabo por Martínez-Taboada, Arnosó y Elgorriaga (2006) en San Sebastián, se distinguen tres estadios:

- *Acogida*: en este estadio las personas perciben desorientación y fragilidad. El mecanismo de afrontamiento que prevalece es la dependencia. Manifiestan importantes necesidades de asistencia social, evidencian mayor presencia de síntomas ansiosos, depresivos y somáticos. Normalmente carecen de empleo, vivienda y “papeles”, por lo tanto tienen una alta dependencia social y sufren un fuerte choque psicosocial. Entre la población inmigrante, las personas que se encuentran en este estadio, son las que más utilizan los servicios sociales (Moreno y Aierdi, 2008). Al respecto se citan algunas expresiones de lo que los inmigrantes enuncian cuando se les pregunta sobre sus necesidades:

En lo referente a “papeles”:

...*“Solucionar la legalidad de los papeles con más facilidad”*...

...*“Regularizar a las personas que estamos sin papeles”*...

...*“Facilitar la reagrupación familiar”*...

...*“Legalizar papeles y resolver el trabajo porque somos muy útiles para ellos”*...

En lo referente a la salud:

...*“Brindar salud pública”*...

En lo referente al trabajo:

... *“Que nos ayuden con el trabajo”* ...

... *“Que nos acepten a las personas que venimos a trabajar”* ...

... *“Que nos den más posibilidades para quedarnos aquí. Si a ellos les hace falta trabajadores, pero lo hacen muy difícil”* ...

... *“Que tengamos un trabajo digno y vivamos tranquilamente”* ...

... *“Dejarnos trabajar. Dejarnos un poco más de libertad para elegir”* ...

... *“Desearía que nos tengan en cuenta porque uno viene de muy lejos a buscar una vida mejor para uno y para la familia. Que lo dejen trabajar a uno para poder mejorar la economía”* ...

... *“Que tengamos seguridad social y protección”* ...

... *“Que tengamos más información legal y laboral cuando llegamos porque siempre estamos con el temor que nos corran del trabajo”* ...

En lo referente a la educación:

... *“Poder tener la facilidad de estudiar algo”* ...

... *“Acceder a cursos de capacitación para trabajar”* ...

En lo referente a la recreación:

... *“Tener espacios para acceder a entretenimientos”* ...

- *Adaptación socio-laboral:* en este estadio los inmigrantes presentan mayor orientación y fortaleza, su afrontamiento es más activo y buscan apoyo. Se atenúa la dependencia social y el choque psicosocial.
- *Autonomía social:* en este momento migratorio los individuos asumen su situación en forma directa, se hacen cargo y se van independizando de las expectativas puestas en las redes sociales y en

las instituciones una vez que obtuvieron los papeles, la vivienda y el empleo.

En la fase de *asentamiento* (cuando llevan menos de cinco años en el país receptor) se presentan mayor número de síntomas ansiosos, somáticos y depresivos en los inmigrantes. En esta etapa, los procesos de aculturación y los esfuerzos para la adaptación suponen un aumento del estrés y de la sintomatología ansioso-depresiva (Hovey y Magaña, 2000; Pernice y Brook, 1996).

Así, el estrés en el emigrante aumenta entre los tres y cinco primeros años. Se debe principalmente a la escasez de apoyo social y al gran número de estresores a los que tienen que hacer frente (Flaherty, Kohn, Levav y Birz, 1988). Posteriormente, cinco años después del asentamiento, las dificultades están relacionadas con los problemas familiares con los hijos (por reagrupamiento familiar o por nacimiento en el país receptor), por el escaso apoyo social, por no identificarse con la sociedad de acogida, por las malas condiciones de salud y en menor grado, por la persistencia de las dificultades económicas (Lerner, Kertes y Zilber, 2005; Pernice y Brook, 1996; Ritsner y Ponizovsky, 1999; Ritsner, Ponizovsky y Ginath, 1997).

La mayoría de los autores destacan que el tiempo de permanencia en la sociedad receptora puede reducir los niveles de estrés si se van cumpliendo los objetivos, también puede aumentarlos si éstos no se concretan y el inmigrante ve que pasa el tiempo y su situación no mejora (Ponizovsky, Ritsner y Modai, 2000).

Además, el proceso migratorio será más o menos difícil en función de diversos factores que pueden dificultar la adaptación y facilitar la aparición de problemas y trastornos psicológicos (Bhugra, 2004; Delgado, 2008; García-Campayo y Sanz, 2002; García Campayo y Alda, 2005; Hovey y Magaña, 2000; Jarvis, Kirmayer, Weinfeld y Lasry, 2005;

Martínez, García y Maya, 1999; Pumariega, Rothe y Pumariega, 2005; Scott y Scott, 1985) (Tabla 8).

Se podrían considerar tres grupos de variables que influyen en la adaptación a la nueva cultura (Colegio Oficial de Psicólogos, 1994):

- Variables individuales: como la edad, el sexo, el nivel educativo, el estado civil, las condiciones de salud física y mental, las características de la familia de origen, los recursos internos (potencialidades y dificultades), etc.
- Variables grupales y relacionales: posibilidades o no de contar con grupos de apoyo, redes sociales, nivel de relación intergrupala, etc.
- Variables socio-económicas: tanto de la sociedad de origen como de la de llegada.

Tabla 8. Factores de riesgo y migración

1. Factores personales	Mayor edad Sexo femenino Menor nivel de instrucción Características disfuncionales de la familia de origen Problemas de salud física Trastornos psicológicos previos Baja autoestima
2. Factores culturales	Mayor distancia cultural Desconocimiento del idioma Baja religiosidad
3. Factores sociales, legales y laborales	Dificultades laborales Escasez de apoyo social Situación de irregularidad Actitudes de rechazo de la sociedad receptora Diferencias entre la formación que recibió y la ocupación que consiguió.

1. Factores personales

Las personas de *edades medias* son las que tienen más facilidad para integrarse en ambas culturas. Los adolescentes tienden a la asimilación. Las personas mayores suelen apelar a la separación cultural (García-Campayo y Sanz, 2002). Entre los adolescentes es importante distinguir entre aquellos que vienen por procesos de reagrupación familiar, de aquellos menores que han viajado solo al país receptor, llamados “menores no acompañados” (MENAS) y los que nacen en el país de acogida que constituyen la segunda generación. En teoría, los hijos de inmigrantes nacidos en la sociedad receptora no deberían sufrir, pero en la realidad se los discrimina, se los denomina inmigrantes de segunda generación, cuando de hecho son autóctonos.

Los adolescentes inmigrantes que en ocasiones llegan sin desearlo, por procesos de reagrupación familiar, presentan problemas depresivos y conductuales. Al no ser voluntaria su elección, unido esto a la interrupción de su estilo de vida, se acrecienta la problemática y la crisis propia de la edad (Khuwaja, Selwyn, Kapadia, McCurdy y Khuwaja, 2007). Presentan mayores tasas de depresión relacionadas con la discriminación y más ansiedad asociada con la situación de irregularidad, cuando se los comparan con los adolescentes autóctonos. Los factores protectores pueden ser el apoyo de la familia, los de la institución educativa a la que concurren y el mayor tiempo que llevan viviendo en el nuevo lugar (Potochnick y Perreira, 2010).

Los ancianos habitualmente también llegan por reagrupación familiar, no por propia voluntad. Presentan cuadros depresivos y tendencia a la separación, negando la cultura de llegada.

Las *mujeres* evidencian más estrés, síntomas depresivos y ansiosos que los hombres. Padecen a veces una triple discriminación: ser mujer, pobre e inmigrante (Amponsah, 2010; Parella, 2003; Ritsner, Ponizovsky, Nechamkin y Modai, 2001; Yenilmez, Ayranci, Topal, Aksaray, Seber y Kaptanoglu, 2007). En el estudio de Hidalgo, Peralta, Robles, Vilar-López y Pérez-García (2009) sobre el estrés en mujeres sean o no inmigrantes, los resultados destacan que la sintomatología y el deterioro de las inmigrantes es mayor, presentan más enfermedad física, más dificultades económicas, sociales y de adaptación. Tienen menos autonomía, sufren más explotación laboral y aislamiento social. Cuentan con trabajos menos cualificados y en general en el ámbito privado, se desempeñan como empleadas domésticas. Trabajan dentro y fuera de la casa, con sobrecarga de roles, explotación y maltrato. Se registran muchas veces en ellas, sentimientos de culpabilidad por dejar a sus hijos en sus países y perseveran en las expectativas de traerlos con ellas (Ornelas, Perreira, Beeber y Maxwell, 2009).

En general, las mujeres con hijos a su cargo manifiestan más estrés y más conflictos con la familia (Arcury y Quandt, 2007; Patiño y Kirchner, 2008; Irfaeya, Maxwell y Kramer, 2008). Considerando la violencia doméstica, existe una preocupación de peso para las mujeres inmigrantes. Les resulta doblemente difícil pedir ayuda, al no tener una red familiar y por el temor a revelar su situación de irregularidad legal.

Por otro lado, las mujeres de acuerdo a su cultura, tienen distintas modalidades de adaptación (Fernández, Hernández y Martín del Barco, 2009). Las mujeres latinoamericanas al tener el mismo idioma y al no alejarse tanto de las tradiciones del país al que llegan, se integran más rápidamente a nivel laboral y social. Son ellas las que suelen abrir el camino para traer a su familia. Cuando por reagrupación familiar se une en el país de llegada con su pareja y sus hijos pueden producirse choques

dentro de la misma familia. En la reagrupación familiar son distintos los tiempos de adaptación de sus miembros.

Las mujeres del Magreb, vienen para reagruparse con su familia, aunque cada vez más lo hacen solas, lo que probablemente les conduzca a conflictos con sus familiares. Tienen altas tasas de analfabetismo, dificultades en las relaciones e intentan mantener su identidad religiosa y cultural. En general están subordinadas al marido. Los hombres son los que realizan las actividades públicas. Cuando las mujeres tienen comportamientos de apertura a la nueva cultura, esto les puede acarrear conflictos con sus maridos.

Las mujeres del África Subsahariana, tienen un estatus inferior al hombre y bajas tasas de alfabetización. Cuidan muchos hijos y sus jornadas laborales son largas, los lazos familiares son fuertes hasta el segundo o tercer grado, contraen matrimonios precozmente y sus embarazos son múltiples.

En el caso de las mujeres de Europa del Este, cuando no llegan por reagrupación lo hacen para trabajar en la prostitución donde se exponen al tráfico humano.

En el caso de inmigrantes con *niveles educativos extremos*, es decir los analfabetos y los universitarios tiene mayores dificultades para encontrar un trabajo que les resulte satisfactorio (Tseng, 2001). Al decir de un inmigrante:

... “Mi jefe me dijo: tanto curriculum para vender lechuga pero te pagaré no por tu título sino por vender lechuga” ...

Los factores personales como las *carencias afectivas de la infancia*, los *trastornos psicológicos previos a la migración*, la *baja autoestima*,

producen un mayor grado de vulnerabilidad y suponen factores que hacen más difícil la adaptación (Pérez, 2001).

Los estilos de afrontamiento que no sean activos como la confrontación, la solución de los problemas, entre otros, tienden a producir un mayor nivel de malestar, de somatización y de conductas de escape y evitación (Watson y Sinha, 2008). Usar la evitación como afrontamiento trae generalmente síntomas psicológicos. La aproximación posibilita la protección.

Vollrath, Alnaes y Torgersen (2003) subrayan que el afrontamiento activo, orientado hacia el problema, es beneficioso sobre los síntomas de ansiedad, los trastornos somatoformes, el consumo abusivo de alcohol y los trastornos del pensamiento.

Los estilos de afrontamiento que correlacionan con mayor ajuste psicológico no incluyen la evitación, sí estrategias como el empleo del humor para afrontar el estrés y mayor tendencia al uso de la aproximación (Ward y Kennedy, 1992).

La búsqueda de apoyo social alivia también los síntomas disfóricos (Torres, 2010). No a todos los inmigrantes les resulta fácil esgrimir estrategias de afrontamiento activas. Cuando no lo logran con el tiempo se van desgastando y recurriendo con frecuencia a la evitación y por ende a la desadaptación (Patiño, Kircher, 2008).

2. Factores culturales

Pérez-Sales (2004) destaca la importancia de tener en cuenta las estrategias de afrontamiento practicadas en culturas individualistas y en culturas colectivistas, ya que influyen en las demandas, en las expectativas y en el ajuste de los inmigrantes. En la tabla 9 aparecen las características principales de ambos tipos de culturas.

Tabla 9. Características de los tipos de cultura

Culturas individualistas	Culturas colectivistas
Responsabilidad individual.	Responsabilidad y solución colectiva de los problemas.
Aceptación activa.	Aceptación pasiva.
Búsqueda del significado en la experiencia.	Creencia en el destino.
Fortalecimiento de la identidad y los valores personales.	Negación y silencio, evitación del conflicto. Focalización en síntomas somáticos.

Desde el punto de vista de la *distancia cultural*, Sánchez y López (2008) mencionan que en el estudio que realizaron, la muestra de población marroquí presenta mayor ansiedad que los sujetos latinoamericanos. Este resultado se da también en la investigación de Basabe, Zlobina y Páez (2004). El proceso de adaptación es distinto si se pertenece o no a una sociedad parecida a la receptora. La distancia cultural supone menor ajuste y salud mental, más dificultades psicosociales, mayor déficit en habilidades sociales y menor conocimiento de las pautas de actuación habituales (Haasen, Demiralay y Reimer, 2008).

El *desconocimiento del idioma* es una desventaja para el inmigrante. Cuando el estilo de vida es muy diferente las personas muestran mayores niveles de estrés (Jasinskaja-Lahti, Liebkind y Perhoniemi, 2006 y Galchenko y van de Vijver, 2007). La dificultad para expresarse eficazmente en el mismo idioma de la sociedad receptora es un factor que influye en el bienestar psicológico (Silveira y Allebeck, 2002). No comprender la lengua supone altos niveles de estrés, afecta a la comunicación y también dificulta la búsqueda de trabajo y/o vivienda

(Miranda y Matheny, 2000; Swami, Arteche, Chamorro y Furnham, 2010; Torres, 2010).

La *religiosidad* puede ayudar a los inmigrantes a dotar de significado al sufrimiento, a proyectarse en el futuro y afrontarlo (Jarvis y cols., 2005). Las creencias religiosas y la asistencia a los lugares de culto ayudan a los inmigrantes a enfrentarse con la adversidad y sentirse parte de un grupo. Este dato se ha puesto de manifiesto en diversos estudios realizados en Francia (Neto, 1995) y en Estados Unidos (Lee, 2007; Krause, 2004).

3. Factores sociales, legales y laborales

Las *dificultades laborales*, el desempleo, la situación de precariedad y de explotación laboral, los bajos sueldos y la necesidad de tener contratos de trabajo para poder obtener y renovar los permisos de residencia y de trabajo son una fuente de estrés permanente (Beiser y Hou, 2006; Kim-Godwin, 2004; Singhmmer y Bancila, 2009). La pobreza es un factor intrínseco a la inmigración, los inmigrantes proceden mayormente de contextos donde se sufre una pobreza crónica y aunque mejoran su situación tras el proceso migratorio, permanecen muchos años en condiciones de precariedad o de exclusión social (Díaz Olalla, 2009). Así lo manifiestan los propios inmigrantes:

...“Los inmigrantes tenemos las mismas obligaciones pero no los mismos derechos”...

...“Más atención al inmigrante, que nos igualen en los sueldos, salarios iguales que los de aquí”...

...“Aquí se aprovechan por nuestra situación legal. Mis compañeros trabajan 8 horas y yo 12 por el mismo sueldo”...

El *apoyo social* alivia y contrarresta las experiencias estresantes, contiene al sujeto, reduce el valor amenazante de los estresores. También aumenta la confianza en los propios recursos para afrontar las dificultades, ayuda a controlar y superar los momentos difíciles. Contribuye a desarrollar una identidad social y un sentimiento de pertenencia y arraigo que produce un aumento de la predictibilidad, la estabilidad y el control (Chou, 2012; Martínez, García y Maya, 2002; Hernández, Pozo, Alonso y Martos, 2005).

El aislamiento aumenta la posibilidad de desarrollar trastornos psicológicos (Veling, Susser, Van Os, Mackenbach, Selten y Hoek, 2008). El contar con un grupo de contención posibilita al inmigrante no sentirse raro, diferente e incomprendido.

... “Ser de otros países no es ser extraño ni marciano. Ya se olvidaron que sus abuelos emigraron y gracias a eso ahora tienen un buen nivel de vida y ahora nosotros queremos lo mismo”...

Los amigos proporcionan compañía, disfrute del tiempo libre, cooperación y apoyo mutuo (Rivera, 2007), en general se convierten en los vínculos familiares del inmigrante en el país de llegada.

Cuando el contacto social con la población autóctona y con otros inmigrantes es positivo, la integración es un factor más de protección. Aunque esto es difícil lograrlo con los nativos (Moghaddam, Taylor y Wright, 1993). Así lo expresan:

... “A mí me gusta la amistad, tengo muchos amigos, pero la mayoría no son de acá porque la gente no nos acepta tanto. Sería bueno que sean más flexibles”...

... “¿Por qué será que a pesar de ser cordial no siento que me tratan de la misma manera?”...

En las investigaciones sobre *inmigrantes irregulares y regulares*, los primeros presentan mayores temores, tienen un nivel de estrés migratorio más alto, se sienten más fracasados y vulnerables (dudan más de sí mismos, son desconfiados, se sienten indecisos y dependientes) y tienen más dificultades para sobrevivir (Salaberría, Corral, Sánchez y Larrea, 2008). En el estudio de Sánchez y López (2008) la mayoría de los inmigrantes en situación irregular muestran puntuaciones más altas en la escala de ansiedad estado (STAI) y suelen consultar más por la presencia de sintomatología depresiva que los inmigrantes regulares (Esteban y Peña, 2001).

El permiso de residencia y de trabajo coloca al inmigrante en mejor situación para la integración, condiciones de vida y bienestar (Aierdi, Basabe, Blanco y Oleaga, 2008; Basabe, Zlobina y Páez, 2004; Finch y Vega, 2003). Los inmigrantes irregulares se exponen a la detención y/o expulsión. Presentan altos niveles de incertidumbre por largo tiempo (Sánchez y López, 2008; Villar, 2002). Deben abordar múltiples trámites: administrativos, jurídicos y laborales. Viven en situación de precariedad por lo que son víctimas de abusos y discriminaciones. Si además su salud se resiente, aumenta la probabilidad de sufrir trastornos (Barro, Saus, Barro y Fons, 2004; Cuellar, 2002; Huang y Spurgeon, 2006). Como se trata de inmigrantes que llevan menos tiempo en el país receptor, desconocen los usos y costumbres a los que tienen que adaptarse. La condición de irregularidad hace difícil que el inmigrante cumpla sus expectativas y concrete los objetivos que le llevaron a salir de su país, lo que produce mayor nivel de estrés (Hovey, 2001). También se observa que aunque los inmigrantes tengan “papeles”, esto no hace que su nivel de malestar psicológico desaparezca. Porque su regularidad es provisoria, debe renovarla constantemente durante por lo menos cinco años hasta que consigue el permiso permanente y obtener luego la nacionalidad. También

se puede explicar la permanencia del malestar psicológico porque persisten las condiciones socioeconómicas no satisfactorias a pesar de su regularidad (Patiño y Kirchner, 2008).

Las *actitudes de rechazo de la sociedad receptora* dificultan la elaboración de los duelos, el afrontamiento del estrés, la adaptación cultural y la reconstrucción de la identidad. Sería favorable que la sociedad receptora asuma un papel distinto en el proceso migratorio en lo referente a la integración de los inmigrantes. Las actitudes de prejuicio, discriminación, rechazo y racismo son factores de riesgo para contraer problemas de salud física y psicológica (Chou, 2012; Noh y Kaspar, 2003; Wamala, Bostrom y Nyqvist, 2007). En un trabajo realizado con 5.000 jóvenes inmigrantes se ha comprobado que el prejuicio y la discriminación tienen un impacto negativo en la capacidad de adaptación y suponen un factor de estrés (Berry, Phinney, Sam y Vedder, 2006).

En una investigación llevada a cabo en Alemania con inmigrantes rusos e iraníes (Haasen, Demiralay y Reimer, 2008) estos últimos tenían mayores niveles de psicopatología y estrés. Estos resultados se relacionaban con la hostilidad, los problemas legales, el racismo y la estigmatización. Los inmigrantes lo enuncian de la siguiente manera:

...*“Ojalá que la gente de aquí pueda ver que no todos los inmigrantes somos iguales. No todos venimos a lo mismo. Nos catalogan como ladrones a todos”*...

...*“No hacemos nada, lo único que venimos es a trabajar no porque queremos dejar lo nuestro”*...

...*“Nosotros tenemos una cultura y es diferente de la de aquí, pero no por eso somos malos”*...

En general, se prefiere a la persona que se ve culturalmente más cercana a la propia cultura (Dandy y Pe-Pua, 2010).

...“Nosotros tenemos mayor problema para integrarnos, necesitamos más tiempo, diferente a lo que le pasa a otros inmigrantes que hablan el mismo idioma que el de aquí”...

...“Aunque digan lo contrario, siento que me rechazan porque soy negro”...

La incongruencia entre las expectativas migratorias y la realidad vivida en la sociedad receptora incide en la presencia de síntomas depresivos. Además, cuando el paso del tiempo no sirve para disminuir esta incongruencia, el malestar psicológico es mayor (Murphy y Mahaligam, 2006).

En general, la población inmigrante está sometida a más estresores económicos, sociales, legales y tiene menos redes de apoyo y ayuda que la población autóctona lo que aumenta su vulnerabilidad para padecer problemas psicológicos (Syed, Dalgard, Dalen, Claussen, Hussein, Selmer y Ahlberg, 2006).

En síntesis, se observa que, para que el inmigrante logre adaptarse a la nueva cultura, tiene que atravesar por un recorrido a veces largo, costoso y con muchas necesidades. Se constata que para que el inmigrante transite su migración, necesita apelar a su salud física y psicológica, su principal recurso. De ahí la importancia de preservarla y protegerla.

CAPÍTULO 3

**IMPACTO DEL PROCESO MIGRATORIO EN
LA SALUD MENTAL DE LOS INMIGRANTES**

3. IMPACTO DEL PROCESO MIGRATORIO EN LA SALUD MENTAL DE LOS INMIGRANTES

“La salud, no la enfermedad, es la norma en la sociedad; la resistencia, no la capitulación a los trastornos mentales es la norma; la adaptación y la recuperación después de las experiencias de estrés y no el hundimiento, es la forma de afrontamiento de la mayoría” (Garmezy, 1985).

El principal recurso que tiene el inmigrante para el afrontamiento de su proceso migratorio es su *salud física y psíquica*. Los inmigrantes, en general, son personas con fortalezas ya que se dieron la posibilidad de buscar nuevos horizontes para proyectarse en un futuro distinto, pero el proceso migratorio puede debilitarles.

Delgado (2008) y Tizón (1986) afirman que no se puede decir que la migración genere por sí misma psicopatología, pero sí que coloca al inmigrante en un lugar de riesgo.

En el informe de Médicos del Mundo (Médicos del Mundo, 2000) se señala que la patología psiquiátrica era el quinto problema de salud consultado por la población inmigrante, con un 10,7% por detrás de los problemas traumatológicos, infecciosos, respiratorios, dermatológicos y digestivos.

La repercusión del proceso migratorio en la salud mental, depende de la interacción entre las fuentes de estrés, la capacidad para manejarlo y la vulnerabilidad previa. El proceso de adaptación puede ser más o menos complicado en función del lugar al que llega el inmigrante. Si el entorno facilita que se lleve a cabo el proceso migratorio, la posibilidad de desarrollar trastornos es menor. Cuando el medio dificulta la integración social, laboral y legal, puede desencadenarse estrés reactivo susceptible de atención clínica, que en las personas que son vulnerables puede dar lugar a

la aparición de trastornos adaptativos y en casos más graves, se llegan a manifestar con trastornos mentales (Pérez-Sales, 2004; Strain y Diefenbacher, 2008).

Ritsner, Ponizovsky y Ginath (1997) indican que un 25% de los inmigrantes puede constituir un grupo de riesgo para el desarrollo de trastornos relacionados con el estrés. Cuando la migración va unida a la pobreza, se deteriora la salud. A pesar que los inmigrantes hayan mejorado su nivel de vida con respecto a la situación que tenían en sus países de origen, muchos de ellos permanecen en la pobreza y en la exclusión social durante largo tiempo (Díaz Olalla, 2009).

Las personas que recién se instalan en el país de acogida generalmente llegan con buenas condiciones de salud pero con el tiempo ésta se deteriora con más rapidez que en el caso de los nativos (Jasso, Massey, Rosenzweig y Smith, 2004; Mladovsky, 2007; Sam y Berry, 2006; Vázquez-Villegas, 2006). Las razones tienen que ver con el estrés psicosocial al que deben hacer frente los inmigrantes, su bajo estatus socio-económico, la discriminación, etc.

Son pocos los estudios sobre la salud mental y física de los inmigrantes en España (Tizón y cols., 1993), a pesar de que los procesos migratorios implican, a nivel psicológico, una serie de dificultades y requieren de fortaleza para la adaptación. Bardají (2006) recoge la bibliografía más relevante sobre la salud mental e inmigración en España, pero los trabajos son revisiones bibliográficas o aproximaciones teóricas para la reflexión y el debate. Son artículos que carecen de suficiente apoyo empírico y capacidad de generalización.

Los estudios meta-analíticos referidos a la salud mental de los inmigrantes no tienen resultados concluyentes (Cantor-Grae y Selten, 2005; Swinnen y Selten, 2007). Se puede deber al modo de recoger los datos, a las características de la muestra y a los instrumentos de evaluación

utilizados (Takeuchi, Zane, Hong, Chae, Gong, Gee, Walton, Sue y Alegría, 2007). De algunas publicaciones se deriva la idea de que la migración no necesariamente produce psicopatología, depende de la coexistencia de factores de riesgo y protección, así como del nivel de estrés al que tiene que hacer frente el inmigrante, de la vulnerabilidad previa, las diferencias culturales y la discriminación percibida (Collazos, Quereshi, Antonín y Tomás-Sábado, 2008; Del Amo, Janín, García-Fulgeiras y cols. 2011; García-Campayo y Alda, 2005). Sin embargo, derivado de otras investigaciones, se sabe que la migración es una fuente muy importante de estrés psicosocial crónico y múltiple y de mayor intensidad en el caso específico de los inmigrantes sin “papeles” (Ingleby, 2005).

3.1. ESTUDIOS COMPARATIVOS SOBRE LA SALUD ENTRE LOS INMIGRANTES Y LA POBLACIÓN AUTÓCTONA

Los trabajos que se han realizado para comparar el estado de salud de la población inmigrante y autóctona, revelan que en general en los primeros la salud es inferior (Bischoff y Wanner, 2007). Gutiérrez (2002) subraya que los trastornos mentales son la segunda causa de consulta sanitaria entre la población inmigrante en España, su prevalencia es del 50% en relación al 20% de los españoles.

También Valiente, Sandín, Chorot, Santed y González de Rivera (1996) expresan que los inmigrantes tienen mayor nivel de psicopatología que las personas no inmigrantes evaluados por medio del SCL-90-R (Derogatis, 1975). Resultados similares se obtienen en las investigaciones desarrolladas en Nicaragua con el mismo instrumento (Plante, Manuel, Menéndez y Marcotte, 1995).

Jansá y García de Olalla (2004) destacan que en un estudio elaborado en Barcelona en el año 1997, un 48% de los hombres inmigrantes y un

65,7% de las mujeres presentaban un estado de salud regular, malo o muy malo. En una encuesta administrada por el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a inmigrantes y refugiados (SAPPIR) en el año 2002 en Cataluña, sobre la calidad de la atención sanitaria y psicosocial a inmigrantes magrebíes, éstos mencionaban como fuentes importantes de preocupación aspectos psicosociales como el trabajo, la legalización, la vivienda, el alejamiento de la familia y la discriminación, junto con el escaso apoyo social.

En el análisis efectuado en la ciudad de Madrid en el año 2005, se advierte que los adolescentes y jóvenes inmigrantes en comparación con los autóctonos, evidenciaban peor percepción de su nivel de salud, de su calidad de vida y por falta de tiempo no accedían al sistema sanitario público. Además, el riesgo de presentar algún trastorno de salud mental era mayor entre los inmigrantes que entre la población autóctona, independientemente del lugar de procedencia y del tiempo de residencia, aunque el subgrupo de inmigrantes de origen africano se encontraba en peor situación (Instituto de Salud Pública de Madrid, 2005).

Las dificultades en los procesos de adaptación y la necesidad de hacer frente a múltiples situaciones estresantes llevan a que los inmigrantes presenten mayor grado de ansiedad y depresión que la población autóctona (Ekblad, Kohn y Jansson, 1998; Bhugra, 2003). Sin embargo, las tasas de suicidio son menores (Malenfant, 2004). Estos resultados aparecen también en estudios recientes llevados a cabo en Alemania donde los inmigrantes tienen más ansiedad y depresión que los alemanes y además acuden menos a las instituciones sanitarias (Witting, Lindert, Merbach y Brähler, 2008). En Bélgica los inmigrantes procedentes de Turquía y Marruecos exteriorizan más síntomas depresivos y ansiosos que la población europea cuando son evaluados con el SCL-90. (Levecque, Lodewyckx y Vranken, 2007). En el trabajo producido por Herrero, González, Valverde y

Caballero (2001) los inmigrantes revelan tasas más altas de trastornos ansiosos, depresivos y somatomorfos que los autóctonos, sobre todo entre las mujeres.

En la investigación desarrollada por Basabe y cols. (2009) con una muestra de 533 inmigrantes, por medio de una encuesta a pie de calle, los resultados sobre la calidad de vida relacionada con la salud eran de nivel medio. Los inmigrantes reflejaban menor nivel de salud mental que las personas nativas, siendo las mujeres inmigrantes las que más déficit de salud mental mostraban.

En un estudio puesto en marcha en Guipúzcoa, los inmigrantes perciben un grado de salud mental inferior que los autóctonos, con más sintomatología, el 65,8% frente al 31,8% de los autóctonos (Elgorriaga, 2011). El porcentaje de inmigrantes que presentaba sintomatología era del 71% de tipo ansioso, un 50% depresivo, un 38% somático. Un 40% experimentaba un deterioro de su salud con respecto a la situación que tenían en el país de origen. Otros autores también aluden a que el estrés migratorio se relaciona con síntomas depresivos (Mui y Kang, 2006), con síntomas ansiosos (Magaña y Hovey, 2003) y con síntomas somáticos (Ritsner, Ponizovsky, Kurs y Modai, 2000).

Las reacciones desadaptativas, el insomnio, la sintomatología depresiva, ansiosa y psicósomática son afecciones que se dan entre los inmigrantes con mayor frecuencia que entre la población española y se articulan con el desarraigo, la soledad y la marginación (Olivos, 1999). Las condiciones de vida por las que atraviesan los inmigrantes son altamente estresantes y dan lugar a malestar y sufrimiento psicológico intenso, interfieren en su adaptación e integración.

El buen estado de salud con el que partieron los inmigrantes va sufriendo un proceso de deterioro. Disminuye su fortaleza y en ocasiones se quebranta (Morera, Alonso y Huerga, 2009).

3.2. EL SÍNDROME DE ULISES Y LA CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Grinberg y Grinberg (1984) señalaron que en el proceso migratorio se pueden dar tres tipos de ansiedad:

- la ansiedad depresiva por la pérdida y el duelo
- la ansiedad paranoide por la necesidad de dar respuesta a las exigencias de adaptación y tener que hacer frente al pánico y al temor al fracaso
- la ansiedad confusional que surge hacia lo que se ha dejado y lo nuevo encontrado.

Para considerar el **impacto** que le ocasiona al inmigrante en su salud mental el salir de sus países y realizar su proceso migratorio, se pueden tener en cuenta dos puntos de vista: por un lado el fenomenológico y descriptivo y por otro, el punto de vista categorial de los criterios diagnósticos determinados por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

3.2.1. Impacto del proceso migratorio en la salud mental desde el punto de vista fenomenológico y descriptivo

Desde esta perspectiva, Achotegui (2002, 2003, 2004) recogiendo y ampliando las ideas antes mencionadas, ha acuñado el término **Síndrome de Ulises o síndrome de estrés crónico y múltiple** para agrupar la sintomatología que presentan muchos inmigrantes. Él sostiene que los niveles de malestar están relacionados con el grado de estrés crónico, múltiple e intenso y con el escaso apoyo social, así como con la situación

legal que padecen los inmigrantes y los inconvenientes para acceder al sistema sanitario.

Achotegui (2004) menciona que los problemas mentales aumentan por las dificultades legales, el rechazo social, la explotación laboral, etc.

Este cuadro o síndrome clínico reúne la sintomatología del inmigrante caracterizada por síntomas depresivos, ansiosos, confusionales y somatizaciones.

Tabla 10. Características del Síndrome de Ulises

Síntomas ansiosos: tensión, nerviosismo, preocupaciones excesivas y recurrentes, irritabilidad, insomnio.

Síntomas depresivos: tristeza, llanto, gemidos, culpa, ideas de muerte con menor frecuencia.

Síntomas confusionales: fallos de memoria y atención, desorientación.

Somatizaciones: fatiga, cefaleas, dolores y contracturas musculares, dificultades digestivas, problemas de sueño y de alimentación.

- **Síntomas ansiosos:** están vinculados con la lucha por conseguir los objetivos y con el miedo por los peligros. En ocasiones, también aparece la irritabilidad y el enfado que no siempre se expresa externamente, tiene conexión con las frustraciones que vive continuamente. Pueden aparecer también problemas de relación (disputas y agresiones físicas), motivadas por la permanente sensación de fracaso, y/o excesiva dependencia hacia otras personas por la inseguridad que tienen.
- **Síntomas depresivos:** se relacionan con las pérdidas y con el sentimiento de culpa por ejemplo por dejar a los hijos, a los padres, por no poder cumplir con los objetivos, etc. A veces, se experimenta un

profundo sentimiento de soledad, de decepción, tanto hacia los compatriotas como hacia los autoctónos. El inmigrante es una persona que no siempre se permite disfrutar y prioriza el trabajo para salir adelante.

- **Síntomas confusionales:** tienen que ver con la pérdida de referencias: desconocimiento de horarios, lugares, costumbres, etc. También se relacionan con el estrés que le generan las preocupaciones, son vividas en soledad, sin compartirlas con alguien y que desencadenan problemas de atención, concentración y memoria. Evidencian a veces, dificultades para comprender la información que se les proporciona en los servicios sociales, los abogados, la policía, etc.
- **Síntomas somáticos:** entre los síntomas somáticos se puede mencionar la fatiga y ésta está en íntima interrelación con otras sintomatologías, el estrés, la ansiedad, la impotencia provoca desgaste en el aparato psíquico y reduce la energía. Los problemas de sueño, en la mayoría de los casos, son ocasionados por pensamientos recurrentes frente a la imposibilidad de no resolver situaciones apremiantes. Además de enfrentarse con la ingesta de alimentos que no le eran habituales, la inapetencia puede simbolizar la dificultad para incorporar o digerir situaciones estresantes. En el caso contrario, la necesidad de incorporar alimentos sin control responde también a la ansiedad. A veces, se resiente la salud física por situaciones externas desfavorables como problemas económicos que redundan en una mala alimentación y se manifiestan en el cuerpo. Otras modalidades de somatizaciones son los síntomas de: cefalea, contracturas musculares, úlceras, colón irritable, etc. Se sabe que el estrés y su modo de afrontamiento tiene correlaciones con la aparición de síntomas somáticos (González y Landero, 2007).

Sayed-Ahmad Beiruti (2010) destaca asimismo la presencia de fatiga cognitiva y emocional, derivada del esfuerzo que tiene que realizar el sujeto para actuar de forma consciente y voluntaria, para entender las claves culturales y los roles. La fatiga emocional enlaza con el aislamiento social y afectivo, con las dificultades para expresar y comunicar las emociones en un nuevo contexto, lo que puede dar lugar al bloqueo emocional e intelectual.

3.2.2. Impacto del proceso migratorio desde el punto de vista categorial de los criterios diagnósticos

De acuerdo a los criterios diagnósticos, el Síndrome de Ulises, implica un cuadro reactivo de estrés que no siempre es fácil de englobar en las categorías diagnósticas del DSM-5 o del CIE-10.

Según González-Calvo (2005) el Síndrome de Ulises es un cuadro clínico a mitad de camino entre los trastornos adaptativos y los trastornos de estrés agudo o postraumático. Delgado y Senín (2011) advierten algunas dificultades a la hora de ubicar este síndrome, ya que los síntomas no son específicos y no existe suficiente investigación que lo avale en cuanto al curso, al pronóstico y a la presentación clínica.

- **Criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014)**

Desde el punto de vista diagnóstico una categoría que podría recoger el malestar y sufrimiento de los inmigrantes es el **estrés aculturativo**, que se refiere a las dificultades de los inmigrantes al iniciar una nueva vida en una cultura diferente, que conlleva la integración de estilos y normas, de relaciones interpersonales, costumbres, normas sociales, culturales, etc. Este problema está incluido en el DSM-5 (APA, 2014) en otros problemas

que pueden ser objeto de atención clínica, denominado como *dificultad de aculturación (V62.4)*.

Otra categoría diagnóstica que podría reflejar el malestar del inmigrante es el **trastorno adaptativo de tipo crónico** (APA, 2014). Los criterios diagnósticos del DSM-5 para los trastornos adaptativos son los siguientes:

Tabla 11. Criterios diagnósticos del Trastorno Adaptativo

A. Aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable y que tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

- 1) Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
- 2) Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D. Los síntomas no representan el duelo normal.

E. Una vez ha cesado el factor de estrés o sus consecuencias, los síntomas no persisten más de 6 meses. Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo (más de 6 meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico o que tiene repercusiones importantes.

Así se especifica si es agudo (la alteración dura menos de 6 meses) o persistente (crónico) si la alteración dura 6 meses o más.

El trastorno se puede manifestar de diversos modos:

- Con estado de ánimo depresivo: estado de ánimo bajo, ganas de llorar, desesperanza.
 - Con ansiedad: nerviosismo, preocupación, agitación.
 - Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.
 - Con alteración de la conducta.
 - Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.
 - Sin especificar.
-

- **Criterios diagnósticos de la CIE-10 (1992)**

La CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) incluye el trastorno adaptativo en el subgrupo de trastornos por estrés y dentro del trastorno adaptativo menciona el “shock cultural”, las reacciones de duelo y el hospitalismo en niños.

Define al trastorno adaptativo como un estado de malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales que interfieren en la actividad global y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresor. Existe una vulnerabilidad individual pero el trastorno no se hubiera producido de no existir el agente estresante. Las manifestaciones clínicas son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro, de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro en la rutina diaria. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. La CIE-10 señala también que el trastorno suele comenzar en el mes posterior a la presencia del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede de los seis meses.

El trastorno adaptativo se considera una categoría residual utilizada para describir alteraciones en respuesta a estresores y puede acompañar a otros trastornos mentales y médicos. Matamala y Crespo (2004) comentan la posibilidad de que los inmigrantes presenten más trastornos adaptativos, ya que este cuadro es frecuente entre personas con circunstancias vitales poco afortunadas o que experimentan una tasa elevada de acontecimientos estresantes.

En estudios efectuados en España en Centros de Atención Primaria se constata que los inmigrantes latinoamericanos residentes en Canarias

presentan un 42% de niveles significativos de ansiedad y un 63,2% de depresión (Suárez-Hernández, Ruiz Perera, Tejera-Ramírez, Rodríguez-Navarro, Manzanera-Escartí y Artiles, 2011). En un trabajo llevado a cabo en Centros de Atención Primaria de Madrid, encontraron que los inmigrantes latinoamericanos evidenciaban tasas de trastornos mentales comunes más altas que los españoles, un 1,3% de los españoles en comparación al 2,56% de los inmigrantes. Así, estos últimos presentaban más trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y somatoformes (Salinero, Jiménez-García, de Burgos, Chico, Gómez-Campelo, 2014). En esta investigación se detecta que las tasas de depresión mayor (9,6%), de trastorno de ansiedad generalizada (7,2%) y de abuso de alcohol (15,5%) eran más altas entre los inmigrantes que lo que evidenciaban las personas que vivían en sus países de origen, con un 4,9% de depresión mayor, un 3,4% de ansiedad generalizada y un 5,7% de problemas con el alcohol (Kohn, Levav, Caldas, Vicente, Andrade, Caraveo-Anduaga, Saxena y Saraceno, 2005).

3.3. ESTUDIOS REALIZADOS EN CENTROS DE SALUD MENTAL

En general, en los trabajos comparativos entre población autóctona e inmigrante y en atención primaria, se aprecia que el estado de salud de los inmigrantes es peor que el de la población autóctona, pero respecto al predominio de trastornos mentales en atención especializada, los resultados no muestran prevalencias significativamente diferentes (Pérez-Sales, 2009). Estos datos pueden ser discutibles por las dificultades que los inmigrantes tienen de acceso a los servicios especializados de Salud Mental y por la inexistencia de estudios rigurosos.

García-Campayo y Sanz (2002) señalan que los problemas más frecuentes que se presentan en la población inmigrante son el trastorno de estrés postraumático (en refugiados y asilados), los trastornos de ansiedad, la depresión, las somatizaciones y en los casos más graves la esquizofrenia y la paranoia.

En cuanto a la *esquizofrenia y paranoia*, algunas publicaciones indican que existe mayor tasa entre los inmigrantes, porque son más vulnerables, pero también puede ocurrir que los síntomas que presentan sean interpretados más frecuentemente como psicóticos o diagnosticados como enfermos psicóticos cuando no lo son (García-Campayo y Alda, 2005). En algunos meta-análisis sobre esquizofrenia e inmigración parece detectarse un mayor riesgo de padecerla entre la población inmigrante, pero tal vez el estatus socioeconómico, la pobreza y la exclusión social, son los factores que mejor explican esta relación (Bhugra, Jenkins, Bebbington, Meltzer, Lewis y Farrell, 2004; Fossion, Servais, Rejas, Ledoux, Pelc y Minner, 2004; Hjerm, Wicks y Dalman, 2004).

Algunos autores han comentado también los factores de racismo y exclusión para explicar la conexión entre esquizofrenia e inmigración (Cantor-Grae y Selten, 2005). Sin embargo, otros trabajos no han encontrado mayores tasas de trastornos psicóticos entre los inmigrantes, por lo que esta cuestión todavía no ha sido resuelta (Lay, Lauber y Rössler, 2005).

En el caso de la *somatización* se entiende que puede ser un modo de expresión no verbal del sufrimiento o malestar psicológico, o una estrategia no consciente para obtener apoyo social y atención sanitaria (Hsu, 1999; Marín y Escobar, 2001; Knipscheer y Kleber, 2004).

El *trastorno de estrés postraumático* está considerado como la patología predominante en los refugiados o asilados por la gran cantidad de hechos traumáticos que padecieron y que pusieron en riesgo su vida

(Ahearn y Noble, 2004). La tasa de trastornos mentales entre los refugiados es dos veces más alta que entre los migrantes económicos y además es menos probable que busquen ayuda (Laban, Gernaat, Komproe y cols., 2007; Lindert, Ehrenstein, Priebe y cols., 2009).

En cuanto a las *adicciones*, algunos hallazgos demuestran que la tasa de consumo de sustancias es menor entre la población inmigrante comparada con la autóctona (García-Campayo y Alda, 2005). En el estudio de revisión sobre el consumo de alcohol en Holanda entre inmigrantes marroquíes y turcos, la tasa era menor que entre la población autóctona y entre los dos grupos de inmigrantes los marroquíes tenían menor nivel de consumo que los turcos, menor las mujeres que los hombres y mayor los jóvenes entre 15 y 20 años de edad que las personas de mayor edad (Dotinga, Van den Eijnden, San José, Garretsen y Bosveld, 2002).

Sobre el consumo de otras sustancias es difícil hacer afirmaciones ya que en ocasiones los inmigrantes se dedican al tráfico de drogas como salida económica por la falta de medios y de oportunidades laborales (Delgado, 2008). Respecto a las adicciones sin sustancia, algunos autores señalan que presentan más problemas de juego patológico (Petry, Armentano, Kuoch, Norinth y Smith, 2003; Steele, Lemieux-Charles, Clark y Glazier, 2002).

También se ha mencionado la posibilidad de que entre los inmigrantes se presente una mayor tasa de violencia doméstica que en la población autóctona y por ello existen programas específicos para hombres latinos maltratadores (Echauri, Fernández-Montalvo, Martínez y Azkarate, 2013; Hancock y Siu, 2009).

En una revisión de la prevalencia de patología mental en inmigrantes en Centros de Salud Mental en España, llevada a cabo por Achotegui, Morales, Cervera y cols. (2009) sólo han encontrado cinco estudios y los

resultados son dispares. Los autores subrayan la necesidad de realizar más investigaciones sobre este tema.

En el trabajo de Zuazo y Etxebeste (2007) sobre aspectos de atención en Salud Mental a inmigrantes en un Centro de Salud Mental de Álava, se analizó una muestra de 505 inmigrantes, el 55% procedente de América Latina, el 23% de Europa (en concreto de Europa del este un 8,6%) y el 19,85 de África (15% países del Magreb y 4% subsaharianos). Los resultados muestran que el porcentaje de inmigrantes que acuden a los servicios de salud mental es el mismo que entre la población autóctona.

Por subgrupos de inmigrantes entre los europeos, el porcentaje de hombres y mujeres que consultan es el mismo, entre los africanos los hombres del Magreb demandan más atención que las mujeres, éstas sólo en un 19% y entre los subsaharianos más las mujeres.

Entre los inmigrantes latinoamericanos son principalmente las mujeres las que llegan a pedir ayuda. Las edades se sitúan entre los 36 y 55 años, seguidos de los de 26-35 años. Hay un porcentaje superior de personas solteras y su nivel de estudios es primario y medio principalmente, la mayoría trabajan.

Desde el punto de vista diagnóstico, entre los inmigrantes de Europa del Este y del Magreb el trastorno más prevalente era el de la dependencia a sustancias, entre los subsaharianos y los inmigrantes de América Latina los trastornos adaptativos, seguidos de las dependencias en el caso de los africanos y los trastornos ansioso-depresivos en el caso de los latinos.

Díaz Olalla (2009) destaca que en los estudios poblacionales, los inmigrantes no presentan peores condiciones de salud mental que los españoles en situaciones de vida similares. En la revisión efectuada por Pérez-Sales (2009) sobre trabajos elaborados en España, el autor concluye: la población inmigrante no está bien representada en los dispositivos normalizados de la red sanitaria, el motivo de consulta es similar al de la

población autóctona y no aparece un perfil distinto, pero si hay más tasas de abandono del tratamiento entre la población inmigrante.

Se puede concluir que la mayoría de los autores citados coinciden en la necesidad de mayor investigación sobre el malestar psicológico de los inmigrantes, por la escasez de datos específicos y las contradicciones entre los mismos.

CAPÍTULO 4
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA
POBLACIÓN INMIGRANTE

4. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

La etnopsiquiatría señala la necesidad de tener en cuenta una perspectiva transcultural en el estudio de las enfermedades y la salud mental (Devereux, 1973).

El abordaje del malestar del inmigrante se puede realizar desde dos puntos de vista que son complementarios, no antagónicos (Pérez-Sales, 2009):

- *antropología psiquiátrica o emic*: intenta comprender el malestar desde la perspectiva del inmigrante.
- *psiquiatría transcultural o etic*: procura adaptar el malestar psíquico en las categorías de las clasificaciones diagnósticas en uso. Se ocupa del estudio de las diferentes manifestaciones de los trastornos psiquiátricos de distintos grupos culturales.

Desde la psicología transcultural se han mencionado diversos *sesgos* que pueden limitar el trabajo y el estudio en el área de la migración (Dottinga, Van den Eijnden, San José, Garretsen y Bosveld, 2002; Páez y Vergara, 2000; Van de Vijver, 2001; Vergara y Balluerka, 2000):

- *Sesgo de constructo*: los conceptos de salud dependen de la cultura (Pérez Sales y Lucena, 2000). En la conducta normal hay mayor variabilidad cultural y a medida que se produce más psicopatología (estados transitorios leves, trastornos neuróticos, trastornos psicóticos, trastornos neurológicos) la variabilidad cultural es cada vez menor.
- *Sesgos de la muestra*: en las culturas heterogéneas las muestras no son equivalentes, por ello se hace difícil comparar los resultados. Los inmigrantes no suelen estar acostumbrados a contestar a

cuestionarios ni a revelar información fuera de las entrevistas cara a cara, en muchos casos se debe a la desconfianza que le produce su situación legal; entonces la información obtenida a través de cuestionarios fuera del contexto de la entrevista es poco fiable.

- *Sesgos sobre los instrumentos de evaluación:* pueden existir diversos estilos de respuesta, deseabilidad social, diferente familiaridad con los estímulos presentados que darían lugar a la imposibilidad de comparar los resultados de distintas muestras. Los instrumentos de evaluación requieren ser adaptados y traducidos para poder aplicarlos considerando las diferencias culturales. Es un sesgo la generalización en el abordaje de los distintos *ítems* cuando no se tiene en cuenta las diferencias en las muestras de las diversas culturas. Superar este sesgo implica la readaptación de los instrumentos y una retraducción constante. Un ejemplo de esto es cuando se aplica un cuestionario, test, encuesta, etc., que no tiene una adecuada equivalencia lingüística, semántica y funcional en los ítems, para ello se utiliza la traducción inversa.
- *Sesgos del procedimiento referidos a la relación que se establece entre el evaluador y el evaluado.* A veces puede llegar a ser un sesgo el no pertenecer al mismo grupo étnico o al mismo género. De acuerdo a esto, se pueden facilitar o inhibir las respuestas en función de los códigos culturales.

Comprensión del sufrimiento psíquico del inmigrante

Para entender el sufrimiento psicológico, considerando el aspecto emocional y mental de los inmigrantes, Pérez-Sales (2004) indica que existen cuatro niveles de conocimiento:

- Primer nivel: se manifiestan signos objetivos (fiebre, taquicardia, sudoración, etc.) y síntomas subjetivos (malestar, dolor, sufrimiento, etc.).
- Segundo nivel: pueden evidenciarse síndromes o agrupación de síntomas relacionados.
- Tercer nivel: se identifica la enfermedad cuando se sabe el origen y la relación de éste con el trastorno. El conocimiento de la etiología de la enfermedad es fruto de la investigación, de la experiencia y de factores culturales.
- Cuarto nivel: cuando se entiende el por qué o significado de la enfermedad.

Sólo el primer nivel, el de signos y síntomas, puede ser abordado en sentido general. A partir de ese nivel, se hacen necesarios constructos culturales para desentrañar la sintomatología. También es preciso escuchar la interpretación que el propio inmigrante da a sus síntomas; de esta manera se le explicará la etiología de su padecimiento para una mejor asunción.

Por otra parte, Marsella y Pedersen (2004) comentan la importancia de tener en cuenta *la equivalencia en la evaluación de la salud mental*, esto implica la relevancia y el significado que una palabra, un concepto, una escala pueden tener en distintos grupos normativos. Distinguen cuatro tipos de equivalencia:

- la lingüística, se vincula con la similitud connotativa y denotativa de una palabra.
- la conceptual, tiene que ver con el significado de los conceptos.
- la escalar, referida a la posibilidad de aplicar el instrumento en distintas culturas.

- la normativa, asociada con el concepto de normalidad de las conductas.

En cuanto al *diagnóstico*, existen algunos aspectos que la psiquiatría transcultural toma en cuenta para comprender el malestar psicológico de las personas que pertenecen a grupos culturales distintos (Pérez-Sales, 2004) (Tabla 12).

Tabla 12. Dificultades para la comprensión de la psicopatología

-
- La perspectiva categorial y su utilización.
 - La concepción dualista cuerpo-mente que no es considerada en muchas culturas.
 - La posibilidad y capacidad de poner en palabras emociones.
 - El entender los síntomas como un lenguaje a interpretar.
 - El reconocimiento de las causas psicológicas de los síntomas físicos.
 - La necesidad de comprender la patología dentro de su contexto cultural y del entorno en el que está inmerso el inmigrante.
-

Respecto a los *sistemas de diagnóstico utilizados*, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) ha sido criticado como un texto que da cuenta de un procedimiento que no contempla la diversidad cultural. Éste trabaja con el supuesto de que los trastornos mentales son universales y similares en todas las poblaciones, lo que puede conducir a distorsiones diagnósticas como equívocos, sobredimensión de los síntomas o minimización de éstos, etc. (Lonner y Ibrahim, 2002).

Para superar esta limitación, en el DSM-5 (APA, 2014) se desarrolla un apartado específico denominado *formulación cultural del diagnóstico*

con el propósito de tener en cuenta los aspectos culturales en los trastornos. Así, desde la formulación cultural se deben realizar las siguientes consideraciones (Tabla 13).

Tabla 13. Formulación cultural del DSM-5

1. Historia clínica
 - Identificación del paciente
 - Historia del trastorno
 - Antecedentes de trastornos y de tratamientos previos
 - Historia del desarrollo social
 - Historia familiar
 - Curso y resultados
 - Diagnóstico según DSM-5

 2. Formulación cultural del diagnóstico
 - A. Identidad cultural: grupo de referencia, idioma, factores culturales en el desarrollo, grado y tipo de relación con la cultura de origen y receptora.

 - B. Explicaciones culturales sobre la enfermedad: conceptos para referirse al estrés, al malestar y a la enfermedad, significado y severidad de los síntomas, modelos causales y explicativos, experiencias y planes de búsqueda de ayuda.

 - C. Factores culturales relacionados con el nivel de funcionamiento psicosocial: estresores sociales, apoyo social (familia, religión), nivel de funcionamiento y resiliencia.

 - D. Elementos culturales en la relación terapéutica.

 - E. Evaluación cultural general: señalar las posibles implicaciones que la cultura pudiera tener para el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico del caso.
-

En el DSM-5, con el agregado antes mencionado, se muestra la entrevista de formulación cultural (EFC) que centra la evaluación en cuatro áreas: definición cultural del problema (preguntas 1-3), percepciones culturales de la causa, el contexto y el apoyo (preguntas 4-10), factores culturales que afectan al afrontamiento personal y la búsqueda de ayuda en el pasado (preguntas 11-13) y factores culturales que influyen en la búsqueda de apoyo en la actualidad (preguntas 14-16).

La formulación cultural requiere que el clínico tenga en cuenta la narrativa del paciente, el relato de sus problemas y las causas de los mismos, así como atender su historia de vida para poder entender lo que le ocurre más allá de si cumple o no los criterios diagnósticos de un trastorno u otro (Borra, 2008).

La expresión del malestar puede ser distinta entre culturas (American Psychological Association, 2003), así se han encontrado diferencias en las manifestaciones de la sintomatología psicótica (Barrio, Yamada, Atuel, Hugh, Yee, Berthot y Russo, 2003) y en la depresión (Lee, Kleinman y Kleinman, 2007). En general, en las culturas no occidentales, se dan una serie de características diferenciales en relación a la expresión de los trastornos mentales (Pérez-Sales, 2004; 2009):

- Síntomas psicóticos: es importante advertir el contenido cultural y religioso en los delirios del paciente. En culturas donde hablar con los espíritus y los muertos es habitual, es probable que las alucinaciones sean consideradas normales. En las culturas orientales, por ejemplo como la de Japón, son frecuentes las manifestaciones culposas y las autoacusaciones. En China, los síntomas somáticos también son habituales. En cuanto a la esquizofrenia, se evidencia más en países no occidentales pero se cronifica más en los países desarrollados.

- Las somatizaciones, los síntomas disociativos y de conversión se dan con más frecuencia en las culturas no occidentales.
- La depresión se expresa por medio de síntomas somáticos, preocupaciones hipocondríacas y por otro tipo de emociones como la ira, el miedo y la impotencia.
- Abuso de sustancias: evaluar el abuso de las sustancias depende de las culturas, en algunas la abstinencia está pautada desde lo religioso, en otras, puede haber situaciones donde esté mal valorado el no beber en situaciones específicas. Para poder valorar el abuso convendría tener en cuenta si éste produce o no alteraciones físicas, conductas de riesgo para uno o para los demás, o problemas en el ámbito laboral, familiar, etc.
- Trastornos de la personalidad: no todas las culturas tienen la misma apreciación sobre el concepto de yo y de persona, por eso es más conveniente hablar de pautas adaptativas o no para el funcionamiento cotidiano.

También cabe mencionar los *síndromes dependientes de la cultura* descritos en la última versión del DSM-IV-TR (APA, 2000) y definidos como *conceptos culturales de malestar* en el DSM-5 (APA, 2014) que suponen patrones de comportamiento desadaptativos que pueden o no estar reconocidos como tales en las diferentes categorías diagnósticas de los diversos trastornos.

Estos síndromes se limitan a sociedades o culturas específicas. Dan significado a conjuntos de experiencias con síntomas y conductas inusuales; pueden agruparse o relacionarse con trastornos de tipo disociativo, somatoforme, de conversión, de pánico y psicóticos (Delgado, 2008). Habitualmente suponen reacciones frente al estrés que producen estados alterados de conciencia y fuertes reacciones de ansiedad que

pueden manifestarse en el cuerpo o en la aparición de alucinaciones y delirios (Pérez-Sales, 2004). Hubo intentos recientes para agruparlos dentro de las categorías diagnósticas del DSM-IV (Mezzich, Kleinman, Fabrega y Parron, 1996) pero siguen siendo entidades cuestionadas porque quizá no dejan de ser expresiones diversas de los mismos trastornos relacionados con características socioculturales.

La dificultad en la comprensión del sufrimiento psicológico, la clasificación de los trastornos en los diversos grupos culturales y las diferentes expresiones del malestar emocional, son aspectos todavía sin resolver (Lindert, Schouler-Ocak, Heinz y Priebe, 2008).

4.1. EVALUACIÓN

El proceso de evaluación del malestar en el paciente, puede ser difícil de realizar cuando se trata del inmigrante en donde el tema de la comunicación cobra importancia. Los problemas lingüísticos, el desconocimiento del idioma, las diferencias culturales sobre los conceptos de la enfermedad, de los síntomas y la percepción del inmigrante de sentirse incomprendido, son obstáculos que pueden afectar la relación terapéutica y dificultar el proceso de evaluación, por ello requieren de práctica, experiencia y capacidad del profesional (Sirur-Flores y Álvarez, 2009).

De Mynck (2004) señala que los inconvenientes en la comunicación impiden, en muchas ocasiones, una correcta evaluación de los problemas del paciente, algunas de las consecuencias que se derivan son las siguientes (Tabla 14):

Tabla 14. Consecuencias de las dificultades en la evaluación

- Retraso en la identificación de los síntomas.
 - Inferencias erróneas de los procesos de somatización.
 - Interpretación equivocada de la función de los procedimientos de diagnóstico.
 - Dificultades del terapeuta para explicar modelos causales.
 - Deducción desacertada del tratamiento prescripto.
 - Abandonos del tratamiento.
 - Clima de hostilidad.
 - Tendencia a la desigualdad en el trato.
-

Para evitar las dificultades de comunicación han surgido diversas figuras profesionales (García Beyaert y Serrano Pons, 2009):

- El mediador intercultural: es un profesional destinado a establecer puentes entre las dos partes alejadas por sus diferencias culturales.
- El traductor: es el que realiza la traslación escrita de los mensajes de una lengua a otra.
- El intérprete: es la persona que transfiere oralmente los mensajes de una lengua a otra, implica el trasvase de ideas, conceptos e intenciones encerradas en el mensaje. La interpretación puede ser simultánea, consecutiva o de enlace donde se traducen los distintos turnos de palabra.
- La utilización de software informático.

Cuando el paciente no conoce el idioma es importante recurrir a un intérprete profesional, evitando que sean los familiares los que realicen la labor de interpretación. Con el profesional se llegará al acuerdo de que se

interpretará todo lo que se diga y le hablará al paciente directamente con frases sencillas y breves.

Es conveniente dedicar el tiempo necesario a cada paciente inmigrante, sobre todo en los primeros encuentros y tener en cuenta algunas recomendaciones (Sirur-Flores y Álvarez, 2009):

- En el momento de recibir al paciente, hacerlo con respeto y considerar el uso del lenguaje que emplea el inmigrante.
- Presentar el plan de actuación, asegurándose que lo entienda y explicar las posibles dudas.
- Tener en cuenta las diferencias culturales y dificultades para evitar el diagnóstico y tratamiento incorrecto que es un acto injusto y a veces irreparable para el paciente.

Estas recomendaciones se integran en el enfoque LEARN (Berlin y Fowkes, 1983) que significa: escuchar de modo empático y comprensivo, explicar, reconocer las posibles discrepancias en la explicación, recomendar un plan de actuación intentando integrar las aportaciones del paciente y negociar.

4.2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

La migración se considera un factor de riesgo a nivel psicosomático y psicopatológico, por ello debería ser abordado desde lo sanitario y psicosocial (Tizón y cols., 1993). En ocasiones el sistema sanitario y asistencial banaliza la problemática psicológica del inmigrante. Achotegui (2008) señala que la Organización Mundial de la Salud no tiene programas de salud mental para inmigrantes. Gimeno-Bayón (2007) resalta que la

oferta de ayuda psicológica realizada por asociaciones ha sido entendida, por algunas instituciones, como un lujo innecesario.

Ante la posibilidad de brindar recursos sanitarios a la población inmigrante existen en principio tres posturas:

- La primera trata de normalizar el acceso de los inmigrantes a las coberturas sociales y sanitarias generales porque considera que las desigualdades son fruto de su posición social y que los servicios deben ser comunes a todos;
- La segunda, intenta identificar los problemas o necesidades especiales y dar una respuesta particular a ellos;
- La tercera sostiene que habría que detectar las necesidades específicas y ajustar los servicios generales con medidas complementarias.

La solución no es fácil. En Francia, donde las políticas han sido de asimilación, se presentan serios problemas en las segundas generaciones. En el Reino Unido y Países Bajos que han establecido servicios específicos desde un punto de vista multiculturalista, se ha fomentado la segregación, situación paradójica pues partió de la intención de reconocimiento (De Zwart, 2005). En España la cobertura sanitaria de la población inmigrante regulada se contempla dentro del Sistema Nacional de Salud Pública. No es así con la inmigración irregular, ya que en algunas comunidades autónomas se le atiende pero en otras están fuera del sistema sanitario, en este caso los inmigrantes para acceder a urgencias médicas deben pagar la consulta. Tampoco existen dispositivos especiales a nivel general. Las instituciones como Cruz Roja, Cáritas o asociaciones de inmigrantes son quienes han ofertado servicios específicos para ellos.

La ayuda psicológica a inmigrantes a nivel asistencial plantea varias cuestiones (Tabla 15):

Tabla 15. Cuestiones en la asistencia a inmigrantes

-
- La relación terapéutica.
 - El uso del sistema sanitario por parte de la población inmigrante, adhesión al tratamiento ambulatorio y hospitalario.
 - Programas de apoyo psicológico a inmigrantes.
-

4.2.1. La relación terapéutica

Influyen distintos valores culturales que convendrían considerarse en la relación terapéutica que se establece con pacientes inmigrantes como lo señalan García Campayo y Alda (2005) y Quereshi y Revollo (2010)

Tabla 16. Valores culturales

	Cultura tradicional	Cultura moderna
Referente de vida	Dios	Ser humano
Causalidad	Sobrenatural, lejos del control humano	Natural o intencional, comprensible y controlable
Control de la conducta	En forma externa	En forma interna
Vivencia del tiempo	Cualitativa, fluida, inexacta	Cuantitativa, precisa
Identidad	Colectiva, sociocéntrica	Individualista
Poder	Jerárquico	Democrático
Relaciones humanas	Formales	Informales
Rol en la sociedad	Adscrito	Logrado
Confidencialidad	Mínima	Considerable
Valores	Importancia de las relaciones y del grupo	Importancia de las tareas y los logros

Sánchez y Mohl (1992) muestran que *las respuestas del profesional sanitario frente al inmigrante* pueden situarse en dos polos: negar los aspectos transculturales o mostrar excesivo interés en los aspectos culturales sobredimensionándolos y perdiendo de vista el problema por el que consulta el paciente.

Al mismo tiempo, *el paciente puede vivir la relación terapéutica de distintas maneras*: están los pacientes que se sobreadaptan a la cultura receptora, buscan la asimilación cultural y niegan frecuentemente el factor étnico. Se observa en ellos un estricto cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y la idealización hacia el profesional. Por otro lado, están los pacientes con conductas de rechazo cultural o de marginalización. En ellos se evidencia el predominio de la hostilidad y la utilización de la enfermedad como una forma de resistirse y oponerse a la explotación que a veces viven en el país receptor.

García Campayo y Alda (2005) sostienen que la ambivalencia afectiva que se da frecuentemente entre el paciente inmigrante y el profesional sanitario, puede generar distintos sentimientos: cuando es muy significativa la diferencia cultural y/o social entre el paciente y el terapeuta, este último suele experimentar culpa o pena y en el caso del paciente se observa agresión o sobreidentificación con el profesional. El terapeuta probablemente también actúa su ambivalencia, si bien el inmigrante hace aporte económico, a diferencia del autóctono realiza trabajos que éste último no quiere hacer. Se piensa que el inmigrante no tiene derecho a quejarse ni a cuestionar al país receptor porque en los lugares de procedencia estaba en peores condiciones en un sistema de subdesarrollo económico, cultural y político. Esto produce una nueva ambivalencia en la persona del profesional que la resuelve, a veces, posicionado en una postura paternalista o sobreprotectora y desde este

lugar le niega al paciente su capacidad de decisión y en el caso contrario se minusvalora el sufrimiento migratorio.

Se sabe que lo antes mencionado sucede con más frecuencia que la deseable. En la práctica hay muchos ejemplos suscitados a diario, por ejemplo en las salas de espera de la atención sanitaria donde concurren inmigrantes se pueden escuchar expresiones como:... “*si no les gusta que vuelvan a su país*”... u otras con idéntico tenor.

Comprometerse con el paciente no es involucrarse en sus sentires, sino poder receptar sus padecimientos, sin actuárselos, esto es lo que Bleger llama *disociación operativa*, que significa escuchar el padecimiento del paciente sin actuarlo. Si un terapeuta actúa desde la hostilidad, el rechazo, la idealización, etc. que proyecta en el paciente pierde la objetividad. Debe receptar los afectos del paciente, pero no responder desde los propios. El captar lo que le pasa al inmigrante permite entenderlo, conocerlo al paciente desde la escucha.

Ser buen terapeuta implica renunciar a la escucha de los propios sentimientos, privilegiar lo del otro y desde allí operar. Es comprometerse con la salud. Es mantenerse neutro por haber superado las propias dificultades de los choques culturales. Es escuchar y rescatar los recursos y la capacidad de adaptación del paciente. Es posibilitar la recreación de estrategias de afrontamiento para evitar actitudes paternalistas que involucran actitudes peyorativas de subestimación.

Achotegui (2007), expresa que el vínculo que se establece entre el personal sanitario y el paciente inmigrante tiene características singulares, la denomina “*relación terapéutica extendida o ampliada*” y es entendida por el autor como:

*“El conjunto de las interacciones que el demandante y el profesional movilizan en la relación terapéutica en las situaciones de estrés crónico y exclusión social”.*⁹

El trabajo con inmigrantes, incluye aspectos que van más allá de lo psicológico, requiere una intervención extendida y ampliada con la participación de otras áreas como la asistencia social, la salud y la protección física, la orientación jurídica y laboral, etc. Esta extensión en la práctica involucra también a otros profesionales: médicos, asistentes sociales, educadores sociales, abogados, etc.

Es importante que el terapeuta actúe en un equipo y/o en talleres capacitados para la atención específica del inmigrante. Es insalubre para el terapeuta en su práctica intentar responder omnipotentemente a todos los requerimientos o demandas del paciente inmigrante. Si en su encuadre de trabajo sabe desempeñar su rol específico, trabajar en equipo, hacer derivaciones y coordinar la intervención de trabajo con pacientes inmigrantes, no sufrirá dificultades en su salud física y psicológica.

Por otro lado, abordando actitudes del paciente se registran en algunos casos, sentimientos hostiles, persecutorios de desconfianza y recelo, temor, impotencia. También puede proyectar en la figura del terapeuta roles de autoritarismo identificándolo como policía, funcionario, patrón, etc. Cuando esto sucede el inmigrante no puede excluir el contexto social en donde se da el vínculo terapéutico y le asigna al profesional “un lugar en el otro bando”. En ocasiones, la hostilidad se evidencia en forma encubierta desde una posición de sumisión ante las constantes vivencias de indefensión aprendida.

⁹ Achotegui, J. (2007). La relación asistencial con inmigrantes y otros grupos con estrés crónico y exclusión social: la relación terapéutica extendida o ampliada. *Norte de Salud Mental*, 27, 17-30.

El reverso de la hostilidad y el temor es la idealización. A veces, los inmigrantes idealizan las técnicas occidentales, creen que los que han fallado son ellos y que por lo tanto la no mejoría depende de su propia incapacidad, esto redundando en abandonos terapéuticos (D'Ardene y Mahtani, 1989).

Cuando los inmigrantes evidencian sentimientos de hostilidad, el terapeuta puede mostrar actitudes de rechazo porque cree que a él no le corresponde atender lo que el inmigrante plantea, o tal vez puede reaccionar defendiéndose omnipotentemente desde el paternalismo, con compasión o lástima ante los problemas que el paciente presenta. Esto significa que a veces el profesional se posiciona desde el lugar de “el saber”. Él es el que sabe lo que le pasa al paciente. Niega “el saber” del paciente y sus vicisitudes.

Trabajar terapéuticamente en forma operativa y saludable es promover un espacio para que el paciente haga emerger su sabiduría, sus recursos y recree sus posibilidades. Es construir un espacio donde el paciente le otorgue sentido a sus síntomas y así logre elaborarlos.

El paternalismo que conlleva la baja autoestima del paciente refuerza la omnipotencia del profesional. Este mecanismo enmascara la real impotencia que puede experimentar el profesional cuando favorece la dependencia.

La relación terapéutica es el espacio que, muchas veces, elige el paciente para verbalizar sus dificultades donde se siente contenido. La escucha del terapeuta debe tener en cuenta la situación del paciente y no debe vivenciarlo como algo que atañe a su persona. Villar (2002) transcribe las palabras de un inmigrante:

...“Hay pocos lugares donde a uno se le escuche y aunque Usted no me pueda ayudar con otra cosa, escuchándome me ha ayudado, me ha dado la dignidad que merezco”...¹⁰

Un elemento de la realidad que interfiere en la relación terapéutica, que la dificulta y la transforma en un vínculo persecutorio es el temor a ser descubierto en su situación de ilegalidad. Un ejemplo de ello es el caso en el que en un piso donde residen mujeres inmigrantes y ante el parto inminente de una de ellas, ninguna de las moradoras se atrevía a llamar a la ambulancia para no poner en evidencia la ilegalidad.

Son pocas las investigaciones empíricas referentes a estos temas. También ha sido poco estudiada la ambivalencia afectiva que se genera en el vínculo terapéutico entre el terapeuta y el paciente y es importante ya que la eficacia de las terapias depende de la relación terapéutica.

La Asociación Americana de Psicología estableció unas pautas de actuación terapéutica recomendadas en el artículo *Multicultural Counseling Competences ethical practice* (American Psychological Association, 2003).

Estas pautas de actuación destacan la conveniencia de que el terapeuta sea consciente de sus prejuicios, busque su herencia cultural y conozca cómo puede influir en su labor terapéutica, también el respeto hacia la cultura del paciente y hacia el conocimiento y el punto de vista que éste tiene sobre la salud mental y la terapia psicológica. Por último, se subraya la necesidad de flexibilizar las técnicas para poder adaptarlas a los pacientes.

¹⁰ Villar, V. (2002). Migración extracomunitaria: la realidad que no existe. *Educación Social*, 20, 99-113.

Indicaciones que pueden ser de utilidad en la relación terapéutica

Diversos autores han señalado algunas pautas que pueden ser útiles en la relación terapéutica con pacientes inmigrantes (Achotegui, 2007; Gimeno-Bayón, 2007; Pérez-Sales, 2004; Sayed-Ahmad Beiruti, 2010):

Aspectos a tener en cuenta en la comunicación:

- Aprender a pronunciar bien el nombre y apellidos del inmigrante.
- Adecuar el tratamiento de tú o usted.
- Facilitar la comunicación y respetar el tiempo personal.
- Cuidar las habilidades de comunicación no verbales: el tono de voz, la sonrisa, la mirada a los ojos, el contacto físico, el olor corporal.
- Tener en cuenta el idioma y la comprensión del mismo.
- Utilizar con cautela el humor.

Acciones recomendadas en el trabajo terapéutico:

- Conocer las expectativas del inmigrante sobre el trabajo terapéutico, explicar el encuadre de trabajo y delimitar objetivos.
- Cuidar el espacio, que pueda ser universal y neutro (por ejemplo un mapa del mundo, motivos marinos y vegetales).
- Tener en cuenta la dificultad de los pacientes en su manejo del tiempo, en cuanto a la puntualidad, respecto a las citas, trabajar con sesiones de aproximadamente una hora o más, permitir flexibilidad si las circunstancias lo demandan (Moro, 2003).
- Considerar en la creación de un grupo de pacientes si será continua la asistencia y no tendrán interferencia debido a los requerimientos laborales de los inmigrantes (Marqués, 2000).
- Privilegiar los recursos sobre los conflictos. Trabajar sobre las capacidades y estrategias de afrontamiento.

- Incorporar recursos para trabajar como metáforas, relatos, dibujos, etc.
- Transformar la connotación negativa de las diferencias culturales en posibilidades de expresión, de conocimiento, de apertura para fortificar el vínculo terapéutico.
- Trascender las dificultades que emerjan en el abordaje de temáticas culturalmente antagónicas. Existen pacientes que por su cultura tienen más dificultades en la comunicación y en la expresión de lo que considera revelaciones íntimas u otra cosmovisión del concepto de verdad, o el valor del silencio, etc.
- Evitar la tendencia prejuiciosa sobre las patologías y las culturas.

Draguns (2008) comenta la necesidad de ser flexible, abierto y no interpretar las diferencias culturales como déficits. Se deben considerar los prejuicios, sesgos y valores en su justa medida para que no influyan negativamente en la intervención terapéutica.

Para poder trabajar con pacientes inmigrantes, el terapeuta necesita reflexionar sobre distintos aspectos y adquirir competencia cultural (Qureshi y Collazos, 2006). Como así también es preciso que el terapeuta se interrogue algunas cuestiones como:

- ¿es consciente de sus propios valores culturales? ¿posee actitudes de rechazo o de prejuicio?
- ¿está capacitado para comprender y abordar al paciente inmigrante?
- ¿sabe utilizar estrategias de intervención apropiadas a la cultura del inmigrante?

En España, el grupo de trabajo de Qureshi, Collazos, Ramos y Casas (2008) ha desarrollado el concepto de *competencia cultural*, necesaria para trabajar con población de inmigrantes. Han tratado los aspectos que

deberían tenerse en cuenta en el entrenamiento de los terapeutas, partiendo de las pautas de la Asociación Americana de Psicología, entre ellos: conocimientos, habilidades, actitudes y creencias. En la tabla 17 aparecen resumidos los conceptos y las áreas de trabajo que deberían ser abordadas en la formación de los terapeutas (Pachter, 1994).

Tabla 17. Formación de los terapeutas

Conocimientos	¿Qué es cultura? Repercusión cultural en la salud mental del inmigrante. Estrés aculturativo e integración social. Racismo y grupos étnicos. Identidad étnica y/o racial. Conocimiento de modelos explicativos de trastornos y diferencias sintomáticas. Etnopsicofarmacología (adherencia, cómo se entiende la medicación y la respuesta a la medicación). Dificultades en la evaluación y el diagnóstico. Investigaciones con muestras de diversas culturas.
Habilidades	Estilos de comunicación, uso de metáforas y lenguaje indirecto. Relación terapéutica. Flexibilidad de las intervenciones y del plan de tratamiento. Mediadores.
Actitudes y creencias	Auto-observación y exploración. Humildad.

Un terapeuta competente culturalmente es aquel que muestra conductas no racistas o discriminatorias y acepta las diferencias lingüísticas, religiosas y de integración social (Kastrup, 2008).

La competencia cultural supone aceptar y prestar atención a la diversidad, conocer los prejuicios existentes, respetar la diversidad y tener la flexibilidad suficiente para ajustar las intervenciones.

Quereshi y Revollo (2010) consideran imprescindible la necesidad de que el terapeuta haya trabajado sobre el “autoconocimiento” y la “autoobservación”. Debe tener en cuenta no sólo atender al paciente desde su posición clínica sino también desde un ser integrado o no en la cultura o culturas. Es importante en la intervención que el terapeuta manifieste a los pacientes la aceptación de sus diferencias culturales, de sus normas y valores. Esto posibilita que el paciente se sienta aceptado y además que el terapeuta comprenda al inmigrante.

En el vínculo terapéutico puede ser variada la procedencia del terapeuta (autóctono- inmigrante) y lo coloca en distintas modalidades para el ejercicio de su rol profesional.

Posicionamiento de algunos terapeutas desde su condición de autóctonos hacia los pacientes inmigrantes

De Muynck (2004) dice:

*“Muchos agentes de salud tienen dificultades con sus pacientes inmigrantes y se quejan de sus hábitos de búsqueda del tratamiento que más les complace, su resistencia a las prácticas de diagnóstico rutinarias, su tendencia a simular enfermedades, lo indefinido de sus quejas y las barreras de género dificultan el examen médico y el posterior seguimiento”.*¹¹

¹¹ De Muynck, A. (2004). Mediación intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes? *Quadern CAPS*, 32, 40-46.

En el estudio realizado por Lewis, Croft-Jeffreys y Davis (1990) sobre las actitudes de los psiquiatras hacia la población inmigrante en el Reino Unido, los resultados mostraron que la “etnia” de un paciente influía en los diagnósticos, demostrando la existencia de prejuicios. Estos profesionales de la salud mental tendían a diagnosticar a las personas de otras razas en forma diferente y generalmente de enfermedades mentales severas (Bhugra, 2000).

Percepción del inmigrante hacia el terapeuta autóctono

Los pacientes tienden a reaccionar en forma ambivalente ante el terapeuta oscilando entre la sobreadaptación a él y en contrapartida con rebeldía, rechazo y hostilidad. La hostilidad puede estar fundamentada por considerarlo parte del sistema que lo oprime y por otro lado puede idealizarlo.

Uno de los aspectos que a veces no es considerado en forma adecuada y que existe en algunos casos, es cuando desafortunadamente los prejuicios étnicos son percibidos por el paciente inmigrante.

Estudios realizados en Holanda con una muestra de 82 pacientes inmigrantes turcos y 58 inmigrantes marroquíes, analizaron el nivel de satisfacción en la ayuda recibida en función de si terapeutas y pacientes pertenecían o no a la misma etnia. Los resultados mostraron que el nivel de satisfacción era similar (Knipscheer y Kleber, 2004). Lo que muestra que las diferencias étnicas no son relevantes, sino la postura que tiene el terapeuta frente a otras etnias. Influyen otros aspectos de mayor importancia que tienen que ver con la profesionalidad del terapeuta entre éstos su escucha, su formación, su salud, su experiencia y destreza clínica y la propia perspectiva que tiene sobre el mundo y la apertura cultural.

En el estudio meta-analítico llevado a cabo por Cabral y Smith (2011) se revisaron 186 trabajos sobre las preferencias, percepciones y resultados del tratamiento de los pacientes atendidos por terapeutas de la misma etnia. La media del tamaño del efecto era muy heterogénea entre las investigaciones. En general, los pacientes preferían terapeutas del mismo grupo cultural, percibían de modo más positivo a los terapeutas con características culturales similares, pero la influencia de esa variable en el resultado terapéutico era pequeña.

Tseng (1999) comenta que la aceptación hacia la cultura de origen del paciente y el interés por ella por parte del terapeuta, así como el acordar los objetivos a trabajar y la metodología, son aspectos más relevantes que el de la similitud cultural entre el terapeuta y el paciente.

Cuando el terapeuta es inmigrante

Cuando el terapeuta es inmigrante uno de los aspectos fundamentales que le supone ejercer su práctica profesional es la *reconstrucción no sólo de su identidad personal en el país receptor, sino también la reconstrucción de su identidad profesional*, o sea hacerse un “lugar” desde “otro lugar”. Esto implica una serie de cambios en su posición profesional que comienza desde el momento que debe cerrar su consultorio o ámbito de trabajo donde se desempeñaba para luego, llegar a otro lugar y tomar conciencia que ahí no es reconocido como profesional. Para ello, entre otras cosas debe homologar el título. Este proceso dura años, como ya se mencionó. En el transcurso de los mismos trabaja en otros ámbitos laborales distintos hasta reconstruir nuevamente su lugar; reconstrucción, porque es una segunda construcción de la misma profesión.

Durante la homologación del título el ahora alumno, que ya fue profesional y busca volver a serlo atraviesa distintas evaluaciones

académicas que impactan sobre su psiquismo con subestimación hacia lo que ya había adquirido en formación y experiencia. Al respecto un profesional inmigrante expresa:

... “Tuve que responder a distintas entrevistas con los profesores que imparten las nueve asignaturas que no me reconoció el Ministerio de Educación. Uno de los docentes comentó que no podía atenderme para darme los requisitos, hasta que no reúna más homologantes y esto, no sabía cuando iba a suceder. Además, debía dedicarse a los alumnos de la carrera y no tenía tiempo para las homologaciones de inmigrantes”... “Hay profesores que piden requisitos que son extralimitados acorde a lo solicitado por el Ministerio de Educación”...

Un profesional en proceso de homologación tiene, en algunos casos, un estatuto inferior a un alumno de la carrera.

Estas vicisitudes generan estrés y sentimientos de minusvalía que suman en el desgaste psíquico.

Con la homologación no termina la reconstrucción de su rol profesional, pues debe tramitar luego el permiso laboral como autónomo para poder trabajar legalmente. Hay una excepción dentro de las profesiones, se puede ser autónomo sin dificultad cuando se trabaja como *empleada de hogar*.

Posteriormente el profesional tiene que tramitar la habilitación de su lugar de trabajo. Todas estas tramitaciones tienen su sentido en el país de llegada, pero en el psiquismo del inmigrante tienen otra connotación, es la negación de su legalidad pasada, que ya no es reconocida y que implica un duelo más. Yelin (2008) lo dice de la siguiente manera: *“comenzar una nueva etapa sin hoja de ruta ni libreto preestablecido”*¹², o sea cada uno tiene que reescribir su historia de nuevo.

¹² Yelin, C. (2008). *Emigrar. En busca de un espacio de amparo*. Barcelona. Gedisa.

Se puede llamar a este proceso, “proceso de cascada” porque de un salto viene otro, hasta que el cauce se encauza y llega el remanso, la estabilidad para poder transitar y fluir libremente. Otra profesional comenta:

... “Yo tenía el título homologado, tenía permiso de residencia por estar reagrupada por mi marido, pero no podía ejercer por no tener permiso de trabajo. El trabajo que desempeñaba era clandestino, pero daba cuenta de mi rol de camarera”...

El proceso cascada podría sintetizarse de la siguiente manera: obtención del permiso de residencia y de trabajo por cuenta ajena, homologación del título, permiso de trabajo por cuenta propia (autónomo), habilitación de la consulta o lugar de trabajo, para lo cual necesita volver a acreditar su titulación. Para la realización de algunos trámites no tiene validez legal el título ya homologado, para obtener dicha validez tiene que volver a demostrarla a través de su universidad de origen, aunque ya haya homologado su titulación en universidades del país de llegada. Después de un “salto viene otro salto” y así en cada trámite tiene que volver a demostrar su historial académico y profesional sin que ello suponga la garantía de concretar su objetivo para poder insertarse.

Cuando se supera el obstáculo y puede incorporarse recién está en condiciones similares al del profesional autóctono.

Cada profesional inmigrante atravesará situaciones y le dará características especiales a la reconstrucción de la identidad personal y profesional acorde a sus recursos internos.

El inmigrante se lleva consigo su historia pero para que se inserte, lo hace desde un reinicio constante, siente el vacío histórico y esto le produce miedo e inseguridad.

Cuando el terapeuta inmigrante comienza a desempeñar su rol en el país de llegada pueden presentarse situaciones que se enunciarán en los apartados a) y b).

a) Cuando el terapeuta es inmigrante y atiende a pacientes inmigrantes

En la relación entre paciente y terapeuta inmigrante se podría dar una identificación entre ambos, razón por la cual el terapeuta debe tener asumidos y resueltos los conflictos migratorios personales para poder abordar una escucha libre de proyecciones y sin contaminar con su historia personal.

En cuanto a la persona del paciente es importante trabajar la relación transferencial para mantener la asepsia, la distancia necesaria que impida la pérdida de la objetividad en el trabajo terapéutico.

A algunos pacientes inmigrantes, la figura del terapeuta puede despertarles sentimientos de rivalidad y envidia no consciente, ya que éste representa lo que no pudo ser ni hacer hasta ese momento. En este sentido es importante trabajar la transferencia que se va generando en el vínculo terapéutico, para que el terapeuta pueda separar su propio proceso y ayudar a que el paciente elabore su proyecto de vida desde la singularidad de su deseo.

Un ejemplo es el caso de una mujer de 40 años, inmigrante, profesional universitaria, de clase media en el país de origen, donde el motivo de consulta se relacionaba con la desorientación que experimentó a su llegada. Ella suponía que la terapeuta, de su mismo origen, también estuvo desorientada en su búsqueda laboral y en condiciones económicas precarias. Conoció a la terapeuta cuando se dirigió a la asociación que ofrecía servicios para inmigrantes. En la primera entrevista, al entrar al

consultorio se sorprende por sus dimensiones y expresa: ... *“¡Ah, es grande el consultorio!”*... Al intentar concretar la próxima cita queda nuevamente sorprendida cuando advierte que la psicóloga no disponía de muchos turnos para ofrecerle porque tenía la agenda casi completa. Es imprescindible trabajar estas vivencias transferenciales para no acrecentar mayor resentimiento.

Las vivencias de la paciente del relato dan cuenta del resentimiento, otra de las dificultades que debe afrontar el inmigrante y que suman a las de su problemática migratoria. Por otro lado, los pacientes además de traer la propia problemática, también llegan con recursos saludables adquiridos en su historia personal antes de la partida. En el caso de la paciente mencionada, en su deseo de superar el estrés migratorio se posicionaba desde un lugar de carencia, desde la envidia y quejándose para que la gente la ayudara y se hiciera cargo de lo que a ella le pasaba. Durante el tiempo que concurrió al tratamiento se trabajaron sus recursos y posibilidades y así se hizo cargo de las limitaciones reales y fue construyendo su lugar y su autovaloración. De esta manera, pudo correrse del lugar de la queja, hacerse cargo y responsabilizarse de su proceso. Las expresiones de la paciente: *“no puedo”*, *“no me ayudan”*, era la modalidad de relacionarse que tuvo siempre, por eso frente a situaciones concretas externas de la migración, su modalidad se reedita.

La condición de inmigrante tanto del paciente como del terapeuta, puede ser facilitadora u obstaculizadora. Cuando se sienten contenidos por el terapeuta, pueden llegar a identificarse y percibir su aprobación y en esos casos se registra la expresión: ... *“Como Usted sabrá”*...

Se tranquilizan cuando en sus proyecciones sienten que el terapeuta capta, entiende y empatiza con su realidad.

Otro ejemplo se observa en el caso de un paciente que no podía homologar el título por su propia conflictiva interna. En un principio

proyectaba masivamente la dificultad en las *“trabas que le ponían los españoles”*. Durante el proceso terapéutico se dio cuenta que el profesional inmigrante que lo asistía también tuvo que homologar su título, pudo hacer insight y diferenciar lo que eran las trabas reales de lo que era ya su conflicto personal interno.

Otras ventajas de la similitud pueden ser la cercanía con las culturas de origen de los pacientes, el uso común del lenguaje o la modalidad de la expresión y la adecuación de las costumbres.

...“Por fin hablo tal como soy, como me sale, que feo es darme cuenta que a veces no te entienden ni una palabra y tengo que buscar otras para explicarme”... (Paciente y terapeuta de idéntico origen).

El conocimiento y el manejo adecuado en el abordaje de la migración y la comprensión de su lengua y costumbres allanan la tarea, ayudan a superar los prejuicios y entender las limitaciones.

Un inmigrante de 35 años dice:

...“Cuando explico a la gente de aquí los trámites que tengo que hacer piensan que estoy loco, no lo entienden, el que lo ha pasado sabe que no estoy loco” ...

Desconocer la realidad del inmigrante impide comprenderlo, de ahí la imprescindible formación, conocimiento y capacitación para poder desempeñar el rol de terapeuta.

En el vínculo terapéutico, a veces se observa que hay prejuicios de ambas partes que obstaculizan los tratamientos. Si el terapeuta no trabaja los prejuicios sobre las culturas de origen de sus pacientes se “taponan” la escucha.

Al respecto una terapeuta latinoamericana que atiende a un paciente del mismo continente y presupone el funcionamiento institucional del país

tanto de llegada como el de origen del paciente expresa equívocos como éste:

Terapeuta: ... *“Le habrá costado mucho conseguir los papeles”*...

Paciente: ... *“No, si hemos venido de allá con los papeles”*...

En este caso se observa que la escucha del profesional está contaminada por la experiencia propia.

En otros casos, el prejuicio viene del paciente:

Una profesional inmigrante contratada por una institución pública atiende a una familia inmigrante del mismo país de origen para determinar el grado de desprotección infantil de una hija de la pareja. Detecta serias dificultades en el funcionamiento familiar y le ofrece un espacio para trabajar estas dificultades en relación a la desprotección de la menor. Los padres se niegan. Cuando la profesional concluye su informe que resultó desfavorable para la familia y da cuenta del estado abandonónico de la niña, sus padres expresan:

... *“Te vendiste al sistema. Te vendiste a los gallegos”*...

La condición de ser inmigrantes genera en estos pacientes la creencia de que la profesional debe “aliarse” a su problemática desde el común denominador de ser “paisanos”.

Sintetizando, es importante tener en cuenta la necesidad del profesional inmigrante de revisar su propia historia migratoria, a los fines de una saludable práctica terapéutica, esto garantizará la escucha clínica, sin desvirtuar la palabra del paciente. El no hacerlo, no lograr la disociación operativa, puede movilizar en el terapeuta el mecanismo de reparación de su historia personal a través de la identificación con el paciente.

El profesional puede y llegado el caso debe ser continente, apoyo y acompañante para el paciente pero no determinante.

Al decir de Aulagnier (1980) puede ejercer la función de ser el “porta palabras” del paciente, en el sentido de portar y de receptor.

b) Cuando el terapeuta es inmigrante y atiende a pacientes autóctonos

Algunos pacientes autóctonos cuando son atendidos por terapeutas inmigrantes, a veces, manifiestan subestimación de la práctica profesional.

...“Lo que pasa es que tú como eres argentina, tú de esto no sabes”... (Discurso de una paciente autóctona).

Otras veces se refleja la transferencia negativa al terapeuta, por ejemplo, cuando el uso del vocabulario es distinto.

...“Claro, es que no sé si en tu país saben usar esa palabra...yo no quise decir eso”...

En ocasiones se descalifica al terapeuta y se puede deber a un proceso de resistencia.

También se dan expresiones de temor frente a lo nuevo respecto a lo laboral.

...“Toda una vida trabajando para que después vengan los inmigrantes y hagan uso de lo que es de uno, nos vienen a sacar dinero y a quitar trabajo”...

En otras expresiones los pacientes pueden mostrar elementos de prejuicios y discriminación arraigados en él y en los discursos sociales, como el caso de una paciente que se presenta con la forma de vestir y el discurso skin head (“cabeza rapada”), expresa su malestar hacia los inmigrantes y advierte a la terapeuta inmigrante:

...“Contigo no tengo problemas porque tú eres distinta, no pareces inmigrante, eres rubia y de ojos claros”...

Puede darse el caso de que el paciente muestre desconfianza sobre la veracidad de la identidad profesional del terapeuta inmigrante y llegue a llamar al Colegio Oficial de Psicólogos para constatar si la psicóloga a la que lo derivaron está colegiada. En este ejemplo, la resistencia y el temor a ser atendido lo proyecta en la persona del profesional inmigrante.

De la correcta lectura de estas situaciones dependerá en gran medida el curso del proceso terapéutico y la superación de las resistencias en la práctica clínica.

Dinámica favorecedora en un trabajo de equipo entre terapeutas inmigrantes y autóctonos

En ocasiones, puede ser facilitador el trabajo en equipo de terapeutas autóctonos e inmigrantes. Éste último puede facilitar el idioma, el entendimiento en los relatos desde la cultura de origen del paciente.

El trabajo en equipo multicultural cuando es necesario beneficia y favorece la terapia.

Como en la experiencia con una paciente de 14 años, cuyos motivos de consulta eran problemas en la adaptación al país de llegada, problemas con los límites y dificultades en el vínculo con su madre y con la profesión de ésta. Su madre había sido policía en el país de origen, su uniforme era de color azul. En sesión la paciente se presenta vestida de color azul al estilo del uniforme de policía y con unos pendientes con simbología y de color similar a unos detalles del uniforme de su madre. La co-terapeuta inmigrante conocía estos detalles por pertenecer al mismo país de origen de la paciente. Le señala a la paciente que está vestida con los mismos colores y de la misma forma que el uniforme de la policía nacional de su país. La terapeuta autóctona recoge este material y a partir de ahí se desprenden otras temáticas que van cobrando sentido en el historial clínico y en el

vínculo con su madre. Rechazaba, entre otras cosas, a su madre porque fue ella la que decidió la emigración en contra de los deseos de la paciente. Comenzó a sentirse escuchada y esto fue determinante para que las terapeutas pudieran entender el caso. Luego por razones institucionales la terapeuta autóctona delega el caso a la co-terapeuta inmigrante. En un momento del proceso la paciente expresa:

... “Qué bueno que me atiendes tú, así puedo hablar mal de la gente de España” ...

Esto evidencia que, así como algunos pacientes autóctonos manifiestan movimientos resistenciales hacia los terapeutas inmigrantes, también sucede con los pacientes inmigrantes hacia los terapeutas autóctonos.

En síntesis, trabajar con pacientes inmigrantes es una práctica en proceso de construcción, de reinención permanente, de resituarse en el rol terapéutico con una escucha especial. Y desde aquí tanto los terapeutas autóctonos como inmigrantes pueden enriquecerse y complementarse para pensar juntos nuevas formas de posicionarse frente a una demanda terapéutica particular.

4.2.2. Utilización de los Servicios de Salud Mental por parte de los inmigrantes

En la relación que establecen los inmigrantes con los servicios de Salud Mental hay que tener en cuenta algunas consideraciones, por un lado, cómo acuden a los servicios de salud mental, si lo hacen del mismo modo que los autóctonos; por otro lado, cuando acceden si cumplen y continúan con el tratamiento. Llegar a la sanidad pública y cumplir con las prescripciones terapéuticas está en íntima relación con el nivel socio-económico, cultural, lingüístico y la situación legal. El acceso al sistema

sanitario está unido a la obligación de estar empadronado y a la obtención de permisos de residencia (tras las últimas modificaciones legales).

Díaz Olalla (2009) y Sayed-Ahmad Beiruti (2010) hablan de algunos de los problemas para la incorporación efectiva de la población inmigrante al sistema sanitario público. Comentan que las dificultades pueden estar relacionadas tanto con el sistema sanitario como con las características propias de la población inmigrante. Algunas de las dificultades que ellos detectan son por ejemplo la actitud discriminatoria y los prejuicios hacia el inmigrante por parte del personal sanitario y el entramado administrativo y legal. Por otro lado, las limitaciones del inmigrante afectan a su incorporación como por ejemplo el desconocimiento de la lengua, la influencia cultural y religiosa hacia los cuidados de la salud, la situación socio-laboral (trabajos en el servicio doméstico interno, cambios periódicos de domicilio, necesidades económicas apremiantes). Los inmigrantes temen pedir permiso para acudir al hospital o al centro de salud por poner en riesgo su situación laboral. En casos de situación irregular se autoexcluyen.

¿Acceden los inmigrantes al servicio sanitario al igual que los autóctonos?

Watters (2002) comenta que cuando los inmigrantes con problemáticas psicológicas acceden a buscar ayuda en los servicios de salud, generalmente reciben tratamientos físicos donde es probable que se los medique con psicofármacos y no llegan a recibir el tratamiento a través de psicoterapia o asesoramiento psicológico.

Baca-García y Pérez (2005) indican que los inmigrantes siguen pasos más complicados para ingresar a los servicios de salud mental que los autóctonos, por otro lado acuden más a urgencias, con intervención de la policía o a veces de modo involuntario.

Regidor, Díaz, Lostao, Cruz, Sánchez y Sanz (2008) demuestran que la población de inmigrantes utiliza en menor proporción los servicios de salud de atención primaria, especializada y hospitalizaciones, que concurren con más asiduidad a las emergencias, por desconocimiento de la dinámica del funcionamiento del sistema, por los horarios laborales y también por la situación de irregularidad. Los inmigrantes sin empadronamiento no obtienen la tarjeta sanitaria y sólo se les permite ingresar a las urgencias. El desconocimiento del idioma también dificulta la entrada al sistema sanitario. Los inmigrantes tardan más tiempo que otros en acudir a servicios de salud mental ante un primer episodio psicótico (Harrison, Holton y Nelson, 1989).

Coinciden estas apreciaciones con un estudio realizado en Norteamérica con inmigrantes latinos sobre la búsqueda de ayuda para la depresión. En el estudio se exponen diversas razones que explican las dificultades del acceso de la población inmigrante al sistema sanitario como: la priorización del trabajo, el temor a ser identificados, el desconocimiento del idioma, la desconfianza hacia el profesional, la situación de irregularidad, la ignorancia sobre las enfermedades, síntomas, causas, consecuencias a lo largo del tiempo, la necesidad de control, la comprensión de lo que es el tratamiento y las ideas acerca de la búsqueda de ayuda profesional (Cabassa y Zayas, 2007).

En Holanda también se da esta situación. Allí los inmigrantes utilizan menos los servicios de salud mental y esto no se explica por la menor proporción de tasas de trastorno mental entre la población inmigrante (Uniken Venema, Garretsen, Van der Maas, 1995). En la investigación de Knipscheer y Kleber (2004), se analizó la utilización diferencial de los servicios de salud mental por parte de 96 sujetos que constituían la muestra de inmigrantes de Surinán y 89 que pertenecían a la población autóctona. Una de las variables importantes que explicaban el

uso diferencial era el menor tiempo de estancia en el país receptor y el bajo nivel educativo que obstaculizaba la utilización de la red de salud mental. Los inmigrantes mostraban peor índice de salud mental, detectado en la presencia de más síntomas ansiosos, depresivos, somáticos e insomnio que los autóctonos. En la medida que llevaban más tiempo en el país de acogida, estaban más familiarizados con los servicios de salud y tenían actitudes más positivas hacia los mismos. Pero consideraban más importante un terapeuta de cultura similar a la del paciente inmigrante. En el trabajo efectuado en Suiza, por Lay, Lauber y Rössler (2005) se examina el acceso de la población inmigrante y autóctona a los servicios de psiquiatría, observando que la generalidad de los inmigrantes con mayor distancia cultural tenían más ingresos involuntarios y pasaban menor tiempo en el hospital que los pacientes suizos.

En la revisión confeccionada sobre estudios publicados con población inmigrante en Italia, extranjeros en Alemania y minorías étnicas en el Reino Unido (Claassen, Ascoli, Berhe y Priebe, 2005; Williams, Turpin y Hardy, 2006) se resalta que en Alemania los inmigrantes turcos tienen un bajo uso de los servicios de salud mental, en Italia los servicios son a menudo proporcionados por organizaciones religiosas y en el Reino Unido se subrayan las altas tasas de admisión hospitalaria y los resultados terapéuticos son más pobres.

En una investigación puesta en marcha en Canadá en el año 2007 sobre el uso de los servicios de salud mental por inmigrantes (Kirmayer, Weinfeld, Burgos, Galbaud du Fort, Lasry y Young, 2007), se comparó el acceso a los servicios de salud de 776 inmigrantes caribeños, filipinos y vietnamitas, debido a estrés psicológico y síntomas somáticos, en relación al ingreso a los mismos servicios de 924 autóctonos. Los autores manifiestan que las tasas de utilización de los servicios de salud eran inferiores en los inmigrantes, el 5,5% con respecto al 14,7% y en concreto,

en salud mental el 2,5% frente al 11,7%. Entienden este resultado como fruto de las barreras culturales y lingüísticas ya que los servicios de salud eran generales. Los autores destacan que en trabajos realizados en Estados Unidos, Reino Unido y Australia las minorías etnoculturales acceden en menor proporción a los servicios de salud mental y estos datos pueden ser explicados porque utilizan otros servicios de ayuda como los provenientes de líderes religiosos, médicos tradicionales, o la medicina alternativa. También resaltan que los pacientes consideran los problemas de salud mental como una vivencia propia de ellos, asociados al estigma y con la idea de que los profesionales no comprenderán los aspectos culturales y no les entenderán por problemas de idioma (Whitley, Kirmayer y Groleau, 2006).

Resultados similares a los mencionados han sido hallados por Fenta, Hyman y Noh (2006) en Toronto, donde encontraron que los inmigrantes etíopes hacían uso de los servicios de salud mental con menor frecuencia y recurrían en mayor proporción a sanadores típicos de sus tradiciones. Aquellos inmigrantes con mayor número de síntomas somáticos utilizaban habitualmente el servicio del médico de asistencia primaria. En el estudio también se señala la necesidad de entrenar al médico de familia en la capacitación para captar problemas de salud mental en casos de somatización. Un alto número de síntomas somáticos y sucesos estresantes estaban relacionados con un mayor uso de servicios de salud mental.

Baca-García y Pérez (2005) comentan que además del menor acceso del inmigrante a los servicios de salud mental, cuando lo hacen no es por propia elección sino que acuden por intervención policial, ya sea ingreso judicial y/o ingreso involuntario. En el análisis llevado a cabo por Mulder, Koopmans y Selten (2006) con 720 personas que acuden al servicio de emergencias psiquiátricas en Holanda, detectaron que los inmigrantes, tenían más probabilidad de contactar con los servicios de salud por

padecer trastorno psicótico que los autóctonos. Cuando accedían al servicio era a través de un ingreso involuntario, obligados por constituir un peligro para sí mismos o para los otros. Esto se explicaba por la dificultad en la prevención, por los prejuicios sobre la enfermedad mental o porque sentían que los profesionales interpretaban los síntomas de los inmigrantes con un mayor componente de peligrosidad.

Conclusiones similares se han destacado en trabajos realizados en el Reino Unido (Bhui, Stansfeld, Hull y cols., 2003).

En la revisión efectuada por Lindert y cols. (2008) sobre la salud mental de los inmigrantes en Europa y la utilización del servicio sanitario, éstos exponen que los refugiados e inmigrantes irregulares son la población más vulnerable, porque asisten en menor proporción a los servicios de salud.

Achotegui (2007) señala que los inmigrantes consultan poco a los servicios sanitarios por temor a ser identificados, por desconocimiento del acceso y por desconfianza de que los profesionales les puedan comprender y atender adecuadamente.

En síntesis, los estudios y las situaciones expuestas suponen un reto sanitario. La población inmigrante sufre altos niveles de estrés y una situación socio-económica desfavorecida, con un índice de desempleo de casi el 30%. Es una población de alto riesgo para el desarrollo de trastornos mentales y problemas psicológicos, así como para tener peor salud, presentar mayor diversidad de enfermedades, de gravedad importante y con mayor propensión a la cronicidad e incapacidad (Daponte, 2005).

Adherencia al tratamiento ambulatorio y al tratamiento hospitalario

Aponte, Rivers y Wohl (1995) aluden a la alta tasa de abandonos terapéuticos entre inmigrantes y personas pertenecientes a grupos en

exclusión social. Sanz, Elustondo, Valverde, Montilla y Miralles (2007) analizan la utilización de los centros públicos de salud mental por parte de la población inmigrante. La muestra la componen 95 inmigrantes y un grupo de control de autóctonos. Los resultados evidencian que los inmigrantes presentan una mayor falta de adherencia al tratamiento, es decir acuden a menos citas de las programadas. Argumentan las causas por desplazamientos geográficos, cambios de residencia y empleo, poca costumbre de utilizar los servicios de salud mental, temor al tratamiento y a posibles ingresos hospitalarios, por contar con redes informales de apoyo, etc. (Alda, Moles y García Campayo, 2005).

Gotor y González-Juárez (2004) trabajan sobre la adherencia al tratamiento ambulatorio tras un alta hospitalaria. En una investigación puesta en marcha en Madrid comparan problemas de inmigrantes y de población autóctona. Concluyen que los inmigrantes presentaban menor tasa de adherencia al tratamiento y mayor nivel de abandonos. Los factores asociados a la dificultad en la adherencia se debían a: tener ingresos inferiores a 240€, es decir, estar en una situación de pobreza grave, no contar con familiares en Madrid, padecer trastornos de personalidad y falta de contacto previo con los servicios de salud mental. En esos casos, el primer contacto se realizaba a través de la emergencia hospitalaria. Las dificultades para el acceso a los servicios de salud mental eran explicadas por no tener permiso de residencia, ni tarjeta sanitaria y el desconocimiento del idioma. Un factor facilitador de la continuidad de los cuidados era la mayor duración de la permanencia hospitalaria. Del estudio realizado los autores señalan que el problema no es ser inmigrante, sino la marginalidad. Opinan que deberían utilizarse estrategias para facilitar los cuidados continuos, como por ejemplo llamadas telefónicas y visitas domiciliarias.

Bhugra, Gupta, Bhui y cols. (2011) mencionan la necesidad de crear servicios accesibles para la población inmigrante. González-Calvo (2005)

resalta la falta de programas para la atención sistematizada de las personas inmigrantes y para sus familias. Propone trabajar por medio de grupos de apoyo o autoayuda que permitan crear redes sociales.

4.2.3. Programas de Apoyo Psicológico a inmigrantes

Si el acceso a los servicios de salud pública general es difícil en muchas ocasiones, para la población inmigrante, todavía es más complejo el ingreso en la salud mental pública. Además, aunque se reconozca la elevada incidencia de los trastornos de la ansiedad, depresivos y adaptativos, se utilizan pocos recursos públicos para la atención de la salud mental a nivel de la asistencia primaria. Se emplean principalmente psicofármacos y no se proporciona asistencia psicológica. Por ello, la mayoría de los problemas de salud mental son atendidos por psicólogos que trabajan en la práctica privada que difícilmente es accesible para la población inmigrante (Pastor, 2008).

Desde el punto de vista del sufrimiento psicológico se podrían establecer *dos niveles de intervención con la población de inmigrantes*:

- Un primer nivel, de apoyo psicológico para el manejo de los sentimientos de duelo, la vivencia del estrés psicosocial y adaptativo y la adaptación cultural. Este nivel consistiría en la implementación de programas de prevención primaria en los centros de salud.
- Un segundo nivel, cuando los trastornos mentales están instalados. En este nivel se requiere en ocasiones, de la adaptación cultural de los programas de tratamiento para diversos trastornos mentales y la evaluación para ver si los tratamientos empíricamente validados son útiles para las minorías étnicas (Bernal y Scharrón del Río, 2001; Griner y Smith, 2006; Whaley y Davis, 2007).

Holanda, Suiza, Reino Unido y Suecia son los países de Europa donde más servicios especializados existen para los inmigrantes (Watters, 2002). En Estados Unidos se han establecido diversos programas de salud para los inmigrantes latinos, pero muchos de ellos no han sido evaluados y no se conoce el grado de participación de los inmigrantes y la eficacia de los mismos (Arcury y Quandt, 2007).

Bernal (2002) señala que en España, la salud mental no es una de las prioridades dentro del sistema sanitario y por lo tanto no existen programas de apoyo psicológico en atención primaria para la población autóctona, menos aún, para la población inmigrante.

Desde el punto de vista de los programas de apoyo psicológico, se consideran factores importantes la contención emocional, el acompañamiento y el incentivo de las potencialidades de la persona. Diversos autores mencionan la conveniencia de establecer intervenciones de promoción de la salud para aprender habilidades de comunicación, destrezas sociales y competencias de la sociedad receptora, para facilitar el ajuste psicosocial (Furnham y Bochner, 1982), así como instaurar espacios de reflexión para hacer insight sobre las características culturales del lugar de origen y del país receptor y ayudar a los inmigrantes en el manejo del estrés y en el impacto que el proceso tiene en la salud, desde una perspectiva de la atención primaria (Oppedal, Roysamb y Lackland, 2004; Pérez-Sales, 2009).

Achotegui (2009) indica que en el abordaje del Síndrome de Ulises, debe primar el enfoque psicoeducativo y contemplar la contención emocional. Si el cuadro de estrés es abordado desde el comienzo, puede prevenirse la severidad y la cronicidad.

Muiño (2009) subraya (teniendo presente que los conceptos de salud, enfermedad, normas y valores son culturales), algunas actitudes generales

que pueden resultar beneficiosas para el paciente inmigrante en atención primaria:

- Ayudar al paciente a normalizar los síntomas y hablar de su transitoriedad, entender las causas de los síntomas.
- Facilitar en el paciente una posición activa, que pueda asumir su vida, y restablecer la sensación de control interno.
- Posibilitar que el paciente entienda que los síntomas son transitorios, encontrar el sentido de su sufrimiento para entender lo que le está pasando.
- Buscar que el paciente se proyecte en el futuro, en la resolución de problemas y pueda modificar pequeñas dificultades en la vida cotidiana.
- Promover en el paciente la recuperación de sus estrategias de afrontamiento utilizadas en otras ocasiones y que fueron eficaces para solucionar sus problemas.
- Favorecer la búsqueda de redes sociales y familiares.
- Utilizar técnicas de relajación y la actividad física para el manejo de la ansiedad.
- Fomentar pautas y recomendaciones para promover un descanso y sueño saludable.
- Impulsar la expresión y trabajar los sentimientos de pérdida.

Para todo ello sugiere el uso de un lenguaje comprensible para el paciente y tratar de indagar las expectativas que el paciente depositó en el terapeuta.

Bernal (2002) realiza una revisión sobre las prácticas de cuidado en salud mental para inmigrantes y refugiados en España. Destaca como un ejemplo de buena práctica el Servicio de Asistencia Psicopatológica y

Psicosocial (SAPPIR) de Barcelona, que funciona desde el año 1994 en el Hospital Sant Pere y Claver. Los inmigrantes acuden a este servicio derivados de asociaciones, de la Cruz Roja, de los servicios sociales y otros servicios de salud. En el SAPPIR se ofrecen tratamientos psicológicos basados en la teoría psicoanalítica, en la sistémica y en la cognitiva, junto con la utilización de tratamientos psicofarmacológicos y eclécticos. En este servicio, también se aborda la arteterapia para trabajar con aquellos inmigrantes que presentan dificultades para verbalizar sus problemas, pensamientos y emociones, específicamente los síntomas de agresividad (Marsen, 2004). Se trabaja con sesiones semanales de 45 minutos, comenzando por trabajos bidimensionales y luego tridimensionales, además del tratamiento psicofarmacológico. La arteterapia respeta el tiempo del paciente para expresar su mundo interno, rescata los recuerdos e intenta integrar vivencias culturales. Cuando los resultados son positivos, mejoran la socialización, el manejo de los duelos migratorios, el afrontamiento de las situaciones estresantes y la toma de decisión para cambiar situaciones de vida, en lo laboral y en lo legal.

Salvador Sánchez (2001) presenta un protocolo de psicoterapia breve centrado en la elaboración del duelo migratorio de corte psicoanalítico y de duración anual, con sesiones semanales de 30 minutos. Durante el proceso terapéutico se aborda la relación existente entre la separación y la pérdida y las relaciones actuales. Todo ello posibilita la elaboración de la conflictiva.

En otras ocasiones, el apoyo psicológico se brinda desde asociaciones de inmigrantes o entidades sin fines de lucro como Cruz Roja y Cáritas. En ellas se trabaja con grupos abiertos, sin estructura y sin especificar ni evaluar el trabajo realizado desde lo terapéutico. En estos grupos también se potencia la escucha, el apoyo mutuo y la contención en

general, pero no existe un trabajo individual puntual sobre los aspectos emocionales concretos de cada inmigrante.

De Pedro (2010) ha puesto en marcha en Bilbao un programa de intervención psicosocial grupal, abierto a inmigrantes de distintas procedencias. Allí se comparten experiencias, se facilita la escucha activa, el aprendizaje mutuo y la creación de vínculos. Moro y Lachal (2006) intervienen en París con el paciente inmigrante, su familia y profesionales de diversas procedencias culturales. Trabajan sobre el esclarecimiento y el motivo de la enfermedad, hablan también sobre el tratamiento y la evaluación de la enfermedad en otras culturas.

En estos enfoques no se describen los instrumentos de evaluación, las técnicas utilizadas con detalle y no se presenta la evolución de los resultados a largo plazo. Gimeno-Bayón (2007) en su revisión sobre psicoterapias con inmigrantes advierte que los trabajos tienen un carácter sociológico o antropológico más que psicoterapéutico. Teniendo en cuenta los procesos psicológicos implicados en la migración, se podrían utilizar diversos programas de ayuda y componentes que han sido empleados en otro tipo de problemáticas (Tabla 18). Los protocolos de atención primaria deberían ser aplicados para que el inmigrante pueda recuperar el control de su vida, tenga mayor conciencia y comprensión de lo que le ocurre y acreciente su desarrollo personal y la solidez en la identidad.

Tabla 18. Programas de ayuda psicológica

- Programas de manejo del duelo complicado (Baños y Botella, 2010; Nomen, 2007)
 - Programas de manejo del estrés (Crespo y Labrador, 2003)
 - Programas de tratamiento del trastorno adaptativo (Botella, Baños y Guillén, 2008)
 - Programas de desarrollo de fortalezas (Remor, Amoros y Carrobles, 2010)
-

a) Programas de manejo del duelo complicado

Existen diversos abordajes terapéuticos para trabajar con personas que están atravesando por un proceso de duelo. Se exponen brevemente algunos de ellos, que podrían ser aplicados en la población de inmigrantes.

Nomen (2007) propone la intervención en personas en situación de duelo y que consiste en los siguientes pasos:

- Contactar con la persona doliente, fomentar una relación de confianza y respeto y respetar el tiempo de la persona.
- Evaluar su situación psicológica.
- Facilitar el relato de la pérdida: qué pasó, qué sintió, que pensó y qué hizo.
- Posibilitar la expresión emocional, identificando las emociones por medio de recursos como la escritura, registros o ejemplos y/o expresándose verbalmente. También puede aplicarse otras técnicas de expresión emocional como la poesía, los libros de recuerdos, las fotos, etc.
- Resituar lo que pasó: analizar la pérdida desde diversos puntos de vista, situándose desde él y en su realidad, el propio, en el vínculo de la persona que ha perdido, en el de otros familiares, etc. por medio de técnicas como la de la silla vacía, las esculturas familiares, entre otras.
- Promover la reorganización y aceptación, la proyección de una nueva vida, de un nuevo camino, de nuevos objetivos y acciones o medios para conseguirlos.
- Finalizar la intervención cuando la persona sea capaz de volver a su funcionamiento cotidiano en forma gratificante.
- Realizar un seguimiento, si es posible durante dos años, para prevenir recaídas.

Baños y Botella (2010) exponen algunas estrategias que suelen ser de ayuda en el tratamiento del duelo complicado y que podrían extrapolarse al tratamiento de la población inmigrante. Los componentes del abordaje son los siguientes:

- La psicoeducación para entender el porqué de los síntomas.
- El libro de la vida (Neimeyer, 2002) que permite recuperar recuerdos, pensamientos, sentimientos y emociones relacionados con la pérdida y que ayuda a ordenar, asimilar y guardar esas experiencias. En el caso de los inmigrantes se podría realizar esto por medio del relato de la historia de vida y la historia migratoria.
- La reestructuración del significado de la pérdida, su asimilación y elaboración; el trabajo sobre las creencias y esquemas vitales con proyección hacia el futuro y rescatar como aprendizaje las experiencias dolorosas. En relación a los inmigrantes, este componente se puede trabajar para el análisis de las razones que les han llevado a salir de sus países, los objetivos y expectativas que determinaron la migración, y el sentido de realidad para el cumplimiento de los mismos en el tiempo.
- El manejo de los síntomas por medio de técnicas de relajación, respiración, aceptación y la planificación de actividades positivas y estrategias de resolución de problemas.

Falicov (2002) muestra la importancia de los rituales en el afrontamiento del proceso migratorio porque dan un sentido de coherencia a la vida.

- Rituales de conexión: se dan en el envío de dinero, las llamadas telefónicas, el contacto por internet, etc. Todos estos suponen el mantenimiento de los vínculos. Los inmigrantes que cortan lazos,

que se desligan y que no se conectan, pueden presentar más síntomas clínicos.

- **Rituales de recreación:** se recrea en la visita a los mercadillos artesanales de inmigrantes, la celebración de las fiestas de su cultura, la realización de comidas típicas de su país, la asistencia a asociaciones de inmigrantes y templos religiosos de sus creencias, ayudan a conservar la identidad. La falta de contacto con las redes culturales y sociales puede producir síntomas depresivos y conductas violentas.
- **Rituales de memoria:** entre ellos se pueden citar las narraciones sobre historias de sus países de origen y enlazarlas con la cultura presente, para beneficiar la construcción y reconstrucción de las historias de vida, a través de la narrativa.

Todos los rituales antes mencionados, posibilitan realizar transiciones en la vida cotidiana que ayudan a dar un sentido de continuidad y al mantenimiento de la identidad.

b) Programas de manejo del estrés

El afrontamiento de múltiples situaciones estresantes es uno de los retos de los procesos migratorios, por ello los programas que incluyan el manejo del estrés, podrán ser de gran utilidad para los inmigrantes. Estos programas suelen presentar los siguientes componentes (Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, 2010):

- Trabajar desde la Psicoeducación proporcionando información sobre la enfermedad. Por ejemplo, en folletos que expliquen la respuesta de estrés, los síntomas, las consecuencias que tiene en la salud y las estrategias de manejo del mismo.

- Fomentar la importancia de una adecuada alimentación, establecer patrones regulares de sueño y realización de actividad física.
- Enseñar técnicas de relajación y respiración para su manejo.
- Intervenir sobre actitudes positivas, estrategias de afrontamiento y aceptación de la realidad.
- Trabajar con autoinstrucciones, reestructuración cognitiva y estrategias de solución de problemas. Las distorsiones cognitivas más frecuentes entre los inmigrantes son la abstracción selectiva, la inferencia arbitraria, la maximización y minimización, la personalización y el pensamiento dicotómico (Achotegui, 2009) y podrían ser objeto de tratamiento específico.
- Facilitar la planificación de actividades positivas.
- Animar a ampliar el círculo a través de la búsqueda de apoyo social.

El gobierno de Canadá (2008), ha establecido un programa de manejo del estrés para la población inmigrante con páginas en internet sobre el cuidado de la salud y en concreto sobre la salud mental con “*Coping with stress It’s your health*”. El programa consta de los siguientes componentes: un manual de autoayuda donde se explican los síntomas, los efectos del estrés, las estrategias de manejo y la prevención basado en técnicas cognitivo-conductuales que han mostrado su eficacia en muchos estudios (Hofman, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012).

c) Tratamiento del trastorno adaptativo

Con respecto al tratamiento del trastorno adaptativo existen pocos datos, los trabajos publicados son estudios de casos, con enfoques eclécticos de tratamiento, sin grupos de control adecuados y con importantes problemas metodológicos (Casey, 2009).

Los objetivos en el tratamiento del trastorno adaptativo varían según los autores (Tabla 19):

Tabla 19. Objetivos de los programas de tratamiento del trastorno adaptativo

-
- Andrews (1995): trabaja sobre el manejo de las respuestas ante la situación estresante.
 - Benton y Lynch (2006): apuntan a la reducción del agente estresante, mejora de las habilidades de afrontamiento y los sistemas de apoyo.
 - Strain y Diefenbacher (2008): analizan el agente estresante para determinar si puede ser eliminado o minimizado, clarifican el significado que tiene para el paciente, lo reformulan, maximizan las estrategias de afrontamiento y proporcionan ayuda para lograr la adaptación.
 - Casey (2009): reduce o elimina el factor estresante y cuando no es posible, facilita la adaptación y por último, disminuye los síntomas por medio de cambios conductuales, emocionales y fomentando la exploración del significado del estresor.
-

Diversos autores indican las siguientes estrategias empleadas para el abordaje de los distintos objetivos:

Strain (1995), Strain, Klipstein y Newcorn (2010), exponen un tratamiento basado en: analizar estresores, eliminarlos o minimizarlos, dando al paciente la oportunidad de verbalizar sus sentimientos, indagar el significado del estresor para la persona y dotar de nuevo significado al acontecimiento estresante. También clarificar preocupaciones y conflictos, maximizar habilidades de afrontamiento de la persona y ayudar a tomar

distancia respecto al estresor estableciendo relaciones y acudiendo a grupos de ayuda.

Benton y Lynch (2006), utilizan la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades de comunicación, el control de impulsos, el manejo de la ira y del estrés y la mejora del estado emocional y del sistema de apoyo social.

En España, Botella y cols. (2008) para tratar a diversos pacientes han aplicado técnicas cognitivo-conductuales, trabajando con la realidad virtual y con las estrategias de psicología positiva centrándose más en las fortalezas de las personas. Para ello, han elaborado un protocolo de tratamiento constituido por los siguientes componentes (Tabla 20).

Tabla 20. Componentes del protocolo de tratamiento

- Psicoeducación y la vida como un proceso de solución de problemas.
 - Aceptación, afrontamiento y aprendizaje.
 - Técnicas paliativas: relajación y planificación de actividades, el libro de la vida (recuperar el acontecimiento estresante junto con los recuerdos, pensamientos, sentimientos y emociones que generan confusión, dolor o sufrimiento).
 - La huella vital y el progreso: análisis del impacto del suceso estresante.
 - Exposición a situaciones evitadas.
 - Identificación de fortalezas.
 - Carta de proyección hacia el futuro (imaginarse dentro de diez años y escribirse una carta a sí mismo).
 - Utilizar metáforas sobre el acontecimiento y verbalizar palabras que ayuden a mantener y potenciar el cambio.
 - Prevención de recaídas.
-

Andreu-Mateu, Botella, Quero, Guillén y Baños (2012) han intervenido con familiares de enfermos con trastornos psicóticos con

buenos resultados, tomando como referencia este protocolo. Los componentes concretos del tratamiento fueron: psicoeducación, aceptación y elaboración del suceso negativo por medio de estrategias de psicología positiva, identificación de fortalezas, exposición a situaciones evitadas por medio de la realidad virtual y reevaluación cognitiva de los problemas vitales y prevención de recaídas. Fue llevado a cabo a lo largo de seis sesiones individuales de hora y media de duración.

Estas estrategias podrían aplicarse a la población inmigrante que vive con estresores de larga duración, ya que este enfoque terapéutico cuenta con resultados positivos.

d) Programas de potenciación de fortalezas

Desde la psicología positiva se puede intervenir para aumentar las habilidades y capacidades y para hacer frente a los estresores, es decir, acrecentar la resiliencia y resistencia (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005).

Se entienden como fortalezas, a aquellos recursos psicológicos que son características positivas de la personalidad que pueden actuar dirigiendo u organizando el comportamiento en diferentes situaciones (Remor, Amorós y Carrobles, 2010). Constituyen factores de protección humana contra la adversidad y el infortunio.

Se han desarrollado intervenciones psicológicas que intentan fomentar o entrenar a las personas en diversos recursos psicológicos. Los programas de potenciación de fortalezas se han llevado a cabo con población sana y con personas con diferentes trastornos mentales. Entre los primeros programas se encuentran los siguientes:

- Fordyce (1981), aplicó un programa breve para intensificar la felicidad enseñando algunas actitudes que a juicio del autor, son

fundamentales para ser felices (ej.: estar más activo, socializarse, dar significado al trabajo, etc.). Las personas que participaron en el programa elevaron el nivel de la felicidad con respecto al grupo de control.

- Seligman y cols. (2005) estudiaron el efecto de unas actividades concretas para aumentar la felicidad, a través de una intervención suministrada vía web (*Internet-based intervention*). Las tareas diseñadas fueron eficaces para incrementar la felicidad y disminuir los síntomas depresivos. Se proponía a las personas utilizar una fortaleza de una manera novedosa y registrar tres acontecimientos positivos ocurridos durante el día.
- Murria y Pigott (2006), pusieron en marcha un curso académico de 20 horas denominado “psicología de la felicidad” en el que enseñaron estrategias que demostraron previamente su eficacia para reforzar la felicidad. La evaluación del curso identificó un cambio en el nivel de felicidad de los participantes.
- Rolo y Gould (2006), realizaron una intervención para mejorar la esperanza en relación a metas deportivas en atletas universitarios, y tras la misma, el grupo experimental subió sus puntuaciones significativamente.

Entre los programas desarrollados para personas con trastornos mentales se pueden encontrar los siguientes:

- Kirsten y Plessis (2006), confeccionaron un programa de nueve sesiones para promover bienestar y reducir síntomas de los trastornos alimentarios en población subclínica (*Weight Over-concern and Well-being Programme, WOW*). Dicho programa acrecentó el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida, redujo los síntomas del trastorno alimentario y la insatisfacción con el cuerpo.

- Zygouris (2007), realizó una intervención de seis semanas de duración con pacientes con problemas de alcohol y abuso de drogas y los resultados indicaron un efecto positivo de la intervención.
- Remor y cols. (2010), pusieron a prueba un programa manualizado de intervención grupal para la potenciación de fortalezas, evaluando su efecto sobre diferentes variables, entre otras: el estado de ánimo, los recursos psicológicos, el estrés, la depresión, el optimismo y la satisfacción con la vida, aplicándolo en tres muestras distintas. Los resultados indicaron un efecto positivo del programa sobre el estado de ánimo para las tres muestras; la muestra A compuesta por 22 sujetos sanos españoles, la muestra B integrada por 14 enfermos de esclerosis múltiple y la muestra C constituida por 24 sujetos sanos salvadoreños.

Los componentes principales de estos programas aparecen reflejados en la tabla 21.

Tabla 21. Principales componentes de los programas de potenciación de fortalezas

¿Qué son los recursos psicológicos? y su importancia.
Relación entre recursos, salud y bienestar.
Estilos de comunicación.
Afrontamiento de problemas.
Desarrollo de la vitalidad: pensar y registrar tres cosas positivas diariamente.
Capacidad de perdón.
Pensamientos positivos y negativos y su impacto.
Entrega y recepción de elogios, desarrollo de la gratitud.
Logros personales, recuerdos y fortalezas asociadas.

Todas las estrategias y programas mencionados hasta el momento, podrían ser de utilidad para el abordaje de la sintomatología y del malestar que presentan los inmigrantes. Para ello, habría que comprobar si resultan útiles y si es necesaria la adaptación cultural de los tratamientos que se han mostrado eficaces con muestras occidentales. Este es uno de los retos que están todavía sin abordar a nivel general (Hoffman y cols., 2012) y más concretamente en España.

Existen tres perspectivas sobre la posibilidad de utilizar estrategias terapéuticas para los inmigrantes que fueron probadas en otros tipos de poblaciones. La primera perspectiva dice que un tratamiento es más efectivo si es compatible con los patrones culturales del paciente, por ello habría que desarrollar tratamientos específicos a cada cultura. La segunda perspectiva expone que los tratamientos son eficaces independientemente de la cultura del paciente, es decir, sus efectos son generales. La tercera, es una perspectiva intermedia, señala como alternativa la adaptación cultural (Bernal, Jiménez-Chafey y Domenech, 2009). Para responder a esta cuestión habría que investigar qué estrategia es la más adecuada. Por ejemplo, en una investigación realizada en Navarra aplicaron un programa de tratamiento para hombres maltratadores inmigrantes y lo compararon con el mismo programa para autóctonos, sin resultados diferenciales (Echauri y cols., 2013).

Adaptación cultural de los tratamientos de los trastornos mentales

Trabajar en la adaptación cultural supone reconocer las diferencias culturales e incorporar nuevas estrategias relevantes también desde lo cultural. Bernal, Jiménez-Chafey y Domenech (2009) señalan ocho dimensiones a tener en cuenta para la adaptación de los tratamientos

psicológicos: el uso del lenguaje, las características de los pacientes, la utilización de metáforas, el contenido de las sesiones, los conceptos psicológicos, los objetivos, los métodos y el contexto. Estas son variables a tener en cuenta para desarrollar tratamientos culturalmente sensibles y ajustar las psicoterapias existentes a grupos minoritarios para aumentar la validez ecológica. En Estados Unidos existe la tendencia a intervenir con terapia psicológica culturalmente sensible.

Hwang, Wood, Lin y Cheung (2006) en Estados Unidos y Shen, Alden, Söchting y Tsang (2006) en Canadá, presentan una adaptación de la terapia cognitivo conductual para la población chino-americana. Los autores advierten de la escasez de estudios clínicos controlados con esta población por las dificultades para que acudan a pedir ayuda, la menor satisfacción con el tratamiento, las altas tasas de abandono y la importancia de tener en cuenta la similitud étnica entre los pacientes y los terapeutas. Asimismo, comentan algunos principios generales a aplicar:

- Explicar en qué va a consistir el tratamiento.
- Aprender acerca de la cultura del paciente.
- Especificar objetivos a corto plazo y reducir síntomas para evitar la ambigüedad y la confusión.
- Utilizar la psicoeducación y potenciar los esfuerzos del paciente para superar sus problemas.
- Unir los conceptos de la cultura china y las estrategias utilizadas como la meditación, la relajación, el ying y el yang con los conceptos de la terapia cognitiva. Considerar el carácter cultural que pueden tener los pensamientos y creencias disfuncionales.
- Ser proactivo como profesional, dirigir y encauzar el proceso terapéutico.
- Aclarar los roles y las expectativas acerca de la terapia.

- Disponer de tiempo suficiente para conocer la historia familiar y migratoria.
- Contar con la familia como un elemento activo para la terapia.
- Tener en cuenta el estigma y la vergüenza que supone padecer un trastorno mental en la cultura china.
- Considerar la dificultad para expresar sentimientos personales.
- Recordar que los objetivos de la terapia occidental como la autonomía, la asertividad y la independencia del paciente, son valores que pueden diferir con los principios de la socialización china como la interdependencia familiar y el respeto a la autoridad. Por ello, es importante explicar al paciente la necesidad de aprender otras habilidades para desenvolverse en la cultura occidental.
- Conocer los principios del budismo sobre la visión y la acción correcta del comportamiento. Estos principios pueden parecerse al concepto de cogniciones racionales y al principio de moderación en la expresión emocional.
- Entender la manifestación del estrés por vía somática en función de la unión mente-cuerpo.
- Mostrar al paciente la relación existente entre las situaciones psicosociales y la sintomatología física.
- Unir prácticas terapéuticas como el tai-chi y la meditación junto con técnicas como la activación conductual, etc.

Interian y Díaz-Martínez (2007) mencionan algunas cuestiones relevantes sobre el tratamiento de la depresión para inmigrantes hispanos que presentaban bajo nivel económico y que fueron tratados en atención primaria con terapia cognitivo-conductual durante doce sesiones individuales. En primer lugar, aluden a la problemática de la

infrautilización de los servicios de salud mental. Observan la necesidad de ofertar el tratamiento en asistencia primaria y en su idioma (español). Esto requiere que el personal sea bilingüe para tratar con los pacientes que llegan a la recepción de los servicios. Otro problema que encuentran es la tasa de abandono del tratamiento. Para prevenirla llamaban por teléfono a los pacientes antes de las citas, ofrecían transporte, cuidado de los hijos y flexibilidad en la frecuencia y duración de las citas. Los autores muestran la importancia de:

- Cuidar la relación terapéutica, la calidez y el respeto (trato de usted). Considerar la interacción personal más que la institucional. Interesarse por la familia del paciente dada la importancia que ésta tiene para él.
- Tener en cuenta las ideas que tiene el paciente sobre su futuro.
- Posibilitar terapéuticamente que el inmigrante procure ir más allá de la catarsis, es decir, que desee modificar patrones del pensamiento, de emoción y de conducta. Para ello es necesario practicar y no sólo platicar.
- Utilizar recursos para trabajar con las cogniciones: dichos, refranes, cuentos e historias.
- Reconocer el tipo de actividades que tienen los pacientes y tener en cuenta sus dificultades económicas y de transporte para poder planificar la activación conductual.
- Reconocer los roles de género, conocer qué se espera de un hombre y de una mujer en su cultura, qué expectativas hay de una persona en función de la edad, cómo se entiende la autonomía, el valor de la familia, la expresión de las necesidades personales, etc.
- Utilizar técnicas de relajación, ejercicio físico, meditación, etc. dada la importancia de los síntomas somáticos.

- Tener en cuenta el estilo o la filosofía de vida que posee el inmigrante, ya que ésta subyace en los patrones emocionales, conductuales y cognitivos que emplea para hacer frente a los múltiples estresores que se le presentan.

En Estados Unidos, se elaboró un manual clínico en el que se han adaptado las intervenciones terapéuticas desde un enfoque teórico cognitivo-conductual para atender a diferentes minorías étnicas, como por ejemplo la población latina, africana, árabe y asiática (Hays e Iwamasa, 2008). En él se señalan algunos de los aspectos culturales y las modificaciones a tener en cuenta en cada grupo étnico. Se reitera la necesidad de investigar sobre la eficacia de los tratamientos en los distintos grupos.

Para intervenir con población latina y árabe exponen algunas cuestiones a considerar:

- Cuidar la relación terapéutica.
- Explicar desde un enfoque psicoeducativo en qué va a consistir la terapia, por ejemplo con videos de pacientes que relatan cómo se sienten antes y después del proceso terapéutico y cómo éste les ha ayudado.
- Tener conciencia de la importancia de los valores familiares en los pacientes.
- Centrar el trabajo en el presente.
- Utilizar técnicas de relajación, distracción y autoinstrucciones positivas.

Teniendo en cuenta estas pautas, Roselló, Bernal y Rivera (2008) diseñaron dos ensayos clínicos controlados para examinar la eficacia de la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual para

adolescentes puertorriqueños aquejados de depresión. Los resultados alcanzados fueron positivos. Estas cuestiones también han sido utilizadas en un estudio piloto para adaptar terapias de interacción con padres e hijos (Matos, Torres, Santiago, Jurado y Rodríguez, 2006), cuyos resultados fueron buenos y los pacientes verbalizaron altos niveles de satisfacción. Beeber, Holditch-Davis, Perreira, Schwartz, Lewis, Blanchard, Caruso y Goldman (2010) pusieron a prueba un programa domiciliario basado en la psicoterapia interpersonal para madres latinas con síntomas depresivos. Dicho programa produjo una importante disminución de los síntomas en las pacientes. El nivel de reducción de los síntomas fue mayor que el obtenido por el grupo de pacientes que recibió el tratamiento en forma habitual.

En Norteamérica, Hancock y Siu (2009) han adaptado un programa de tratamiento para hombres maltratadores latinos, teniendo en cuenta los valores culturales latinos y los estresores ambientales que viven las familias inmigrantes, como son: la pérdida de apoyo familiar, las dificultades en el ajuste a una nueva cultura, la inestabilidad laboral, la pobreza y el abuso de sustancias. En las parejas latinas se han relacionado la aparición de episodios violentos con situaciones como el contar con empleo la mujer y el desempleo del hombre, la protesta de la mujer al hombre por su infidelidad y el abuso de alcohol de éste.

En Canadá, Law (2007) ha desarrollado un tratamiento comunitario con buenos resultados para la población inmigrante con esquizofrenia y trastorno bipolar. En este trabajo se indican aspectos socioculturales a tener en cuenta: el rol de la familia, las características migratorias como el tiempo de residencia, la pérdida o ganancia de estatus, los valores culturales, el racismo y la discriminación sufrida, las posibles situaciones traumáticas previas y el modo somático de expresión del malestar.

¿Son más eficaces los tratamientos culturalmente adaptados?

Existen algunas investigaciones que estudian la eficacia de las adaptaciones culturales de tratamientos empíricamente validados para distintos trastornos mentales, aunque todavía sigue sin resolverse si estas adaptaciones son igualmente eficaces para inmigrantes y minorías con trastornos mentales.

Los tratamientos adaptados culturalmente obtenían tamaños del efecto de magnitud moderada $d=0,44-45$ tanto en adultos como en niños y adolescentes, manteniendo los principios técnicos que se han mostrado eficaces en estudios empíricos previos. Esto se evidencia en un meta-análisis de 76 estudios en el caso de los adultos y de 25 estudios en el caso de adolescentes y niños (Griner y Smith, 2006; Huey y Polo, 2008).

Smith, Domenech y Bernal (2011) en una revisión meta-analítica de 65 estudios con diseños cuasi-experimentales advierten que los tratamientos más efectivos eran aquellos que se adaptaban culturalmente y que tenían tamaños del efecto moderados de alrededor de $d=0,46$. Estos tamaños del efecto eran más altos en los pacientes adultos mayores de 35 años y en asiáticos, en relación a los pacientes africanos y nativos americanos. Los dos componentes más importantes que explican el efecto del tratamiento fueron: el trabajo sobre los objetivos terapéuticos señalados por los pacientes y el uso de metáforas y símbolos teniendo en cuenta la cultura de los mismos.

Existen todavía algunas limitaciones en estos estudios, entre otras: el bajo poder estadístico, el tamaño de la muestra pequeña y la carencia de información sobre cómo se ha llevado a cabo la adaptación cultural.

La salud física y psicológica es fundamental para integrarse en una sociedad (Ingleby, 2005). Los problemas de salud mental no reconocidos e inadecuadamente tratados pueden afectar negativamente a la adaptación y a

la posterior integración de los inmigrantes (Pumariega, Rothe y Pumariega, 2005). Por ello se deberían implementar programas de prevención primaria que permitan trabajar sobre el cuadro de estrés o de malestar, de manera que no se cronifique ni empeore el paciente, a fin de evitar mayores niveles de psicopatología. Pérez-Sales (2004) señala:

“Más que buscar síndromes en función de circunstancias adversas de la vida, habría que estudiar las reacciones y modos de afrontamiento ante esas circunstancias, potenciando los factores positivos de crecimiento personal”.¹³

Los programas mencionados sobre trabajo con el duelo complicado, manejo del estrés, desarrollo de fortalezas y tratamiento del trastorno adaptativo, no se han puesto a prueba de forma sistemática ni se han evaluado en la población inmigrante. Tampoco existe ningún estudio meta-analítico de terapia cognitivo-conductual con minorías étnicas o con muestras de personas con bajos ingresos (Hoffman y cols., 2012).

Teniendo en cuenta esta situación, se propone para su evaluación en la parte empírica de este trabajo, un Programa de Apoyo Psicológico estructurado dirigido a inmigrantes. Este programa serviría como un dispositivo de prevención primaria para cubrir requerimientos emocionales de respeto, contención, reconocimiento, apoyo, esclarecimiento y comprensión, con el objetivo de evitar la aparición o la cronicidad de los síntomas y proporcionar elementos para reorganizar su vida relacional y así adaptarse a su nueva situación, de esta manera, se fortalecería la capacidad para afrontar la multitud de factores estresantes que vivencia el inmigrante (Kareem y Littlewood, 2000).

¹³ Pérez-Sales, P. (2004). *Psicología y Psiquiatría Transcultural* (pág. 101). Bilbao. DDB.

CAPÍTULO 5
CONCLUSIONES TEÓRICAS

5. CONCLUSIONES TEÓRICAS

El estudio de la inmigración es reciente en España. Hasta los años 80 era un país de emigrantes y en la actualidad esta situación se ha revertido. El fenómeno de la migración puede ser abordado desde lo sociológico, económico, político, psicológico, etc. Desde la perspectiva psicológica, es importante atender a todo lo que le supone a una persona el emigrar. A parte de sus vicisitudes que hacen eco en la resonancia psíquica, esto lo lleva a la necesidad de una reidentificación y con ello, a la reconstrucción de un nuevo lugar. En este sentido, se entiende que el proceso migratorio trae aparejado una serie de consecuencias que el inmigrante necesita resolver: la necesidad de elaborar duelos y pérdidas, hacer frente a múltiples situaciones de estrés psicosocial y de supervivencia (Warheit, Vega, Auth y Meinhardt, 1985), a adaptarse a una nueva cultura y hacer frente al estrés aculturativo (Berry, 2001) tanto desde lo emocional como conductual (Ward y Kennedy, 1999) y la posibilidad de reconstituir su identidad.

En todo el transcurso migratorio persisten la ambivalencia y la liminalidad (encontrarse entre una cosa y la otra). La ambivalencia en la decisión ante la duda de quedarse en el país de acogida o regresar al suyo. Ambivalencia en los sentimientos, amar y rechazar al mismo tiempo (Sayed-Ahmad Beiruti, 2010). La liminalidad se la registra en la percepción de no ser “ni de aquí ni de allí” (Cárdenas, 2007).

Desde el punto de vista de la Administración, los inmigrantes forman parte de un mismo grupo, la ley migratoria los regula a todos por igual sin advertir las diferencias ni particularidades culturales. Desde lo sociológico, se entiende que la población inmigrante no es homogénea y eso también marca las diferencias psicológicas tanto sociales como individuales. Por lo tanto, es difícil hacer conclusiones generales. Sin

embargo, hay aspectos comunes que comparten los inmigrantes: el estrés, la separación de la familia, en algunos casos la pobreza, las condiciones laborales precarias, las dificultades de acceso a la vivienda, la discriminación, la pérdida de integración social, la necesidad de readaptación y afrontamiento (Hernández, Pozo y Alonso, 2004).

Al proceso migratorio se lo puede atravesar sin grandes dificultades o no. Depende de distintos factores de riesgo y de los recursos personales y sociales que trae el inmigrante. En las indagaciones realizadas al respecto, en general se coincide con la idea de que probablemente sea en la primera fase de asentamiento donde más síntomas se manifiesten.

La principal herramienta de adaptación que tiene el inmigrante es su propia salud física y psicológica así como sus recursos de afrontamiento.

Lo trabajado lleva a reflexionar sobre algunas cuestiones:

- cómo conservar la salud física y psicológica
- cómo elaborar los duelos y las pérdidas cuando no se cuenta con óptimas condiciones para ello en el país receptor
- cómo mantener las fuerzas tanto físicas como psicológicas cuando el estrés es agudo y desenergizante, crónico, múltiple, persiste en el tiempo y no se cuenta con apoyo externo
- cómo adaptarse a una nueva cultura si ésta lo obstaculiza, cómo lograr el sentimiento de pertenencia cuando el país lo expulsa, cómo prevenir el resentimiento
- cómo reconstruir una identidad sin identidad legal, con una identidad “quebrada” en lo personal, profesional, laboral y social y sin derechos ni deberes
- como existir en una sociedad sin existir legalmente
- como alcanzar la legalidad sin tantas trabas ni obstáculos institucionales.

Si los aspectos considerados no se resuelven, la salud del inmigrante se resiente y da lugar a distintos problemas. Esto se observa desde lo fenomenológico y descriptivo en el denominado Síndrome de Ulises que recoge la sintomatología del inmigrante como así también en el DSM-IV y DSM-5, donde se describen los síntomas y el malestar del inmigrante dentro de los trastornos adaptativos y el estrés aculturativo que genera el incorporarse a una nueva cultura.

Se podría seguir ahondando en la problemática y preguntarse hasta donde la sintomatología que padece el inmigrante se debe a la propia inmigración o la situación socioeconómica en la que éste vivía y en la del lugar que fue a arribar con las economías y políticas sociales propias del país al que llegó.

En realidad es difícil separar estos factores. Todos están en un constante interjuego. Al investigar en el campo de la migración se detectan algunas dificultades que se podrían puntuar:

- La diversidad de inmigrantes en cada país, por ejemplo en España hay presencia de latinos, árabes, suharianos, europeos del este, asiáticos, etc.
- Hay tanta diversidad de grupo como también de subgrupos culturales
- La adaptación lingüística y cultural de los instrumentos de diagnóstico y evaluación
- La adecuación metodológica de las intervenciones terapéuticas
- La capacitación específica de los profesionales en la temática migratoria.

Los resultados de los análisis comparativos en los trastornos mentales entre inmigrantes y autóctonos son inconsistentes. La inconsistencia podría deberse a la evaluación de grupos migratorios

disímiles y a la utilización de instrumentos de evaluación de otros contextos (Takeuchi y cols., 2007). Por todo ello, existe la necesidad de considerar en el estudio de los inmigrantes no sólo el grupo étnico con las características culturales, sino también el estatus de una minoría, el nivel socioeconómico, la aculturación y la historia migratoria. Todas estas variables se han empleado para explicar la presencia de trastornos mentales, la etiología, el estilo de expresión de las psicopatologías, las conductas de búsqueda de ayuda, las actitudes hacia los servicios de salud mental y las preferencias que los pacientes tienen del terapeuta (Alvidrez, Azocar y Miranda, 1996).

Es importante y necesario reflexionar sobre las medidas preventivas para la salud mental, investigar sobre los factores de riesgo y, en la intervención con los inmigrantes, conocer sus particularidades culturales en las diferencias (Avargues y Orellana, 2008).

A través de los distintos autores consultados se observa que los hallazgos sobre los resultados de la psicoterapia con inmigrantes en términos generales, son muy amplios; sin embargo, los tratamientos psicológicos ajustados o adaptados culturalmente son pocos y son menores aún en subgrupos (Smith, Domenech y Bernal, 2011). De los pocos trabajos que existen, parece que aquellos tratamientos que tienen mejores resultados son los que se realizan en el idioma del paciente, que tienen un terapeuta con similar cultura, que utilizan metáforas de la cultura del paciente, que incluyen valores culturales, que tienen en cuenta los objetivos marcados por los pacientes y que adaptan sus métodos para ajustarse a las consideraciones culturales.

Teniendo en cuenta las dificultades por las que se atraviesa en un proceso migratorio, desarrolladas a lo largo de todo este trabajo, se impone pensar en la creación y recreación de *programas preventivos de apoyo psicológico*. No sería incompatible trabajar desde distintos ámbitos, tanto

desde el programa como desde los servicios de asistencia primaria para el manejo del estrés y del malestar emocional en el momento del asentamiento. En esta fase primera, se proporcionará información para que luego el inmigrante elabore los duelos, afronte el estrés y aprenda habilidades y conductas culturalmente asertivas.

En la creación de programas preventivos y de apoyo psicológico incluir el trabajo con los hijos, como modo de reducir el impacto del malestar emocional que los padres y las madres inmigrantes transmiten a la generación que los continúa (Ornelas y Perreira, 2011).

A la intervención con niños y adolescentes inmigrantes se les debería otorgar una impronta de abordaje distinto. Es el adulto el que realiza la elección de emigrar, no así el niño y/o adolescente. Éstos responden y dependen de otras personas, generalmente sus padres. La no elección propia, la dependencia sumada a la etapa evolutiva por la que está atravesando, determina en algunos niños y adolescentes la potencialización de su sintomatología.

El proceso migratorio a pesar de los factores comunes es diferente en la vivencia individual por las capacidades de resistir de modo resiliente de cada persona.

La capacidad de resiliencia posibilita un desarrollo sano pese a circunstancias adversas. Si en algún momento los estresores son intensos y producen fracturas en el equilibrio psíquico del inmigrante, allí puede estar la oferta de un programa de apoyo psicológico para superarse y adquirir o recuperar la salud.

En la parte empírica de este trabajo, se ofrece un Programa de Apoyo Psicológico estructurado para el inmigrante en esta situación.

Vázquez Villegas (2009) menciona que:

“Aunque normalmente el inmigrante económico es joven y con un nivel de salud de partida bueno, las situaciones de marginación,

*hacinamiento, soledad y pobreza que pueden encontrar en nuestro país hacen que presenten, en general, unas condiciones de vida y unos indicadores de salud previsiblemente mejorables con acciones de asistencia sanitaria, de prevención de la enfermedad y de integración social”.*¹⁴

¹⁴ Vázquez Villegas, J. (2009). Aspectos legales en la atención sanitaria a inmigrantes. En Morera, J., Alonso, A. y Huerga, H. *Manual de Atención al Inmigrante* (Pág. 249-250). Barcelona. Ergón.

II. PARTE EMPÍRICA



INTRODUCCIÓN

Este trabajo surgió tras una trayectoria profesional de intervención con poblaciones inmigrantes de diferentes países. El narrar algunas experiencias de mi recorrido durante muchos años en torno a la temática de la migración, tiene como objetivo consignar los antecedentes que sirvieron para concretar la presente tesis.

Antecedentes en Venezuela

La labor que realicé con población inmigrante se remonta al año 1997 durante mi estancia de postgrado en la Universidad Central de Venezuela-Caracas. Una de las líneas de trabajo en la pasantía de Psicología Social Comunitaria, fue intervenir en organizaciones y asociaciones cuyas bases se encontraban en barrios marginales de Caracas (favelas). Allí contacté con niños indocumentados de Colombia que cruzaban la frontera y se afincaban con sus padres en el cerro. Los niños no podían asistir a la escuela por estar sin “papeles” y, por lo tanto, no recibían educación formal. Es en ese contexto donde actuaban Asociaciones como MAIZAL (Movimiento de apoyo a iniciativas zonales y locales autogestionadas) cuyo objetivo era ofrecer a los niños, adolescentes y jóvenes un espacio de educación no formal.

Antecedentes en Argentina

Durante los años 1998 al 2000, intervine con niños y adolescentes de la zona rural del noroeste argentino, en la Provincia de Tucumán, en un pueblo llamado Alpachiri, zona que tiene una economía precaria de subsistencia, basada en la agricultura. El pueblo de Alpachiri se caracteriza

por poseer una “población golondrina”, que significa que, cuando no hay cosechas en esa zona, los trabajadores se desplazan a otras tierras a recoger la cosecha de la temporada. Los niños y adolescentes pueden quedar varios meses con sus madres y abuelos. A veces se traslada toda la familia junta. Terminado el trabajo, retornan a su tierra.

Mi trabajo en esta realidad, consistió en la implementación del proyecto internacional denominado Constelación creado por la artista plástica francesa Sylvaine Remy.

Constelación tiene como propósito desarrollar la capacidad creativa y artística de los niños y adolescentes de diferentes lugares del mundo y propiciar el intercambio de las producciones plásticas entre ellos. Este proyecto llega a Latinoamérica a través de su incorporación en la Universidad Central de Venezuela, bajo la dirección de la Dra. Maritza Montero, aplicándolo con niños de un barrio marginal de Caracas. De esta manera, se replica esta experiencia en Tucumán, trabajando con niños campesinos. Se trató de una alternativa de educación no formal e interdisciplinaria en la que los niños podían participar y expresarse libremente a través de actividades plásticas, teatrales y literarias. Se propició desde el Arte y la Psicología, el desarrollo del sentimiento de pertenencia comunitaria, la responsabilidad por el medio ambiente, la búsqueda y el reconocimiento de sus raíces, la valoración y confianza en el niño sobre sí mismo como así también del contexto que lo rodeaba. Para trabajar estas temáticas, se recrearon características de su propio pueblo y se intercambiaron dibujos con niños de otros lugares. El proyecto se convirtió en una alternativa de participación en un medio rural de bajo nivel socioeconómico, con pocos recursos materiales y con condiciones escasas de educación, trabajo, salud, vivienda, energía eléctrica y agua potable. En esa realidad los niños y adolescentes tienen pocas posibilidades de participación más allá de la escuela. Cuando terminan la educación

primaria tienen dos alternativas, asistir a la escuela secundaria o ingresar directamente en el mundo del trabajo agrícola como modo de supervivencia siguiendo las costumbres de sus padres.

Antecedentes en el País Vasco

Durante el año 2002 colaboré con Asociaciones que fomentaban el trabajo con inmigrantes como Adiskidetuak, brindando apoyo psicológico y con la Asociación de mujeres inmigrantes GARAI PEN, en el transcurso de los años 2005-2006 coordinando proyectos en el ámbito de la salud mental.

En el año 2002 participé en la investigación “*Evaluación y análisis de la inmigración en la CAV: los nuevos retos de una sociedad multicultural*” dirigida por el Dr. César San Juan. Ayudé a diseñar y administrar la encuesta para evaluar la situación migratoria en el País Vasco. Trabajé con población inmigrante que residía en San Sebastián, Bilbao y Vitoria. La encuesta solicitaba información sobre aspectos laborales, legales, psicosociales, vinculares, educativos, religiosos y de salud, entre otros. También se consignaron datos emergentes y temáticas tales como: sentimientos de aceptación o rechazo, su visión de la sociedad vasca, las motivaciones que determinaron su partida, las perturbaciones en su identidad personal, las dificultades en los trámites para la obtención de la identidad legal, el dolor de la salida, la posibilidad del retorno, las estrategias de afrontamiento que coadyuven a una integración saludable para superar los retos de la aculturación.

La aplicación de la encuesta, no se limitó a las preguntas concretas ya pautadas porque la población demandaba otro espacio. En forma paralela a la realización de las encuestas surgió entonces, un espacio de escucha, contención y verbalización. Se brindó a los inmigrantes la

posibilidad de poner en palabras algunos de los conflictos que le ocasionaban problemas en la asimilación a la cultura nueva, de manifestar situaciones angustiosas y difíciles, y de relatar las vicisitudes producidas al atravesar por el proceso migratorio.

Así mismo se registraron elementos que daban cuenta de necesidades funcionales y emocionales del inmigrante. Entre ellas problemas de identidad, legalidad, ayuda, comprensión, etc.

Una parte de las encuestas estaba destinada a la verbalización abierta de los inmigrantes, material que analicé cualitativamente y que sirvió como fuente de artículos publicados por el equipo investigador San Juan, Vergara y Ocariz (2005) y San Juan (2005).

Desde el año 2003 al 2005 trabajé con niños inmigrantes y vascos replicando en la Comunidad Autónoma Vasca, la puesta en marcha del Proyecto Constelación antes mencionado. Primero lo realicé a través de la ONG Psicólogos sin Fronteras y luego como una de las fundadoras de la Asociación Constelación Euskal-Herria: “Voces y Colores de la Tierra”. Este proyecto consistía en intervenir a través del Arte y la Psicología, sobre los aspectos emergentes del proceso migratorio en los niños, púberes y adolescentes como también la resonancia en los autóctonos. Fue un proyecto de creación e integración intercultural desarrollado en la Provincia de Guipúzcoa como respuesta a las demandas clínicas-psicosociales producidas tras el fenómeno social de la inmigración.

En el proyecto se proponía que los niños y adolescentes, inmigrantes y vascos, pudieran recrear y convertirse en “pequeños artistas”. Se les dio la consigna de pensar y expresar en sus obras artísticas lo que les gustaría mostrar del País Vasco y de los países de origen a otros niños del mundo. Así, se propició un espacio de encuentro para compartir las diferencias y semejanzas promoviendo la convivencia y el enriquecimiento de lo que cada niño aporta desde sus tradiciones y cultura. Como la *convivencia* trae

aparejada encuentros y desencuentros, se recreó un proceso y espacio de confluencias de costumbres culturales distintas.

En los grupos y sus producciones se evidenciaron expresiones de desarraigo. La población infantil y adolescente inmigrante *no elige* salir de sus países, son sus padres o tutores los responsables que los trasladan y concretan la decisión. Los niños y adolescentes también deben adquirir el aprendizaje de vivir en dos mundos. Su espacio psicológico es el lugar donde fluctúan los valores de sus padres y los de la sociedad a la que llegan. Cuando los padres no tienen asumido el proceso de aculturación y no consiguieron resolver saludablemente la asimilación migratoria, pueden proyectar sus dificultades en los hijos y estos presentar síntomas en el área familiar, en el área social y en el área escolar, en el proceso de enseñanza-aprendizaje y en la integración.

En este sentido el Proyecto fue un *espacio de elaboración de la conflictiva* de los procesos migratorios, tanto para el niño que emigra como para el niño que nació en la propia tierra, que recibe y convive con el inmigrante. Este niño o adolescente no permanece ajeno frente al fenómeno social de la inmigración. Para trabajar se utilizaron recursos artísticos y el desarraigo quedó plasmado en sus dibujos y en sus producciones plásticas en general. Esto les proporcionó seguridad. Las proyecciones artísticas, además de actuar como elementos catárticos, dieron cuenta de elementos conflictivos internalizados, lo que posibilitó compartir y reafirmarse entre pares de igual y de distinta procedencia. Se utilizó la creación artística como un medio de expresión, transformación y elaboración de emociones propiciando conductas saludables. Intervenir a través del arte y en entornos multiculturales permite que, tanto los inmigrantes como los que no lo son, se puedan expresar (Arias y Vargas, 2003).

El proyecto estuvo centrado en la *promoción de la salud*, favoreciendo el bienestar bio-psico-social. Para ello se trabajó en talleres

semanales grupales con los niños por medio de distintas manifestaciones artísticas (plástica, dibujo, teatro, fotografía, poesía y música). Se abordaron diversas temáticas, se intercambiaron las producciones plásticas de los niños de los diferentes países. De esta manera, se amplió su horizonte geo-espacial y por ende sus vínculos. También se amplió el conocimiento sobre otras culturas y se mostraron las propias. La llegada de los materiales plásticos de otros lugares sirvió para que el niño inmigrante se *reencontrara* con su cultura de origen, la de sus padres y de esta manera mantuviera un puente de aceptación e internalización con lo que dejó. Al mismo tiempo compartía y mostraba al niño vasco de dónde venía, cuáles eran sus costumbres, tradiciones, naturaleza y colores de su tierra de origen. También se intervino con las madres y los padres de los niños compartiendo las producciones artísticas y comprometiéndolos en el proyecto.

Durante los años 2003 y hasta el año 2006, trabajé como becaria en la Unidad de Asistencia Psicológica de la Universidad del País Vasco. En este período se produjeron demandas de atención psicológica de alumnos que presentaban la condición de inmigrantes, esto motivó en mí nuevamente el deseo de intervenir con este tipo de población.

Todas estas experiencias en las cuales se muestran tanto las dificultades psicológicas como las conductas adaptativas de los inmigrantes a su nueva situación, hizo que se pensara en la posibilidad de crear, desarrollar y poner en marcha un **Programa de Apoyo Psicológico a inmigrantes** en la Facultad de Psicología de la UPV/EHU. El programa funcionó desde mayo del año 2007 a diciembre del año 2012, bajo la dirección de la Dra. Karmele Salaberría.

El proceso migratorio conlleva apertura y retos psicológicos en la adopción a la nueva situación. A pesar de la existencia de datos sobre estas

dificultades y el riesgo asociado al mismo, los programas de apoyo psicológico estructurados, especialmente para inmigrantes son mínimos. En ellos no se describen los instrumentos de evaluación, las técnicas utilizadas en detalle y no se presenta la evolución de los resultados terapéuticos a largo plazo. Con este trabajo empírico se intentó dar respuesta a algunas de estas carencias, consciente de la amplitud temática que queda por trabajar. Para ello, se diseñó un Programa de Apoyo Psicológico que sirviera como un dispositivo de salud de atención primaria, que cubriera necesidades emocionales de apoyo, ayuda, comprensión y que evitara la aparición de síntomas, la cronicidad o el agravamiento de los mismos. Todo esto permitiría ayudar al inmigrante a organizar su vida relacional y social para adaptarse a su nueva situación (Marsella y Pedersen, 2004; Ritsner, Ponizovsky y Ginath, 1997) haciendo frente a la multitud de factores estresantes que acompañan al proceso migratorio (Kareem y Littlewood, 2000).

El Programa de Apoyo Psicológico que se presenta tiene como objetivo primordial el abordaje de los principales síntomas psicológicos de los inmigrantes (ansiedad, tristeza, somatización, confusión, etc.) derivados del estrés migratorio y la mejoría en su proceso de adaptación.

La parte empírica que se desarrolla a continuación, muestra los resultados del Programa a lo largo del tiempo en la población de inmigrantes que participaron. Se detallan los objetivos y las hipótesis de las que se parte para la presente investigación, se describe el método, el procedimiento, los análisis estadísticos empleados y los resultados alcanzados, para luego finalizar con la exposición de las conclusiones a las que se arribaron.

CAPÍTULO 6
OBJETIVOS E HIPÓTESIS

6. OBJETIVOS E HPÓTESIS

Este trabajo plantea un objetivo general del que se derivan cuatro objetivos específicos.

6.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal de esta investigación es elaborar e implementar un Programa de Apoyo Psicológico para inmigrantes que aborde la sintomatología ansioso-depresiva-somática y confusional derivada del estrés migratorio. Esto implica evaluar los resultados de dicho Programa a corto, medio y largo plazo (pre, post, 3, 6 y 12 meses) a fin de comprobar la efectividad del mismo.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS

De los cuatro objetivos específicos se desprenden las correspondientes hipótesis.

***Objetivo Específico 1:** Identificar el perfil socio-demográfico, migratorio, psicopatológico y de autoestima de los inmigrantes que acuden a solicitar ayuda al Programa de Apoyo Psicológico.*

Para dar respuesta a este objetivo se plantean varias hipótesis:

Hipótesis 1:

Se espera que los pacientes inmigrantes que demanden atención provengan mayoritariamente de Latinoamérica, asistan más mujeres que hombres, estén casadas y/o en pareja, tengan hijos, un nivel de estudios medio y sea una población con edades inferiores a los 50 años.

Hipótesis 2:

Los pacientes inmigrantes que acudan al Programa lo harán principalmente en la primera fase de asentamiento (menos de cinco años de estancia), la mayoría no tendrán permiso de residencia ni de trabajo y su situación laboral será precaria o estarán desempleados.

Hipótesis 3:

Los pacientes inmigrantes presentarán mayor nivel de síntomas psicopatológicos que la población general, un elevado estrés migratorio y un bajo nivel de autoestima.

***Objetivo Específico 2:** Indagar qué objetivos terapéuticos se plantean los inmigrantes al pedir ayuda psicológica.*

Hipótesis 4:

Los pacientes inmigrantes se plantearán como objetivo trabajar conductas que estén relacionadas con síntomas de depresión o de ansiedad, miedo, dificultades en sus vínculos familiares y en su integración social en la vida cotidiana.

***Objetivo Específico 3:** Analizar el nivel de síntomas de los pacientes inmigrantes y comprobar si existen diferencias entre ellos en función de su situación legal, de la deuda que adquirieron en el país de origen y/o de llegada, el tiempo de permanencia en el país de acogida y la historia de victimización en el país de origen.*

Este objetivo ha dado lugar a cuatro hipótesis sobre las diferencias entre distintos subgrupos que se formulan del siguiente modo:

Hipótesis 5:

Los pacientes inmigrantes con situación legal regular presentarán menos síntomas psicopatológicos y un menor nivel de estrés que los inmigrantes en situación irregular.

Hipótesis 6:

Los pacientes inmigrantes que contrajeron deudas para abordar el proceso de migración evidenciarán mayor nivel de estrés y síntomas psicopatológicos que los que no las tienen.

Hipótesis 7:

Los inmigrantes que lleven más de cinco años de residencia en el país de llegada, revelarán menos síntomas que los que lleven menos de cinco años.

Hipótesis 8:

Los pacientes inmigrantes que han sido víctimas en su país de origen manifestarán mayor nivel de sintomatología.

***Objetivo Específico 4:** Comprobar la efectividad del Programa de Apoyo Psicológico analizando los beneficios del mismo en los síntomas psicopatológicos, en la autoestima y en las conductas objetivo entre el pre y el post-tratamiento y en los seguimientos de 3, 6 y 12 meses.*

Se han elaborado las siguientes hipótesis respecto a este objetivo:

Hipótesis 9:

Los inmigrantes que terminen el Programa disminuirán las puntuaciones en los síntomas psicopatológicos de forma

estadísticamente significativa y aumentarán el nivel de autoestima entre el pre y el post-tratamiento y esta mejora se mantendrá en las evaluaciones realizadas a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento.

Hipótesis 10:

Los participantes que terminen el Programa disminuirán de forma estadísticamente significativa la percepción del nivel de dificultad de las conductas objetivo que se plantearán trabajar entre el pre y post-tratamiento y esta percepción disminuirá progresivamente a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento.

Hipótesis 11:

Los pacientes que finalicen el Programa experimentarán un alto nivel de satisfacción con el mismo.

Hipótesis 12:

Se producirá un cambio clínicamente significativo de mejora y/o de recuperación en la mayoría de los pacientes que perseveren en el Programa hasta los 12 meses de seguimiento, en el Índice General de Severidad sintomatológica del SCL-90-R y en la percepción del nivel de dificultad de las conductas objetivo.

CAPÍTULO 7

MÉTODO

7. MÉTODO

7.1. PARTICIPANTES

La muestra de este estudio está compuesta por 65 inmigrantes del total de 156 personas que solicitaron cita en el Programa de Apoyo Psicológico para inmigrantes de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco, durante el período de mayo del año 2007 a diciembre del año 2012. Todos eran residentes en Guipúzcoa.

Los *criterios de admisión* para este estudio han sido los siguientes:

- Que el paciente sea mayor de 18 años.
- Que desee participar voluntariamente en el Programa después de haber sido informado.
- Que pueda cumplimentar los cuestionarios de evaluación y tenga un mínimo conocimiento del castellano.
- Que, desde el punto de vista psicopatológico, no presente trastornos psicóticos, adictivos, afectivos graves con ideación suicida, obsesivo-compulsivos, de estrés postraumático, de ansiedad generalizada y de alimentación. Que desde el punto de vista de la salud física no manifieste una enfermedad crónica grave o incapacitante para el trabajo y que tampoco se encuentre inmerso en un proceso de duelo por fallecimiento en los últimos tres meses.

El objetivo a la hora de establecer estos criterios era trabajar principalmente con pacientes aquejados de trastornos adaptativos de tipo crónico.

Desde el año 2007 al 2012, como se mencionó anteriormente, contactaron con el Programa de Apoyo Psicológico un total de 156 inmigrantes. De los cuales el 84,6% (N=132) acude a la primera entrevista, mientras que el 15,4% (N=24) no se presenta a la cita concertada. De los 132 pacientes que asisten a la primera entrevista:

- Reúnen los criterios de admisión: 78 pacientes (59,09%). De los cuales:
 - 65 inmigrantes (83,33%) cumplieron la evaluación pre-tratamiento,
 - 13 inmigrantes (16,7%) obtuvieron información sobre el Programa, dieron su consentimiento, acudieron a la primera entrevista pero no finalizaron la evaluación pre-tratamiento.
- No cumplen los criterios de admisión por lo que no pueden integrarse en el Programa: 54 pacientes (40,9%). Las razones por las que no se ajustan a los criterios de admisión se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Razones de las personas que no cumplen los criterios de admisión (N=54)

RAZONES		N
	Adicciones	6
Trastornos mentales	Trastornos psicóticos	4
	Trastornos depresivos	4
	Trastorno de estrés postraumático	3
	Trastorno de ansiedad generalizada	2
	Víctimas (acoso laboral, maltrato, violación)	4
Estar en procesos de duelo en los últimos tres meses por suicidios o muertes inesperadas o violentas de familiares en sus países de origen	4	
Retorno voluntario	3	
Refugiados	3	
Enfermedades incapacitantes para el trabajo	1	
Solicitan información	7	
Rechazan participar	2	
Baja de un paciente por inasistencia reiterada a las citas	1	
Analfabetismo	3	
Desconocimiento del castellano	4	
Embarazo	3	

De los 54 pacientes inmigrantes que no cumplieron los criterios de admisión, el 35,18% presentaba algún trastorno mental y el 7,41% era víctima de acoso laboral, violación y maltrato. Estos pacientes fueron atendidos y remitidos al médico de cabecera con un informe para el Centro de Salud Mental, o derivados a servicios especializados como Alcohólicos Anónimos, Asociación de Ayuda a Ludópatas, o a instituciones de asistencia a víctimas de maltrato. A las personas que no contaban con la tarjeta sanitaria se les atendió fuera del Programa hasta que pudieron acceder a ella. En los casos donde existía cobertura sanitaria se trabajó la necesidad de tratar su malestar con psicofármacos y acudir al psiquiatra, muchos eran reticentes a ello, ya que señalaban por ejemplo que no estaban locos. Se les explicó cómo funciona el sistema de salud, las diversas asociaciones con las que se cuenta en el medio y se aclararon las dudas que podían existir. En algún caso se practicó la forma de poder explicitar lo que les ocurría y cómo preguntar al psiquiatra del Centro de Salud Mental para disipar sus dudas. Se les dijo que era posible combinar la asistencia al Programa junto con la medicación o solicitar la derivación al psicólogo clínico del Centro de Salud Mental.

Los inmigrantes que presentaban un cuadro de duelo (el 7,41%) fueron atendidos fuera del Programa. Se trabajó con ellos la resolución de la pérdida y en los casos que se vio conveniente se derivaron al médico de cabecera.

Un 5,55% de las personas que contactaron con el Programa consultaron por el malestar que les producía el decidir retornar voluntariamente a sus países de origen y por ser refugiados en igual proporción. En los casos de retorno voluntario, la sensación de fracaso, la incapacidad para estar alejados de sus hijos, las deudas económicas, los temores por regresar y no saber qué hacer ni cómo volver a insertarse en el

país de origen, etc., fueron trabajados junto con el acompañamiento en la preparación del viaje de regreso.

Los refugiados también fueron atendidos fuera del Programa y derivados al médico de cabecera para que pudieran recibir tratamiento psicofarmacológico por depresión con ideación suicida y trastorno de estrés postraumático crónico.

El 12,96% de inmigrantes, se acercó al Programa para solicitar diversa información: sobre trastornos mentales que aquejaban a familiares (esquizofrenia, TDAH, etc.), también para pedir datos y orientación sobre la búsqueda de vivienda, instituciones gubernamentales a las cuáles debían ir para gestionar trámites, ayudas económicas a las que podían acceder, cómo podían gestionar la documentación, etc. En estos casos se proporcionó información y se les ofrecieron direcciones y teléfonos de los servicios sociales y jurídicos a los que podían acudir.

Un 7,41% de los inmigrantes no pudo incluirse en el Programa por desconocer el idioma y un 5,55% por analfabetismo, en estos casos se trabajó de un modo más simple y gráfico y en la medida de lo posible se practicó la escucha, la contención y la explicación sobre lo que les ocurría. Además, durante las sesiones se llevaban a cabo sencillas técnicas de manejo de la ansiedad como la respiración abdominal, la activación conductual con planificación de actividades positivas y el diseño de auto-instrucciones de afrontamiento.

Las mujeres embarazadas que llegaron al Programa (un 5,55%) fueron atendidas hasta que pudieron asistir a las sesiones ya que al nacer sus hijos les resultaba muy difícil seguir acudiendo al Programa.

7.2. DISEÑO

El estudio se ha realizado con un diseño de casos A-B-A más seguimientos de 3, 6 y 12 meses. La idea preliminar era utilizar un diseño de comparación de grupos, uno que recibiera el Programa de Apoyo Psicológico en formato individual y otro en formato grupal. La constitución de los grupos fue inviable por varias razones: los horarios de trabajo, la inestabilidad laboral, el temor de algunos inmigrantes a la posible ruptura de la confidencialidad por parte de los miembros del grupo, el miedo a los rumores, el sentimiento de vergüenza al expresarse ante otros inmigrantes y que eso les comprometiera luego fuera del ámbito terapéutico. Estos inconvenientes también se han mostrado en otros estudios como el de Gimeno, Lafuente y González (2014) y Knipscheer y Kleber (2004).

Ante esta situación se planteó un estudio comparativo entre un grupo que recibiera el Programa y un grupo de control de lista de espera, pero este diseño no se pudo realizar porque los pacientes acudían en situación de crisis, generalmente en su primera fase de llegada al país y no se consideró ético hacerles esperar.

7.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La evaluación además de tener por objetivo recoger diversos datos, también se proponía proporcionar al paciente apoyo emocional y facilitar la verbalización de su malestar, el relato de vida y de su historia migratoria (ver los instrumentos de evaluación en Anexo 1). Las razones por las que se utilizaron los instrumentos seleccionados fueron:

- Por ser breves.
- Porque han sido aplicados en otros estudios con población inmigrante y permiten comparar los resultados.

- Por abarcar aspectos migratorios y socio-demográficos.
- Porque fueran sensibles al cambio terapéutico.

A continuación se muestran, en la tabla 23, las variables evaluadas, los instrumentos utilizados y los momentos de aplicación de los mismos.

Tabla 23. Instrumentos de evaluación y momentos de aplicación

Variables evaluadas	Instrumentos de evaluación	Momentos de aplicación
Sociodemográficas y Migratorias	a) Entrevista semi-estructurada diseñada ad hoc	Pre-tratamiento
	b) Escala de Ulises	Pre-tratamiento
Psicopatológicas	SCL-90-R	Pre-tratamiento
		Post-tratamiento
		Seguimiento 3 meses
		Seguimiento 6 meses
		Seguimiento 12 meses
Personalidad	Escala de Autoestima	Pre-tratamiento
		Post-tratamiento
		Seguimiento 3 meses
		Seguimiento 6 meses
		Seguimiento 12 meses
Relacionadas con los objetivos terapéuticos	Escala de Conductas Objetivo	Pre-tratamiento
		Post-tratamiento
		Seguimiento 3 meses
		Seguimiento 6 meses
		Seguimiento 12 meses
Relacionada con la evaluación del paciente sobre el tratamiento	Cuestionario de Satisfacción con el tratamiento	Post-tratamiento

7.3.1. Variables socio-demográficas y migratorias

Se considera *variable socio-demográfica* a aquella que ayuda a recoger datos tales como: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, hijos, número de hijos, lugar de residencia de los hijos y/o pareja, etc. La *variable migratoria* engloba lo relacionado con las condiciones de migración, lugar de procedencia, situación legal, el estrés que supone emigrar, etc.

Los instrumentos que se utilizaron para evaluar estas variables fueron:

a) Entrevista demográfica y variables de la inmigración

Se diseñó una primera **entrevista semi-estructurada** donde se recogían datos sobre variables socio-demográficas y migratorias. La entrevista permite abordar el relato de la historia de vida y migratoria del paciente. Se administra en un primer encuentro con el inmigrante por lo que ayuda a iniciar el establecimiento del vínculo terapéutico. También posibilita conocer la causa por la que acude al Programa como así también sus expectativas y necesidades. Se sabe que la escucha es la base de toda intervención terapéutica, pero en esta fase se torna esencial una escucha particular ya que el inmigrante llega al Programa en su primera etapa migratoria, donde en muchos casos, es el primer espacio con el que cuentan para poder poner en palabras sus dificultades con respecto a la llegada al país. Razón por la cual es necesario contar con tiempo suficiente (como mínimo hora y media) para dar lugar a la expresión de su situación.

En la entrevista inicial se obtenían datos referidos por un lado, a variables socio-demográficas: edad, sexo, estado civil, vivienda, formación académica y por otro, a variables migratorias analizadas en este trabajo como: lugar de procedencia, fecha de salida del país de origen, situación

familiar, laboral y económica, estado legal, condiciones sanitarias (si había o no historia psiquiátrica anterior, si padeció o padece alguna enfermedad) y posesión de tarjeta sanitaria.

La entrevista se elaboró específicamente para esta investigación teniendo en cuenta las variables más relevantes citadas en los estudios sobre inmigración y salud mental.

b) Escala de estrés Ulises (Achotegui, 2005)

Para valorar el nivel de estrés migratorio se utilizó la **Escala Ulises**, referida a duelos extremos en la migración. Este instrumento se usa en el contexto de una entrevista. La escala se divide en siete apartados que recogen datos sobre el nivel de estrés que padece el inmigrante en diferentes ámbitos. Cada ítem se puntúa de 0 a 3. Los apartados son los siguientes:

- La escala de familia (rango 0-60) estima la existencia de familiares, amigos o instituciones cercanos para pedir ayuda, el haber dejado a hijos y padres ancianos o enfermos en el país de origen, la separación o el divorcio de la pareja, la posibilidad de que exista peligro para la familia en el país de origen, etc.
- La escala de estrés aculturativo (rango 0-27) valora las diferencias entre la lengua, la cultura, la tierra y la identidad étnica del país de origen y el país receptor.
- La escala de fracaso (rango 0-48) recoge información sobre la situación legal y laboral, las deudas, las expectativas, la posibilidad de regreso, la existencia de enfermedades y discapacidades o las dificultades escolares de los hijos.
- La escala de supervivencia y miedo (rango 0-24) ayuda a conocer si el inmigrante tiene vivienda, padece hambre, tiene dificultades de

salud no atendidas, si ha vivido situaciones de peligro para su vida durante el viaje migratorio y/o en el país de origen.

- La escala de factores epidemiológicos (rango 0-6) evalúa la importancia que tiene la edad y el sexo en el proceso migratorio.
- La escala de otras variables (rango 0-9) reúne información sobre la historia infantil, la decisión de emigrar y el registro de síntomas psicológicos percibidos por el paciente.
- La escala de vulnerabilidad (rango 0-18) indaga sobre la percepción que tiene el inmigrante de sí mismo en cuanto a sus características de personalidad (timidez, dependencia, desconfianza, etc.).

La puntuación máxima que se puede obtener en la escala es de 192 puntos. Se considera estrés leve entre 0-30 puntos, moderado entre 30 y 60 puntos y extremo más de 60.

7.3.2. Variables psicopatológicas

Se entiende por *variables psicopatológicas* aquellas que recogen el malestar y sufrimiento psíquico del paciente. El instrumento que se empleó para evaluar esta variable fue el **Cuestionario de 90 síntomas revisado SCL-90-R**.

Se utilizó la escala SCL-90-R (Derogatis, 1975; versión española de González de Rivera y cols., 2002) para evaluar la presencia de síntomas psicopatológicos generales.

La escala consta de 90 ítems, con cinco alternativas de respuesta, que oscilan entre 0 (nada) y 4 (mucho), de acuerdo a la intensidad con la que el sujeto ha vivido el malestar en las últimas semanas. La escala evalúa nueve dimensiones de síntomas:

- *Somatización* (SOM): valora la presencia de malestares que siente el paciente asociados a diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias).
- *Obsesión-compulsión* (OBS): se refiere a pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no son deseados por el paciente pero le irrumpen en su funcionamiento psíquico.
- *Sensibilidad interpersonal* (SI): detecta la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.
- *Depresión* (DEP): indaga el estado de ánimo disfórico, la falta de motivación, la poca energía vital, los sentimientos de desesperanza, la ideación suicida, etc.
- *Ansiedad* (ANS): estima la aparición de signos generales de ansiedad como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedo.
- *Hostilidad* (HOS): evalúa la presencia de pensamientos, sentimientos y acciones que son característicos cuando hay presencia de emociones negativas de enfado.
- *Ansiedad fóbica* (FOB): hace alusión a una respuesta continua de miedo, por ejemplo temor a personas específicas, lugares, objetos, situaciones, respuesta que por sí misma es irracional y desproporcionada con respecto al estímulo que la provoca.
- *Ideación paranoide* (PAR): evalúa comportamientos persecutorios principalmente con respecto a desórdenes del pensamiento, por ejemplo pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

- *Psicoticismo* (PSIC): hace mención a síntomas relacionados a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.
- *Ítems adicionales*: considera siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones antes citadas, pero poseen relevancia clínica. Estos ítems tienen que ver con preguntas sobre: si el sujeto tiene poco apetito, problemas para dormir, pensamientos acerca de la muerte o el morirse, comer en exceso, despertarse muy temprano, sueño intranquilo y sentimientos de culpa.

La escala además ofrece tres índices globales de malestar que reflejan diferentes aspectos del sufrimiento del sujeto:

- El *Índice de Severidad Global* (GSI): indica el nivel actual de la gravedad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Proporciona una medida global o total de la intensidad del sufrimiento psíquico.
- El *Total de Síntomas Positivos o de Respuestas Positivas* (PST): se refiere a cuál es el total de respuestas o síntomas presentes, lo que indica la amplitud y diversidad psicopatológica.
- El *Índice de Distress de Síntomas Positivos* (PSDI): es un indicador de la intensidad del sufrimiento medio al vincular el sufrimiento global con el número de síntomas presentes. Relaciona el sufrimiento o *distres* global con el número de síntomas.

La consistencia interna del cuestionario oscila entre 0,81 y 0,90 y la estabilidad temporal entre 0,78 y 0,90. El SCL-90-R ha sido utilizado en diversos estudios sobre la salud mental de los inmigrantes en Latinoamérica, en España, en Alemania, etc. (Haasen, Demiralay y Reimer, 2008; Valiente y cols., 1996).

Tabla 24. Cuestionario de 90 síntomas revisado SCL-90-R

Autor: Derogatis, L. (1975). *SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised*. Minnesota, EE.UU.

Versión española: González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M y Rodríguez Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas. Adaptación española del SCL-90*. TEA Ediciones, Madrid.

Evalúa: Nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar.

Nº de ítems: 90

Administración: Autoaplicada

7.3.3. Variables relacionadas con la Personalidad

Se considera como *variable de personalidad* a aquel aspecto que tiene que ver con la autoestima del sujeto (valoración que tiene de sí mismo) y con su fortaleza psíquica. Se utilizó para ello la **Escala de Autoestima** (Rosenberg, 1965) que tiene como objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de diez ítems generales que se puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert. Los ítems 2, 5, 8, 9 y 10 se puntúan del 1 al 4 y los ítems 1, 3, 4, 6 y 7 se puntúan del 4 al 1. El rango del cuestionario es de 10 a 40, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima. La fiabilidad test-retest es de 0,85 y el coeficiente alfa de consistencia interna de 0,92. El punto de corte para la población adulta es de 29 (Ward, 1977). Este instrumento ha sido utilizado con población inmigrante en Noruega (Oppedal, Roysamb y Lacklud, 2004).

Tabla 25. Escala de Autoestima

Autor: Rosenberg, A. (1965). *Society and adolescent Self-image*. New Jersey. Princeton.

Evalúa: Autoestima

Nº de ítems: 10

Administración: Autoaplicada

7.3.4. Variables relacionadas con los Objetivos Terapéuticos

Se considera como *variable objetivos terapéuticos* a aquellos aspectos que los pacientes quieren trabajar en el tratamiento y que al hacerlo pueden conseguir mayor bienestar. Para evaluar las conductas objetivo se utilizó como instrumento la escala de conductas objetivo.

La escala es un autoinforme diseñado para que los pacientes concreten una lista de cinco conductas que quieren mejorar y supondrían un beneficio importante para su vida cotidiana. Estas cinco conductas se valoran según su grado de dificultad de 1 (menor dificultad) a 10 (mayor dificultad). El rango de la escala va de 5 a 50.

Tabla 26. Escala de Conductas Objetivo

Autores: Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

Evalúa: Nivel de dificultad en la superación de determinados objetivos

Nº de ítems: 5 objetivos propuestos por el paciente

Administración: Autoaplicada o heteroaplicada.

7.3.5. Variables relacionadas con la evaluación del paciente sobre el tratamiento

Se considera en este apartado la opinión y valoración que el paciente tiene sobre el tratamiento que recibió. Para su evaluación, se utilizó **el cuestionario de satisfacción con el tratamiento** (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979) que se compone de ocho ítems relacionados con la calidad de la atención terapéutica, con la intensidad de la ayuda recibida y con la satisfacción con el tratamiento. Los ítems están estructurados en una escala de tipo Likert, cinco formulados en forma positiva y tres en forma negativa para el control de la aquiescencia, cada uno con una puntuación de 1 a 4. El rango del cuestionario es de 8 a 32. Se aplica de modo autoplicado.

Tabla 27. Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento

Autores: Larsen, D. L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., Nguyen, A.T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.

Evalúa: Valoración del paciente sobre el tratamiento recibido

Nº de ítems: 8

Administración : Autoaplicada

7.4. PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO

Se elaboró un Programa de Apoyo Psicológico centrado en la solución de problemas y en el abordaje de la sintomatología ansioso-depresiva-somática y confusional. Su propósito fue posibilitar y potenciar en los pacientes inmigrantes habilidades para hacer frente al estrés y a las dificultades que tienen en su vida cotidiana. El objetivo general fue

fortalecer a los inmigrantes y dotarles de estrategias para disminuir el malestar psicológico que padecían y para que consiguieran sus objetivos vitales.

Se trabajó con una estructura previa, materializada en un cuaderno de trabajo (Anexo 2) donde se incluyeron propuestas terapéuticas para realizar fuera del Programa. Paralelamente se fue interviniendo acorde a lo que el paciente necesitaba abordar. Por ejemplo, cuando a un paciente le surgía una entrevista de trabajo y no sabía cómo enfrentarla porque en su país no era habitual esta manera de solicitar trabajo, se utilizaba la técnica de rol-playing para que él recreara cómo podría posicionarse para asumir con mayor seguridad dicha entrevista.

El Programa de Apoyo Psicológico funcionó entonces, como un dispositivo de atención primaria, de escucha, de comprensión, de contención, de ayuda y de apoyo emocional. El Programa se sostuvo desde las siguientes premisas:

- La adaptación se logra a través del aprendizaje.
- El respeto a las diferencias.
- La importancia del estrés en las múltiples causas de las situaciones conflictivas.
- La recuperación de los recursos saludables que poseía el paciente y que fueron quebrantados en el proceso migratorio.
- La necesidad de crear y recrear estrategias como forma de mantener el autocontrol y evitar la desorganización.

En general, el Programa trabajó para que el inmigrante se resitúe en su nueva situación, por ejemplo: cambio de status, de roles familiares, de tipo de trabajo, etc.

En la tabla 28 se expone un resumen de los componentes específicos del Programa.

Tabla 28. Componentes del Programa de Apoyo Psicológico

-
- a) Psico-educación sobre las implicaciones psicológicas de la emigración y los síntomas más importantes.
 - b) Manejo de síntomas ansiosos: técnicas de respiración y relajación.
 - c) Hábitos de sueño y alimentación.
 - d) Re-organización temporo-espacial: organización diaria, semanal y mensual.
 - e) Administración del dinero y de la deuda adquirida en su país de origen y/o en el de acogida.
 - f) Mejora del estado de ánimo: realización de actividades positivas.
 - g) Trabajo con pensamientos.
 - h) Aumento de la autoestima e identificación de fortalezas.
 - i) Progreso en las relaciones sociales.
 - j) Prevención de recaídas
-

a) Psico-educación

La psicoeducación tiene por objetivo que el paciente pueda comprender lo que supone emigrar desde el punto de vista psicológico. Que reflexione y entienda lo que generalmente sucede cuando una persona sale de su país de origen y debe armar un proyecto migratorio. Como así también, conocer los síntomas que comúnmente se manifiestan en los inmigrantes cuando atraviesan por esta situación. Al conocerlos, tomar conciencia que la sintomatología es previsible por enfrentarse a una situación nueva y movilizante, entender y tener una respuesta adaptativa.

Se trató de esclarecer al paciente las posibles causas relacionadas con su sintomatología y así pudiera darle una explicación a su malestar.

Además se expone el objetivo y el contenido del Programa y la necesidad de participar activamente en el mismo.

b) Manejo de síntomas ansiosos

Se utilizó la respiración abdominal, la técnica de relajación de Jacobson y ejercicios de relajación mental por medio de la visualización para el manejo de los síntomas de ansiedad. Se recomendó practicar estos ejercicios con una frecuencia de dos veces diarias (mañana y noche).

c) Hábitos de sueño y alimentación

Se dieron pautas y recomendaciones para promover un descanso y un sueño saludable, teniendo en cuenta que muchos inmigrantes comparten habitación y necesitan reservar la cama para dormir. Ejemplo de esto son los casos que alquilan la cama por horas, comúnmente llamadas “camas calientes”. Se hizo hincapié en la importancia de utilizar, si es posible, otros espacios de la casa y no encerrarse en la habitación, destinar el uso del dormitorio para dormir. Este aspecto, a veces, era difícil de trabajar y producir cambios por la limitante realidad del inmigrante. Por ejemplo el caso de una madre con su hija que dormían en la misma cama. Durante el día usaban la cama como escritorio sobre el cual la niña hacía las tareas del colegio, también la empleaban para planchar y se apoyaban en ella como mesa para comer y cenar.

Además, se trabajaron pautas de alimentación, combinando sus costumbres culturales con las costumbres de la sociedad receptora y el tipo de alimentos. Se habló de la necesidad de regular la alimentación y la

importancia de la ingesta “diaria” de alimentos. Este componente se tuvo que incluir en el Programa porque se presentaron casos de pacientes que no contaban con recursos económicos para solventar una alimentación equilibrada y regular. Algunos pacientes comían una vez al día, otros ingerían sólo un tipo de alimento por ser el más económico. Por eso, se incorporó la pirámide alimenticia en el cuaderno de trabajo, con el propósito de describir los grupos de alimentos y su función. Ésta servía de base para trabajar con el paciente el modo de procurar que él consiga los medios para obtener una sana alimentación.

d) Organización diaria, semanal y mensual

Se trabajó con registros diarios (mañana, mediodía, tarde y noche) que posibilitan la organización de los días de la semana y las actividades a realizar. Cuando el nivel de confusión fue grande se usaron calendarios mensuales. Se aprovechó este módulo para hablar del concepto del tiempo, las citas, la organización de las mismas como así también la diferencia existente en el concepto y la vivencia del tiempo entre las sociedades de origen y la sociedad receptora.

El cumplimiento de las citas y los horarios fue una cuestión que resultó importante trabajarla por el ritmo de vida que llevan los inmigrantes. Éstos responden a extensos horarios laborales y debido a la precariedad económica, suelen tener varios trabajos, desplazándose así a distintos sitios.

Uno de los primeros objetivos fue explicar la importancia de asistir puntualmente a las citas tanto las pautadas en el Programa como las de su vida cotidiana, también de dar cuenta de su ausencia fomentando la responsabilidad, etc. Esto se abordó dada la diferencia cultural sobre la variable tiempo.

e) Administración del dinero y de la deuda

En ocasiones, se trabajó sobre el estilo de administración de los ingresos económicos del paciente, por ejemplo sobre cuánto dinero envían a su familia, o cómo organizan el pago de la deuda adquirida en su país de origen y/o en el de acogida. Fue necesaria esta intervención porque se detectó que la precariedad en la que vivían se debía no necesariamente a los pocos ingresos por trabajos realizados, sino también por compromisos económicos contraídos antes de su partida. Muchas veces, envían el dinero a personas que no saben valorarlo y lo malgastan.

f) Mejora del estado de ánimo

Se abordó el estado de ánimo por medio de la programación de actividades positivas o buscando en lo cotidiano lo que les resulte más provechoso. Se explicó la importancia que tiene este aspecto. El inmigrante prioriza generalmente lo laboral sobre la recreación. En ocasiones, no realiza ninguna actividad que le guste. Se lo invita a buscar un equilibrio entre el deber y el placer, y a pensar en actividades que interrumpen la rutina para vivir satisfactoriamente las obligaciones. Se incentiva la realización de actividades que sean gratificantes y que no supongan una erogación económica más.

Otro aspecto que se trató, es la vivencia del inmigrante con respecto al factor climático. Muchos de ellos no estaban acostumbrados a la lluvia y a las inclemencias del tiempo. Se trabajó sobre la necesidad de salir aunque llueva, porque en el lugar al que llegaron (País Vasco) la lluvia es habitual y si se espera que escampe pueden pasar días.

g) Trabajo con pensamientos

Se han utilizado diversas técnicas para el manejo de los pensamientos:

- Auto-instrucciones positivas: se comenta la importancia de usar un lenguaje no peyorativo sobre su persona porque los modos para referirse a sí mismo influyen en su valoración y en su estado de ánimo.
- Se buscó diferenciar en sus preocupaciones lo que es relevante de lo que es superfluo. Frente a las problemáticas reales se entrenó en la búsqueda de soluciones (actividades que ayuden a distraerse, entrenamiento en solución de problemas, entre otras).
- Se realizaron ejercicios de:
 - De re-atribución: se invitó a dilucidar cuáles son las responsabilidades de su competencia y cuáles son las de los otros. También se propuso entender las distintas variables que se ponen en juego en las situaciones conflictivas, etc.
 - De búsqueda de alternativas para resolver los problemas previa explicación e interpretación.
 - De desarrollo de la flexibilidad del pensamiento.
 - La técnica del “sí... pero”: que consiste en modificar verbalmente el orden de las acciones y pensamientos negativos e incorporar los positivos al final. Por ejemplo: ...“Sí, fui a la asociación pero no hablé con nadie”...; modificarlo por: ...“*Aunque no hablé con nadie, sí fui a la asociación*”...

h) Aumento de la autoestima e identificación de fortalezas

Se intervino sobre la identificación de las capacidades, habilidades y fortalezas del paciente. Éstas permiten al inmigrante salir de su país y llegar hasta el momento actual, a pesar de la sintomatología que presenta y de las dificultades cotidianas a las que se tiene que enfrentar. También se usaron metáforas como recurso para la explicitación de alguna situación, de su estado emocional, así como de sus fortalezas (por ejemplo: sentirse como una caja de cartón, como un sauce caído, como un felpudo, etc.).

i) Progreso en las relaciones sociales

Atendiendo a los códigos culturales de los pacientes y del lugar de llegada, se explicaron pautas culturales del país receptor, se identificaron redes de apoyo social, se pusieron en escena distintas situaciones sociales a través de rol-playing, etc. En este aspecto también se utilizaron metáforas y una lista de derechos y responsabilidades en las relaciones interpersonales.

Se trabajó para encontrar asociaciones y comunidades religiosas que interesen a los inmigrantes de manera que pudieran ampliar sus redes sociales.

j) Prevención de recaídas

Para finalizar el Programa se propuso al paciente hacer un recuento de su recorrido por el mismo, se trabajó los conceptos de caída y recaída, como así también se dieron recomendaciones de qué hacer ante esas situaciones y qué estrategias poner en marcha.

Un material importante del Programa fue el cuaderno de trabajo que se entregó a los pacientes en la primera sesión. Este material sirvió para

recordar el contenido de las sesiones y para anotar dudas, cuestiones, quejas y problemas que luego serían comentadas en la siguiente sesión. Además, si durante las sesiones aparecían refranes, cuentos, dichos, canciones que los inmigrantes conectaban con el trabajo que se estaba haciendo, se registraban en el cuaderno a modo de recordatorio.

A lo largo del trabajo abordado en el Programa han surgido temas tales como: la maternidad a distancia, el sentimiento de culpa por dejar a los hijos, la ambivalencia que produce el establecimiento del contacto con la familia en el país de origen, el desaliento, la dificultad en conseguir los objetivos migratorios y la necesidad de replantearlos, etc. Respecto a la maternidad a distancia se trabajaron algunos aspectos: dar un sentido al esfuerzo que se está realizando, cómo mantener el contacto con los hijos a pesar de la distancia física, cómo estar cerca emocionalmente de ellos, cómo entender la realidad que viven los hijos al ser cuidados por dos figuras maternas (su madre que está lejos de ellos y su abuela, tía o hermana mayor que los cuida como su sustituta en el país de origen), además de otros aspectos que podían ir surgiendo.

La duda continua de si quedarse en el país de llegada o regresar a su país, apareció muchas veces a lo largo de las sesiones del Programa. Se propuso la opción de trabajar esta ambivalencia luego de mejorar la sintomatología, para poder tratarla con más elementos, sopesando ventajas e inconvenientes. El cuestionamiento permanente de tipo rumiativo, al decir de los pacientes “me quedo o regreso”, impedía al inmigrante poder centrarse en el presente y le producía mucho malestar.

Además de los componentes mencionados, en ocasiones se tuvo que proporcionar información sobre empadronamiento, tarjeta sanitaria, homologación de estudios, educación, acceso a la vivienda, búsqueda de empleo, ayudas económicas, etc. Muchas veces el inmigrante conseguía esta información en los servicios sociales, pero en el momento en que se le

brindó, estaba muy angustiado y no podía registrarla, llegaba al Programa con una desorganización de los papeles y confundido.

A nivel general, el Programa tuvo como objetivo dotar al inmigrante de un espacio para la escucha, la reflexión, la aceptación y la contención. Un lugar para poder rehacerse, resituarse, recuperarse, reforzarse, recobrar fuerzas e incorporar habilidades o estrategias para sentirse mejor y así continuar con su proceso.

7.5. PROCEDIMIENTO

Financiación

Parte del trabajo de esta tesis fue financiado por la UPV/EHU con el Proyecto de investigación “Apoyo psicológico a inmigrantes” EHU 06/08.

Obtención de la muestra

Para la obtención de la muestra se procedió a la divulgación del Programa por medio de una hoja informativa y un marca-páginas (Anexo 3). Se difundió en locutorios y en diversas instituciones de ayuda al inmigrante: Sos-Racismo, Cáritas, Cruz Roja, HELDU-asesoría jurídica y legal para los inmigrantes del Gobierno Vasco, Servicios Sociales del Ayuntamiento de San Sebastián, Rentería, Zarauz, etc.

En las instituciones se realizaron entrevistas con los profesionales que trabajaban en ellas, donde se explicó el Programa y los objetivos para que pudieran informar de su existencia a los inmigrantes. Se entregaron marca-páginas con la dirección y el teléfono al que podían llamar para solicitar atención.

Cuando los inmigrantes contactaban con el Programa, se les otorgaba una cita para la primera entrevista, -realizada por la directora de este trabajo-, para comprobar si cumplían o no los criterios de admisión al

Programa. Además se proporcionaba información sobre éste, una carta informativa y se solicitaba el consentimiento para su participación (Anexo 4).

Las evaluaciones antes y después del Programa y las evaluaciones a los tres, seis y doce meses de seguimiento, así como la aplicación del mismo fueron realizadas por la autora de este trabajo bajo la supervisión de la directora.

Evaluación de los participantes

Para evaluar a los participantes se dedicaron dos o tres sesiones. Generalmente en la primera sesión se realizaba una entrevista en la que el paciente verbalizaba su malestar y relataba su historia de vida y/o su historia migratoria. Al mismo tiempo, se recogía información para cumplimentar la escala de estrés migratorio. En las sesiones posteriores se administraba el cuestionario SCL-90-R, la escala de autoestima y la escala de conductas objetivo. Luego se aplicó el Programa de Apoyo Psicológico y una vez finalizado se procedió a la evaluación post-programa que incluía la aplicación de los cuestionarios mencionados y la escala de satisfacción con el tratamiento. Posteriormente se realizaron los seguimientos a los tres, seis y doce meses.

Tratamiento de los participantes

El Programa de Apoyo Psicológico se aplicó con una periodicidad semanal o de semana y media en función de la posibilidad que tuvieran los inmigrantes para poder acudir a las sesiones. Constó de ocho sesiones individuales de hora y media de duración. Tanto la evaluación como el tratamiento y los seguimientos se llevaron a cabo en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco.

7.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Una vez recogidos los datos se procedió al análisis de los mismos. Para ello se utilizó el programa estadístico SSPS-20 para Windows. Se realizaron análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) en las variables cuantitativas y análisis de frecuencias y porcentajes en las variables cualitativas para la parte descriptiva del estudio.

Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar los supuestos de normalidad. En algunas variables éste no se cumplió (Tabla 29), razón por la cual se emplearon análisis no paramétricos.

Para las comparaciones entre diferentes subgrupos de inmigrantes se usó la U de Mann-Whitney y r para el tamaño del efecto en variables cuantitativas y Chi-cuadrado y V de Kramer en variables cualitativas.

Para analizar la evolución a lo largo del tiempo se dispuso del test de Friedman y para comparar los resultados entre el pre y post-tratamiento y entre éste y los seguimientos se empleó el test de de Wilcoxon y la r para el tamaño del efecto (0,10 pequeño, 0,30 moderado y 0,50 grande).

A nivel individual se llevó a cabo el índice de cambio fiable (ICF) como procedimiento para la determinación de cambios clínicamente significativos en cada uno de los participantes del estudio. Jacobson y Truax (1991), han propuesto el ICF para establecer la significación clínica que tienen los cambios en los pacientes. Se refiere a la importancia práctica del cambio del paciente que se produce como consecuencia de la intervención terapéutica. Proporciona un medio adicional de análisis a las comparaciones de medias grupales en la investigación de resultados terapéuticos.

El índice de cambio fiable es calculado para cada sujeto restando las puntuaciones del pre-test y del post-test o de los seguimientos y dividiendo

por el error típico de la diferencia entre las puntuaciones de las dos aplicaciones de la prueba (Ddif).

$$ICF = \text{pre-post} / Ddif$$

$$Ddif = \sqrt{2} (DE)^2$$

$$DE = DT \text{ pre } \sqrt{(1-r \text{ pre-post})}$$

Un ICF mayor de 1,96 es poco probable ($p < 0,05$) que ocurra sin un cambio realmente significativo y es razonable asumir que esa persona está recuperada. Los puntos de corte quedan establecidos en cuatro categorías: recuperado ($>1,96$), mejorado (1-1,96), sin cambios (0,1-1) y empeorado (<0) (Ogles, Lumen y Bonesteel, 2001).

Tabla 29. Variables que no cumplen el supuesto de normalidad

Variables	Kolmogorov-Smirnov	
Número de hijos	D (62) = 0,20***	
Deuda	D (62) = 0,32***	
Tiempo fuera de su país de origen	D (62) = 0,13**	
SCL-90-R	Obsesión	D (62) = 0,12*
	Depresión	D (62) = 0,12*
	Hostilidad	D (62) = 0,13*
	Ansiedad fóbica	D (62) = 0,19***
Conductas Objetivo	D (62) = 0,12*	
Escala Ulises	Cultural	D (62) = 0,14**
	Supervivencia	D (62) = 0,14**
Factores epidemiológicos	D (62) = 0,18***	
Otras variables	D (62) = 0,11*	
Vulnerabilidad	D (62) = 0,15**	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

CAPÍTULO 8
RESULTADOS

8. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de este estudio organizados en cuatro apartados. En la primera parte se describen las características de la muestra atendiendo a las siguientes cuestiones: características socio-demográficas, migratorias y aspectos relacionados con datos sanitarios, con el perfil psicopatológico y la autoestima de los inmigrantes. En un segundo apartado se exponen las comparaciones de los grupos de pacientes tanto en lo concerniente a la situación legal en la que se encuentran, como a la deuda contraída para realizar su viaje migratorio, al tiempo de residencia en el país de acogida y a la historia de victimización que hayan tenido. En el tercer apartado se analizan los efectos del Programa de intervención y en la cuarta parte se presentan los resultados del cambio clínico de cada paciente en los diferentes momentos de evaluación.

8.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

En esta sección se explican las características socio-demográficas, migratorias y los aspectos relacionados con datos sanitarios de la muestra. Ésta se compone de 65 inmigrantes que cumplieron la evaluación pre-tratamiento.

8.1.1. Características socio-demográficas

A continuación se presentan los resultados de los análisis descriptivos, frecuencias y porcentajes de las variables socio-demográficas (Tabla 30).

Tabla 30. Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas	N = 65	%
Sexo		
Hombres	9	13,8
Mujeres	56	86,2
Edad		
18-30 años	22	33,8
31-40 años	29	44,6
41-60 años	14	21,6
Estado civil		
Soltero	22	33,8
Casado/emparejado	29	44,6
Separado	12	18,5
Viudo	2	3,1
Pareja		
Con pareja	40	61,5
- En el país de acogida	23	57,5
- En el país de origen	17	42,5
Sin pareja	25	38,5
Hijos		
Sí	43	66,2
No	22	33,8
Número de hijos		
Sin hijos	22	33,8
1 hijo	15	23,1
2 hijos	11	16,9
3 hijos	9	13,8
4 hijos	8	12,3
Lugar de permanencia de los hijos (N=43)		
En el país de origen	27	62,8
En el país de acogida	16	37,2
Religiosidad		
Sí	37	56,9
No	28	43,1
Formación académica		
Estudios primarios	19	29,2
Estudios secundarios	24	36,9
Formación profesional	9	13,8
Estudios universitarios	13	20,0

Tal y como se observa en la tabla 30, los participantes del estudio son mayoritariamente mujeres (el 86,2%), con edades comprendidas entre los 31 y los 40 años, con una media de 33,31 años (DT 9,09) y un rango entre los 18 y los 56 años, es decir población adulta joven en su mayoría. Están casados un 44,6% de los sujetos y solteros un 33,8%, el resto está separado y/o viudo. De las personas con pareja (N=40), más de la mitad (57,5%) cuentan con su pareja en el país de acogida.

El 66,2% de la muestra tienen hijos, de los cuales el 40% tiene uno o dos hijos y en menor proporción, el 26,1% tiene tres o cuatro hijos (con una media de 1,48 y DT 1,40). De los que tienen hijos (N=43) la mayoría (el 62,8%) no vive con ellos porque permanecen en el país de origen, al cuidado principalmente de las abuelas, tías o hermanas.

Con respecto a la religiosidad el 56,9% de los pacientes afirmaron ser creyentes y practicantes de una religión, mientras que el 43,1% no se describía como una persona con creencias ni prácticas religiosas importantes.

Es una muestra que en general, cuenta con un nivel educativo medio (50,7%).

8.1.2. Características migratorias

En relación a las características migratorias se estudiaron dos aspectos. En primer lugar, las variables de identificación **socio-demográfica** en relación a la inmigración y en segundo lugar, el **estrés** que conlleva el proceso migratorio.

Tal y como se advierte en la tabla 31, la mayoría de los pacientes vienen de América del Sur (el 53,85%) y sólo un 10,77% de África (Costa de Marfil, Mali y Marruecos). El resto proviene de América Central y El Caribe (el 35,38%). De los países de América del Sur la mayor parte

procede de Colombia (13,85%), seguido de Bolivia (12,31%), Ecuador y Perú en igual proporción (7,69%), Brasil y Venezuela (4,61%) y Argentina y Chile (1,54%) respectivamente. Mientras Nicaragua (16,92%) y Honduras (15,38%) y en menor medida Cuba (3,1%) son los de mayor procedencia de América Central y El Caribe.

El 80% de los pacientes lleva fuera de su país entre uno y cinco años. Es decir que la mayoría acude al Programa en la primera fase de migración, han partido hace tres años y medio de sus países (media de 39,62 meses y DT 32,49). La motivación para salir de sus países es fundamentalmente económica, o sea, para mejorar su vida y la de su familia.

Tabla 31. Frecuencias y porcentajes de las características migratorias

Características migratorias	N =65	%
Nacionalidad de origen		
América del Sur	35	53,8
América Central y El Caribe	23	35,3
África	7	10,7
Tiempo fuera del país		
0-1 año	18	27,7
1-3 años	19	29,2
3-5 años	15	23,1
5-10 años	13	20,0
Deuda adquirida		
Sin deuda	40	61,5
Con deuda	25	38,5
1-1000€	6	9,2
1001-2999€	7	10,8
3000-6000€	8	12,3
6001-12000€	4	6,2
Vivienda		
Piso compartido	32	49,2
Piso de asistencia	9	13,8
Unidad familiar	14	21,5
Interna	10	15,4

Características migratorias	N =65	%
Convivencia en habitación compartida (N=32)		
2 personas	20	30,8
3 personas	4	6,2
4 personas	3	4,6
Padres e hijos	5	7,7
Situación legal		
Permiso de residencia		
Sí	37	56,9
No	28	43,1
Permiso de trabajo		
Sí	34	52,3
No	31	47,7
Empadronamiento		
Sí	57	87,7
No	8	12,3
Tarjeta sanitaria		
Sí	54	83,1
No	11	16,9
Situación laboral		
Servicio doméstico /cuidado de personas dependientes	30	46,2
Limpieza-Hostelería	12	18,5
Sin trabajo	23	35,4

Para emigrar un 38,5% de los pacientes adquiere una deuda económica en su país de origen y/o en el de acogida, con una media de 1.372,22 euros (DT 2605,55 euros).

En cuanto a la vivienda, sólo un 21,5% de la muestra tiene un piso de alquiler donde vive toda la familia, de las 32 personas que viven en un piso compartido, el 30,8% lo hace con otra persona desconocida en la misma habitación, le sigue la convivencia de padres e hijos en una misma habitación (7,7%), mientras que el resto lo hace con dos y tres personas más en la misma habitación.

En relación a la situación legal de la población evaluada, un alto porcentaje se encuentra empadronado (el 87,7%), más de la mitad (el

56,9%) cuenta con permiso transitorio de residencia y de trabajo (el 52,3%), excepto dos personas que tienen el permiso permanente. De los pacientes que están sin documentación legal, el 4,6% (N=3) tiene orden de expulsión. En cuanto a su cobertura sanitaria, la mayoría (el 83,1%) posee tarjeta sanitaria.

Un 35,4% no cuenta con trabajo al comenzar el Programa y de los que tienen trabajo, el 46,2% se dedica al cuidado de personas dependientes y al servicio doméstico y el 18,5% trabajan en hostelería y limpieza. Con respecto a los ingresos económicos, la mayoría de los pacientes (el 86,2%) reciben menos de 1.000 euros mensuales.

Para conocer el **estrés migratorio** se ha aplicado la escala de estrés migratorio diseñada por Achotegui (2005), cuyos resultados se presentan en la tabla 32.

Tabla 32. Escala de estrés Ulises

Escala de estrés de Ulises	Variables migratorias	
	N = 65	
	<i>M</i>	<i>DT</i>
Estrés Total (0-192)	63,75	14,63
Familia (0-60)	23,72	5,35
Estrés aculturativo (0-27)	6,86	2,73
Fracaso (0-48)	15,22	5,98
Supervivencia y miedo (0-24)	4,11	3,34
Factores Epidemiológicos (0-6)	1,83	1,23
Vulnerabilidad (0-18)	6,42	3,60
Otras variables (0-9)	5,60	1,93

Respecto al nivel de estrés migratorio (Tabla 32), el punto de corte establecido en la escala es de más de 60, en cuyo caso se considera estrés migratorio extremo. La media de la muestra es superior a 60 (M 63,74; DT

14,63), por lo tanto los inmigrantes que acuden al Programa de Apoyo Psicológico evidencian un alto nivel de estrés, sobre todo en lo concerniente a la escala de familia y a sentimientos de fracaso migratorio. Tienen la sensación de no conseguir lo que ellos esperaban encontrar en el país de llegada, tanto a nivel laboral como de mejora económica. Esto hace que vivencien con dificultad la concreción de su deseo de regresar al país de origen en algún momento. Por lo tanto, sienten que la separación con sus familias va a ser por largo tiempo.

8.1.3. Características en relación a datos sanitarios

En este apartado se van a analizar cuatro aspectos referidos a datos sanitarios. El primero, está vinculado a los antecedentes psiquiátricos, al uso de medicación, a los motivos de consulta con los que se acercan al Programa y la historia de victimización tanto en el país de origen como en el de llegada. El segundo aspecto, estudia los síntomas psicopatológicos de los inmigrantes, el tercero la autoestima como característica de personalidad y finalmente las conductas objetivo relacionadas con el tratamiento.

a) Características en relación a antecedentes psiquiátricos, victimización y motivos de consulta para acceder al Programa

Se analizaron las variables más comúnmente vinculadas a los problemas de salud de los inmigrantes, entre ellas: los antecedentes psiquiátricos, el uso de medicación en general con distintos fines, el haber sido víctimas de agresión en el país de origen y/o en el país de acogida y los motivos de consulta para acudir al Programa.

Se llevan a cabo análisis descriptivos de frecuencias y porcentajes que se presentan en la tabla 33.

Tabla 33. Frecuencias y porcentajes de las variables en relación a datos sanitarios

Datos sanitarios	N	%
Antecedentes psiquiátricos		
Sí	7	10,8
No	58	89,2
Medicación		
Sí	19	30,8
No	45	69,2
Víctima de agresión en el país de origen		
Sí	25	38,5
No	40	61,5
Víctima de agresión actualmente en el país de acogida		
Sí	6	9,2
No	59	90,8
Motivos para acudir al Programa		
Tristeza	31	47,7
Confusión	13	20,0
Víctima de agresión	5	7,7
Reagrupación familiar	5	7,7
Emancipación	4	6,2
Manejo de la ira	4	6,2
Orden de expulsión	2	3,1
Problemas físicos	1	1,5

Los análisis descriptivos efectuados (tabla 33) evidencian que respecto a los antecedentes psiquiátricos, la mayoría (el 89,2%) de los participantes no presenta antecedentes. El 10,8% restante manifiesta antecedentes referidos a depresiones en la adolescencia. Sin embargo, en la muestra hay un 38,5% de personas que ha sufrido malos tratos o abusos sexuales en su infancia o adolescencia, o en su relación de pareja en su país de origen. De la muestra que accede al Programa, el 9,2% ha padecido alguna agresión física aislada por parte de su pareja, de algún familiar o de alguna persona con la que convive en el país de llegada.

La mayoría de los pacientes (el 69,2%) no consume medicación alguna, excepto un 30,8%, que toma algún analgésico para los dolores de cabeza o, en algunas ocasiones, algún hipnótico para dormir. Ninguno está en tratamiento psiquiátrico o psicológico.

Los motivos que han llevado a las personas a acudir al Programa son: en primer lugar, la tristeza (un 47,7%), los pacientes expresaban sensación de desolación, soledad, de sentirse decaídos; en segundo lugar, la confusión (20%) los pacientes señalaban que no sabían lo que les pasaba, que estaban desorganizados, confusos, que no se reconocían y no se situaban en el tiempo y el espacio. Un 7,7% consultaban por ser víctimas de agresión y por problemas en la reagrupación familiar. En este último caso las madres relataban que cuando traían a los niños y/o adolescentes, éstos las desafiaban como figura de autoridad y referente para ellos o, los hijos presentaban dificultades en la escuela tanto en el aprendizaje como en la conducta.

Otro de los motivos para asistir al Programa fueron los procesos de emancipación (el 6,2%), en este caso eran adolescentes mayores de edad que tenían que salir de los pisos tutelados por las instituciones gubernamentales y no sabían cómo integrarse en la dinámica de la vida cotidiana. En menor medida asistieron también por dificultades con la ira,

por apertura de una orden expulsión y por problemas físicos (cefalea tensional).

b) Características psicopatológicas

Se llevaron a cabo análisis estadísticos de medias y desviación típica, con el fin de comprobar lo planteado en la hipótesis 3: *los inmigrantes participantes del Programa tendrán un nivel de malestar psicológico mayor que la población general*. Estos análisis se realizaron con cada una de las sub-escalas del SCL-90-R, así como con el Índice de Severidad Global (GSI), el Total de Síntomas Positivos (PST) y el Índice de Distress de Síntomas Positivos (PSDI), los resultados se presentan en la tabla 34.

Tabla 34. Escala de síntomas psicopatológicos (SCL-90-R) (N=65)

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Percentiles población general</i>	<i>Percentiles población psiquiátrica</i>
Somatización	1,66	0,86	90	40
Obsesión	1,79	0,77	95	50
Sensi. interpersonal	1,94	0,74	99	65
Depresión	2,46	0,66	97	65
Ansiedad	1,76	0,87	95	55
Hostilidad	1,30	0,99	90	60
Ansiedad fóbica	0,93	0,86	95	55
Ideación paranoide	1,77	0,82	97	70
Psicoticismo	1,23	0,62	97	65
GSI	1,72	0,58	97	55
PST	61,02	12,99	97	55
PSDI	2,49	0,57	90	50

Tal y como aparecen en la tabla 34 en los resultados obtenidos respecto al nivel de sintomatología en las medidas generales de la escala SCL-90-R, las puntuaciones indican gran intensidad del sufrimiento

(GSI=1,72) equivalente a un percentil 97 de la población general, gran amplitud y diversidad de la sintomatología (PST=61,02) equivalente a un percentil 97 de la población general y alta intensidad de los síntomas (PSDI= 2,49) equivalente a un percentil 90.

El nivel de malestar psicológico de los pacientes inmigrantes antes de comenzar el Programa es muy alto en casi todas las sub-escalas, pero es realmente significativo en las escalas de depresión (2,46), sensibilidad interpersonal (1,94), obsesión-compulsión (1,79), ideación paranoide (1,77) y ansiedad (1,76). Estas puntuaciones indican un nivel de malestar psicológico importante. Los inmigrantes presentan intensos sentimientos de soledad, de tristeza, de sentirse atrapados, desesperanzados y con la sensación de que para todo se requiere un gran esfuerzo. Las puntuaciones en la sub-escala de sensibilidad interpersonal señalan las dificultades en las relaciones, la incomodidad, la timidez, la sensación de sentirse incomprendidos que pueden derivarse del choque cultural, del poco tiempo de residencia en Guipúzcoa y de sentirse diferente, entre otras cosas, porque realmente los rasgos físicos de algunos de ellos eran evidentemente distintos. Aparecen reflejadas en la sub-escala de obsesión-compulsión, por un lado, las preocupaciones, las dificultades de concentración, de memoria, de toma de decisiones a nivel cognitivo y por otro, a nivel conductual, la necesidad de repetir y de comprobar que realizan las cosas de modo correcto sin cometer errores, ya que su situación de vulnerabilidad no se lo permite.

En relación a la ideación paranoide y el psicoticismo muestran gran desconfianza y temor hacia los demás, sensación de distancia respecto a la gente y confusión acerca de cómo se sienten.

Los resultados obtenidos por los inmigrantes se sitúan por encima del percentil 90 del baremo de la población general en todas las sub-escalas, lo que indica un alto nivel de malestar psicológico. Con respecto al baremo de

la población psiquiátrica las puntuaciones de los pacientes del Programa en la evaluación pre-tratamiento, se sitúan alrededor del percentil 60, lo que indica un nivel de sintomatología psicopatológica alto, con puntuaciones más altas en ideación paranoide, sensibilidad interpersonal, depresión y psicoticismo. La ideación paranoide está relacionada con la situación legal de irregularidad y el temor a la persecución; la sensibilidad interpersonal se refiere a las dificultades en las relaciones personales; la depresión está vinculada a las pérdidas, duelos y la tristeza, y el psicoticismo a la sensación de aislamiento.

En la figura 1 se muestra la representación gráfica de las diferencias entre la población migratoria, el percentil 50 de la población general y el percentil 50 de la población psiquiátrica en el listado de síntomas psicopatológicos.

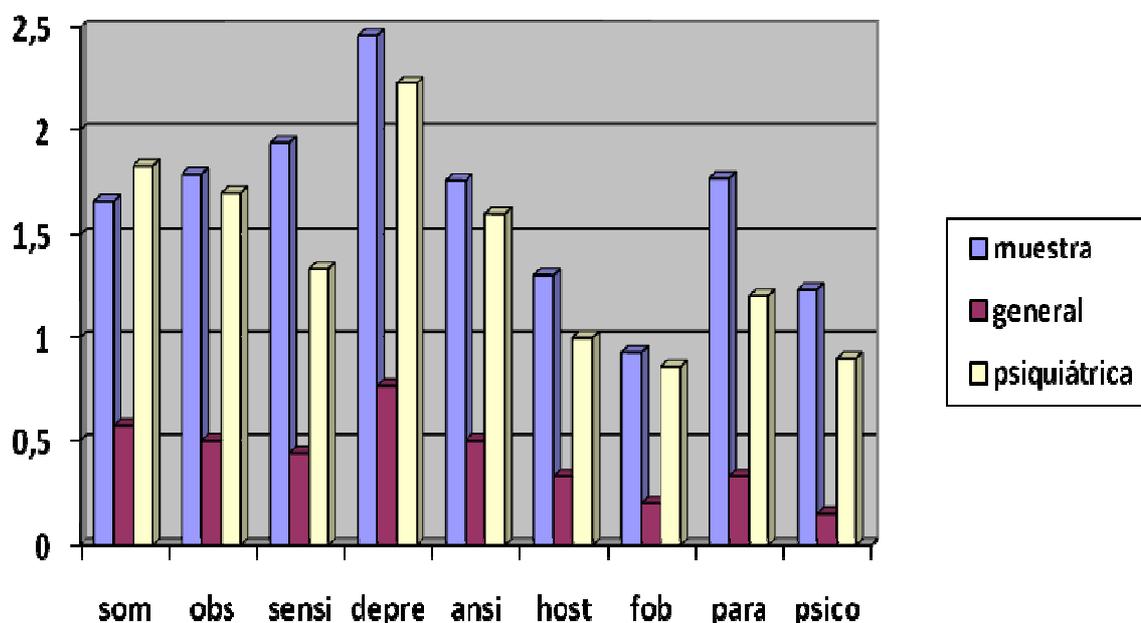


Figura 1. Puntuaciones medias en las subescalas del SCL-90-R y puntuaciones correspondientes al percentil 50 de los baremos

c) Características de personalidad: Autoestima

Se estudió la valoración personal a través de la escala de autoestima. Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 35.

Tabla 35. Escala de Autoestima (N=63)

	<i>M</i>	<i>DT</i>
Autoestima (rango 10-40)	27,06	4,17

Respecto a la satisfacción con ellos mismos en la escala de autoestima, las puntuaciones tienden a ser bajas, por debajo del punto de corte 29 establecido para la escala, es decir, los pacientes tienen propensión a percibirse con una débil e insegura imagen de sí mismos.

**d) Características relacionadas con los objetivos terapéuticos:
Conductas Objetivo**

Antes de iniciar el tratamiento, se hizo necesario conocer cuáles eran las cinco conductas problema que querían trabajar los pacientes y que al hacerlo les implicarían una mejora en su vida diaria, además debían adjudicar qué nivel de dificultad (del 1 al 10) les suponía concretar las mismas. Estas conductas problema se denominaron conductas objetivo. Una vez listadas las conductas objetivo de cada uno de los pacientes, se calculó el nivel de dificultad medio.

Así, en la tabla 36 se indica el nivel de dificultad de las conductas objetivo planteadas por todos los pacientes evaluados en el pre-tratamiento (N=65). Estos percibían con un alto nivel de dificultad los objetivos que se propusieron trabajar en el Programa de Apoyo Psicológico.

Tabla 36. Escala de Conductas Objetivo (N=65)

	<i>M</i>	<i>DT</i>
Conductas Objetivo (rango 5-50)	40,41	6,33

Desde un punto de vista cualitativo, se pueden establecer las siguientes nueve categorías que reúnen el tipo de conductas objetivo señaladas por los pacientes.

- **Categoría 1: Depresión**

Se entiende por tal lo relacionado a reducir la tristeza, manejar el llanto, disminuir la sensación de desolación y de culpa, aumentar la baja autoestima, sentirse más fuertes y seguros consigo mismos, adquirir interés por las cosas, aminorar el sentimiento de desesperanza y de fracaso, la sensación de debilidad e impotencia, lograr sentir menos dependencia y conseguir estabilidad emocional.

- **Categoría 2: Ansiedad**

Se refiere a la reducción de tensión, nerviosismo, impulsividad, preocupaciones excesivas y recurrentes, irritabilidad, temor, evitación, indecisión y autoexigencia.

- **Categoría 3: Preocupaciones por la salud**

Incluye cuadros de cefalea, fatiga, dolores, cansancio, alteraciones del sueño.

- **Categoría 4: Área confusional**

Hace mención a estados de confusión, fallos de memoria, olvidos, dificultades de atención, sensación de sentirse perdido y desorientado.

- **Categoría 5: Dificultades de integración social e inhibición conductual**

Tiene que ver con sentimientos de soledad, de ausencia de redes de apoyo, de pérdida de familia y amigos, con estados de inhibición (timidez, vergüenza), con ausencia de sensación de control, con necesidad de elaborar una nueva identidad, con la impresión de estar a la defensiva, con desconfianza. También se busca la asertividad, saber decir que no, defender los derechos, poner límites y conseguir independencia emocional.

- **Categoría 6: Miedo**

Considera el temor por la pérdida de identidad, por la posible apertura de una orden de expulsión, por ser detenido, por ser demasiado diferente (color de piel, habla, etc.) o por no tener la documentación regularizada.

- **Categoría 7: Deseo de progreso**

Es el anhelo de mejorar el trabajo y/o las condiciones laborales, adquirir más formación y estudio, lograr el crecimiento personal, conseguir mayor responsabilidad en su comportamiento, obtener la reagrupación familiar que significa traer los hijos y, en algunos casos, la pareja que viven en el país de origen.

- **Categoría 8: Dificultades en la vida cotidiana**

Se trata de los problemas para buscar trabajo, lograr la documentación, la tarjeta sanitaria, la vivienda porque alquilar les resulta difícil por la condición de inmigrante. En algunos casos viven en situación de hacinamiento. También se refiere a la organización del tiempo, a la falta de momentos de recreación, a alimentarse saludablemente porque en muchas ocasiones, los inmigrantes mantienen una ingesta desequilibrada y escasa.

- **Categoría 9: Relaciones familiares**

Esta categoría alude a mejorar las relaciones familiares, ayudar a algún familiar y en algunos casos al deseo de separarse de la pareja.

Luego de establecer estas nueve categorías, se listaron y se sumaron el número de participantes que eligió cada categoría en primer lugar, obteniendo el porcentaje de elección de las mismas y la media del nivel de dificultad (Tabla 37).

Tabla 37. Frecuencias y porcentajes de selección de categorías

Nº de orden de elección	Categorías	N	%	Nivel de dificultad (0-10)
1	Categoría 1: Depresión	49	79	8,06
2	Categoría 2: Ansiedad	47	76	8,32
3	Categoría 5: Dificultades de integración social e inhibición conductual	36	58,06	8,36
4	Categoría 7: Deseo de progreso	27	43,55	7,85
5	Categoría 9: Relaciones familiares	15	24,19	7,4
6	Categoría 8: Dificultades en la vida cotidiana	14	22,58	9,07
7	Categoría 3: Preocupaciones por la salud	10	16,13	8,3
8	Categoría 4: Área confusional	4	6,45	7,25
9	Categoría 6: Miedo	1	1,6	8

A continuación se señalan ordenadas en categorías, las conductas objetivo expresadas por los inmigrantes desde el punto de vista del nivel de dificultad.

La categoría 8: dificultades en la vida cotidiana, se percibe con el nivel de dificultad más alto: 9,07. Al decir de los pacientes:

... *“Tener un lugar para vivir (alquilar un piso)”* ...

... *“Trabajar y tener dinero para tener de qué vivir, tener un futuro”* ...

... *“Demostrar a los demás que sí puedo trabajar”* ...

... *“Hacer los papeles para tener mi nacionalidad”* ...

A las dificultades de integración social e inhibición conductual (categoría 5) la registran con un nivel de dificultad de 8,36. Los pacientes expresan:

- ... *“Conocer más personas”* ...
- ... *“Integrarme”* ...
- ... *“Manejar mi timidez”* ...
- ... *“Comunicar mejor mis opiniones y sentimientos”* ...
- ... *“Ayudarme a aceptar la nueva realidad”* ...

La categoría 2 referida al manejo de la ansiedad, es la tercera en cuanto al nivel de dificultad percibido por los pacientes, con una media de 8,32.

- ... *“Controlar la ira”* ...
- ... *“Ser menos brusca”* ...
- ... *“Enfrentarme a situaciones”* ...
- ... *“Sentirme menos ansiosa”* ...

La siguiente categoría es el malestar originado por la presencia de síntomas físicos (3) con un nivel de dificultad de 8,3:

- ... *“Reducir los dolores de espalda, de cabeza, musculares”* ...
- ... *“Dejar el cigarrillo y el licor”* ...
- ... *“Descansar mejor mentalmente”* ...
- ... *“Dormir mejor”* ...

La categoría 1: depresión, a la que le adjudican un nivel de dificultad de una media de 8,06, se expresa por medio de las siguientes verbalizaciones:

- ... *“Quisiera sentirme segura de mí misma”* ...
- ... *“Ser más fuerte”* ...

- ... *“Mejorar mi autoestima”* ...
- ... *“No sentirme dependiente”* ...
- ... *“Sentir más ánimo y entusiasmo”* ...

Un 1,6% de los pacientes se plantea trabajar sobre sus miedos (categoría 6), con un nivel de dificultad de 8 puntos: *“Sentir menos miedo”*...

El deseo de progreso (categoría 7), con un nivel de dificultad de 7,85 es manifestado por medio de las siguientes verbalizaciones:

- ... *“Aprender un oficio”* ...
- ... *“Hacer actividades”* ...
- ... *“Deseo de hacer cosas”* ...
- ... *“Conocerme a mí mismo”* ...
- ... *“Encontrar un trabajo mejor”* ... *“un trabajo fijo”* ...
- ... *“Tener una vivienda para mí y mi hija”* ...
- ... *“Traer a mis hijos, siento que estoy perdiendo a mi familia”* ...

Trabajar las relaciones familiares (categoría 9), con un nivel de dificultad de 7,4 lo expresan de la siguiente manera:

- ... *“Que mejore la relación con mis hijos”* ...
- ... *“Hacer algo en la relación de pareja”* ...
- ... *“Que mi madre confíe más en mí”* ...

La categoría 4: el área confusional se vive con un nivel de dificultad de 7,25 y se enuncia como:

- ... *“Estar menos confusa”* ...
- ... *“Ordenarme, estoy confuso”* ...
- ... *“Que no se me olviden las cosas”* ...
- ... *“Poder centrarme en las cosas”* ...

En definitiva y desde un punto de vista cualitativo, el manejo y la reducción de los síntomas ansioso-depresivos, la mejora en las relaciones sociales para conseguir una mayor integración y el deseo de progreso son los objetivos más frecuentemente señalados por los pacientes que acuden al Programa de Apoyo Psicológico.

Desde un punto de vista cuantitativo, las dificultades para salir adelante en la vida cotidiana, tener vivienda, tener trabajo, tener documentación, etc. son las que los pacientes perciben con un mayor nivel de dificultad, un 9,07 sobre 10.

8.2. DIFERENCIAS ENTRE SUBGRUPOS DE INMIGRANTES

A continuación se exponen los resultados diferenciales entre subgrupos de inmigrantes en función de su situación legal, deudas contraídas, tiempo de estancia en el país de acogida e historia de victimización en su país de origen.

Se eligen estas variables porque la situación de irregularidad legal es mencionada en la bibliografía como un factor de vulnerabilidad. Por otra parte, las deudas suponen una carga y un nivel de estrés mayor. Se consideró el tiempo de estancia porque el inmigrante que lleva poco tiempo de permanencia en el país de llegada, probablemente tiene menos nivel de aprendizaje y de adaptación. La historia de victimización se tuvo en cuenta por ser un factor de riesgo y vulnerabilidad que produce un sentimiento de indefensión.

8.2.1. Inmigrantes regulares e irregulares

Entre los años 2007 a 2012 la regularización de la situación legal de un inmigrante en España (basada en la Ley Orgánica 4/2000 del 11 de

Enero sobre los derechos y libertades de los extranjeros y de su integración en España), consistía en la obtención del *permiso de residencia y de trabajo*. El permiso de residencia otorga al inmigrante la posibilidad de residir legalmente en España, pero para poder trabajar necesita del permiso de trabajo. Para obtenerlo el inmigrante debía cumplir una serie de requisitos:

- Estar empadronado.
- Llevar tres años residiendo en el país.
- Contar con una oferta de contrato de trabajo, difícil de conseguir si se carece de permiso de trabajo.

El inmigrante queda entrampado, la mayoría de las veces, en esta paradoja: no puede obtener el permiso de trabajo al no contar con un contrato de trabajo, y a su vez, no cuenta con un contrato de trabajo porque no tiene permiso para trabajar, aunque a menudo algunos empleadores estén dispuestos a regularizar la situación laboral. Esta paradoja, se resuelve en la práctica viviendo en forma ilegal aproximadamente tres años, periodo necesario para certificar su condición de arraigo. Trabaja en el “mercado negro” y no cotiza a la Seguridad Social o sea, vive en estado de vulnerabilidad. Cuando el inmigrante lograba reunir los requerimientos, solicitaba el permiso de residencia y trabajo por cuenta ajena y una vez adquirido tenía un año de vigencia. Vencido ese año, pedía la renovación, para lo cual debía volver a reunir la documentación exigida por la Administración. Cabe aclarar que solicitar la renovación, no implicaba necesariamente alcanzar la misma, ya que podía ser rechazada. Si se autorizaba la renovación, conseguía el segundo permiso de trabajo por un período de dos años, tras los cuales debía pasar por el mismo proceso para adquirir el tercer permiso que duraba cinco años. Una vez transcurridos los cinco años de estar con permiso de trabajo recién podía recibir el permiso permanente. Después de lograr el permiso permanente debía de cumplir los

años de arraigo necesarios para solicitar la nacionalidad española u obtenerla por casamiento con un ciudadano/a español/a.

El número de años de arraigo del inmigrante variaba conforme a los acuerdos establecidos entre el país de llegada con los países de origen. En el caso de los inmigrantes marroquíes por ejemplo, necesitan residir diez años con permiso en España para poder solicitar la nacionalidad española. En otros casos, el inmigrante debía renunciar a la nacionalidad de origen para poder recibir la española. Por otra parte, para que un inmigrante consiga un *permiso de trabajo por cuenta propia* (lo que le da la posibilidad de ser trabajador autónomo) debía de cumplir otros requisitos: ser familiar de un comunitario europeo, presentar un proyecto de viabilidad laboral que requería la aprobación del Ministerio de Interior o Trabajo, tener el visado permanente o esperar para adquirir la nacionalidad española. Esta situación sólo tiene una excepción y es la de ser empleada de hogar autónoma, en cuyo caso no son necesarios estos requisitos.

Todo este proceso legal hasta conseguir una cierta estabilidad puede prolongarse un promedio de diez a doce años. Para analizar las diferencias entre inmigrantes regulares e irregulares se han considerado las personas carentes de permiso de trabajo que constituyen un 47,7% de los participantes. En la tabla 38 aparecen únicamente las características en las variables con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los inmigrantes atendidos en el Programa que estaban en situación regular a diferencia de los que no lo estaban, tenían más apoyo familiar al contar con su pareja e hijos en el país de acogida. En su mayoría provenían de Latinoamérica y llevaban mayor tiempo residiendo en el país de acogida. Tenían más ingresos, estaban empadronados y contaban con tarjeta sanitaria en mayor proporción. Desde el punto de vista del estrés migratorio, los inmigrantes regulares presentaban globalmente menor nivel de estrés, menor estrés familiar y sensación de fracaso, las dificultades para

la supervivencia eran menores y en ellos disminuye la percepción de vulnerabilidad en comparación con los inmigrantes en situación irregular. El tamaño de las diferencias entre ambos grupos es moderado.

Tabla 38. Comparación de pacientes en situación regular e irregular

Variables	Regulares N=34 (52,3%)		Irregulares N=31 (47,7%)		U Mann Whitney/Chi ²	r / v Kramer
SOCIODEMOGRÁFICA	N		N			
Pareja						
Sí	26		14		6,71**	0,32
No	8		17			
Hijos aquí						
Sí	12		4		4,74**	0,33
No	11		16			
MIGRATORIAS						
Procedencia						
Centroamérica/Caribe	7		16		10,17*	0,39
Latinoamérica Norte	17		5			
Cono Sur	7		6			
África	3		4			
Tiempo fuera del país						
0 a 1 año	5		13		10,32*	0,39
1 a 3 años	9		10			
3 a 5 años	9		6			
5 a 10 años	11		2			
Permiso de residencia						
Sí	34		3		53,94***	0,91
No	0		28			
Empadronamiento						
Sí	34		23		10,00**	0,39
No	0		8			
Tarjeta sanitaria						
Sí	34		20		14,52***	0,47
No	0		11			
Ingresos						
Menos de 1000€	27		31		7,15**	0,33
Más de 1000€	7		0			
Escala estrés Ulises	M	DT	M	DT		
Total	56,62	12,24	71,58	13,07	220*** Z=-4,03	-0,5
Familia	22,62	5,90	24,94	4,46	372* Z=-2,04	-0,25
Fracaso	12,09	5,37	18,65	4,62	183*** Z=-4,52	-0,56
Supervivencia y miedo	2,56	2,41	5,81	3,41	244*** Z=-3,74	-0,46
Vulnerabilidad	5,59	3,27	7,32	3,78	358* Z=-2,22	-0,27

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

8.2.2. Inmigrantes con deuda y sin deuda

Del total de la muestra, un 38,5% de los inmigrantes tiene deudas contraídas en sus países de origen o en el viaje migratorio. Cabe aclarar que a veces el inmigrante contrae un préstamo en su país de origen en forma ilegal (por medio de las mafias), que en algunos casos, sino paga la deuda, quien otorga el préstamo puede cobrarse éste con la vida de algún miembro de su familia, o sea que la deuda pone en riesgo a sus familiares. Otros casos, solicitan el préstamo o crédito a una entidad bancaria.

La presión que el inmigrante siente es muy grande, porque tiene no sólo que disponer de dinero para vivir en el país de llegada, sino también enviar dinero mensualmente a su país de origen para pagar la deuda adquirida. En estos casos, el incumplimiento de la deuda pone en riesgo su propiedad o la de sus padres colocada en garantía.

Esta preocupación en el inmigrante fue registrada como un estresor de importancia ya que en algunos casos su único bien era la vivienda. La cantidad de deuda máxima era de 12.000 euros con una media de 1.372,22 euros (DT 2.605,55).

Generalmente los inmigrantes se endeudan entre otras cosas, para poder pagar el billete aéreo, alquilar un alojamiento al llegar al país de acogida, tramitar los “papeles”.

En la tabla 39 se muestran las variables donde aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los inmigrantes con deuda y sin deuda.

Así, los inmigrantes con deuda, a diferencia de los que no la poseen, dejan a sus parejas en el país de origen en mayor porcentaje, tienen más hijos pero no viven con ellos en el país de acogida, por lo tanto poseen más cargas familiares y necesidad de enviar dinero a sus países de origen. Los inmigrantes con deuda llevan menos de un año en el país de acogida, en comparación con los que no tienen deuda. En la medida que pasa el tiempo

van pagando sus deudas, trabajan como empleadas internas de hogar en su mayoría, lo que les permite ahorrar el pago del alquiler de una habitación, pero su situación legal es peor ya que no tienen permiso de residencia ni de trabajo, cuentan con menos posibilidades de empadronarse y es más difícil para ellos acceder al sistema sanitario.

Considerando el malestar psicológico, los inmigrantes con deuda presentan mayor nivel de estrés migratorio, una superior sensación de fracaso y más dificultades para sobrevivir; sin embargo, evidencian menor nivel de hostilidad que los inmigrantes sin deuda y que llevan más tiempo en el país de acogida. En este caso, el nivel de hostilidad equivale a un percentil 90 del baremo de la población general. El tamaño de las diferencias entre ambos grupos es moderado-pequeño.

Tabla 39. Diferencias entre inmigrantes con deuda y sin deuda

Variables	Con deuda N=25 (38,5%)		Sin deuda N=40 (61,5%)		U Mann Whitney/ Chi²	r /v de Kramer
SOCIO-DEMOGRAFICA	N		N			
Pareja aquí (N=40)						
Sí	3		20		9,33**	0,48
No	10		7			
Hijos aquí (N=43)						
Sí	2		14		10,37***	0,49
No	17		10			
Número de hijos (M, DT)	1,96	1,48	1,18	1,28	348,50* Z=-2,11	-0,26
MIGRATORIAS						
Tiempo fuera del país	N		N			
0 a 1 año	12		6		11,24**	0,41
1 a 3 años	8		11			
3 a 5 años	3		12			
5 a 10 años	2		11			
Vivienda						
Piso compartido	13		19		10,20*	0,39
Piso de asistencia	4		5			
Unidad familiar	1		13			
Interna	7		3			

Variables	Con deuda N=25 (38,5%)		Sin deuda N=40 (61,5%)		U Mann Whitney/ Chi ²	r /v de Kramer
Permiso de residencia						
Sí	9		28		7,25**	0,33
No	16		12			
Permiso de trabajo						
Sí	9		25		4,33*	0,25
No	16		15			
Empadronamiento						
Sí	18		39		9,26**	0,37
No	7		1			
Tarjeta sanitaria						
Sí	17		37		6,56*	0,31
No	8		3			
Escala estrés Ulises	M	DT	M	DT		
Total	71,12	13,30	59,15	13,63	267,00** Z=-3,14	-0,38
Fracaso	18,24	5,08	13,33	5,77	256,50*** Z=-3,29	-0,41
Supervivencia y miedo	5,12	3,17	3,48	3,32	343,00* Z=-2,13	-0,26
Otras variables	6,24	1,96	5,20	1,83	341,50* Z=-2,17	-0,27
PSICOPATOLÓGICAS						
SCL-90-R						
Hostilidad	0,91	0,81	1,53	1,02	306,00*** Z=-2,42	-0,30

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

8.2.3. Inmigrantes con menos de cinco años de residencia en el país de acogida y los que tienen más de cinco años

Se procedió a estudiar las diferencias entre los pacientes que llevaban menos de cinco años residiendo en el país de acogida con los que llevaban más de cinco años.

Se tomó como referencia esta cantidad de tiempo de permanencia (cinco años) ya que supone poder tener el segundo o tercer permiso de trabajo con mayor estabilidad. Por otro lado, el tiempo máximo de residencia en España de los pacientes atendidos era de diez años.

La mayoría de la muestra, un 73,8% llevaba menos de cinco años de residencia, estaban en la fase de asentamiento. En la tabla 40 se muestran las diferencias estadísticamente significativas que se han encontrado.

Tabla 40. Comparación de pacientes que llevan menos de cinco años de residencia y los que llevan más de cinco años

Variables	Menos de 5 años N=48 (73,8%)		Más de 5 años N=17 (26,2%)		U Mann-Whitney/Chi ²	r/v de Kramer
Migratorias	N		N			
Permiso residencia						
Sí	22		15		9,20**	0,37
No	26		2			
Permiso trabajo						
Sí	20		14		8,33**	0,36
No	28		3			
	M	DT	M	DT		
Escala estrés Ulises						
Vulnerabilidad	7,08	3,25	4,53	3,95	241,50* Z=-2,5	-0,31
Psicopatológicas	M	DT	M	DT		
SCL-90-R						
Hostilidad	1,12	0,94	1,77	1,00	243,00* Z= -2,38	-0,29

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Como se aprecia en la tabla 40, los inmigrantes que llevan más de cinco años en el país de acogida se sienten menos vulnerables y su situación legal es mejor; sin embargo el nivel de hostilidad que presentan es mayor (equivalente a un percentil 90 de la población general) que el de los inmigrantes que llevan menos tiempo. Es decir, evidencian mayores niveles de irritabilidad, resentimiento, enfado, discusiones e impulsos agresivos contenidos, lo que no significa necesariamente actuados. El paso del tiempo va generando una sensación de insatisfacción, desaliento y cansancio que quizás sólo tras años de esfuerzo y acompañamiento, pueden llegar a expresar.

La hostilidad probablemente tenga relación con el fuerte desgaste que produce conseguir la legalidad y regularidad de la documentación, la adquisición de una vivienda para alquilar, de un trabajo medianamente

estable y también fundamentalmente con los “NO” institucionales que van generando sentimientos de impotencia y calando internamente. No es una hostilidad que fácilmente se evidencie. Es un proceso interno más asociado al resentimiento, es decir, a volver a sentir lo vivido aunque la situación ya haya pasado. Sería importante trabajar sobre este aspecto para que la intensidad con la que el inmigrante vuelve a vivir, a re-vivir, a re-sentir, sea menor y consiga elaborar estas emociones.

8.2.4. Inmigrantes con y sin historia de victimización en el país de origen

Se consideró la variable victimización por ser un factor de riesgo y de vulnerabilidad que asociado a lo que supone el proceso migratorio, podría intensificar el malestar que éste genera.

Del total de la muestra, se observa que un 38,5% tiene una historia de victimización en su país de origen es decir, han sido víctimas de maltrato físico, psicológico o de abuso sexual.

A continuación, en la tabla 41 se presentan las variables donde aparecen diferencias estadísticamente significativas.

Según se observa, las pacientes que han tenido historia de victimización en el país de origen evidencian más estrés, mayores dificultades de supervivencia y más síntomas paranoides equivalentes a un percentil 97 de la población general.

El tamaño de las diferencias entre los dos grupos es pequeño.

Tabla 41. Comparación de pacientes con y sin historia de victimización

Variables	CON N=25 38,5%		SIN N=40 61,5%		U Mann- Whitney/Chi ²	r/v de Kra mer
	M	DT	M	DT		
Migratorias						
Escala estrés Ulises						
Total	68,76	14,70	60,63	13,86	335,50* Z=-2,22	-0,27
Supervivencia	5,56	3,04	3,20	3,22	272,50**Z=-3,09	-0,38
Víctima aquí	N		N			
Sí	0		6		4,13*	0,25
No	25		34			
Psicopatológicas	M	DT	M	DT		
SCL-90-R						
Paranoide	2,13	0,80	1,55	0,77	280,00**Z=-2,78	-0,34

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

8.3. EFECTO DEL PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO

En este apartado se expone por un lado, la evolución del tamaño de la muestra y las diferencias entre los inmigrantes que terminan y no terminan el Programa. Por otro lado, se presentan los resultados del efecto del Programa en los distintos momentos de evaluación, así como las diferencias entre pacientes que alcanzan mejoría y los que no lo hacen.

8.3.1. Evolución del tamaño de la muestra

De los 65 pacientes que comienzan el Programa de Apoyo Psicológico, 34 lo finalizan (52,3%) y 31 pacientes (47,7%) no lo concluyen. Las razones para no finalizar el Programa son diversas: 19 pacientes (29,2%) dejan de asistir por razones laborales, encuentran trabajo

y no pueden conciliar el horario laboral con las citas del Programa. Este dato podría considerarse un avance terapéutico. El paciente llegaba al Programa en situación de desempleo. Conforme comienza a elaborar terapéuticamente lo que le ocurre, se encuentra en mejores condiciones para afrontar la búsqueda laboral y la concreción de un empleo. Por otro lado, 8 pacientes (12,3%) abandonan las sesiones sin dar explicación alguna y 4 (6,2%) no terminan el Programa porque señalan que se encuentran mejor y así lo verbalizan.

Como se refleja en la tabla 42, a lo largo de la intervención, el tamaño de la muestra tuvo la siguiente evolución:

Tabla 42. Evolución de la muestra

PRE	POST	3 meses	6 meses	12 meses
N= 65	-31 N=34	-9 N= 25	-3 N= 22	-1 N= 21

Entre la evaluación postratamiento y el seguimiento de los tres meses, nueve pacientes abandonan; de los cuales cinco comunican que se van a vivir a otros lugares (Italia, Colombia, Galicia, Marruecos y Ecuador).

8.3.2. Diferencias entre pacientes que terminan y no terminan el Programa

El grupo de pacientes que ha terminado el Programa se caracteriza en las variables socio-demográficas, por tener más hijos viviendo con ellos en el país de acogida (35,29%). Respecto a las variables relacionadas a datos sanitarios, son víctimas de agresión en el país de acogida en mayor proporción (18%) que los pacientes que no concluyen el Programa. En las variables migratorias, los pacientes que finalizan el Programa sufren menos

estrés que los pacientes que no lo hacen y presentan menor distancia cultural entre la sociedad de origen y la de acogida. Por último, en las variables de personalidad, los pacientes que terminan el Programa muestran niveles más altos de autoestima y en lo referente a las variables psicopatológicas, denotan menor intensidad sintomática que los que no concluyen el Programa. Las diferencias son de tamaño pequeño (tabla 43).

Tabla 43. Comparación de pacientes que terminan y no terminan el Programa

Variables	Terminan N=34 (52,3%)		No terminan N=31(47,7%)		U Mann- Whitney/Chi ²	r/v de Kramer
Sociodemográficas	N		N			
Hijos aquí						
Sí	12		4		8,31**	0,44
No	8		19			
Datos sanitarios	N		N			
Víctima aquí						
Sí	6		0		6,02*	0,30
No	28		31			
Migratorias	M	DT	M	DT		
Escala Ulises						
Total	59,35	13,50	68,58	14,49	334,50** Z=-2,53	-0,31
Estrés cultural	5,85	2,39	7,97	2,69	314,50** Z=-2,82	-0,35
Personalidad	M	DT	M	DT		
Autoestima	28,21	4,44	25,72	3,44	325,50** Z= -2,32	-0,29
Psicopatológica						
SCL-90-R. PSDI	2,37	0,57	2,63	0,54	364,00** Z= -1,96	-0,24

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

8.3.3. Evolución a lo largo del tiempo

En la tabla 44 se muestran las medias, desviaciones típicas y medianas de los pacientes a lo largo de las evaluaciones realizadas, antes y después de recibir el Programa de Apoyo Psicológico y en los seguimientos de 3, 6 y 12 meses, en las variables psicopatológicas, en autoestima y conductas objetivo. Como se puede apreciar en la tabla 44 hay una disminución de las puntuaciones a lo largo de las evaluaciones.

Tabla 44. Medias, desviaciones típicas y medianas a lo largo de las evaluaciones

VARIABLES	PRE		POST		3 Meses		6 Meses		12 Meses	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
	Mediana		Mediana		Mediana		Mediana		Mediana	
	N= 65		N= 34		N= 25		N= 22		N= 21	
SC- 90-R										
Somatización	1,66	0,86	0,60	0,46	0,53	0,42	0,49	0,42	0,37	0,36
	1,46		0,54		0,50		0,41		0,33	
Obsesión-compulsión	1,79	0,77	0,80	0,57	0,60	0,45	0,47	0,37	0,48	0,39
	1,75		0,75		0,60		0,45		0,50	
Sensibilidad interpersonal	1,94	0,74	0,81	0,53	0,65	0,51	0,55	0,45	0,47	0,40
	1,79		0,88		0,55		0,44		0,44	
Depresión	2,46	0,66	0,88	0,51	0,78	0,59	0,57	0,40	0,53	0,39
	2,48		0,82		0,76		0,60		0,53	
Ansiedad	1,76	0,87	0,52	0,43	0,46	0,41	0,37	0,37	0,33	0,36
	1,60		0,40		0,50		0,30		0,20	
Hostilidad	1,30	0,99	0,43	0,55	0,40	0,56	0,28	0,39	0,33	0,41
	1,00		0,23		0,16		0,16		0,16	
Ansiedad fóbica	0,93	0,86	0,29	0,45	0,20	0,31	0,19	0,31	0,15	0,22
	0,71		0,14		0,00		0,70		0,00	
Ideación paranoide	1,77	0,82	0,76	0,54	0,57	0,49	0,45	0,39	0,41	0,44
	1,83		0,66		0,50		0,33		0,33	
Psicoticismo	1,23	0,62	0,40	0,34	0,22	0,24	0,14	0,18	0,15	0,21
	1,20		0,30		0,20		0,10		0,10	
GSI	1,72	0,58	0,64	0,39	0,51	0,38	0,41	0,32	0,38	0,30
	1,67		0,65		0,51		0,32		0,36	
PST Total	61,02	12,99	37,20	19,30	32,20	21,49	27,41	19,08	26,33	20,07
	61,00		39,00		30,00		24,00		25,00	
PSDI	2,49	0,57	1,48	0,39	1,30	0,49	1,26	0,35	1,27	0,27
	2,55		1,43		1,30		1,36		1,27	
Autoestima	27,06	4,17	32,97	3,43	34,04	3,89	34,86	4,41	34,86	4,20
	27,00		33,00		34,00		36,00		36,00	
Conductas Objetivo	40,41	6,33	16,71	6,91	14,52	8,03	12,64	6,30	12,52	5,97
	42,00		16,00		14,00		10,50		11,00	
Satisfacción			30,76	1,44						
			31,00							

A continuación, aparecen los análisis estadísticos entre las evaluaciones y los tamaños del efecto (Tabla 45). Por un lado, se tienen en cuenta las evaluaciones antes y después de la aplicación del Programa. Por otro lado, se muestra si los resultados obtenidos en el pos-tratamiento aumentan o se mantienen en los seguimientos de 6 y 12 meses.

Tabla 45. Análisis estadísticos a lo largo de las evaluaciones

Variables	Chi ²	Pre-post N=34		Post-6 meses N=22		6 - 12 meses N=21	
		Z	r	Z	r	Z	r
SCL-90-R							
Somatización	28,41***	-4,78***	2,39	-1,36		-2,3*	1,63
Obsesión	27,87***	-4,40***	2,2	-2,37	1,18	-0,76	
Sensibilidad							
interpersonal	42,49***	-4,92***	2,46	-2,35*	1,17	-2,60**	1,8
Depresión	45,87***	-5,08***	2,54	-3,18**	1,59	-1,88	
Ansiedad	44,13***	-5,09***	2,54	-1,38		-1,78	
Hostilidad	17,80***	-4,14***	2,07	-1,19		-0,34	
Ansiedad fóbica	28,93***	-4,24***	2,12	-0,91		-2,21*	1,56
Ideación paranoide	36,61***	-4,66***	2,33	-2,39*	1,19	-1,70	
Psicoticismo	46,70***	-4,72***	2,36	-3,17*	1,58	-1,38	
GSI	44,96***	-5,02***	2,5	-3,08**	1,5	-2,58**	1,83
PST	44,28***	-5,01***	2,5	-2,93**	1,48	-2,49*	1,76
PSDI	33,21***	-4,74***	2,37	-2,20*	1,1	-1,51	
Autoestima	23,67***	-4,73***	2,36	-1,11		-1,22	
Conductas objetivo	44,81***	-5,08***	2,54	-2,91**		-1,43	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Desde el punto de vista estadístico, la mejoría de los pacientes entre la evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento es muy grande, tal y como lo muestra el tamaño del efecto en todas las medidas. Entre la evaluación post-tratamiento y el seguimiento de los 6 meses, la mejoría se sigue

ampliando en las subescalas de sensibilidad interpersonal, depresión, ideación paranoide y psicoticismo, así como en el índice de severidad de los síntomas y en el nivel de dificultad de las conductas objetivo. El tamaño del efecto continúa siendo grande aunque menor que entre la evaluación pre y pos-tratamiento. Entre la evaluación de los 6 y 12 meses, la mejoría se mantiene y aumenta en alguna medida.

En la figura 2, se observa que la evolución a lo largo del tiempo de las puntuaciones en las diversas subescalas del *SCL-90-R* es positiva, los mayores cambios se producen entre la evaluación pre y pos-tratamiento. Posteriormente la mejoría se mantiene en las diversas evaluaciones hasta el año de seguimiento.

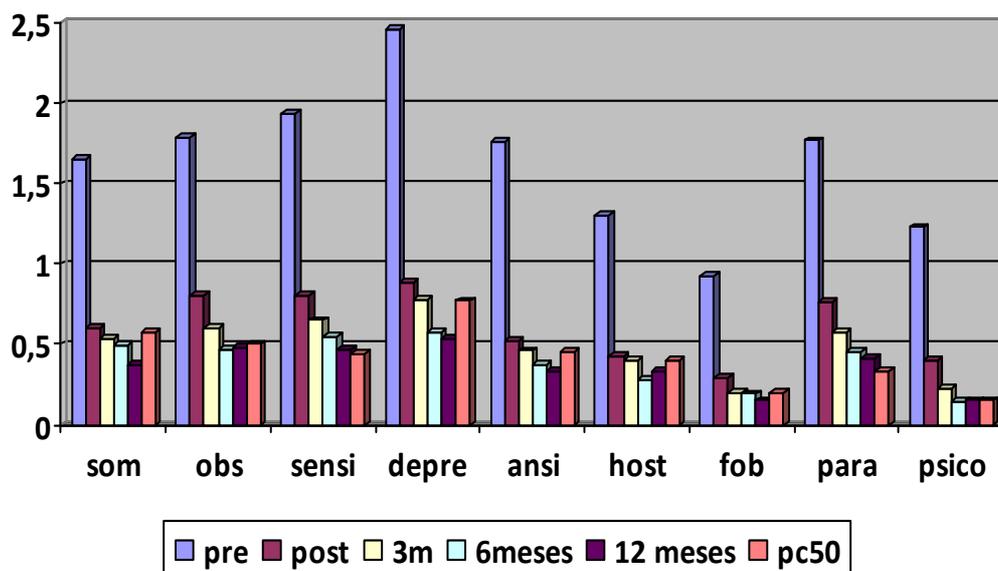


Figura 2. Evolución en las subescalas del SCL-90-R a lo largo de las evaluaciones

Si se comparan las puntuaciones de los pacientes con el percentil 50 (pc50) del baremo de la población general, se puede apreciar que los pacientes que reciben el Programa, se sitúan en este percentil o por debajo del mismo después de haber participado en el Programa de Apoyo Psicológico y mantienen estas puntuaciones hasta el seguimiento de los 12

meses. La excepción se da en los mayores niveles de sintomatología que la población general en ideación paranoide y sensibilidad interpersonal.

Desde el punto de vista de la *autoestima* (figura 3), la puntuación en el pre-tratamiento estaba por debajo del punto de corte de la escala (29) con una media de 27,06. Una vez finalizado el Programa se sitúa por encima de este punto de corte, con una media de 32,97 y además, este resultado se mantiene hasta el año de seguimiento.

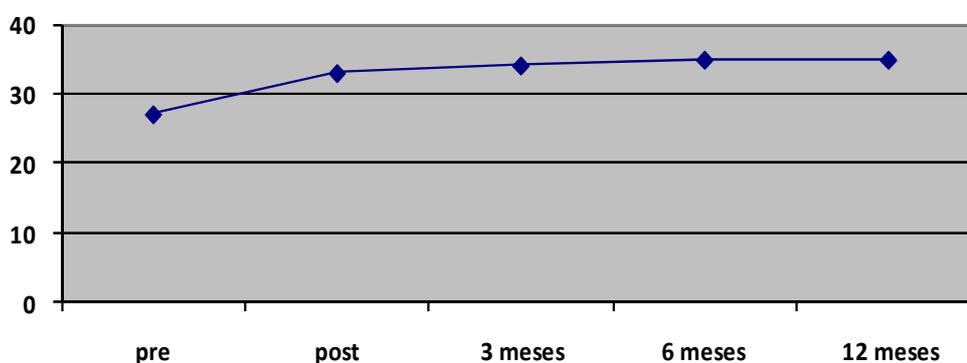


Figura 3. Evolución de las puntuaciones en la escala de autoestima

En el nivel de dificultad de las *conductas objetivo* (figura 4), la percepción de los pacientes sobre los inconvenientes para poder conseguir los objetivos se va reduciendo después del Programa y este resultado se mantiene a lo largo de las evaluaciones.

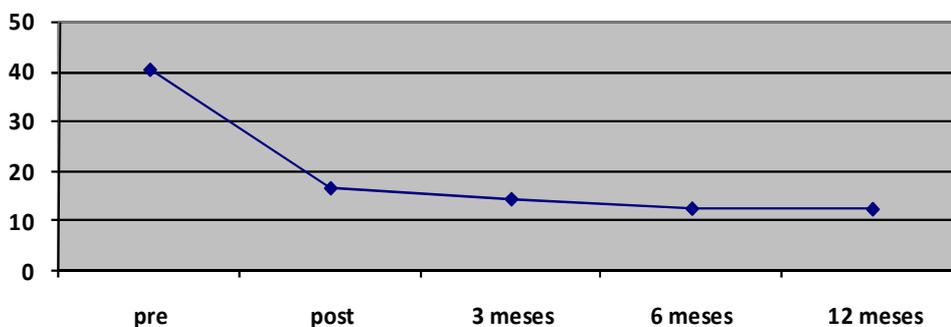


Figura 4. Evolución de las puntuaciones en las Conductas objetivo

A continuación, se presenta el porcentaje de reducción en el nivel de dificultad de las conductas objetivo, tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento de los 12 meses con respecto al nivel de dificultad evidenciado en el pre-tratamiento (Tabla 46). Para ello, se ha restado la puntuación del nivel de dificultad entre cada momento de la evaluación.

Tabla 46. Reducción del nivel de dificultad en las Conductas Objetivo

PACIENTE	PRE - POST	PRE-12 MESES
1	42,55 %	61,70 %
2	76,60 %	68,09 %
3	62,86 %	48,57 %
4	59,58 %	80,85 %
5	76,60 %	91,49 %
6	56,52 %	73,91 %
7	55,56 %	69,44 %
8	46,81 %	48,94 %
9	55,56 %	50,00 %
10	70,46 %	77,27 %
11	72,23 %	83,33 %
12	51,17 %	76,74 %
13	51,06 %	61,70 %
14	35,56 %	75,55 %
15	51,22 %	70,73 %
16	86,00 %	86,00 %
17	44,12 %	82,35 %
18	28,57 %	54,28 %
19	32,26 %	22,58 %
20	56,76 %	70,27 %
21	58,07 %	90,32 %

Así, entre el Pre y Post-tratamiento los sujetos reducen su nivel de dificultad en una media del 55,72% y entre el Pre-tratamiento y el seguimiento de los 12 meses en un 68,77%.

Con respecto a la **satisfacción con el Programa** (rango 8-32), ésta es alta (M 30,76, DT 1,44) y desde un punto de vista cualitativo y en palabras de los pacientes:

Mujer de 55 años: ...*“Cuando una comienza, siente la necesidad de hablar con alguien a solas y desahogarse, no quiere hablar con nadie más. Cuando está mal siente pena, está avergonzada, muy triste, muy sola, no se siente capaz de que todo el mundo la mire, se siente defraudada de una misma. Cuando una termina, se siente libre, capaz, el Programa le hace entender que una vale”*...

Hombre de 20 años: ...*“Ahora que estoy mejor, ahora quiero ir a un grupo”*...

Hombre de 30 años: ...*“Entre los inmigrantes sólo se habla de problemas. Cuando vengo aquí estoy tranquilo. Antes del Programa vivía en otro planeta, indiferente a todo. No tenía una gran capacidad para soportar cosas”*...

8.3.4. Mejoría clínica

Se estableció como criterio de mejoría, que los pacientes tuvieran en el post-tratamiento y en el seguimiento de los 12 meses, una puntuación en el índice global de severidad (GSI) del SCL-90-R equivalente a un percentil igual o menor de 50 del baremo de la población general.

En la tabla 47, se presentan los resultados de los pacientes que finalizan el Programa y completan el seguimiento de 12 meses, comparándolos con los percentiles del baremo de la población general.

Tabla 47. Puntuaciones del GSI y percentiles equivalentes del baremo de la población general

N° de PACIENTE	PRE		POST		12 MESES	
	PD	Pc	PD	Pc	PD	Pc
1	2,37	99	1,35	95	0,36	35
2	2,04	99	0,14	10	0,08	5
3	1,07	95	0,90	90	0,41	55
4	1,60	97	1,01	85	0,36	35
5	2,31	99	0,24	20	0,12	10
6	1,84	99	0,67	70	0,11	10
7	1,98	99	1,08	90	0,55	55
8	1,86	97	1,15	90	0,87	85
9	1,33	95	0,50	50	0,37	35
10	0,98	85	0,26	20	0,27	25
11	2,10	99	0,64	65	0,34	30
12	2,27	99	0,67	70	0,20	15
13	0,18	15	0,18	15	0,05	5
14	1,66	97	0,98	85	0,51	50
15	0,86	85	0,40	35	0,40	40
16	2,45	99	0,28	35	0,11	10
17	1,88	99	0,17	15	0,16	15
18	2,02	99	1,20	90	0,65	65
19	1,80	99	0,17	10	1,17	90
20	0,72	75	0,21	15	0,01	5
21	0,99	85	0,69	70	0,80	80

Tal como se observa en la tabla 47, en la evaluación pre-tratamiento sólo un paciente tenía una puntuación igual o menor que el percentil 50 de la población general, sin embargo en el post-tratamiento el 47,62% de los

participantes y a los 12 meses el 71,43% se situaban por debajo del percentil 50.

Se ha realizado un análisis comparativo en todas las variables del pre-tratamiento, entre los pacientes que han reducido su malestar por debajo del percentil 50 del baremo de la población general a los 12 meses, con respecto a los pacientes que no lo hicieron.

La única variable donde aparecen diferencias, es en el nivel de dificultad de las conductas objetivo antes de comenzar el Programa de Apoyo Psicológico, siendo mayor en aquellos pacientes mejorados a los 12 meses (Tabla 48). En el resto de las variables no hay diferencias.

Tabla 48. Pacientes mejorados y no mejorados

Variables	Mejorados N=15 (71,43%)		No mejorados N=6 (28,57%)		U Mann-Whitney	r
	M	DT	M	DT		
Conductas Objetivo Pre	43,13	5,08	35,83	5,88	15,50 Z=-2,33*	0,51

* $p < 0,05$

Quizá los pacientes que evidencian mayor nivel de dificultad antes de comenzar el Programa de Apoyo Psicológico, pueden sentirse más motivados, con mayor deseo de trabajar en el Programa y comprometerse con más intensidad en el mismo.

En la tabla 49 se muestra el nivel de dificultad en las conductas objetivo que cada paciente señalaba antes de comenzar el Programa.

Tabla 49. Nivel de dificultad en las Conductas objetivo en el Pre-tratamiento

N° de Paciente	Mejorados (N=15)		N° de Paciente	No mejorados (N=6)	
	PD (0-50)	M		PD (0-50)	M
1	47	9,4	3	35	7,0
2	47	9,4	7	36	7,2
4	47	9,4	8	47	9,4
5	47	9,4	18	35	7,0
6	45	9,0	19	31	6,2
9	36	7,2	21	31	6,2
10	44	8,8			
11	36	7,2			
12	43	8,6			
13	47	9,4			
14	45	9,0			
15	41	8,2			
16	50	10			
17	34	6,8			
20	37	7,4			

8.4. INDICE DE CAMBIO FIABLE. NIVELES DE RECUPERACIÓN DE LOS SUJETOS

8.4.1. Niveles de recuperación entre el pre y el postratamiento

Para determinar cambios clínicamente significativos en cada uno de los pacientes que completaron el seguimiento de los 12 meses, se utilizó el índice de cambio fiable (ICF).

Se consideran pacientes mejorados en el post-tratamiento los que presentan recuperación o mejoría en las Conductas Objetivo y en el Índice Global de Severidad (GSI) del SCL-90-R. En la tabla 50 se muestra el ICF en cada una de las sub-escalas del SCL-90-R y en las Conductas Objetivo.

Tabla 50. Índice de Cambio Fiable entre el pre y el postratamiento

Paciente	Som	Ob	Sens	Dep	An	Ho	AF	Paran	Psic	GSI	C.Obj
1	M	I	M	M	M	I	I	I	M	M	R
2	R	R	R	R	R	I	I	M	M	R	R
3	I	E	I	I	I	I	E	I	I	I	R
4	I	I	I	M	M	M	I	E	I	I	R
5	R	R	R	R	M	R	M	M	R	R	R
6	I	M	M	R	M	I	I	I	M	M	R
7	I	I	I	I	M	M	I	I	M	M	R
8	M	I	I	M	M	M	I	I	M	I	R
9	I	M	M	M	I	I	I	I	M	M	R
10	I	I	I	M	I	I	I	I	M	M	R
11	R	M	R	M	M	M	M	M	I	R	R
12	M	M	I	M	R	I	R	R	M	R	R
13	E	I	I	I	I	I	I	I	I	I	R
14	I	I	E	M	I	I	E	M	I	I	M
15	I	I	I	M	I	I	I	I	I	I	R
16	R	R	R	R	R	I	R	M	R	R	R
17	M	M	M	R	R	R	I	M	M	R	M
18	I	M	I	R	I	I	I	I	M	M	M
19	I	I	E	I	I	I	E	I	E	R	M
20	I	I	I	M	I	I	I	I	I	I	R
21	I	E	I	I	I	I	I	E	I	I	R

Som: Somatización; Ob: Obsesión-compulsión; Sens: Sensibilidad interpersonal; Dep: Depresión; An: Ansiedad; Ho: Hostilidad; AF: Ansiedad fóbica; Paran: Ideación paranoide; Psic: Psicoticismo; GSI: Índice de severidad global; C.Obj: Conductas objetivo.

Recuperado (R) >1,96; Mejorado (M) 1-1,96; Igual (I) 0,1-1; Empeorado (E) <0

Tal como se observa en la tabla anterior, hay 13 pacientes de un total de 21, es decir el 62%, que mejoran y/o se recuperan entre el pre y el post-tratamiento.

El Programa incide principalmente en depresión (tristeza, desánimo, desesperanza, falta de energía, etc.), psicoticismo (sentirse extraño con uno mismo, distanciado de los demás, etc.), ansiedad (tensión emocional, nerviosismo, temor, etc.), obsesión-compulsión (conductas, pensamientos e impulsos que se viven como absurdos e indeseados, pero que son difíciles de resistir, evitar o eliminar), somatización (vivencias de disfunción corporal) y sensibilidad interpersonal (timidez, vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales).

El Programa ayuda a normalizar la situación, disminuir la sintomatología ansioso-depresiva, la sensación de extrañamiento y distanciamiento de los demás, las preocupaciones, el nivel de somatización y las dificultades en las relaciones interpersonales. Sin embargo, actúa en menor medida en hostilidad (agresividad, ira, irritabilidad, resentimiento), ansiedad fóbica (miedo persistente) e ideación paranoide (sentirse perseguido). Teniendo en cuenta este dato referente a la hostilidad donde se registró poca mejoría, se concluye que los Programas de Apoyo Psicológico deberían trabajar más sobre los sentimientos de enfado e irritabilidad y proporcionar vías de expresión para la frustración, la impotencia, la ira, por medio de rol playing, de la dramatización de sentimientos, de la expresión plástica, etc. porque se podría inferir que estos sentimientos no son verbalizados ni expresados por los inmigrantes y no encuentran vías adecuadas de manifestación .

Lo mismo podría hacerse con la ansiedad fóbica, trabajando por ejemplo con las escenas temidas por el paciente.

8.4.2. Niveles de recuperación entre el post-tratamiento y el seguimiento de los 12 meses

Se considera que un paciente mantiene la mejoría entre el post-tratamiento y el seguimiento de 12 meses, cuando no presenta ningún empeoramiento en el GSI del SCL-90-R, ni en las Conductas Objetivo. Como se observa en la tabla 51, y de acuerdo al criterio antes mencionado, el 71,43% de los pacientes mantiene la mejoría conseguida en el post-tratamiento. Nuevamente, es en la sub-escala de hostilidad, donde hay un mayor número de empeoramientos, lo que reconfirma la necesidad de un abordaje específico para este tipo de emociones.

Tabla 51. Índice de Cambio Fiable entre el postratamiento y el seguimiento de los 12 meses

Paciente	Som	Ob	Sens	Dp	An	Ho	AF	Paran	Psic	GSI	C.Obj
1	M	R	R	M	R	E	R	R	R	R	M
2	I	I	I	I	I	E	I	I	I	I	E
3	M	M	R	I	M	E	I	R	R	M	E
4	I	M	M	R	M	M	I	R	M	R	M
5	I	I	I	I	I	E	I	I	I	I	M
6	R	M	I	R	M	I	I	M	M	R	M
7	I	M	M	M	I	I	M	I	R	M	I
8	I	I	M	E	M	R	E	R	I	M	I
9	I	E	I	I	M	I	E	I	I	I	E
10	I	I	E	I	I	E	I	E	I	E	I
11	M	I	M	I	I	I	I	I	M	M	I
12	I	M	M	R	I	I	E	I	M	M	M
13	M	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
14	R	I	R	R	M	I	I	M	M	M	R
15	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	M
16	I	M	I	I	I	I	I	M	I	I	I
17	E	E	I	E	I	I	I	I	I	I	R
18	R	R	M	M	R	I	I	E	I	M	M
19	R	M	M	I	I	I	I	I	M	E	E
20	I	I	M	I	I	I	I	I	M	I	I
21	E	I	E	M	E	E	I	M	I	E	M

Sm: Somatización; Ob: Obsesión-compulsión; Sensi: Sensibilidad interpersonal; Dp: Depresión; An: Ansiedad; Ho: Hostilidad; AF: Ansiedad fóbica; Paran: Ideación paranoide; Psic: Psicoticismo; GSI: Índice de severidad global; C.Obj: Conductas objetivo.

Recuperado (R) >1,96; Mejorado (M) 1-1,96; Igual (I) 0,1-1; Empeorado (E) <0

CAPÍTULO 9
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

9. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Este capítulo presenta las conclusiones más destacadas de la investigación dando respuesta a cada una de las hipótesis con las que se partió. Las conclusiones se irán cotejando con trabajos anteriores. También se señalan las principales aportaciones del estudio, se comentan ciertas limitaciones del mismo y se mencionan algunas líneas de investigación futura que pueden llevarse a cabo a partir de los resultados obtenidos.

9.1. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO Y CONTRASTE DE LAS HIPÓTESIS

Las siguientes conclusiones tendrán en cuenta tres apartados: características de los participantes, sub-grupos de inmigrantes y efectividad del Programa.

Características de los participantes

La población inmigrante que contacta con el Programa manifiesta distintas problemáticas. Un gran número, más del 30%, evidencia trastornos mentales y un 7,4% se encuentra en procesos de duelo. Algunos de ellos informan haber sido víctimas de acoso laboral, abuso y maltrato. Alrededor de un 13% acude para solicitar información variada (empadronamiento, ayudas sociales, escolarización de sus hijos, alquiler de vivienda, tramitación de documentación, etc.). Por lo tanto, fueron diversas las demandas por las que se acercaron al Programa de Apoyo Psicológico.

Se observa que los inmigrantes que acuden al Programa, muestran distintas dificultades y por lo tanto, se deriva la necesidad de estudiar diversos perfiles y analizar diferentes necesidades para poder adecuar y ajustar los dispositivos de ayuda. Otros estudios (Gimeno-Bayón, 2007;

Pertinez, Vilades, Clusa, Menacho, Nadal y Muns, 2002) también muestran la existencia de un alto porcentaje de inmigrantes con trastornos mentales que no reciben tratamiento. Así mismo, en ocasiones cuando los inmigrantes acudieron al médico de cabecera, éste minimizó la problemática y no los derivó a los servicios de salud mental, hecho que ya fue detectado en un estudio realizado en Canadá (Kirmayer y cols., 2011). Se registró un 13% de inmigrantes que tenían dificultades para acceder al sistema sanitario por desconocimiento del idioma y de la existencia del servicio. Así, en este estudio se manifiestan algunos de los problemas señalados por Belmonte, Checa y Arjona (2012) y Díaz Olalla (2009).

Un 5,5% de los inmigrantes acudieron a solicitar ayuda para poder retornar a sus países con una fuerte sensación de derrota y fracaso, lo que muestra una vez más la complejidad de los procesos migratorios.

De los 78 inmigrantes que accedieron al Programa, 13 no finalizaron la evaluación pre-tratamiento. Asistieron a una primera entrevista donde se expresaron, se les escuchó, pero no continuaron con el proceso. La mayoría de ellos llegaron al Programa en un momento de crisis, sentían un “quiebre interno”, por sufrir un estresor añadido a sus condiciones de vida habituales. Esta modalidad de asistir, hacer catarsis emocional desde su situación de inmigrante con la posibilidad de ser escuchado, pero luego no continuar con el tratamiento, también se ha dado en otros estudios (Interian y Díaz Martínez, 2007; Shen, Alden, Söchting y Tsang, 2006).

A través de estos datos se puede concluir que es importante contar con servicios psicológicos para inmigrantes y que sean éstos de fácil acceso, por lo menos en los primeros momentos de su proceso migratorio, cuando el nivel de estrés y choque cultural es muy relevante (Ingleby, 2005; Pumariega, Rothe y Pumariega, 2005) y presentan dificultades para acceder al servicio sanitario (Cabassa y Zayas, 2007).

Hipótesis 1:

Se espera que los pacientes inmigrantes que demanden atención provengan mayoritariamente de Latinoamérica, asistan más mujeres que hombres, estén casadas y/o en pareja, tengan hijos, un nivel de estudios medio y sea una población con edades inferiores a los 50 años.

La primera hipótesis del estudio **se confirma**. La mayoría de los inmigrantes atendidos proceden de Latinoamérica ya que solo 1 de cada 10 proviene de África, el resto es oriundo de América del Sur, América Central y El Caribe. Además, la proporción de mujeres (86,2%) es superior en relación a los hombres (13,8%). Dos tercios están casadas o con pareja, tienen hijos, la mayoría los han dejado en el país de origen. Poseen un nivel educativo medio en un 70%. Con respecto a la edad, casi el 80% tiene menos de 40 años.

Estos resultados están en la misma línea de los obtenidos en otros trabajos realizados en la Comunidad Autónoma Vasca (Basabe, Zoblina y Páez, 2004; Elgorriaga, 2011; Martínez-Taboada, Arnosó y Elgorriaga, 2006) donde también se encuentra este perfil de inmigrante latinoamericano. En el estudio multicéntrico llevado a cabo por Qureshi, Collazos, Sobradie y cols. (2013) en Centros de Asistencia Primaria, se advierte que entre los diferentes subgrupos de inmigrantes, los latinoamericanos presentaban mayores tasas de psicopatología que los subsaharianos y asiáticos. Otras investigaciones revelan que generalmente las mujeres latinoamericanas, no llegan al país de destino por medio de la reagrupación familiar, sino por motu proprio. El motivo principal de la salida de su país es el factor económico. Se plantean como objetivo mejorar la situación de sus familias y en muchas ocasiones, son las principales responsables del grupo familiar (Gregorio y Ramírez, 2000).

El porcentaje de mujeres que acude al Programa de Apoyo Psicológico es mayor que el de hombres, las razones de ello son diversas: pueden presentar más dificultades, tener más conciencia de las mismas, pueden pedir ayuda con más facilidad o más aceptación social del sufrimiento y pueden utilizar más asiduamente los servicios de salud (Caro, 2001; Kamperman, Komproe y De Jong, 2007). Este dato también aparecía en el estudio de Elgorriaga (2011) donde eran las mujeres las que realizaban más demandas de asistencia psicológica.

En línea con estos resultados existen investigaciones que indican que las mujeres inmigrantes presentan niveles de estrés y malestar más altos que los hombres (Alegría, Mulvaney-Dy, Torres, Polo, Cao y Canino, 2007; Amponsah, 2010), son más vulnerables, evidencian más alteraciones psicológicas debidas a la deprivación social, la sobrecarga de roles, los trabajos sin contrato, las horas extras no pagadas, los horarios exhaustivos o nocturnos y los fines de semana ocupados (Bermúdez, 2004; Del Amo y cols., 2011; Dion y Dion, 2001; Fernández, Hernández y Martín del Barco, 2009; Patiño y Kirchner, 2008). También se señalan otras razones como el aislamiento, las pocas oportunidades para aprender, la menor participación en el espacio público y por lo tanto, la presencia de más dificultades en el ajuste sociocultural (Martínez, García y Maya, 2002).

Hipótesis 2:

Los pacientes inmigrantes que acudan al Programa lo harán principalmente en la primera fase de asentamiento (menos de cinco años de estancia), la mayoría no tendrán permiso de residencia ni de trabajo y su situación laboral será precaria o estarán desempleados.

Respecto a la segunda hipótesis se comprueba por los análisis realizados que el 80% de los inmigrantes que acuden al Programa llevan entre uno y cuatro años de estadía en el país de acogida, es decir están en su primera fase de asentamiento, pero sólo un 55% tiene regularizada su situación legal. Trabajan en el cuidado de personas y en el servicio doméstico. De acuerdo a estos datos **se confirma la hipótesis 2**. Este resultado está en concordancia con las investigaciones que señalan que en la primera fase de asentamiento, los procesos de aculturación y los esfuerzos para la adaptación suponen un aumento del estrés y de la sintomatología ansioso-depresiva (Hovey y Magaña, 2000; Martínez-Taboada, Arnosó y Elgorriaga, 2006; Pernice y Brook, 1996) lo que puede conducir a realizar una demanda de ayuda.

Hipótesis 3:

Los pacientes inmigrantes presentarán mayor nivel de síntomas psicopatológicos que la población general, un elevado estrés migratorio y un bajo nivel de autoestima.

Atendiendo a los resultados obtenidos en el SCL-90-R, el nivel de sintomatología es muy elevado, alcanzando en todas las sub-escalas clínicas percentiles superiores a 90 comparados con los baremos de la población general, lo que indica un malestar psicopatológico muy importante. Este resultado es similar al obtenido en estudios sobre este tema, como por ejemplo el de Patiño y Kirchner (2011) llevado a cabo en Barcelona. La presencia de mayores niveles de síntomas en la población inmigrante respecto a la autóctona se da también en otros trabajos (Breslau, Borges, Saito y cols. 2011, Kirchner y Patiño, 2011; Valiente y cols. 1996, Witting y cols., 2008).

En cuanto a la autoestima, los inmigrantes que asistieron al Programa presentaron niveles bajos de autoestima, al igual que los resultados de otras investigaciones efectuadas tanto con inmigrantes como con personas sometidas a situaciones de estrés crónico, como los familiares de enfermos mentales y/o adictos (D'Ardene y Mahtani, 1989; Polo-López, Salaberría y Echeburúa, 2015).

En relación al estrés migratorio, los pacientes de la muestra estudiada evidencian niveles de estrés migratorio alto al igual que en los trabajos de Achotegui (2008). Este dato hace pensar en las desventajas sociales y económicas que pueden influir en la presencia de la sintomatología (Tinghog, Hemmingsson y Lundberg, 2007). Los resultados **confirman la hipótesis tercera.**

Hipótesis 4:

Los pacientes inmigrantes se plantearán como objetivo trabajar conductas que estén relacionadas con síntomas de depresión o de ansiedad, miedo, dificultades en sus vínculos familiares y en su integración social en la vida cotidiana.

Por los resultados obtenidos en el presente estudio se concluyó que los inmigrantes perciben sus objetivos con un elevado nivel de dificultad y exigencia que les genera estrés. Verbalizan deseos de trabajar el estado de tristeza, los síntomas de ansiedad, las dificultades en la integración social y en la vida cotidiana, las relaciones familiares como por ejemplo la reagrupación familiar y poder progresar, por ejemplo obtener la documentación. Acuden al Programa de Apoyo Psicológico en un momento de crisis y quiebre psicológico.

Los perfiles de las conductas que el inmigrante se propone trabajar para abordar su malestar, coincide con la descripción fenomenológica

realizada por Achotegui (2009) sobre el Síndrome de Ulises y está en concordancia con los hallazgos que se encuentran en el estudio de Gimeno, Lafuente y González (2014) y con los de Patiño y Kirchner (2010) donde se constata que la situación económica y la búsqueda de trabajo eran los estresores más preocupantes para los inmigrantes. **Se confirma la cuarta hipótesis.**

Subgrupos de inmigrantes

Hipótesis 5:

Los pacientes inmigrantes con situación legal regular presentarán menos síntomas psicopatológicos y menor nivel de estrés que los inmigrantes en situación irregular.

En los subgrupos de inmigrantes atendidos, se detecta que los pacientes que están en situación regular legalmente, presentan más apoyo familiar, tienen más hijos con ellos en el país de acogida, cuentan con más ingresos, evidencian menos nivel de estrés y percepción de fracaso y se sienten menos vulnerables que los pacientes que están en situación irregular; sin embargo, el nivel de sintomatología es similar entre ambos grupos en términos generales. Un factor que puede incidir es la inestabilidad en la documentación. Entre los pacientes en situación regular, excepto dos personas, el resto no tienen permiso legal permanente y por lo tanto viven en constante inquietud.

Teniendo en cuenta los resultados alcanzados **se confirma parcialmente la hipótesis 5.**

Existe similitud entre este resultado y el obtenido por Olivos (1998) donde los inmigrantes en situación regular, o sea que lograron salir de la fase de llegada, presentaban algunas dificultades psicológicas que

perseveraron en el tiempo sin resolución. El autor señala diversas razones para explicar estos datos: el sentimiento de inseguridad con respecto a los autóctonos, el rechazo hacia el estilo comunicativo de la mayoría de los españoles vivido como poco amistoso, la soledad por la ausencia de los importantes afectos que dejó, las vinculaciones conflictivas o insatisfactorias, la dificultad para expresar disconformidad y el inadecuado manejo de la agresividad.

Hipótesis 6:

Los pacientes inmigrantes que contrajeron deudas para abordar el proceso de migración evidenciarán mayor nivel de estrés y síntomas psicopatológicos que los que no las tienen.

Esta hipótesis se **confirma parcialmente**.

Entre los inmigrantes que acudieron al Programa, se observó que un 40% habían adquirido deudas. Las deudas suponen un importante factor estresante más y una sobrecarga laboral y emocional. La precariedad de los trabajos no les garantiza tranquilidad económica y solvencia para afrontar su realidad en forma rápida, por ello el estresor se mantiene un tiempo prolongado.

En los inmigrantes que han contraído deuda, a diferencia de los que no la tienen, confluyen otras características: se sienten más solos, tienen lejos a su pareja e hijos, poseen promesas y compromisos económicos con ellos, llevan poco tiempo en el país de acogida, se encuentran en desventaja legal, evidencian más estrés migratorio y sensación de fracaso, junto con dificultades para sobrevivir. Sin embargo, manifiestan menor nivel de hostilidad que los pacientes que no tienen deuda.

Estos resultados obtenidos coinciden con otros estudios. Smith, Matheson, Moineddin y Glazier (2007), afirman que el bajo nivel económico en inmigrantes con hijos los hace más vulnerables al desarrollo de trastornos mentales. Presentan más síntomas los inmigrantes que adquirieron deudas y que vienen de la pobreza ya que se le suma la presión de tener que enviar dinero a su país. Estos resultados concuerdan parcialmente con los del trabajo de Ornelas y Perreira (2011) que relaciona la pobreza pre-migratoria con mayor sintomatología depresiva.

Hipótesis 7:

Los inmigrantes que lleven más de cinco años de residencia en el país de llegada, revelarán menos síntomas que los que lleven menos de cinco años.

Los resultados del estudio indican que el 80% de los inmigrantes que acuden al Programa lo hace en los primeros cinco años de migración, es decir, en la primera fase de choque cultural, donde se evidencia con más intensidad la tristeza y la desorientación (Martínez-Taboada, Arnoso y Elgorriaga, 2006). De acuerdo a los resultados obtenidos se **confirma parcialmente la hipótesis 7**, ya que los inmigrantes que llevan menos tiempo de residencia se sienten más vulnerables, sin embargo tienen menos nivel de hostilidad que los pacientes que llevan más tiempo viviendo en el país de acogida.

Oberg (1960) también planteó que los inmigrantes con más tiempo de residencia manifiestan mayor nivel de hostilidad ya que el paso del tiempo no mejora su situación, se sienten menos vulnerables pero tienen más agresividad y resentimiento hacia la sociedad receptora.

Este resultado concuerda con el de Haasen, Demiralay y Reimer (2008) que trabajaron con una muestra de inmigrantes en Alemania y

afirman que la mayor permanencia en el país de acogida no reduce, en algunos casos, el nivel de malestar y los síntomas depresivos. Los mismos resultados se dan en los estudios de Pumariega, Rothe y Pumariega (2005) y de Salinero y cols., (2014) donde se observa que los inmigrantes con más de cinco años de residencia, tienen condiciones de vida más favorables, mejores trabajos y viviendas, dominan con más fluidez el idioma, pero el estrés migratorio y las tasas de trastorno mental son iguales o mayores que en aquellos inmigrantes que llevan menos de cinco años de residencia. Los autores para explicar este dato, mencionan factores como: la presencia de sucesos adversos vitales, la carencia de apoyo social, el pobre funcionamiento familiar, la escasa salud física y las dificultades de identificación con la sociedad de acogida. En trabajos llevados a cabo en Estados Unidos los inmigrantes latinos manifiestan mayores tasas de trastornos mentales a medida que pasa el tiempo (Cook, Alegría, Lin y Guo, 2009; Nicklett y Burgard, 2009).

Generalmente el inmigrante luego de cinco años percibe una brecha significativa entre las expectativas ocupacionales y económicas y la realidad que vive. El malestar que permanece a lo largo del tiempo sugiere la necesidad de desarrollar programas de intervención psicológica, educativa y social y no quedarse sólo en el asistencialismo material (Lerner, Kertes y Zilber, 2005).

Hipótesis 8:

Los pacientes inmigrantes que han sido víctimas en su país de origen manifestarán mayor nivel de sintomatología.

Del grupo de pacientes mujeres que han tenido una historia de victimización en su lugar de origen, un 38,5% presenta más estrés, dificultades de supervivencia y síntomas paranoides en el SCL-90-R

equivalentes a un percentil 97 de la población general. Esto implica mayor desconfianza en sus relaciones interpersonales y más dificultades para la adaptación. El tamaño de las diferencias entre ambos grupos es pequeño.

Se confirma parcialmente la hipótesis 8.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Ryan y cols., (2006) al encontrar mayores tasas de sintomatología entre las mujeres inmigrantes que fueron víctimas de abuso y también confirman a los alcanzados por Chou (2009) y Fortuna, Porche y Alegría (2008), sobre situaciones traumáticas previas relacionadas con disminución en la salud mental.

La historia de mujeres inmigrantes que fueron víctimas con anterioridad a su migración, las coloca en una situación de vulnerabilidad que puede ocasionar la repetición de su historia. Se sabe que, entre las mujeres maltratadas, un 24% son inmigrantes y tienen más riesgo que las mujeres nacionales de perder la vida a manos de sus parejas (Jornadas internacionales sobre tratamiento jurídico y social de la mujer inmigrante víctima, 2007).

Efectividad del Programa de Apoyo Psicológico

Respecto a la efectividad del Programa de Apoyo Psicológico, un resultado relevante ha sido las altas tasas de abandono. Desde un punto de vista clínico, uno de los problemas más importantes ha sido conseguir la adherencia al mismo. De los 65 inmigrantes que comienzan el Programa, 31 no lo finalizan (el 46%). Del 46% que abandonaron, el 12,3% lo hizo sin avisar ni explicar la razón del abandono y el 34% restante manifestaron sentirse mejor y razones laborales, porque al conseguir trabajo presentaban incompatibilidad por el horario. El trabajo es el factor nuclear sobre el cual el inmigrante articula su vida personal, social y familiar. La situación

laboral organiza su vida porque maneja el horario. La inestabilidad y los cambios de trabajo permanentes determinan el día a día del inmigrante (Gimeno, Lafuente y González, 2014). Durante los seguimientos, los pacientes atendidos continuaban desplazándose a otros lugares, con más asiduidad en los tres primeros meses. Por lo dicho, la muestra con la que se trabajó fue una población fluctuante. Las bajas tasas de permanencia en los tratamientos de los inmigrantes, constituyen un problema de importancia que supone un reto terapéutico. Una manera de superar esta dificultad sería modificar el abordaje terapéutico atendiendo a las diferentes características del inmigrante (Achotegui, 2007; Miranda, Chung, Breen y cols., 2003; Smith, Domenech y Bernal, 2011).

Se sabe que las personas inmigrantes priorizan el trabajo frente a la salud, sobre todo en los primeros momentos del proceso migratorio, sólo acuden a los servicios sanitarios cuando les apremia una dificultad buscando una resolución inmediata a sus problemas (Sanz y cols., 2007). Cuando sienten alivio, tienden a abandonar las intervenciones.

A diferencia de los inmigrantes que abandonan el Programa, los inmigrantes que lo terminan viven con sus hijos en el país de acogida, han sido víctimas de agresión en el país de llegada, pero tienen menos estrés, menor distancia cultural, mejor autoestima y menor intensidad de los síntomas en relación a los que no finalizan el Programa, aunque estas diferencias sean pequeñas. Los pacientes que abandonan el Programa tienen menor nivel de autoestima, quizá cuentan con menos recursos de afrontamiento y les puede avergonzar poner en palabras sus problemas (Chan, 1977; Rickwood y Braithwaite, 1994). La mayor distancia cultural y el desconocimiento del idioma son un importante factor para el abandono como ya fue enunciado por Kamperman, Komproe y De Jong (2007) y Smith y Bond (1993). Tal vez estos pacientes podrían beneficiarse si son atendidos por terapeutas de culturas similares y con dominio de su idioma

(Knipscheer y Kleber, 2004). Con estos pacientes sería pertinente una mayor flexibilidad en el encuadre de las sesiones terapéuticas y hasta recurrir al recurso telefónico.

Hipótesis 9:

Los inmigrantes que terminen el Programa disminuirán las puntuaciones en los síntomas psicopatológicos de forma estadísticamente significativa y aumentarán el nivel de autoestima entre el pre y el postratamiento y esta mejoría se mantendrá en las evaluaciones realizadas a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento.

Este trabajo de tesis ha demostrado que los niveles de reducción del malestar psicológico son significativos entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento. El mantenimiento de la mejoría de los inmigrantes fue comprobado en los seguimientos realizados a los 3, 6 y 12 meses, con un tamaño del efecto grande. El paciente inmigrante al adquirir nuevos recursos internos y recuperar los que ya contaba, potencializa sus posibilidades y refuerza su capacidad de afrontamiento. Dicho de otra manera, al ser una población con recursos internos salubres y con potencialidades, una intervención terapéutica que brinde un apoyo puntual para reforzar sus capacidades y habilidades, parece ser un recurso óptimo para el inmigrante, y a veces, suficiente para abordar la nueva situación. Los datos alcanzados permiten **confirmar la hipótesis 9** y son similares a los obtenidos en un trabajo previo de cinco casos (Salaberría, Sánchez y Corral, 2009).

Un 71,43% de los sujetos de la muestra consigue reducir su nivel de malestar a los 12 meses por debajo del percentil 50 del baremo de la población general en el SCL-90-R. Por ello se concluye que el Programa

resulta efectivo para disminuir la sintomatología y mejorar la autoestima. Durante el Programa el paciente se fortaleció, se resituó y se hizo cargo de sí mismo afrontando la multitud de estresores a los que debe hacer frente.

Así, es importante poder instaurar programas preventivos de apoyo psicológico para evitar el acrecentamiento del estrés y facilitar los procesos de adaptación, sobre todo en la primera fase de llegada. Los efectos positivos de las estrategias cognitivo-conductuales se han mostrado en diversos estudios con población inmigrante (Interian y Díaz Martínez, 2007; Shen y cols., 2006).

Desde un punto de vista específico, los diversos componentes del Programa parecen incidir principalmente en la sintomatología ansioso-depresiva-somática y confusional, pero no así en los componentes de hostilidad que padecen los inmigrantes. Esta hostilidad resulta una variable significativa a resolver a largo plazo y requiere un abordaje puntual de acuerdo a los resultados de este estudio.

Desde una perspectiva social, la hostilidad es un dato importante a trabajar. Cuando ésta no se resuelve, trasciende a las generaciones venideras y puede unirse a otros elementos psicopatológicos aumentando los niveles de conflicto. Al respecto, Grant, Stinson, Hasin y cols. (2004); Hjern y Allebeck (2002) observan altos niveles de psicopatología en las segundas generaciones de inmigrantes en relación a los de la primera generación.

Hipótesis 10

Los participantes que terminen el Programa disminuirán de forma estadísticamente significativa la percepción del nivel de dificultad de las conductas objetivo que se plantearán trabajar entre el pre y post-tratamiento y esta percepción

disminuirá progresivamente a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento.

La percepción del nivel de dificultad en las conductas objetivo que los pacientes se proponían trabajar tuvo una importante reducción, de un 55,72% entre el pre y el postratamiento y del 68,77% en el seguimiento de los 12 meses. Lo que indica que **se confirma la hipótesis 10**.

Estos resultados coinciden con datos obtenidos en estudios con pacientes sujetos a estresores de tipo crónico, como el cuidado de ancianos dependientes (Crespo y López, 2008) y/o familiares que conviven con enfermos mentales graves y adictos (Polo-López, Salaberría y Echeburúa, 2015). Smith, Domenech y Bernal (2011), muestran que intervenir sobre los objetivos terapéuticos que los pacientes se plantean trabajar, es un componente esencial en los tratamientos eficaces para la población inmigrante.

Hipótesis 11:

Los pacientes que finalicen el Programa experimentarán un alto nivel de satisfacción con el mismo.

Los pacientes atendidos en el Programa expresan una alta satisfacción con respecto al mismo, lo que indica que **se confirma la hipótesis 11**. Estos datos se relacionan con resultados similares obtenidos con programas de abordaje cognitivo-conductual para el trastorno adaptativo y el trastorno mixto de ansiedad y depresión (Andreu-Mateu y cols., 2012; Echeburúa, Salaberría, Corral, Cenea y Berasategui, 2006). Un enfoque de trabajo terapéutico breve, activo, intenso y orientado a solucionar problemas, ofrece buenos resultados. Los pacientes evalúan satisfactoriamente algunos recursos que se implementaron, como el

cuaderno de trabajo, las tareas para casa, los autoregistros, etc. como así también los resultados alcanzados con el Programa.

Hipótesis 12:

Se producirá un cambio clínicamente significativo de mejoría y/o de recuperación en la mayoría de los pacientes que perseveren en el Programa hasta los 12 meses de seguimiento, en el Índice General de Severidad sintomatológica del SCL-90-R y en la percepción del nivel de dificultad de las conductas objetivo.

Desde el punto de vista del cambio clínicamente significativo, entre el pre y postratamiento hay un 62% de pacientes recuperados y entre el post tratamiento y el seguimiento de los 12 meses hay un 71,43%. Estos datos son similares a los que se pueden encontrar en estudios realizados con población autóctona que vive en situaciones de estrés crónico y tiene trastornos adaptativos (Andreu, 2011; Polo-López, 2014). **Se confirma la hipótesis 12.**

9.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio contiene ciertas limitaciones que tienen que ver, por un lado, con el perfil de los pacientes que acudieron al Programa y por otro, con algunas cuestiones metodológicas y clínicas. Así, cabe recordar que una de las características sobresalientes de las personas que asistieron a pedir ayuda respondía en su mayoría a la condición de ser mujer latinoamericana. Sería importante en trabajos venideros, observar qué resultados se obtendrían cuando se amplía la muestra a otras nacionalidades y perfiles migratorios (por ejemplo hombres árabes y subsaharianos,

asiáticos, etc.) de manera que se pudieran diseñar Programas que atendieran estas especificidades.

Desde un punto de vista metodológico, el presente trabajo es un estudio de casos controlado y en consecuencia no se pueden realizar afirmaciones sobre la eficacia del Programa al carecer de un grupo control comparativo. Por lo tanto, los niveles de evidencia que proporciona este estudio son bajos y se requieren más investigaciones con grupos de control, para contrastar estos datos.

Otra limitación tiene que ver con la adherencia terapéutica hacia la intervención, ésta fue baja porque hubo muchas deserciones. Esto se relacionó con el tipo de pacientes con los que se trabajó. La muestra atendida fue una población fluctuante por su nivel de precariedad laboral, social y económica. Estas condiciones hicieron que en ciertos casos, se vieran obligados a desplazarse a otros lugares en la búsqueda de trabajo. Era esperable la deserción de pacientes porque los inmigrantes en general, están en constante movimiento por situaciones laborales. Ellos priorizan el trabajo sobre el cuidado de su salud mental y física. Se comprobó que, en la mayoría de los casos, la demanda de ayuda se realizaba cuando el inmigrante no encontraba recursos satisfactorios para afrontar la migración. Esta situación debería llevar a la reflexión para poder ofrecer dispositivos de prevención primaria en la primera fase de asentamiento para evitar que se acreciente la problemática por la que atraviesa el paciente.

El Programa ha demostrado ser útil para hacer frente a muchos de los síntomas presentes en los inmigrantes independientemente de su situación legal, pero hay un dato que debe ser considerado que es la necesidad de trabajar sobre el sentimiento de hostilidad que perdura y aumenta, en algunos casos, con el tiempo. También se deberían diseñar estrategias que sirvieran para la expresión y elaboración de la hostilidad.

Otra de las necesidades detectadas es la de ajustar y desarrollar instrumentos de evaluación fiables y válidos para evaluar la sintomatología y el estrés migratorio, ya que las escalas habituales no contemplan muchos de los estresores a los que los inmigrantes tienen que hacer frente.

9.3. PUNTOS FUERTES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En esta investigación se ofrecen datos sociodemográficos, migratorios y psicopatológicos sobre 65 personas inmigrantes. Estos datos son relevantes, dada la escasez de estudios clínicos y de tratamiento psicológico diseñados para la atención de los inmigrantes en España.

También se describe un Programa de Apoyo Psicológico estructurado y se brindan datos sobre la efectividad del mismo en la práctica clínica. Este trabajo constata que hay pocos estudios realizados sobre intervenciones terapéuticas con minorías étnicas en España y no hay estudios meta-analíticos sobre la efectividad de las intervenciones con este tipo de población (Hofmann y cols., 2012). Por lo que sería deseable hacerlo extensivo en un futuro a estos grupos.

Se describe el funcionamiento y el efecto de un Programa de Apoyo Psicológico como dispositivo de prevención primaria. Se explican sus componentes y se evalúa, aspecto novedoso en la bibliografía por los pocos estudios sobre este tema. También se ofrece una descripción pormenorizada del Programa y el material utilizado para trabajar a lo largo de las sesiones con los pacientes.

Se considera un Programa enriquecedor porque se obtuvieron datos válidos y contundentes que evidencian un cambio y mejoría clínica que fue analizado individual y grupalmente. Los pacientes, pese a pertenecer a una

población fluctuante que ocasionó algunas bajas, perseveraron hasta los 12 meses cumplimentando el Programa.

El Programa de Apoyo Psicológico puesto en marcha recoge e integra componentes extraídos de los Programas de manejo del duelo (Baños y Botella, 2010), del manejo del estrés (Crespo y Labrador, 2003), del trabajo con somatizaciones (Sánchez-García, 2014) y del tratamiento del trastorno adaptativo (Andreu, 2011). Además, incluye aspectos diseñados para el trabajo específico con esta población, por ejemplo: la administración de la deuda, la regularización de pautas de alimentación y de sueño, la organización temporo- espacial, la mejora en las relaciones sociales, etc.

En general, el Programa sirve para cumplir dos objetivos, coincidiendo con otros estudios (Torres y Rollock, 2007 y Bochner y Furnham, 1990). Por un lado, como un dispositivo de aprendizaje de pautas socioculturales que ayudan a disminuir los sentimientos depresivos, ansiosos y confusionales. Por otro lado, como un dispositivo de apoyo, de contención emocional y de reflexión sobre el proceso vital que viven los inmigrantes. En los casos en donde los conflictos vividos por los padres y madres se fueron aclarando y superando, es probable que eso redundara positivamente en sus hijos, actuando en forma indirecta en el grupo familiar (León, 2014).

Acudieron al Programa también inmigrantes con trastornos mentales, éstos fueron atendidos fuera del Programa y derivados a los Servicios de Salud Mental ya que el Programa no respondía a sus necesidades. Bhugra y cols. (2011) señalan la necesidad de crear servicios sanitarios accesibles para la población inmigrante.

Desde un punto de vista cualitativo, intervenir con pacientes inmigrantes también enriquece la visión del profesional sobre las diferentes culturas y sobre las apreciaciones que los pacientes tienen sobre ellos.

Además, con este trabajo la autora logró integrar su trayectoria y vivencias de migración.

Ahora quedan por recoger y consignar también en un trabajo cualitativo posterior, las historias de vida, los relatos migratorios y de superación de las dificultades encontradas en los procesos de adaptación a la nueva sociedad receptora.

Otras perspectivas a abordar derivadas del presente trabajo son los procesos migratorios de niños y adolescentes hijos de inmigrantes que han nacido en el país receptor o que han llegado tras procesos de reagrupación familiar (Berry y Sabatier, 2010).

También cabe considerar como problemática la que acaece en los menores extranjeros no acompañados (MENAS). Si bien existen instituciones gubernamentales de contención donde los menores son recibidos, cuando adquieren la mayoría de edad quedan emancipados legalmente, salen de las instituciones que los tutelaban y quedan desamparados. Es un nuevo desafío diseñar estrategias de intervención psicológica a nivel preventivo desde el momento que son institucionalizados para que puedan afrontar los procesos de emancipación y desarrollarse como personas satisfechas, productivas, integradas y adaptadas socialmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la emigración. *Jano, Psiquiatría y Humanidades*, 2, 15-19.
- Achotegui, J. (2002). La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona. Ediciones. Mayo.
- Achotegui, J. (2003). *Ansiedad y depresión en los inmigrantes*. Barcelona. Ediciones. 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. (2005). Escala Ulises de duelos extremos en la migración. Seminario de salud mental e inmigración SOS-Racismo, 3 y 4 de junio de 2005.
- Achotegui, J. (2007). La relación asistencial con inmigrantes y otros grupos con estrés crónico y exclusión social: la relación terapéutica extendida o ampliada. *Norte de Salud Mental*, 27, 17-30.
- Achotegui, J. (2008). Migración y crisis: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional*, 7, 1-22.
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 46, 163-171.
- Achotegui, J., Morales, M., Cervera, P., Quirós, C., Pérez, J.V., Gimeno, N., Llopis, A., Moltó, J., Torres, A. y Borrell, C. (2009). Revisión sistemática sobre la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes en España. *Norte de Salud Mental*, 35, 50-55.
- Ahearn, F. L. y Noble, J.H. (2004). Post-civil war adaptation and need in Managua, Nicaragua. *Journal of Biosocial Science*, 36, 401-415.
- Aierdi, X., Basabe, N., Blanco, C. y Oleaga, J.A. (2008). *Población latinoamericana en la CAPV 2007*. Observatorio Vasco de Inmigración.
- Alda, M., Moles, B. y García-Campayo, J. (2005). Salud mental e inmigración. *Monografías de Psiquiatría*, 4, 2-10.

- Aldwin, C.M. y Levenson, M.R. (2004). Posttraumatic growth: a developmental perspective. *Psychological Inquiry*, 15, 19-22.
- Alegría, M., Mulvaney-Dy, N., Torres, M., Polo, A., Cao, Z. y Camino, G. (2007). Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *American Journal of Public Health*, 97, 68-75.
- Alma, W. (1986). Psychosocial problems of migrants. En Colledge, M. y Svensson, P.G. (Eds.). *Migration and Health*. La Haya. OMS.
- Alvarado, M. (2010). The confluence of developmental assets, ethnic identity and acculturative stress on thriving of a predominately hispanic adolescents population. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 71, 842.
- Alvidrez, J., Azocar, F. y Miranda, J. (1996). Demystifying the concept of ethnicity for psychotherapy researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 903-908.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision. DSM-IV-TR*. Washington, DC. APA.
- American Psychological Association (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.
- Amponsah, M.O. (2010). Non UK university students stress levels and their doping strategies. *Educational Research*, 1, 88-98.
- Andreu, S. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Jaume I.
- Andreu-Mateu, S., Botella, C., Quero, S., Guillén, V. y Baños, R. (2012). La utilización de la realidad virtual y estrategias de psicología positiva en el tratamiento de los trastornos adaptativos. *Psicología Conductual/Behavioural Psychology*, 20, 323-348.

- Andrews, A. (1995). Treatment outlines for the Management of anxiety status: the quality assurance Project. *Australian and New Zealand journal of Psychiatry*, 19, 138-151.
- Aponte, Rivers y Wohl (1995). *Psychosocial interventions and cultural diversity*. Ally and Bacon. Boston.
- Arcury, T.A. y Quandt, S.A. (2007). Delivery of health services to migrant and seasonal farmworkers. *Annual Review of Public Health*, 28, 345-363.
- Arias, D. y Vargas, C. (2003). *La Creación artística como terapia*. Barcelona: Editorial Integral.
- Asociación Psiquiátrica Americana, APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Madrid. Panamericana.
- Atlas de las Migraciones (2010). *Las rutas de la humanidad*. Le monde Diplomatique.
- Aulagnier, P. (1980). A propósito de la transferencia: el riesgo del exceso y la ilusión mortífera. En *El sentido perdido*. Buenos Aires. Editorial Trieb.
- Avargues, M.L. y Orellana, M.C. (2008). La inmigración: abordaje desde la psicología clínica y de la salud. *Avances en Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 33-44.
- Baca-García, E. y Pérez, M. (2005). Acceso, itinerarios y utilización de los servicios psiquiátricos en la población inmigrante. *Monografías de Psiquiatría*, 4, 11-17.
- Baltatescu, S. (2005). *Subjective well-being of immigrants in Europe: a comparative study*. *European Identity and free movement of persons in Europe*. Oradea. Rumania.
- Baños, R.M. y Botella, C. (2010). *Abordaje psicológico del duelo complicado*. Madrid. Klinik.
- Bar de Jones, G. (2001). La migración como quiebre vital. *Conferencia en el II Congreso Argentino de Psicoanálisis de Familia y Pareja*. Buenos Aires.
- Bardaji, F. (2006). *Literatura sobre inmigrantes en España*. Madrid. Observatorio permanente de la inmigración.

- Barrio, C., Yamada, A., Atuel, H., Hugh, R.L., Yee, S., Berthot, E. y Russo, R. (2003). A thi-ethnic examination of symptom expresion on the positive and negative syndrome scale in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 60, 259-269.
- Barro, S., Saus, A., Barro, A. y Fons, M. (2004). Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Atención Primaria*, 34, 504-505.
- Basabe, N., Páez, D., Aierdi, X., Jiménez-Aristizabal, A. (2009). *Salud e inmigración. Aculturación, bienestar subjetivo y calidad de vida*. Ikuspegi. Observatorio Vasco de Inmigración.
- Basabe, N., Zlobina, A. y Páez, D. (2004). Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural. *Migraciones*, 15, 43-84.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Beeber, L.S., Holditch-Davis, D., Perreira, K., Schwartz, T.A., Lewis, V., Blanchard, H., Caruso, R. y Goldman, B.D. (2010). Short-term in home intervention reduces depressive symptoms in early head start Latina mothers of infants and toddlers. *Research Nurse Health*, 33, 60-76.
- Beiser, N.M.N. y Hou, F. (2008). Ethnic identity, resettlement stress and depressive affect among southest asian refugees in Canada. *Social Science and Medicine*, 63, 137-150.
- Belmonte, T., Checa, J.C. y Arjona, A. (2012). Servicios de salud e inmigración en Andalucía (España): una mirada desde dentro. *Saúde e Sociedade*, 21, 63-75.
- Benton, T. y Lynch, J. (2006). Adjustment disorders. EMedicine. Recuperado de <http://www.emedicine.com/Med/topic3348.htm>
- Berlín, E.A. y Fowkes, W.C (1983). A teaching Framework for cross-cultural health care-application family practice, in cross-cultural medicine. *West Journal of Medicine*, 12, 93-98.
- Bermúdez, E.M. (2004). Imágenes de la salud y la enfermedad de las mujeres colombianas inmigrantes en España. *Gerencia y Políticas de Salud*, 3 (7), 78-100.

- Bernal, G. y Jiménez-Chafey, M.I. y Domenech, M.M. (2009). Cultural adaptation of treatments: a resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: research and practice*, 40, 361-368.
- Bernal, G. y Scharrón del Río, M. (2001). Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities: toward and alternative approach for treatment research. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7, 328-342.
- Bernal, M. (2002). Good practice in mental health and social care provisions for immigrants, asylum seekers and refugees in Spain. SAPPPIR (www.migra-salut-mental-org)
- Berry, J.W. (2001). A psychology of immigration. *Journal of Social Issues*, 57, 615-631.
- Berry, J.W. (2005). Acculturation: Living succesfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 697-712.
- Berry, J.W. y Sabatier, C. (2010). Acculturation, discrimination and adaptation among second generation youth in Montreal and Paris. *International Journal of Intercultural Relations*, 34, 191-207.
- Berry, J.W., Phinney, J., Sam, D.L. y Vedder, P. (2006). Immigrant youth: acculturation, identity and adaptation. *Applied psychology: an international review*, 55, 303-332.
- Bhugra, D. (2000). Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 68-73.
- Bhugra, D. (2003). Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 67-72.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 68-73.
- Bhugra, D., Gupta, S., Bhui, K., Craig, T., Dogra, N., Ingleby, I.D., Kirks, J., Moussaoui, D., Nazroo, J., Quereshi, A., Stompe, Th y Tribe, R. (2011). WPA guidance on mental health and mental health care in immigrants. *World psychiatry*, 10, 2-10.
- Bhugra, T., Jenkins, R., Bebbington, P., Meltzer, H., Lewis, G. y Farrell, M. (2004). Risk factors and the prevalence of neurosis and psychosis

- in ethnic groups in Great Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 939-946.
- Bhui, K., Stansfeld, S., Hull, S. y cols. (2003). Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 182, 105-116.
- Bischoff, A. y Wanner, P. (2007). The self-reported health of immigrant groups in Switzerland. *Journal of immigrant and minority health*, 10, 325-335.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona. Paidós.
- Bochner, S. y Furnham, A. (1990). *Culture shock: psychological reactions to unfamiliar environments*. London. Routledge.
- Bohórquez, I. (2011). Reflexiones sobre la nostalgia en la inmigración. *Aperturas Psicoanalíticas*, 34.
- Bonanno, G.A. y Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, 125, 760-776.
- Borra, R. (2008). Working with the cultural formulation in therapy. *European Psychiatry*, 23, S43-S48.
- Boss, P. (1998). *Ambiguous loss*. Cambridge, MA. Harvard University Press.
- Boss, P. (2002). *Family stress management: a contextual approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Botella, C., Baños, R.M y Guillén, V. (2008). Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos: creciendo en la adversidad. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.). *Psicología positiva aplicada*. (pp.129-154). Bilbao. DDB.
- Bowlby, J. (1997). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona. Paidós.
- Brandariz, J.A. (2009). Victimización de migrantes. *Ponencia del Congreso de la Sociedad Española de Victimología*.
- Bravo, M. (1989). La familia latinoamericana en el exilio. Algunos aspectos de su (des)adaptación psicológica. *Revista Chilena de Psicología*, 10, 31-35.

- Bravo, M. (1992). Aprendizaje cultural y adaptación social de los inmigrantes. *Intervención Psicosocial*, 1, 49-56.
- Bravo, M. (2003). Inmigración: crisis y nostalgia. Riesgos del proceso migratorio para la salud del inmigrante y su familia. *Cursos de verano inmigración: "nosotros, vosotros, ellos"*. UPV/EHU.
- Breslau, J., Borges, G., Saito, N., Tancredi, D.J., Beujet, C., Hinton, L., Kendler, K.S., Kravitz, R., Vega, W., Aguilar-Gaxiola, S., Medina-Mora, M.E. (2011). Migration from Mexico to the United States and conduct disorders: a cross-national study. *Archives of General Psychiatry*, 68 (12), 1284-1293.
- Brink y Saunders (1977). Aspects of transcultural psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 130.
- Caballo, V.E., Buela-Casal, G. y Carroble, J.A. (1996). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid. Siglo XXI.
- Cabassa, L.J. y Zayas, L.H. (2007). Latino immigrant's intentions to seek depression care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 231-242.
- Cabral, R. y Smith, T.B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapist in mental health services: a meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 537-554.
- Cantor-Grae, E. y Selten, J.P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162, 12-24.
- Cárdenas, I. (2007). No soy de aquí, ni soy de allá... o ¿soy de aquí y de allá? Resiliencia, familiares y migración. *Interpsiquis*.
- Caro, I. (2001). *Género y salud mental*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 23, 927-938.
- Chan, K.B. (1977). Individual differences in reaction to stress and their personality and situational determinants: some implications for community mental health. *Social Science and Medicine*, 11, 89-103.
- 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, 803-837.
- 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, 13-19.
- 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, 85-93.
- Chou, K.L. (2012). Perceived discrimination and depression among new migrants to Hong Kong: the moderating role of social support and neighborhood collective efficacy. *Journal of Affective Disorders*, 138, 63-70.
- Chung, J. (2002). The challenges of providing behavioral treatment to Asian Americans. *Western Journal of Medicine*, 176, 222-224.
- Claasen, D., Ascoli, M., Berhe, T. y Priebe, S. (2005). Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of Publications from Germany, Italy and the UK. *European Psychiatry*, 20, 540-549.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1994). *Guía de apoyo para el profesional de la intervención social con inmigrantes económicos y refugiados*. Año °1, nº 1.
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M. y Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*, 29, 307-315.
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR) (2011). *La situación de las personas refugiadas en España*.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H. y Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress an potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-121.
- Cook, B., Alegría, M., Lin, J. y Guo, J. (2009). Pathways and correlatos connecting Latino's mental health with exposure to the United States. *American Journal of Public Health*, 99, 2247-2254.

- Cowles, K.V. (1996). Cultural perspectives of grief: an expanded concepty análisis. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 287-294.
- Crespo, M. y Labrador, F.J. (2003). *Estrés*. Madrid. Síntesis.
- Crespo, M. y López, J. (2008). *El Estrés en cuidadores de mayores dependientes*. Madrid. Pirámide.
- Cuellar, I. (2002). Mexican-origin migration in US and mental health consequences. *The Julian Samora Research Institute. Occasional Paper 40*. Michigan State University.
- D'Ardene, P. y Mahtani, A. (1989). *Transcultural counseling in action*. London. Sage.
- Dal Lago, A. (2004). *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*. Milano. Feltrinelli.
- Dandy, J. y Pe-Pua, R. (2010). Attitudes to multiculturalism, immigration and cultural Diversity: comparison of dominan and non-dominant groups in three australian states. *International Journal of intercultural relations*, 34, 34-46.
- Daponte, A. (2005). El contexto socioeconómico y el impacto de las desigualdades en la salud. *Cuadernos Geográficos de la Universidad de Granada*, 36, 569-570.
- De Muynck, A. (2004). Mediación intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes? *Quadern CAPS*, 32, 40-46.
- 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 transculturalidad en el siglo XXI*. Barcelona.
- De Zwart, F. (2005). The dilemma of recognition: administrative categories and cultural Diversity. *Theory and Society*, 34, 137-169.
- Del Amo, J., Janín, I., García-Fulgeiras, A, Ibáñez-Rojo, V., Álvarez, D., Rodríguez-Arenas, M.A., García, R., Fernández-Liria, A., García-Ortuzar, V., Díaz, D., Mazarrasa, L., Zunzunegui, M.V. y Llacer, A. (2011). Mental health in Ecuadorian migrants from a population-based survey: the importance of social determinants and gender

- roles. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 1143-1152.
- Delgado, P. (2008). Emigración y psicopatología. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 15-25.
- Delgado, P. y Senín, M.C. (2011). Emigración y psicopatología. En Rodríguez, J.F. y Mesa, P.J. *Manual de Psicopatología Clínica*. Madrid. Pirámide.
- Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales (2004). *Plan Vasco de Inmigración 2003-2005*. Gobierno Vasco. Vitoria.
- Derogatis, L. (1975). *The SCL-90-R*, Clinical Psychometric Research, Baltimore.
- Devereux, G. (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona. Barral.
- Díaz Olalla, J.M. (2009). Situación actual de la inmigración en España. Desigualdades en salud. En Morera, J., Alonso, A. y Huerga, H. *Manual de atención al inmigrante*. Barcelona. Ergón.
- Dion, K. y Dion, K. (2001). Gender and adaptation in immigrant families. *Journal of Social Issues*, 57 (3), 511-521.
- Dottinga, A., Van den Eijnden, R., San José, B., Garretsen, H. y Bosveld, M. (2002). Alcohol y emigración: los problemas de medición en la investigación sobre el consumo de alcohol entre inmigrantes marroquíes y turcos. *Adicciones*, 14, 261-278.
- Draguns, J.G. (2008). What have we learned about the interplay of culture with counseling and psychotherapy. En V.P. Gelen, J.G. Draguns y J.M. Fish (eds.). *Principles of Multicultural Counseling and Therapy* (pp. 393-417). New York. Routledge.
- Echauri, J.A., Fernández-Montalvo, J., Martínez, M. y Azkarate, J.M. (2013). Effectiveness of a treatment programme for immigrants who committed gender-based violence against their Partners. *Psicothema*, 25, 49-54.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.

- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., Cenea, R. y Berasategui, T. (2006). Treatment of mixed anxiety-depression disorder: long-term outcome. *Behavioural and Cognitive psychotherapy*, 34, 95-101.
- Ekblad, S., Kohn, R. y Jansson, B. (1998). Psychological and clinical aspects of immigration and mental health. En Okpaku, So. (Ed.). *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*. American Psychiatric Press. Washington.
- Elgorriaga, E., Arnosó, 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* (páginas 301-307).
- Elgorriaga, R. (2011). *Ajuste psicológico y salud mental de la población inmigrante. Influencia del género y la cultura*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.
- Esteban y Peña, M.M. (2001). Motives for consultation and demographic characteristics of a community of “undocumented” immigrants in the district of Usera-Villaverde (Madrid). *Atención Primaria*, 27, 25-28.
- Falicov, C. (2002). Migración, pérdida ambigua y ritual. *Perspectivas Sistémicas*, 69.
- Fenta, H., Hyman, I. y Noh, S. (2006). Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 925-934.
- Fernández, M.R., Hernández, R. y Martín del Barco, O.H. (2009). Salud reproductiva y diferencias de género en la población inmigrante. En J. Morera, A. Alonso y H. Huerga. *Manual de Atención al Inmigrante*. Barcelona. Ergón.
- Fibla, C. y Castellano, N. (2008). *Mi nombre es Nadie. El viaje más antiguo del mundo*. Barcelona. Icaria.
- 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, 109-117.

- Flaherty, J.A., Kohn, R., Levav, I., Birz, B. (1988). Demoralization in soviet-jewish immigrants to the United States and Israel. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 558-597.
- Fordyce, M.W. (1981). *The psychology of happiness*. Florida. Cypress Lake Media, Fort Myers.
- Fortuna, L., Porche, M.V. y Alegría, M. (2008). Political violence, psicosocial trauma and the contexto of mental health services use among immigrant Latinos in the United States. *Ethnicity and Health*, 13, 435-463.
- Fossion, P., Servais, L., Rejas, M.C., Ledoux, Y., Pelc, I. y Minner, P. (2004). Psychosis, migration and social environment: an age-and-gender controlled study. *European Psychiatry*, 19, 338-343.
- Freud, S. (1974). *Duelo y melancolía*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Furnham, A. y Bochner, S. (1982). Social difficulty in a foreign culture: an empirical análisis of culture shock. En S. Bochner (Ed.). *Culture in contact: studies in cross-culture interaction* (pp. 161-198). Oxford. Pergamon Press.
- 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, 181-197.
- García Beyaert, S. y Serrano Pons, J. (2009). Recursos para superar las barreras lingüísticas culturales en los servicios de salud. J. Morera, A. Alonso y H. Huerga. *Manual de Atención al Inmigrante*. Barcelona. Ergón.
- García-Campayo, J. y Alda, M. (2005). *Salud mental e inmigración*. Madrid. Edikamed.
- 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-Campayo, J. y Sanz, C. (2002). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 118, 187-191.
- Garza-Guerrero, A.C. (1974). Culture shock: it's mourning and the vicisitudes of identity. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 22, 408-429.

- Gimeno, A., Lafuente, M.J. y González, F. (2014). Análisis del proceso migratorio de las familias colombianas en España. *Escritos de Psicología*, 7, 31-42.
- Gimeno-Bayón, A. (2007). Aprendizajes sobre psicoterapia transcultural, obtenidos desde la Asociación Oasis de ayuda psicológica al inmigrante. *Revista de Psicoterapia*, 17, 27-64.
- Gobierno de Canadá (2008). *Coping with stress it's your health*. www.healthcanada.gc.ca/iyh.
- González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas. Adaptación española del SCL-90-R*. Madrid. TEA ediciones.
- González, M.T. y Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 189-198.
- González-Calvo, V. (2005). El duelo migratorio. *Revista de Trabajo Social*, 7, 77-97.
- Gotor, L. y González-Juárez, C. (2004). Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid (Spain). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 560-568.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Hasin, D.S., Dawson, D.A., Chou, S.P. y Anderson, K. (2004). Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-hispanic whites in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1226-1232.
- Gregorio, C. y Ramírez, A. (2000). ¿En España es diferente? La inmigración femenina y los cambios en la concepción del trabajo. *Revista de Sociología*, 60, 257-273.
- Grinberg, L. y Grinberg, R. (1971). *Identidad y cambio*. Madrid. Alianza.
- Grinberg, L. y Grinberg, R. (1984). *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Madrid. Alianza Editorial.
- Griner, D. y Smith, T.B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: a meta-analytic review. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43, 531-548.

- Grotberg, E. (2002). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo. *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires. Paidós.
- Guía de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud (2010). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Guimond, S. (1999). Le multiculturalisme comme politique de gestion de la diversité culturelle. En J.L. Beavois, N.Dubois, y W. Doise (eds.). *La construction sociale de la personne*. Grenoble. Presses Universitaires de Grenoble.
- Gutiérrez, S. (2002). Trastornos mentales en minorías étnicas: ¿un tema para investigar en atención primaria? *Atención Primaria*, 29, 6-13.
- Haasen, C., Demiralay, C. y Reimer, J. (2008). Acculturation and mental distress among Russian and Iranian migrants in Germany. *European Psychiatry*, 23, S10-S13.
- Hancock, T.V. y Siu, K. (2009). A culturally sensitive intervention with domestically violent Latino immigrant men. *Journal of Family Violence*, 24, 123-132.
- Harrison, G., Holton, A. y Nelson, D. (1989). Severe mental disorder in african-caribbean patients: some social, demographic and service factors. *Psychological Medicine*, 19, 683-696.
- Hays, P.A. y Iwamasa, G.Y. (2008). *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy*. Washington. American Psychological Association.
- Hernández, S., Pozo, C. y Alonso, E. (2004). The role of informal social support in needs assessment: proposal and application of a model to assess immigrant's needs in the South of Spain. *Journal Community Applied Social Psychology*, 111, 284-298.
- Hernández, S., Pozo, C., Alonso, E. y Martos, J.M. (2005). Estructura y función del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. *Anales de Psicología*, 21, 304-315.
- Herrero, M., González, E., Valverde, T. y Caballero, L. (2001). Utilización del cuestionario prime-md para la detección de

- desórdenes mentales en mujeres inmigrantes iberoamericanas e hispanohablantes. *Medicina Clínica*, 117, 716-717.
- Hidalgo, N., Peralta, M.I., Robles, H., Vilar-López, R. y Pérez-García, M. (2009). Estrés y psicopatología en mujeres inmigrantes: repercusiones sobre la calidad de vida. *Psicología Conductual*, 17, 595-607.
- Hjern, A. y Allebeck, P. (2002). Suicide in first and second generation immigrants in Sweden a comparative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 423-429.
- Hjern, A., Wicks, S. y Dalman, C. (2004). Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants-a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychological Medicine*, 34, 1025-1033.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, 36 (5), 427-440.
- Hofstede, G. (1999). *Cultura y organizaciones. El software mental*. Madrid. Alianza.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Horowitz, M.J., Bonanno, G.A. y Holen, A. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Hovey, J.D. (2001). *Mental health and substance abuse. Program for the study of immigration and mental health*. The University of Toledo.
- Hovey, J.D. y Magaña, C. (2000). Acculturative stress, anxiety and depresión among immigrant farmworkers in the midwest. *Journal of Immigrant Health*, 2, 119-131.
- Hsu, Si. (1999). Somatisation among Asian refugees and immigrants as a culturally-shaped illness behaviour. *Annual Academic Medical Singapore*, 28, 841-845.
- Huang, S. y Spurgeon, A. (2006). The mental health of chinese immigrants in Birmingham, UK. *Ethnicity and Health*, 11, 365-387.

- Huey, S. y Polo, A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology, 37*, 262-301.
- 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 Science and Medicine, 59*, 973-986.
- Hwang, W., Wood, J.J., Lin, K.M. y Cheung, F. (2006). Cognitive-behavioural therapy with Chinese Americans: research, theory and clinical practice. *Cognitive and Behavioural Practice, 13*, 293-303.
- Informe sobre Desarrollo Humano (2009). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Ingleby, D. (2005). (Ed.). *Forced migration and mental health: rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York. Springer Publishing.
- Instituto de Salud Pública de Madrid (2005). Encuesta de salud de la ciudad de Madrid 2004-2005. Madrid. www.madridsalud.es/publicaciones/publicacionesMS.php
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2010). *Explotación estadística del padrón municipal*. <http://www.ine.es>
- Interian, A. y Díaz-Martínez, A.M. (2007). Considerations for culturally competent cognitive-behavioral therapy for depression with Hispanic patients. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*, 84-97.
- Irfaeya, M., Maxwell, A.E. y Kramer, A. (2008). Assessing psychological stress among arab migrant women in the city of Cologne/Germany using the community oriented primary care (COPC) approach. *Journal of Immigrant Minority Health, 10*, 337-344.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to Refining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Jansá, J.M. y García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria, 18*, 207-213.
- Jarvis, G., Kirmayer, L., Weinfeld, M. y Lasry, J. (2005). Religious practice and psychological distress: the importance of gender,

- ethnicity and immigrants status. *Transcultural Psychiatry*, 42, 657-675.
- 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, 267-284.
- Jasso, Massey, Rosenzweig y Smith (2004). *Immigrant health: selectivity and acculturation*. IFS (The institute for fiscal studies), WPO4/23.
- Jornadas internacionales sobre Tratamiento jurídico y social de la mujer inmigrante víctima (2007). *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, 21.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H. y De Jong, J.T. (2007). Migrant mental health: a model for indicators of mental health and health care consumption. *Health Psychology*, 26, 96-104.
- Kareem, J. y Littlewood, R. (2000). *Intercultural therapy*. Blackwell Science. London.
- Kastrup, M. (2008). Staff competente in dealing with tradicional approaches. *European Psychiatry*, 23, S59-S68.
- 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 vs. culture. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9, 35-42,
- Kim-Godwin, Y.S. (2004). Maternity care considerations for new mothers from non-western cultures. *International Doula*, 11, 12-15.
- Kirchner, T. y Patiño, C. (2011). Latin-american immigrant women and mental health: differences according to their rural or urban origin. *Spanish Journal of Psychology*, 14, (2), 843-850.
- Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Munoz, M. y cols. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*, 183, E959-E967.
- Kirmayer, L.J., Weinfeld, M., Burgos, G., Galbaud du Fort, G., Lasry, J.C. y Young, A. (2007). Use of health care services for

- psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 295-304.
- Kirsten, D. y Plessis, W. (2006). A secondary prevention programme to promote psychological well-being and reduce sub-clinical eating disorders symptoms. *Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology*. University of Minho. Braga. Portugal.
- Knipscheer, J.W. y Kleber, R.J. (2004). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch Mental-Health Care. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 543-554.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas, J.M., Vicente, B., Andrade, L. Caraveo-Anduaga, S.J., Saxena, A.S. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales de América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *American Journal Public Health*, 18, 229-240.
- Krause, N. (2004). Common facets of religion, unique facets of religion and life satisfaction among older african americans. *Journal of Gerontology Series: series B*, 59, 109-117.
- Kubler-Ross, E. (2000). *Sobre la muerte y los moribundos*. Madrid. Planeta.
- Kubler-Ross, E. y Kessler, D. (2010). *Sobre el duelo y el dolor*. Madrid. Luciérnaga.
- Laban, C.H., Gernaat, H.B., Komproe, I.H. y cols. (2007). Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 837-844.
- Lahoz, S. y Forns, M. (2004). Análisis de las estrategias de afrontamiento, apoyo social y salud en un grupo de inmigrantes residentes en Barcelona. *Revista de Treball Social*, 176, 6-21.
- Landa, V. y García-García, J.A. (2007). *Guías para la consulta en Atención Primaria*. Fisterra. www.fisterra.
- Laparra, M., Obradors, A., Pérez, B., Pérez Yruela, Renes, V., Sarasa, S., Subirats, J. y Trujillo, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector*, 5, 15-57.

- Larsen, D., Attkinson, C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Law, S. (2007). The role of a clinical director in developing an innovative assertive community treatment team targeting ethno-racial minority patients. *Psychiatric Quarterly*, 78, 183-192.
- Lay, B., Lauber, C. y Rössler, W. (2005). Are immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 358-366.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York. Springer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona. Martínez Roca.
- Lee, D., Kleinman, J. y Kleinman, A. (2007). Rethinking depression: an ethnographic study of the experiences of depresión among Chinese. *Harvard Review of Psychiatry*, 15, 1-8.
- 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, 77-100.
- León, A.L. (2014). Immigration and stress: the relationship between parents' acculturative stress and young children's anxiety symptoms. *Student Pulse*, 6 (03). Recuperado de: <http://www.studentpulse.com/a?id=861>.
- Lerner, Y., Kertes, J. y Zilber, N. (2005). Immigrants from the former Soviet Union, 5 years post-immigration to Israel: adaptation and risk factors for psychological distress. *Psychological Medicine*, 35, 1805-1814.
- Levecque, K., Lodewyckx, I. y Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*, 97, 229-239.
- Lewis, G., Croft-Jeffreys, C. y Davis, A. (1990). Are british psychiatrists racist?. *British Journal of Psychiatry*, 157, 410-415.

- Liebkind, K. y Jasinskaja-Lahti, I. (2000). Acculturation and psychological well-being among immigrant adolescent in Finland: a comparative study of adolescents from different cultural backgrounds. *Journal of Adolescent Research, 15*, 446-469.
- Lindert, J., Ehrenstein, S., Priebe, S. y cols. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees a systematic review and meta-analysis. *Social Science Medicine, 69*, 246-257.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. y Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry, 23*, S14-S20.
- Lonner, W.J e Ibrahim, F.A. (2002). Appraisal and assessment in cross-cultural counselling. 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 Peláez, A. (2006). Inmigración, educación y exclusión social. *Sistema, 190-191*, 291-309.
- Maalouf, A. (1999). *Las identidades que matan. Para una mundialización que respete la diversidad*. Barcelona. Ediciones La Campana.
- Magaña, C.G. y Hovey, J.D. (2003). Psychosocial stressors associated with Mexican migrant farmworkers in the midwest United States. *Journal of Immigrant Health, 5*, 75-86.
- Malefant, E. (2004). Suicide in Canada's immigrant population. *Health Rep, 15*. 9-17.
- Mallona, A. (1999). Surfacing the self: narratives of central American immigrant women. *Dissertation Abstract International Behavior Science England, 59 (8-B)*, 4510.
- Marín, H. y Escobar, JL. (2001). Special issues in the psychopharmacological management of Hispanic Americans. *Psychopharmacological Bulletin, 35*, 197-212.
- Marqués, B. (2000). *Las dificultades psicológicas de adaptación de los trabajadores inmigrantes. Investigaciones y experiencias en España y Alemania*. Zaragoza. Confederación de Empresarios de Aragón.

- Marsella, A.J. y Pedersen, P. (2004). Internationalizing the counselling psychology currículo: toward new values, competencies and directions. *Counselling Psychology Quarterly*, 17, 413-423.
- Marsen, E. (2004). Arteterapia e inmigración. *Revista de Treball Social*, 173, 71-76.
- Marsiglia, F.F., Kulis, S., García Pérez, H. y Parsai, M. (2011). Hopelessness family stress and depression among Mexican Heritage Mothers in the southwest. *Health Social Work*, 36, 7-18.
- Martínez, M.F., García, M. y Maya, I. (2002). Social support and locus of control as predictors of psychological wellbeing in Morocco and Peruvian immigrant women in Spain. *International Journal of Intercultural Relations*, 26 (3), 287-310.
- Martínez, M.F., García, M., y Maya, I. (1999). El papel de los recursos sociales naturales en el proceso migratorio. *Intervención Psicosocial*, 8, 221-232.
- Martínez-Taboada, C., Arnosó, A. y Elgorriaga, E. (2006). *Estudio del choque psicosocial de las personas inmigradas en Donostia. Síntesis y Propuestas*. 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*. San Sebastián. Diputación Foral de Guipúzcoa.
- Matamala, P. y Crespo, A. (2004). Pacientes inmigrantes en un centro de salud mental comunitario. *VII Congreso Virtual de Psiquiatría*. (www.interpsiquis.com/2004)
- Matheny, K.B., Aycock, D., Pugh, J., Curlette, W. y Silva-Cannelle, K. (1986). Stress coping: a qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *The Counseling Psychologist*, 14, 499-549.
- Matos, M., Torres, R., Santiago, R., Jurado, M. y Rodríguez, I. (2006). Adaptation of patient child interaction therapy for Puerto Rican families: a preliminary study. *Family Process*, 45, 205-222.

- McMillen, C., Zuravin, S. y Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1037-1043.
- Médicos del Mundo (2000). Informe de exclusión. www.medicosdelmundo.org.
- Menaghan, E.G. (1983). Individual coping efforts: moderators of the relationship between life stress and mental health outcomes. En Kaplan, H.B. (Ed.). *Psychosocial stress. Trends in theory and research (pp. 113-135)*. New York: Academic Press.
- Mezzich, J.E., Kleinman, A., Fabrega, H. y Parron, D.L. (1996). *Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV perspective*. American Psychiatric Press.
- Miranda, A.O. y Matheny, K.B. (2000). Socio-psychological predictors of acculturative stress among Latino adults. *Journal of Mental Health Counselling*, 22, 306-318.
- Miranda, J., Chung, J.Y., Breen, B.L., Krupnick, J., Siddique, J., Revicki, D.A. y cols. (2003). Treating depression in predominantly low-income young minority women. *Journal of the American Medical Association*, 290, 57-65.
- Mladovsky, Ph. (2007). *Research Note: Migration and health in the EU. European Commission*. The London School of Economics and Political Science: Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Unit E1-Social and Demographic Analysis. Manuscript June 2007.
- Moghaddam, F.M., Taylor, D.M. y Wright, S.C. (1993). *Social Psychology in Cross-Cultural Perspective*. New York. Freedman & Co.
- Moos, R.H. y Holahan, C.J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative Framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387-1403.
- Morawa, E. y Yesim, E. (2014). Acculturation and depression symptoms in Turkish immigrants in Germany. *International Journal Environmental Research Public Health*, 11 (9), 9503-21.

- Moreno, F.J. y Bruquetas, M. (2011). *Inmigración y estado de bienestar en España*. Colección Estudios Sociales, nº 31. Obra social La Caixa. Barcelona.
- Moreno, G. y Aierdi, X. (2008). Inmigración y servicios sociales ¿última red o primer trampolín? *Zerbitzuan*, 44, 7-18.
- Morera, J., Alonso, A. y Huerga, H. (2009). *Manual de atención al inmigrante*. Barcelona. Ergón.
- Moro, M.R. (2003). Para una clínica transcultural. Comprender y curar el otro. *Interpsiquis* (www.psiquiatria.com/articulos/10547)
- Moro, M.R. (2004). ¿Porqué crear dispositivos específicos para los inmigrantes y sus niños? La experiencia francesa. *Psicopatología Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 4, 69-80.
- Moro, M.R. y Lachal, P.C. (2006). *Les psychotherapies. Models, methods et indicators*. Paris Armand Glin.
- Moya, M., y Puertas, S. (2008). Estereotipos, inmigración y trabajo. *Papeles del Psicólogo*, 29, 6-15.
- Mui, A.C. y Kang, S.Y. (2006). Acculturation stress and depression among Asian immigrant elders. *Social Work*, 51, 243-255.
- Muiño, L. (2009). Salud mental e inmigración. En Morera, J., Alonso, A. y Huerga, H. *Manual de Atención al Inmigrante*. Barcelona. Ergón.
- Mulder, C.L., Koopmans, G.T. y Selten, J.P. (2006). Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 188, 386-391.
- Murphy, E. y Mahalingam, R. (2006). Perceived congruent between expectations and outcomes: implications for mental health among Caribbean immigrants. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 120-127.
- Murria, R. y Pigott, R. (2006). *A ten session course designed to raise the level of happiness in adults*. Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology. University of Minho, Braga, Portugal.

- Navas, M., 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, 187-193.
- Navas, M., Pumares, P., Sánchez, J., García, M.C., Rojas, A., Cuadrado, I., Asensio, M. y Fernández, J.S. (2004). *Estrategias y actitudes de aculturación: la perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería*. Sevilla. Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias, Consejería de Gobernación, Junta de Andalucía.
- Neimeyer, R.A. (2002). *Aprender de la pérdida- una guía para afrontar el duelo*. Barcelona. Paidós.
- Neto, F. (1995). Predictors of satisfaction with life among second generation migrants. *Social Indicators Research*, 35, 93-116.
- Nicklett, E.J. y Burgard, S.A. (2009). Downward social mobility and mayor depressive episodes among latino and asian-american immigrants to the united states. *American Journal of Epidemiology*, 170, 793-801.
- Noh, S. y Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation and ethnic support. *American Journal of Public Health*, 93, 232-238.
- Nomen, L. (2007). *El duelo y la muerte. El tratamiento de la pérdida*. Madrid. Pirámide.
- Notivol, P., Pollán, M. y Gabari, I. (2004). Percepción de cuidadoras inmigrantes extranjeras. Sobre el cuidado, genérico profesional enfermero, al anciano en domicilio. *Revista Huarte de San Juan. Psicología y Pedagogía*, 11, 153-171.
- Oberg, K. (1960). Cultural shock: adjustment to new cultural environments. *Practical Anthropology*, 7, 177-182.
- Observatorio Vasco de Inmigración (2010). Tablas sobre la población en territorios históricos de la CAPV y su porcentaje de extranjeros. (www.ikuspegi.org).
- Ogles, B.M., Lunnen, K.M. y Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: history, application and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21, 421-446.

- Olivos, X. (1998). Entrenamiento en habilidades sociales para la integración psicosocial de los inmigrantes. *Migraciones*, 3, 169-193.
- Olivos, X. (1999). *Variables psicosociales y salud mental en la inmigración (Tesis Doctoral)*. Instituto Latinoamericano de Investigación y Salud Mental.
- Oppedal, B., Roysamb, E. y Lacklud, D. (2004). The effect of acculturation and social support on change in mental health among young immigrants. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 481-494.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. www.un.org/es/documents/udhr
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10*. Madrid. Meditor.
- Ornelas, I.I. y Perreira, K.M. (2011). The role of migration in the development of depressive symptoms among latino immigrant patients in USA. *Social Science and Medicine*, 73, 1169-1177.
- Ornelas, I.J., Perreira, K., Beeber, L. y Maxwell, L. (2009). Challenges and strategies to maintaining emotional health: qualitative perspectives of Mexican immigrant Mothers. *Journal of Family issues*, 30, 1556-1575.
- Oztek, Z. (1986). Social and health problems of migrant workers. In Colledge, M. y Svensson, P.G. (Eds). *Migration and Health*. La Haya. OMS.
- Pachter, L. (1994). Culture and clinical care. *JAMA*, 271, 690-694.
- Páez, D. y González, J.L. (2000). Psicología social y cultura. *Psicothema*, 12, 6-15.
- Páez, D. y Vergara, A.I. (2000). Theoretical and methodological aspects of cross-cultural research. *Psicothema*, 12, 1-5.
- Pangrazzi, A. (1993). *La pérdida de un ser querido*. Madrid. Ediciones Paulinas.
- Parella, S. (2003). *Mujer, inmigrante y trabajadora. La triple discriminación*. Barcelona. Anthropos.

- Pastor, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo*, 29, 271-290.
- Patiño, C. y Kirchner, T. (2008). Estrés y coping en inmigrantes latinoamericanos residentes en Barcelona. *Revista Iberoamericana de Psicología: ciencia y tecnología*, 1, 29-37.
- Patiño, C. y Kirchner, T. (2010). Stress and psychopathology in Latin-American immigrants: the role of coping strategies. *Psychopathology*, 43, 61-68.
- Patiño, C. y Kirchner, T. (2011). Estrés migratorio y sintomatología depresiva: rol mediador del afrontamiento. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (2), 151-160.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones prácticas y repercusiones teóricas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Penley, J.A., Tomaka, J. y Wiebe, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551-603.
- Pereda, C., Actis, W. y De Prada, M.A. (2008). Aspectos sociológicos de la inmigración en España. Impactos y desafíos. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 27-32.
- Pérez, R.M. (2001). When immigration is trauma: guidelines for the individual and family clinician. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 153-170.
- Pérez-Sales, P. (2009). Patología psiquiátrica en población inmigrante. En J. Morera, A. Alonso y H. Huerga. *Manual de atención al inmigrante*. Madrid. Ergón.
- Pérez-Sales, P. (2004). *Psicología y psiquiatría transcultural*. Bilbao. DDB.
- 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. y Brook, J. (1996). The mental health pattern of migrants: is there a euphoric period followed by a mental health crisis?. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 125-139.
- Pertinez, J., Vilades, L., Clusa, T., Menacho, I., Nadal, S., y Muns, M. (2002). Descriptive study of mental disorders in ethnic minorities residing in an urban area of Barcelona. *Atención Primaria*, 29, 6-13.
- Petry, N., Armentano, C., Kuoch, T., Norinth, T. y Smith, L. (2003). Gambling participation and problems among South East Asian refugees to the United States. *Psychiatric Services*, 54, 1142-1148.
- Plan Vasco de Inmigración 2003-2005 (2004). Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. Vitoria. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Plante, T.G., Manuel G.M., Menendez, A.V. y Marcotte, D. (1995). Coping with stress among Salvadoran immigrants. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 17, 471-479.
- Polo-López, R. (2014). *Programa de apoyo psicológico a familiares de enfermos mentales severos y/o crónicos*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.
- Polo-López, R., Salaberría, K. y Echeburúa, E. (2015). Effectiveness of a psychological support program for relatives of people with mental disorders compared to a control group: a randomized trial. *Behavior Research and Therapy*, 68, 13-18.
- Ponizovsky, A., Ritsner, M. y Modai, I. (2000). Changes in psychological symptoms during the adjustment of recent immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 289-294.
- Potochnick, S.R. y Perreira, K.M. (2010). Depression and anxiety among first generation immigrant latino youth: key correlates and implications for future research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 470-477
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2009). www.unpd.org/content/unpd/es/home.html.
- Pumariega, A.J., Rothe, E. y Pumariega, J.B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, 41, 581-597.

- Quereshi, A., Collazos, F., Sobradiel, M., Eiroa-Orosa, F.J., Febrel, M., Revollo-escuder, J.W., Andrés, E., Ramos, M.M., Roca, M., Casas, M., Serrano-Blanco, A., Escobar, J.I. y García-Campayo, J. (2013). Epidemiology of psychiatric morbidity among migrants compared to native born population in Spain: a controlled study. *General Hospital Psychiatry*, 35, 93-99.
- Quereshi, A. y Collazos, F. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del Psicólogo*, 27, 50-57.
- Quereshi, A. y Revollo, H.W. (2010). Herramientas imprescindibles en la intervención psicosocial. En L. Melero (coord.). *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes*. Valencia. Fundación CeiMigra.
- Quereshi, A., Collazos, F., Ramos, M. y Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*, 23, S49-S58.
- Ramos, P.J. y León, A. (2007). La medida del Síndrome de Ulises. *Ansiedad y Estrés*, 13, 253-268.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española*. 23 ed. Madrid.
- Regidor, E., Díaz, J.M., Lostao, L., Cruz, P., Sánchez, E. y Sanz, B. (2008). *Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la española*. Madrid. Fundación Ciencias de la Salud.
- Remor, E., Amoros, M. y Carroble, J.A. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. *Anales de Psicología*, 26, 49-57.
- Rickwood, D.J. y Braithwaite, V.A. (1994). Social psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, 39, 563-572.
- 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. y Ponizovsky, A. (1999). Psychological distress through immigration: the two-phase temporal pattern? *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 125-139.
- 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 Scandinavica*, 95, 494-499.
- 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, 385-392.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Nechamkin, y Modai, I. (2001). Gender differences in psychosocial risk factors for psychological distress among immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 151-160.
- Rivera, F.I. (2007). Contextualizing the experience of young latino adults: acculturation, social support and depression. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9, 237-244.
- Rodríguez Testal, J.F., Senín, M.C y Fernández Jiménez, E. (2011). El estrés, trastornos y problemas asociados. En J.F. Rodríguez Testal y P.J. Mesa. *Manual de Psicopatología Clínica*. Madrid. Pirámide.
- Rodríguez, A. (1982). Repercusiones de la emigración sobre la salud mental y psicopatología familiar en la población gallega. *Documentación Social*, 47, 75-82.
- Rolo, C y Gould, D. (2006). *An intervention for fostering hope, athletic and academic performance in university student athletes*. Comunicación presentada en el 3rd European Conference on Positive Psychology. University of Minho. Braga. Portugal.
- Rosello, J., Bernal, G. y Rivera, C. (2008). Randomized trial of CBT and IPT individual and Group format for depression in Puerto Rican adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14, 234-245.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey. Princeton.

- Ryan, L., Leavey, G., Golden, A., Blizard, R. y King, M. (2006). Depression in Irish migrants living in London: case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 188, 560-566.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations of the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Salaberría, K., Corral, P., Sánchez, A. y Larrea, E. (2008). Características sociodemográficas, experiencias migratorias y salud mental en una unidad de apoyo psicológico a inmigrantes. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 5-14.
- Salaberría, 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, 153-164.
- Salinero, M., Jiménez-García, R., de Burgos, C., Chico, R.M. y Gómez-Campelo, P. (2014). Common mental disorders in primary health care: differences between latin american-born and spanish-born residents in Madrid. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Salvador Sánchez, I. (2001). La emigración como proceso de duelo. Protocolo de psicoterapia breve centrada en su elaboración. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 82, 57-64.
- 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. y Berry, J.W. (2006). *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- San Juan, C. (2005). Evaluación y análisis de la inmigración en la CAPV: los nuevos retos de una sociedad multicultural. *Harlax. Revista técnica de la Ertzaintza*, 50, 88-116.
- San Juan, C., Vergara, C. y Ocariz, E. (2005). La migración como estresor: pérdida de estatus, estrategias de afrontamiento e impacto psicosocial. *Migraciones*, 17, 91-110.
- Sánchez, E.G. y Mohl, P.C. (1992). Psychotherapy with Mexican-American patients. *American Journal of Psychiatry*, 1149, 626-630.

- Sánchez, G. y López, M. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Apuntes de Psicología*, 26, 399-410.
- Sánchez-García, M. (2014). Análisis de la eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en sujetos con somatizaciones. *Anales de Psicología*, 30, 412-421.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Sandín, B. (2008). *Estrés, hormonas y psicopatología*. Madrid. Klinik.
- Sanz, L.J., Elustondo, I., Valverde, M., Montilla, J.F. y Miralles, M. (2007). Salud mental e inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27, 281-291.
- Sayed-Ahmad Beiruti, N. (2006). Inmigración, adaptación y duelo. *Cuadernos Técnicos 2, Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría*, 8-28.
- Sayed-Ahmad Beiruti, N. (2008). La inmigración en la encrucijada de la adaptación. *Norte de Salud Mental*, 32, 61-70
- Sayed-Ahmad Beiruti, N. (2010). Experiencia de migración y salud mental. Hacia un nuevo modelo de salud. En L. Melero (coord.). *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes*. Valencia. Fundación CeiMigra.
- Scott, W.A. y Scott, R. (1985). Some predictors of migrant adaptation available at selection time. *Australian Psychologist*, 20, 313-343.
- Seligman, M.E., Steen, T.A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Selye, H. (1956). *Stress of Life*. Nueva York. McGraw-Hill.
- Servicio Jesuita a Migrantes (2008). *Tópicos y realidades sobre la inmigración*. Madrid.
- Shen, E.K., Alden, L.E., Söchting, I. y Tsang, P. (2006). Clinical observations of a cantonese cognitive-behavioral treatment program for Chinese immigrants. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 41, 518-530.

- Silveira, E.R.T. y Allebeck, P. (2002). Migration, ageing and mental health: an ethnographic study on perception life satisfaction, anxiety and depression in older somali men in East London. *International Journal of Social Welfare*, 10, 309-320.
- 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.
- Sirur-Flores, M.A y Álvarez, M.C. (2009). Entrevista clínica con inmigrantes. En I. Morera, A. Alonso y H.Huerga. *Manual de atención al inmigrante*. Barcelona. Ergón.
- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Sluzki, C. (1979). Migración y conflicto familiar. *Family Process*, 4, 87-106.
- Smith, K.L., Matheson, H., Moineddin, R., y Glazier, R.H. (2007). Gender income and immigration differences in depression in Canadian urban centers. *Canadian Journal Public Health*, 98, 149-153.
- Smith, P.B. y Bond, M.H. (1993). *Social psychology across cultures*. New York: Harvevter y Wheatsheaf.
- Smith, T.B., Domenech, M. y Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology*. In session, 67, 166-175.
- Sobral Fernández, J., Gómez-Fraguela, J.A., Luego, A., Romero, E. y Villar, P. (2010). Adolescentes latinoamericanos, aculturación y conducta antisocial. *Psicothema*, 22, 410-415.
- 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.
- Steele, L., Lemieux-Charles, L., Clark, J. y Glazier, R.H. (2002). The impact of policy changes on the health of recent immigrants and refugees in the inner city. A qualitative study of service provideers' perspectives. *Canadian Journal of Public Health*, 93, 118-122.

- Strain, J.J. (1995). Adjustment disorder. En Gabbard, G.O. (Ed.). *Treatments of Psychiatric Disorders*. (2ed, pp 1656-1665). Washington, DC: American Psychological Association.
- Strain, J.J. y Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorders: the conundrum of the diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 121-130.
- Strain, J.J., Klipstein, K.G. y Newcorn, J.H. (2010). Adjustment disorders. En Hales, Yudofsky y Gabbard (Eds.). *Essentials of Psychiatry*. Arlington. American Psychiatric Publishing.
- Suárez-Hernández, M.T., Ruiz Perera, J., Tejera-Ramírez, M., Rodríguez-Naveo, V., Manzanera-Escartí, R. y Artilles, R. (2011). Estados de ansiedad, depresión y factores relacionados en la población adulta inmigrante latinoamericana en Canarias. *Medicina de Familia*, 37. DOI: 10.1016/j.semerg.2011.03.005.
- Swami, V., Arteche, A., Chamorro, T. y Furnham, A. (2010). Sociocultural adjustment among malasyam students in Britain: a replication and path analytic extension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 57-65.
- Swinnen, S.G. y Selten, J.P. (2007). Mood disorders and migration: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 6-10.
- Syed, H.R., Dalgard, D.S., Dalen, I., Claussen, B., Hussein, A., Selmer, R. y Ahlberg, N. (2006). Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic norvegians and ethnic pakistanies in Oslo. *Norway BMC Public Health*, 6, 182-191.
- Takeuchi, D.T., Zane, N., Hong, S., Chae, D.H., Gong, F., Gee, G.C., Walton, E., Sue, S. y Alegría, M. (2007). Immigration related factors and mental disorders among Asian Americans. *American Journal Public Health*, 97, 84-90.
- Talam, A., Navarro, N., Rosell, L. y Rigat, A. (2006). Propuesta de especificadores diagnósticos vinculados al estrés y el trauma: una aportación a la nosología psicopatológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 107-114.
- Tedeschi, R.G. y Calhoun, L.G. (2008). Beyond the concept of recovery: growth. And the experience of loss. *Death Studies*, 32, 27-39.

- 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>.
- Tinghog, P., Hemmingsson, T. y Lundberg, I. (2007). To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 990-996.
- Tizón, J., Salamero, M., San José, J., Pellejero, N., Achotegui, J. y Sanz, F. (1993). *Migraciones y Salud Mental*. Barcelona. PPU.
- Tizón, J.L. (1986). La migración como factor de riesgo para la salud (I). *Gaceta Sanitaria*, 5, 149-155.
- Tizón, J.L. (1994). Emigrar: soñar, sufrir... tal vez elaborar, tal vez crear. *Revista de Treball Social*, 136, 22-38.
- Tomás-Sabado, J., Qureshi, A., Antonin, M. y Collazos, F. (2007). Construction and preliminary validation of the Barcelona Immigration Stress Scale. *Psychological Reports*, 100, 1013-1023.
- Torres, L. (2010). Predicting levels of latino depression: acculturation, acculturative stress and coping. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16, 256-263.
- Torres, L. y Rollock, D. (2007). Acculturation and depression among hispanics: the moderating effect of intercultural competente. *Cultural diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13, 10-17.
- Tseng, W.T. (1999). Culture and psychotherapy. Review and practical guidelines. *Transcultural Psychiatry*, 36, 131-179.
- Tseng, W.T. (2001). *Handbook of cultural psychiatry*. San Diego. Academic Press.
- Uniken Venema, H.P., Garretsen, H.F.L. y Van der Maas, P.J. (1995). Health of migrants and migrant health policy, the Netherlands an example. *Social Science and Medicine*, 41, 809-818.
- 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, 211-230.

- Van de Vijver, F.J.R. (2001). The evolution of cross-cultural research methods. En D. Matsumoto (Ed.). *The Handbook of Culture and Psychology* (pp.77-97). New York: Oxford University Press.
- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2000). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. Barcelona. Gedisa.
- Vázquez- Villegas, J. (2009). Aspectos legales en la atención sanitaria a inmigrantes. En Morera, J., Alonso, A. y Huerga, H. *Manual de atención al inmigrante*. Barcelona. Ergón.
- Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9, 231-254.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (2008). Trastornos del estado de ánimo. Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de psicopatología* (vol. 2, pp. 233-270). Madrid. McGraw-Hill.
- Vázquez-Villegas, J. (2006). Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Atención Primaria*, 37, 249-250.
- Veling, W., Susser, E., Van Os, J., Mackenbach, J.O., Selten, J.P., Hoek, H.W. (2008). Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry*, 165, 66-73.
- Vergara, A.I. y Balluerka, N. (2000). Metodología en la investigación transcultural: perspectivas actuales. *Psicothema*, 12, 557-562.
- Villar, V. (2002). Migración extracomunitaria: la realidad que no existe. *Educación Social*, 20, 99-113.
- Vollrath, M., Alnaes, R. y Torgersen, S. (2003). Coping and MCMI-II symptom scales. *Journal of Clinical Psychology, Special issue: disposition and contextual perspectives on coping*, 59, 1305-1314.
- Walsh, S., Shulman, S., Feldman, B y Maurer, O. (2005). The impact of immigration on the internal processes and developmental tasks of emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 413-426.
- Wamala, S., Bostrom, G., Nyqvist, K. (2007). Perceived discrimination and psychological distress in Sweden. *British Journal of Psychiatry*, 190, 75-76.

- Ward, C y Kennedy, A. (1992). Locus of control mood disturbance and social difficulty during across-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations*, 16, 175-194.
- Ward, C. (2008). Culture learning, acculturative stress, and psychopathology: three perspectives on acculturation. *Applied Psychology*, 46, 58-62.
- Ward, C. y Kennedy, A. (1999). The measurement of sociocultural adaptation. *International Journal Intercultural Relations*, 23, 659-677.
- 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, 277-291.
- Ward, R.A. (1977). The impact of subjective age and stigma on older persons. *Journal of Gerontology*, 32, 227-232.
- Warheit, G.J., Vega, W.A., Auth, J. y Meinhardt, K. (1985). Mexican-american immigration and mental health. En W.A. Vega y M.R. Miranda (eds.). *Stress and hispanic mental health*. Rockville, MD: national institute of mental health press, pp. 89-110.
- Watson, D.C. y Sinha, B. (2008). Emotion regulation, coping and psychological symptoms. *International Journal of Stress Management*, 15, 222-234.
- Watters, Ch. (2002). Migration and mental health care in Europe: report of a preliminary zapping exercise. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 28, 153-172.
- Whaley, A.L. y Davis, K.E. (2007). Cultural competence and evidence based practice in mental health services: a complementary perspective. *American Psychologist*, 62, 563-574.
- Whitley, R., Kirmayer, L.J. y Groleau, D. (2006). Understanding immigrants' reluctant to use mental health services: a qualitative study from Montreal. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 205-209.
- Williams, P.E., Turpin, G. y Hardy, G. (2006). Clinical psychology service provision and ethnic diversity within in the UK: a review of literature. *Clinical psychology and Psychotherapy*, 13, 324-338.

- Witting, U., Lindert, J., Merbach, M y Brähler, E. (2008). Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry*, 23, s28-s35.
- Worden, J.W. (1997). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona. Paidós.
- Yelin, C. (2003). Parece, parece pero no parece. Reflexiones sobre la vida en otro lugar. En Pazos de Winograd, M.I. y Gutkowski, S. (Eds.), *Emigración, salud mental y cultura*. Buenos Aires. Ediciones del Candil.
- Yelin, C. (2008). *Emigrar. En busca de un espacio de amparo*. Barcelona. Gedisa.
- Yenilmez, C., Ayranci, U., Topal, S., Aksaray, G., Seber, G. y Kaptanoglu, C. (2007). A gender-oriented comparison between the mental health profiles of Bulgarian immigrants forcibly migrated to Turkey and the native population 15 years after migration. *International Journal of Psychiatry and Clinical Practice*, 1, 21-28.
- Yoffe, L. (2002). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Revista Psico-debate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 193-205.
- Zarza, M.J. y Sobrino, M.I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: una revisión bibliográfica. *Anales de Psicología*, 23, 72-84.
- Zlobina, A., Basabe, N. y Páez, D. (2004). Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural. *Migraciones*, 15, 43-84.
- Zuazo, J.I. y Etxebeste, A. (2007). Algunos aspectos de la atención en salud mental a la población inmigrante en el territorio histórico de Álava: perspectivas desde un Centro de Salud Mental. *2ª Jornada sobre Salud Mental desde una Perspectiva Transcultural*. Vitoria, 25 y 26 de octubre.
- Zygouris, N. (2007). Reflection as a positive psychology intervention in addiction treatment: building upon the strengths. *Comunicación presentada en el 1ª Applied Positive Psychology Conference, Coventry, UK*.

ANEXOS



ANEXO 1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

ENTREVISTA DEMOGRÁFICA Y VARIABLES DE LA INMIGRACIÓN (Salaberría, 2007)

Nombre y apellidos:

Edad:

Sexo:

Teléfono de contacto:

Motivo de consulta:

Vivienda:

Dirección:

Nº de personas que comparten vivienda:

Emigración (relato de la historia migratoria)

Procedencia (país de origen):

Fecha de salida:

Fecha de llegada a Guipúzcoa:

¿Ha vivido en otras provincias?

¿Cómo y por qué llegó a Guipúzcoa?:

¿Ha mejorado su situación desde su llegada? ¿En qué ámbitos?

Expectativas (¿para qué emigra?, ¿qué esperaba encontrar?, ¿con qué se ha encontrado?)

Familia:

Estado civil:

Hijos:

Número:

¿Dónde viven?:

Nombres de cada uno, edad, con quién viven, qué estudian:

Personas a su cargo:

¿Tiene a su cargo alguna persona en su país? (padres, hermanos, sobrinos, etc.)

¿Envía dinero a su país?, en caso afirmativo ¿a quién lo envía? (si el paciente desea puede decir cuánto envía)

Estudios y trabajo

Estudios:

Sin estudios

Primarios

Secundarios

FP

Universitarios

Titulación. ¿Estudios homologados?

Situación laboral:

En su país:

Ahora:

Ingresos:

¿Recibe ayudas sociales?

Deuda: aquí y en sus países de origen

Idioma y religión

Idioma de origen:

Conocimiento de idiomas:

Religión: práctica, identidad, frecuencia de culto

Situación legal:

Permiso de residencia:

Permiso de trabajo:

Órdenes de expulsión:

Empadronamiento, ¿desde cuándo?

Salud

¿Tiene tarjeta sanitaria?

Médico de cabecera, relación con él

Enfermedades físicas

Medicinas

Consumo de sustancias

¿Ha recibido tratamiento psicológico alguna vez en su país de origen?, razones:

¿Ha recibido tratamiento psicológico alguna vez aquí?, razones:

Sueño:

Pautas de alimentación:

Red social

¿Tiene amigos?

¿Conoce a asociaciones?

Aficiones:

Cocinar

Cantar

Bailar

Hacer teatro

Escribir

Tocar algún instrumento

Contar cuentos, etc.

ESCALA DE ESTRÉS ULISES (Achotegui, 2005)

ESCALA DE FAMILIA (rango 0-60)

1. Déficit de familiares próximos que le ayude con seguridad, en caso de necesidad:
 - 3 Ningún familiar
 - 2 Un familiar
 - 1 Dos familiares
 - 0 Más de dos familiares

2. Dejar hijos menores de edad en el país de origen:
 - 3 Tres o más hijos
 - 2 Dos hijos
 - 1 Un hijo
 - 0 No tiene hijos menores

3. Que los hijos estén enfermos en el país de origen:
 - 3 Muy enfermos
 - 2 Enfermedad grave
 - 1 Enfermedad moderada
 - 0 No están enfermos

4. Dejar padres ancianos en el país de origen:
 - 3 Más de un año
 - 2 Entre 6 meses y un año
 - 1 Menos de 6 meses
 - 0 No son ancianos

5. Enfermedad de los padres:
 - 3 Extrema
 - 2 Muy grave
 - 1 Grave
 - 0 No están enfermos

6. No poder estar con la pareja:
 - 3 Más de un año
 - 2 Entre 6 meses y 1 año
 - 1 Menos de 6 meses
 - 0 Está con la pareja

7. Peligro para la familia en el país de origen:

- 3 Extremo
 - 2 Muy grave
 - 1 Grave
 - 0 No existe peligro
8. Que el peligro para la familia se dé estando aquí:
- 3 En los primeros seis meses de estar aquí
 - 2 Entre los 6 meses y 1 año
 - 1 Entre uno y dos años
 - 0 No existe peligro
9. Ver que no es posible traer a la familia:
- 3 En absoluto
 - 2 Sería muy difícil
 - 1 Sería difícil
 - 0 Es posible
10. Muerte de familiares próximos sin poder ir al funeral:
- 3 Lo valora muchísimo
 - 2 Lo valora mucho
 - 1 Lo valora relativamente
 - 0 No lo valora
11. Sentimiento de soledad:
- 3 Extrema
 - 2 Muy grande
 - 1 Grande
 - 0 Normal
12. Desearía enviar dinero a su familia:
- 3 No puede enviar nada
 - 2 Envía muy poco
 - 1 Envía poco
 - 0 Envía lo suficiente
13. Divorcio o separación en el período de la migración:
- 3 En los seis primeros meses de estar aquí
 - 2 Entre los seis meses y el año
 - 1 Más de 1 año
 - 0 Estaba ya separado
14. Hay tensiones en las relaciones familiares:
- 3 Extremas

- 2 Muy importantes
 - 1 Importantes
 - 0 Normales
15. Déficit de amigos que le ayuden en situación de necesidad:
- 3 Ningún amigo
 - 2 Un amigo
 - 1 Dos amigos
 - 0 Tres o más amigos
16. Déficit de instituciones que le ayuden en situación de necesidad:
- 3 Ninguna
 - 2 Una institución
 - 1 Dos instituciones
 - 0 Tres o más instituciones
17. Padres sin papeles:
- 3 Más de un año
 - 2 Entre seis meses y un año
 - 1 Menos de 6 meses
 - 0 Tienen papeles
18. Ausencia de un progenitor viviendo aquí:
- 3 Más de año
 - 2 Entre seis meses y 1 año
 - 1 Menos de seis meses
 - 0 Está aquí
19. Haber estado separado de los padres:
- 3 Más de un año
 - 2 Entre seis meses y un año
 - 1 Menos de seis meses
 - 0 No ha estado separado
20. Nacimiento de un hermano:
- 3 Menos de 6 meses de estar aquí
 - 2 Entre seis meses y un año
 - 1 Entre uno y dos años
 - 0 No ha tenido hermanos

ESCALA DE ESTRÉS ACULTURATIVO (rango 0-27)

1. Lengua:
 - 3 Analfabetismo
 - 2 Semialfabetismo
 - 1 Bajo nivel de instrucción
 - 0 Instrucción básica

2. Lengua. Discapacidades (por ejemplo dislexia):
 - 3 Muy importante
 - 2 Importante
 - 1 Moderada, menor
 - 0 Sin discapacidad

3. No poder acceder a la lengua por trabajo clandestino, por miedo
 - 3 Acceso imposible
 - 2 Acceso muy difícil
 - 1 Acceso difícil
 - 0 Acceso posible

4. Cultura. Trabas a la práctica de su religión:
 - 3 Muy importantes
 - 2 Importantes
 - 1 Moderadas, menores
 - 0 No hay trabas

5. Cultura. Trabas a su vestimenta:
 - 3 Muy importantes
 - 2 Importantes
 - 1 Moderadas, menores
 - 0 No hay trabas

6. Cultura. Se considera víctima del mal de ojo y no tiene acceso a curanderos:
 - 3 Ninguna posibilidad
 - 2 Es muy difícil
 - 1 Bastante difícil
 - 0 Nada difícil

7. Tierra. Menos luminosidad:
 3 Muchísimo menor
 2 Mucho menor
 1 Bastante menor
 0 Igual
8. Tierra. Más frío:
 3 Muchísimo más
 2 Mucho más
 1 Bastante más
 0 Igual
9. Identidad étnica. Prejuicios hacia su grupo:
 3 Muy intensos
 2 Intensos
 1 Moderados, menores
 0 No existen

ESCALA DE FRACASO (rango 0-48)

1. Está sin papeles: Hace más de un año Entre 6 meses y 1 año Menos de seis meses Tiene papeles	3 2 1 0
2. Imposibilidad de obtener los papeles: No ve ninguna posibilidad Es muy difícil pero podría conseguirlos Podrá conseguirlos Está tramitándolos	3 2 1 0
3. Sin trabajo: Hace más de 1 año Entre 6 meses y 1 año Menos de 6 meses Tiene trabajo	3 2 1 0
4. Trabajo en malas condiciones: Súper-explotación Extremadamente duro Muy duro Normal	3 2 1 0

5. Trabajo peligroso:	
Muy peligroso	3
Peligroso	2
Situaciones de peligro	1
No hay situaciones de peligro	0
6. Deuda contraída en la migración:	
Enorme	3
Muy grande	2
Grande	1
No tiene deudas	0
7. Regresar sería visto como fracaso:	
Enorme	3
Muy grande	2
Grande	1
No	0
8. Se fue tras fracasar allá de modo:	
Enorme	3
Muy grande	2
Grande	1
No	0
9. Accidente laboral:	
Con secuelas muy graves	3
Con secuelas graves	2
Sin secuelas	1
No ha tenido accidentes laborales	0
10. Enfermedad laboral:	
Con secuelas muy graves	3
Con secuelas graves	2
Sin secuelas	1
No hay enfermedad laboral	0
11. Expectativas frustradas:	
Totalmente	3
En gran parte	2
En parte	1
No	0
12. Desconfianza en que mejorará:	
No confía nada	3
Confía muy poco	2
Confía poco	1
Si confía	0
13. Eran excesivas sus expectativas:	
Muy excesivas	3

Excesivas	2
Sólo en parte	1
No lo eran	0
14. Padece alguna enfermedad:	
Muy grave	3
Grave	2
Gravedad moderada	1
No es grave	0
15. Padece alguna discapacidad:	
Muy grave	3
Grave	2
Moderada	1
No es grave	0
16. Niños: fracaso escolar:	
Muy grande	3
Grande	2
Moderado	1
No hay fracaso	0

ESCALA DE SUPERVIVENCIA Y MIEDO (rango 0-24)

1. Alimentación:	
Pasa hambre habitualmente	3
Pasa hambre a veces	2
Le es difícil alimentarse adecuadamente	1
Se alimenta adecuadamente	0
2. Vivienda:	
Ha vivido en la calle o en infravivienda	3
Vive en muy malas condiciones, hacinamiento	2
Ausencia de calefacción, agua caliente...	1
La vivienda es adecuada	0
3. Sanidad:	
Se ha encontrado enfermo sin asistencia	3
Dificultades para acceder a la asistencia	2
No le atienden adecuadamente (cultura...)	1
Tiene acceso a la sanidad	0
4. Ha vivido peligro para su vida en el viaje migratorio:	
Riesgo extremo (naufragio...)	3
Situaciones de peligro	2
Situaciones de riesgo	1

No ha vivido peligro	0
5. Ha sufrido amenazas de mafias:	3
Muy fuertes	2
Fuertes	1
Moderadas, menores	0
No ha sufrido amenazas	
6. Ha sufrido agresiones racistas (físicas o verbales):	
Muy fuertes	3
Fuertes	2
Moderadas, menores	1
No ha sufrido	0
7. Ha estado retenido por no tener papeles:	
Más de 1 mes	3
Entre 1 semana y 1 mes	2
Menos de 1 semana	1
No ha estado retenido	0
8. Ha sufrido malos tratos, traumas o abusos sexuales en el país de origen o aquí:	
Muy graves	3
Graves	2
Moderados, menores	1
No ha sufrido	0

FACTORES EPIDEMOLÓGICOS (rango 0-6)

1. Edad:	
Tener más de 50 años	3
Tener entre 40 y 50 años	2
Tener entre 30 y 40 años	1
Tener entre 18 y 30 años	0
2. Género. Limitaciones en la autonomía personal:	
Muy grandes limitaciones	3
Grandes limitaciones	2
Limitaciones menores	1
No siente limitaciones	0

OTRAS VARIABLES (rango 0-9)

1. Historia infantil:	
Muy traumática	3
Traumática	2
Difícil	1
Normal	0
2. Vino siguiendo a otros familiares. Si no estuvieran no habría venido:	
De ninguna manera	3
Le hubiera costado muchísimo	2
Le hubiera costado mucho	1
No le hubiera costado	0
3. Padece síntomas psicológicos tras venir aquí:	
Muy intensos	3
Intensos	2
Moderados, menores	1
Leves	0

VULNERABILIDAD (rango 0-18)

1. Ser tímido:	
Muchísimo	3
Mucho	2
Bastante	1
Poco	0
2. Ser desconfiado:	
Muchísimo	3
Mucho	2
Bastante	1
Poco	0
3. Ser indeciso:	
Muchísimo	3
Mucho	2
Bastante	1
Poco	0
4. Ser dependiente:	
Muchísimo	3
Mucho	2
Bastante	1
Poco	0
5. Negación de los problemas:	

Muchísimo	3
Mucho	2
Bastante	1
Poco	0
6. Mala imagen de sí mismo:	
Muchísimo	3
Mucho	2
Bastante	1
Poco	0

OTRAS VARIABLES PROTECTORAS

1. Inteligencia en sentido amplio	
2. Capacidad de gratitud	

FACTORES PROTECTORES

1. Religiosidad:	
1 Intensa	
2 Importante	
3 Moderada	
2. ¿Tener pareja autóctona?	

CORRECCIÓN

Escala de familia (20 ítems): 60 puntos

Escala de estrés aculturativo (9 ítems): 27 puntos

Escala de fracaso (16 ítems): 48 puntos

Escala de supervivencia y miedo (8 ítems): 24 puntos

Factores epidemiológicos (2 ítems): 6 puntos

Otras variables (3 ítems): 9 puntos

Vulnerabilidad (6 ítems): 18 puntos

TOTAL: 192 puntos

Leve: 0-30 puntos

Moderado: 30-60 puntos

Extremo: más de 60

S.C.L.-90-R

(Derogatis, 1975. Versión española de
González de Rivera y cols., 2002)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO.

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a Usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodee con un círculo el número de la respuesta que refleje mejor su situación actual.

	0 Nada	1 Un poco	2 Moderadamente	3 Bastante	4 Mucho
1S. Dolores de cabeza.....	0	1	2	3	4
2A. Nerviosismo o agitación interior.....	0	1	2	3	4
30. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente.....	0	1	2	3	4
4S. Sensaciones de desmayo o mareo.....	0	1	2	3	4
5D. Pérdida deseo o de placer sexual.....	0	1	2	3	4
6SI. El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente.....	0	1	2	3	4
7P. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.....	0	1	2	3	4
8 I. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.....	0	1	2	3	3
9O. La dificultad para recordar las cosas.....	0	1	2	3	4
10O. Preocupaciones por la falta de aseo personal, el descuido o la desorganización.....	0	1	2	3	4
11H. Sentirse fácilmente irritado o enfadado.....	0	1	2	3	4
12S. Dolores en el corazón o en el pecho.....	0	1	2	3	4

	0 Nada	1 Un poco	2 Moderadamente	3 Bastante	4 Mucho
13AF.	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle.....				0 1 2 3 4
14D.	Sentirse bajo de energías o decaído.....				0 1 2 3 4
15D.	Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida.....				0 1 2 3 4
16P.	Oír voces que otras personas no oyen.....				0 1 2 3 4
17A.	Temblores.....				0 1 2 3 4
18I.	La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas.....				0 1 2 3 4
19.	Falta de apetito.....				0 1 2 3 4
20D.	Llorar fácilmente.....				0 1 2 3 4
21SI.	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.....				0 1 2 3 4
22D.	La sensación de estar atrapado o como encerrado.....				0 1 2 3 4
23A.	Tener miedo de repente y sin razón.....				0 1 2 3 4
24H.	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.....				0 1 2 3 4
25AF	Miedo a salir de casa solo.....				0 1 2 3 4
26D.	Culparse a sí mismo de todo lo que pasa.....				0 1 2 3 4
27S.	Dolores en la parte baja de la espalda.....				0 1 2 3 4
28O.	Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas.....				0 1 2 3 4
29D.	Sentirse solo.....				0 1 2 3 4
30D.	Sentirse triste.....				0 1 2 3 4
31D.	Preocuparse demasiado por las cosas.....				0 1 2 3 4
32D.	No sentir interés por las cosas.....				0 1 2 3 4
33A.	Sentirse temeroso.....				0 1 2 3 4
34SI.	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.....				0 1 2 3 4

	0 Nada	1 Un poco	2 Moderadamente	3 Bastante	4 Mucho
35P.	La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos.....				0 1 2 3 4
36SI.	La sensación de que los demás no le comprenden o le hacen caso.....				0 1 2 3 4
37SI.	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta.....				0 1 2 3 4
38O.	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.....				0 1 2 3 4
39A.	Que su corazón palpite o vaya muy deprisa.....				0 1 2 3 4
40S.	Náuseas o malestar en el estómago.....				0 1 2 3 4
41SI.	Sentirse inferior a los demás.....				0 1 2 3 4
42S.	Dolores musculares.....				0 1 2 3 4
43I.	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de Usted.....				0 1 2 3 4
44.	Dificultad para conciliar el sueño.....				0 1 2 3 4
45O.	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace.....				0 1 2 3 4
46O.	Encontrar difícil el tomar decisiones.....				0 1 2 3 4
47AF	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes.....				0 1 2 3 4
48S.	Dificultad para respirar.....				0 1 2 3 4
49S.	Sentir calor o frío de repente.....				0 1 2 3 4
50AF	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.....				0 1 2 3 4
51O.	Que se le quede la mente en blanco.....				0 1 2 3 4
52S.	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.....				0 1 2 3 4
53S.	Sentir un nudo en la garganta.....				0 1 2 3 4

0 Nada	1 Un poco	2 Moderadamente	3 Bastante	4 Mucho
54D.	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.....			0 1 2 3 4
55O.	Tener dificultades para concentrarse.....			0 1 2 3 4
56S.	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.....			0 1 2 3 4
57A.	Sentirse tenso o agitado.....			0 1 2 3 4
58S.	Pesadez en los brazos o en las piernas.....			0 1 2 3 4
59.	Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir.....			0 1 2 3 4
60.	Comer demasiado.....			0 1 2 3 4
61SI.	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de Usted.....			0 1 2 3 4
62P.	Tener pensamientos que no son suyos.....			0 1 2 3 4
63H.	Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.....			0 1 2 3 4
64.	Despertarse de madrugada.....			0 1 2 3 4
65O.	Tener que repetir las mismas acciones, tales como tocar, lavar, contar, etc.....			0 1 2 3 4
66.	Sueño inquieto o perturbado.....			0 1 2 3 4
67H.	Tener ganas de romper algo.....			0 1 2 3 4
68I.	Tener ideas o creencias que los demás no comparten.....			0 1 2 3 4
69SI.	Sentirse muy cohibido entre otras personas.....			0 1 2 3 4
70AF	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.....			0 1 2 3 4
71D.	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.....			0 1 2 3 4
72A.	Ataques de terror o pánico.....			0 1 2 3 4
73SI.	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público.....			0 1 2 3 4
74H.	Tener discusiones frecuentes.....			0 1 2 3 4

	0 Nada	1 Un poco	2 Moderadamente	3 Bastante	4 Mucho
75AF	Sentirse nervioso cuando se queda solo.....				0 1 2 3 4
76I.	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros.....				0 1 2 3 4
77P.	Sentirse solo aunque esté con más gente.....				0 1 2 3 4
78A.	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.....				0 1 2 3 4
79D.	La sensación de ser inútil o no valer para nada.....				0 1 2 3 4
80A.	Presentimientos de que va a pasar algo malo.....				0 1 2 3 4
81H.	Gritar o tirar cosas.....				0 1 2 3 4
82AF	Tener miedo de desmayarse en público.....				0 1 2 3 4
83I.	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de Usted si los dejara.....				0 1 2 3 4
84P.	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.....				0 1 2 3 4
85P.	La idea de que debería ser castigado por sus pecados.....				0 1 2 3 4
86A.	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.....				0 1 2 3 4
87P.	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.....				0 1 2 3 4
88P.	No sentirse cercano o íntimo con nadie.....				0 1 2 3 4
89.	Sentimientos de culpabilidad.....				0 1 2 3 4
90P.	La idea de que algo anda mal en su mente.....				0 1 2 3 4

ESCALA DE AUTOESTIMA

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACIÓN:

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

Ítems	Valoración
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
3. Creo que tengo varias cualidades buenas. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
8. Desearía valorarme más a mí mismo.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo

CONDUCTAS-OBJETIVO
(Echeburúa y Corral, 1998)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACIÓN:

Señale a continuación las conductas que más le gustaría poder realizar normalmente y que supondrían una mejora significativa en su vida cotidiana.

	Grado de dificultad (1-10)
Conducta 1. ^a	<input type="checkbox"/>
Conducta 2. ^a	<input type="checkbox"/>
Conducta 3. ^a	<input type="checkbox"/>
Conducta 4. ^a	<input type="checkbox"/>
Conducta 5. ^a	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro Programa contestando algunas preguntas acerca de los servicios que ha recibido. Estamos interesados en sus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor, conteste todas las preguntas señalando con una X la respuesta elegida.

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACIÓN:

Ítems	Valoración
1. ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?	1. Excelente 2. Buena 3. Regular 4. Mala
2. ¿Encontró la clase de servicio que buscaba?	1. No 2. Sí, parcialmente 3. Sí, en general 4. Sí, totalmente
3. ¿En qué medida nuestro Programa ha satisfecho sus necesidades?	1. Totalmente 2. En general 3. Parcialmente 4. Ninguna
4. Si un amigo/a necesitara una ayuda similar, ¿le recomendaría nuestro Programa?	1. No 2. Probablemente no 3. Probablemente si 4. Sí
5. ¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?	1. Muchísimo 2. Mucho 3. Bastante 4. Poco
6. ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido, a hacer frente a sus problemas más eficazmente?	1. Mucho 2. Bastante 3. Poco 4. Nada
7. En conjunto, ¿en qué medida está satisfecho con el servicio recibido?	1. Mucho 2. Bastante 3. Poco 4. Nada
8. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro Programa?	1. No 2. Probablemente no 3. Probablemente si 4. Sí

ANEXO 2. PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO PARA INMIGRANTES

ANEXO 2. CUADERNO DE TRABAJO



Facultad de Psicología

PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO PARA INMIGRANTES

Cuaderno de trabajo



CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA INMIGRACIÓN

Emigrar supone tomar la decisión de abandonar el país de origen y desplazarse a otro/s países. Este proceso puede durar años. La emigración del siglo XXI tiene un origen ideológico, político y principalmente económico y se caracteriza por emigrar “sin papeles” y sin un trabajo en el país receptor.

Emigrar implica **la pérdida de elementos significativos** para la vida como son:

- a) La familia extensa y los amigos, la red social.
- b) La identidad nacional: el idioma, la cultura, la tierra, el grupo étnico.
- c) El estatus social, los inmigrantes suelen ser personas con cierto nivel de formación o habilidades que no les son reconocidas en el país de acogida.
- d) La seguridad e integridad física.

La emigración supone **adaptarse a situaciones estresantes**. El estrés se define como el resultado de demandas ambientales excesivas y la capacidad de respuesta del sujeto a éstas. Cuando las demandas superan cualquier capacidad se produce un desequilibrio que da lugar a trastornos físicos y psicológicos.

El estrés migratorio se caracteriza por ser múltiple (afecta a muchas áreas de la vida de la persona), crónico (se puede prolongar años), intenso y relevante para la vida del sujeto, sin sensación de control (por desconocimiento de las costumbres y normas de funcionamiento administrativo y social del país de acogida) y por la ausencia de una red de apoyo social.

Las principales fuentes de estrés que vive un emigrante en nuestra sociedad son las siguientes:

- Conseguir trabajo
- Obtener los permisos de residencia y trabajo
- Adquirir vivienda
- Procurarse alimentos
- Manejar el miedo durante el viaje, por las mafias, las redes de prostitución y la posibilidad de detención y de expulsión.

Junto con la elaboración de las pérdidas “del duelo” y el afrontamiento del estrés, existe un **proceso de adaptación y de reconstrucción de una nueva identidad**. Este proceso puede ser más o menos difícil en función de diversas variables como la semejanza entre las culturas de origen y la receptora, la receptividad del país de acogida, la edad del inmigrante y las características de personalidad. Es importante también tener en cuenta que la recreación de una identidad va ligada a la posesión de “papeles” y del reconocimiento legal de una realidad.

Todos los procesos señalados anteriormente y las dificultades que se producen dan lugar a una serie de síntomas esperables en una situación extremadamente difícil. Los síntomas más comunes han sido agrupados por Achotegui (2000, 2002) con el nombre de **“Síndrome de Ulises”**.

- Síntomas ansiosos: tensión, nerviosismo, preocupación, irritabilidad, insomnio.
- Síntomas depresivos: tristeza, llanto, gemidos, culpa.
- Síntomas confusionales: fallos de memoria y atención, sensación de sentirse perdido y/o confundido.
- Somatizaciones: fatiga, cefaleas, dolores musculares, dolores abdominales.
- Síntomas de estrés postraumático: reexperimentación, evitación e hiperactivación fisiológica.

Los objetivos del Programa son los siguientes:

- a) Comprender los síntomas y su relevancia como intentos de adaptarse a una nueva realidad.
- b) Aprender estrategias para el manejo de los síntomas: aprender a manejar las sensaciones físicas, aprender a modificar los comportamientos, aprender a cambiar los pensamientos, mejorar las relaciones sociales y aprender a resolver los problemas que se van suscitando.
- c) El Programa tiene un abordaje activo, con propuestas terapéuticas para realizar en casa y requiere implicancia en el aprendizaje de nuevas estrategias.

Identificar en las situaciones de malestar las emociones, los pensamientos y los comportamientos asociados.

Día y hora	Situación	Sentimiento-emoción	¿Qué pensé?	¿Qué hice?

ANSIEDAD Y SU MANEJO: las sensaciones físicas

La ansiedad y el temor son respuestas emocionales que funcionan con el objetivo de proteger a la persona de peligros existentes. Alertan al organismo sobre situaciones que pueden ser amenazantes o peligrosas. Se expresan por medio de síntomas físicos, conductas y pensamientos, cuando la persona percibe que se encuentra en una situación de peligro.

Identifica en tu caso cuáles son los síntomas:

- a. Conductas de ansiedad:
- b. Pensamientos ansiógenos:
- c. Sensaciones físicas ansiógenas:
- d. Emociones en general:

TÉCNICAS PARA CONTROLAR LA ANSIEDAD

Control de la respiración:

La respiración es una función involuntaria, que la podemos hacer consciente. Cuando nos enfadamos o estamos nerviosos podemos darnos cuenta que su ritmo es más acelerado. Cuando respiramos mal se producen una serie de síntomas como: mareos, alteraciones visuales, náuseas, calambres, dolor de cabeza, palpitaciones, sudor frío, sensación de hormigueo en pies y manos, fatiga y malestar general.

Cuando el ritmo de la respiración se altera, la práctica de la respiración acompasada y profunda favorece la recuperación de la calma. Es fácil de aprender y requiere una frecuencia regular de dos o tres veces diarias.

Pasos:

- Sentarse o concentrarse en los siguientes pasos
- Retener la respiración y contar hasta 10
- Al llegar a 10 espirar y decirse: “tranquilo”
- Inspirar contando 1-2-3 y espirar 1-2-3, diciéndose la palabra “tranquilo”.10 veces por minuto.
- Al final de las 10 veces retener de nuevo la respiración durante 10 segundos y volver al ciclo de 3 y 3.

Relajación muscular:

Consiste en tensar y relajar los grupos musculares del cuerpo en forma concentrada.

Se siguen ordenadamente distintas áreas del cuerpo:

- Manos: cerrar, apretar y notar la tensión. Abrir, soltar poco a poco y distinguir las diferentes sensaciones entre tensión y relajación.
- Brazos (bíceps): doblarlos, notar la tensión y soltarlos paulatinamente.
- Brazos (tríceps): estirarlos hacia adelante, sentir la tensión, aflojarlos y relajarlos.
- Frente: subir las cejas arrugando la frente, notar la tensión, soltar y relajar.
- Entrecejo: fruncirlo y soltar despacio.
- Ojos: desplazarlos a la derecha, arriba, a la izquierda, abajo, soltarlos y relajarlos.
- Mandíbulas: sonreír de manera forzada, soltar y relajar.
- Labios: apretarlos, soltar y relajarlos
- Cuello: girar a la derecha, a la izquierda, delante, atrás, soltar y relajar.
- Hombros: subirlos hacia las orejas, llevarlos atrás, soltar y relajarlos.
- Tórax: respirar lentamente
- Estómago: contraer hacia dentro y hacia fuera, soltar y relajar. Respirar lentamente.
- Nalgas: contraerlas apretando hacia el asiento, soltar y relajar.
- Piernas (1): subirlas con las puntas de los pies hacia la cara, soltar y relajarlas.
- Piernas (2): subirlas con las puntas de los pies estiradas: soltar y relajarlas.

Relajación mental

Supone recrear imágenes relajantes con pensamientos positivos y la visión de escenas agradables y serenas que puedan suscitar sosiego y tranquilidad.

Pasos:

1. Escribe una lista de lugares o situaciones que te resulten relajantes. Ejemplos: bañarte en la playa, escuchar música, pasear por el campo, tomar algo, etc.
2. Al relajarte imagina de la forma más realista posible que estás en una de esas situaciones apacibles.
3. No te preocupes si no puedes concentrarte durante mucho tiempo en una imagen. Si tienes varias, puedes imaginártelas una detrás de otra. Se trata de apartar de la mente los pensamientos preocupantes durante períodos cada vez más largos.
4. Si no puedes pensar en una imagen relajante, concéntrate en algo interesante o divertido.

Escribe una escena relajante que te haga sentir bien:

REGISTRO DE RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN

Día y hora	Situación de relajación	Nivel de relajación 0 nada 10 mucho	Observaciones

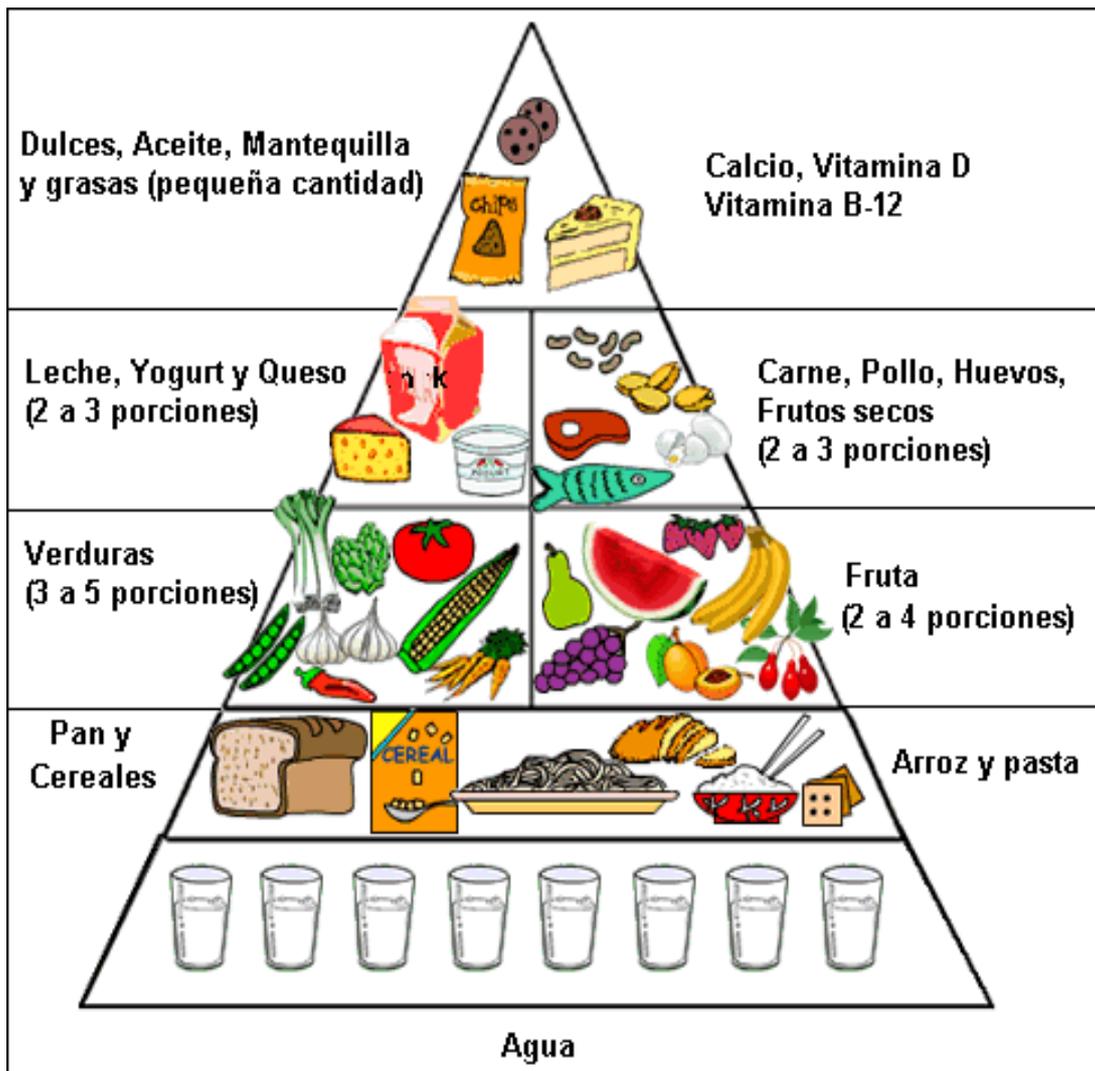
HIGIENE DEL SUEÑO

“No acuda detrás del sueño, deje que éste le atrape”

1. Ir a la cama y levantarse a la misma hora cada día y evitar recuperar el sueño perdido en los fines de semana o en las vacaciones. Evitar las siestas.
2. Reserve su cama para dormir y tener relaciones sexuales. No lea, mire la televisión o realice otras actividades en la cama.
3. Dormir es más fácil en una habitación oscura, silenciosa y ventilada.
4. Siga una rutina establecida para irse a la cama.
5. Realice actividades relajantes justo antes de la hora en que se va a dormir (ducharse, bañarse, tomar un vaso de leche, etc.). Evitar actividades que provocan ansiedad.
6. Utilice las técnicas de relajación y respiración para ayudarse a quedarse dormido.
7. No permanezca acostado en la cama y despierto durante más de veinte minutos. Levántese y vaya a una parte diferente de la casa, realice alguna actividad relajante o aburrida hasta que se sienta cansado hasta que retome el sueño.
8. Evite la cafeína (café, té, cacao, coca cola), la nicotina, las comidas indigestas y el ejercicio enérgico en las tres a cinco horas previas al momento de irse a la cama.
9. Haga ejercicio durante el día. El ejercicio antes de irse a dormir interfiere en el sueño.
10. No consuma alcohol.
11. Elija un colchón de buena calidad, no dormir con plantas por la noche, ya que consumen el oxígeno del aire. Utilizar almohadas adecuadas.
12. Vigile su postura, colóquese en una posición cómoda y procure mantenerse así, la inmovilidad ayuda a conciliar el sueño.

PAUTAS DE ALIMENTACIÓN

Es importante cuidar la alimentación, realizar si es posible cinco comidas al día: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena.



ACTIVIDADES POSITIVAS Y ESTADO DE ÁNIMO: los comportamientos

El número de actividades positivas que realizamos influye en nuestro estado de ánimo y en las ganas de hacer cosas. Cuando el estado de ánimo es bajo hay pocas ganas de hacer cosas y pocas ganas de salir.

Es conveniente distinguir entre actividades de obligación y actividades de placer.

LISTA DE ACTIVIDADES POSITIVAS

1. Planear algo agradable para realizar.
2. Salir de paseo, de compras, al campo.
3. Ir a ver un espectáculo.
4. Salir de viaje.
5. Ir a una reunión, a clase, a una conferencia.
6. Asistir a una reunión social.
7. Hacer deporte o jugar a algo.
8. Pasar tiempo con un hobby o un proyecto.
9. Entretenerse en casa leyendo, escuchando música, viendo televisión.
10. Hacer algo para uno mismo (comprarse algo, cocinarse algo, vestirse bien).
11. Pasar tiempo relajándose (pensando, soñando despierto, sentado sin hacer nada, dormitando).
12. Arreglarse, asearse.
13. Insistir en una tarea difícil.
14. Terminar una tarea rutinaria o desagradable.
15. Hacer bien un trabajo.
16. Cooperar con alguien en una tarea común.
17. Hacer algo especial para alguien, ser generoso.
18. Buscar la compañía de otras personas (llamarlas, acercarse a ellas).
19. Iniciar una conversación (en una tienda, en una fiesta, en clase).
20. Discutir un tema interesante o divertido.
21. Expresarse de una manera clara, franca, abierta (por ejemplo: una opinión, una crítica, un momento de ira).
22. Jugar con niños o animales.
23. Premiar o alabar a alguien.
24. Demostrar amor o afecto físicamente.
25. Recibir cumplidos, premios o atención.
26. Practicar la religión.
27. Festejar cumpleaños.
28. Participar en alguna asociación o en actividades culturales.
29. Otras.....

REGISTRO DE ACTIVIDADES Y ESTADO DE ÁNIMO

Día de la semana:	Nº de actividades: (0-20)	Estado de ánimo: 0 muy triste 10 muy animado
LUNES		
MARTES		
MIÉRCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SABADO		
DOMINGO		

Compare los dos días con mejor y peor estado de ánimo, ¿qué los distingue?

LOS PENSAMIENTOS

Para sentirnos mejor es importante tener pensamientos positivos y aprender a hablarnos de modo constructivo, lo que nos decimos a nosotros mismos influye en nuestro estado de ánimo y en cómo afrontamos el día.

AUMENTO DE PENSAMIENTOS POSITIVOS: fortalezas

Escribe cuáles son tus fortalezas en diferentes ámbitos de tu persona, cuáles son tus cualidades positivas:

Áreas de tu persona	Aspectos positivos
Apariencia física	+ + +
Capacidad intelectual	+ + +
Forma de ser	+ + +
Salud	+ + +
Aceptación social y relaciones con los demás	+ + +
Conducta afectivo-erótica	+ + +
Rendimiento académico o laboral	+ + +
Estatus socio-económico	+ + +
Ejecución de tareas cotidianas	+ + +
Logros alcanzados en la vida	+ + +
Otros ...	

Léalos todos los días dos veces.

EL QUE DIRÁN

Nuestro paseo en burro

Había una vez un matrimonio con un hijo de doce años y un burro. Decidieron viajar y conocer el mundo. Así, se fueron los tres con su burro, el chico a lomos de éste.

Al pasar por el primer pueblo, la gente comentaba: “mira ese chico maleducado, él encima del burro y los pobres padres, ya mayores, llevándolo de las riendas”. Entonces, la mujer le dijo a su esposo: “no permitamos que la gente hable mal del niño”.

El niño bajó y se subió el padre. Al llegar al segundo pueblo, la gente murmuraba: “mira qué sinvergüenza ese hombre, deja que la criatura y la pobre mujer tiren del burro, mientras él va muy cómodo encima”.

Entonces tomaron la decisión de que fuera ella quien cabalgara sobre el burro, mientras el padre e hijo tiraban de las riendas. Al pasar por el tercer pueblo, la gente comentaba: “pobre hombre, después de trabajar todo el día debe llevar a la mujer sobre el burro. Y pobre hijo, ¡qué le espera con esa madre!”.

Tras oír estos comentarios, los tres se pusieron de acuerdo y decidieron subir al burro para comenzar nuevamente su viaje. Al llegar al pueblo siguiente, escucharon que los pobladores decían: “¡Son unas bestias, más bestias que el burro que los lleva!, ¡van a partirle la columna!”.

Por último, decidieron bajarse los tres y caminar junto al burro. Pero al pasar por el pueblo siguiente no podían creer lo que las voces de sus sonrientes habitantes decían: “mira esos tres idiotas: caminan, cuando tienen un burro que podría llevarlos”.

Conclusión: siempre te criticarán, hablarán mal de ti, será difícil que encuentres aprobación general sobre tus decisiones.

Por lo tanto, haz lo que te dicte tu corazón. ¡Haz lo que sientas!

Modificado de Calle y Vázquez (1999). Los mejores cuentos de las tradiciones de Oriente. Madrid. EDAF.

EL BILLETE DE 50€

Pablo había vivido una semana horrible, su novia le había dejado y su jefe le había denegado ese ascenso que tanto esperaba. Con el rostro demacrado, se reunió con su amiga Laura en un bar a tomar un café.

Deprimido, comenzó a descargar en ella sus angustias: ¡que el trabajo, que el dinero, que la relación de pareja, que su vocación!... Todo iba mal en su vida y él no tenía ni ganas ni fuerzas para luchar.

De repente, Laura introdujo la mano en su bolso, sacó un billete de 50€ y le dijo: ¿lo quieres?. Pablo un poco confundido, le contestó: “claro...son 50€ ¿quién no los querría?”. Entonces Laura tomó el billete, cerró su puño y lo arrugó hasta hacerlo una pequeña bola. Mostrando la estrujada pelotita a su amigo, volvió a preguntarle: “Y ahora, ¿lo quieres también?”. “No sé que pretendes con esto, pero siguen siendo 50€. Claro que lo cogeré si me lo das”. Laura desdobló el arrugado billete, lo tiró al suelo y lo pisoteó con el pie, levantándolo luego sucio y marcado “¿Lo sigues queriendo?”. “Mira no entiendo a dónde quieres ir a parar, pero es un billete de 50€ y mientras no lo rompas, conserva su valor”.

A lo que ella respondió: “Pablo, debes saber que aunque a veces algo no salga como deseas, aunque la vida te “arrugue”, sigues siendo tan valioso como siempre has sido, no hay otra persona igual a tí en este mundo, eres único, como cada ser humano. Lo que debes recordarte es cuánto vales en realidad y no darle tortuosas vueltas a lo abatido que puedas estar en un momento determinado de tu vida”.

Pablo se quedó mirando a su amiga sin decir palabra, mientras el impacto del mensaje calaba en su cerebro. Laura pasó el arrugado billete a su lado en la mesa y con una sonrisa cómplice agregó: “Toma, guárdalo, para que te acuerdes de esto cuando te sientas mal...pero me debes un billete nuevo para poder usarlo con el próximo amigo que lo necesite”.

Le dió un beso en la mejilla y se alejó hacia la puerta. Pablo volvió a mirar los 50€, sonrió, se los metió en el bolsillo y con una renovada energía llamó al camarero para pagar la cuenta.

¿Cuántas veces dudamos de nuestro propio valor, de que realmente merecemos más y que podemos conseguirlo si nos lo proponemos? Claro que no basta con el mero propósito, se requiere acción. ¿A qué estás esperando?

DERECHOS INDIVIDUALES Y RESPONSABILIDADES

- Tengo derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
Tengo la responsabilidad de tratar a los demás con la misma dignidad y respeto que deseo de ellos.
- Tengo derecho a decidir qué es mejor para mí.
Tengo la responsabilidad de permitir a los demás que decidan qué es mejor para ellos.
- Tengo derecho a tener y expresar mis propios sentimientos y opiniones.
Tengo la responsabilidad de expresar esos sentimientos y opiniones de un modo que no ofenda o humille a los demás.
- Tengo derecho a pedir lo que quiero y necesito.
Tengo la responsabilidad de permitir a los demás el derecho a negarse a mis demandas, aún cuando podría no gustarme ser rechazado.
- Tengo derecho a decir NO sin sentimiento de culpa.
Tengo la responsabilidad de permitir a los demás el derecho a decir no.
- Tengo derecho a ser escuchado y tomado en serio.
Tengo la responsabilidad de escuchar a los demás y tomarlos en serio.
- Tengo derecho a cometer errores.
Tengo la responsabilidad de aceptar las consecuencias de esos errores.
- Tengo derecho a tener debilidades y limitaciones humanas sin culpa o vergüenza.
Tengo la responsabilidad de permitir que los demás tengan sus debilidades sin ridiculizarlos y ofenderlos.
- Tengo derecho a hacer lo que sea necesario para proteger mi salud física y mental, aun cuando esto a veces requiera comportamiento inseguro, agresivo y moleste a los demás.
Tengo la responsabilidad de hacer esto de un modo que cause la menor cantidad de daño a mí mismo y a los demás.

“No hagas a los demás lo que no quieras que te hagan a tí”.
“No dejes que los demás hagan contigo lo que tú no les harías”.

Caballo, V. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid. Siglo XXI.

PENSAMIENTOS DE AFRONTAMIENTO

Antes de la situación

“¿Qué es lo que tengo que hacer?”

“Puedo elaborar un plan para hacer frente a esta situación”.

“Puedo manejar esta situación”.

“Tengo que hacer aquello que temo para afrontar mis miedos”.

“Estoy algo nervioso, es la señal para emplear las estrategias de afrontamiento”.

Durante la situación estresante

“Voy a ir paso a paso”.

“Voy a pensar en lo que tengo que hacer”.

“Sé que puedo afrontar esta situación, otras veces lo he hecho”.

“No debo aumentar mi miedo con pensamientos preocupantes”.

“Voy a respirar”.

“Voy a decirme: calma, tranquilo”.

“No he de escapar. Aunque ahora lo pase mal, esto me ayuda a ir reduciendo mis miedos”.

“Si permanezco en la situación, mi ansiedad disminuirá”.

“Puedo hacer las cosas aunque esté nervioso”.

Después de la situación estresante

Cuando las cosas han ido bien

“Funcionó, fui capaz de hacerlo”.

“No fue tan malo como esperaba”.

“Me alegro de mis progresos”.

Fijarse en los pequeños progresos es importante.

“Estoy contento, porque no he escapado de la situación y no me he dejado dominar por mis pensamientos negativos”.

Cuando las cosas no han ido tan bien

Los altibajos son normales.

Las cosas no siempre salen bien, ni como uno quiere.

“Me conviene practicar más”.

“Las cosas irán mejor si sigo practicando.”

PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Identificar

Situación	Pensamiento negativo	Emoción

¿Cómo **relativizar** los pensamientos negativos?

1. ¿Cuál es la evidencia? A favor de esta idea, en contra de esta idea.
2. ¿Hay una explicación alternativa?
3. ¿Qué es lo peor que podría pasar?, ¿qué es lo mejor que podría pasar? ¿cuál es el resultado más realista?
4. ¿Qué ocurriría si cambio mi pensamiento?
5. ¿Qué le diría a un amigo si está en la misma situación?

Sustituir

Pensamiento negativo	Pensamiento constructivo

LAS RELACIONES SOCIALES

- Red social de apoyo

SI TENGO ALGUN PROBLEMA ¿A QUIÉN PUEDO ACUDIR?

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El conocimiento sólo no basta para superar los comportamientos autofrustrantes y las pautas de pensamiento. Hay que practicar.

Un proverbio chino dice: *“Oí y olvidé, vi y recordé, hice y ahora entiendo”*.

¿Qué es un contratiempo o una caída? ¿Qué es una recaída?

Un **contratiempo o una caída** es un fallo temporal en manejar una situación en la que uno había experimentado ansiedad antes del tratamiento, pero que había logrado manejar después del tratamiento.

Una **recaída** es volver al punto de partida, es decir, se experimenta tanta ansiedad o malestar como al principio del tratamiento.

El manejo adecuado de un contratiempo previene la aparición de una recaída, supone poner en marcha las habilidades aprendidas durante el tratamiento.

Para poder manejar los contratiempos o caídas es importante:

- Identificar las situaciones de alto riesgo, conflictos laborales o de pareja, enfermedades, cambios hormonales, pérdida de personas queridas, períodos de estrés y cansancio, etc. que pueden conducir a experimentar malestar.
- Poner en marcha las habilidades aprendidas en el transcurso del tratamiento.
- Ponerse en contacto con el terapeuta.

Además:

Tenga en cuenta los progresos realizados, no menosprecie sus logros.
Tenga cuidado con los pensamientos del tipo:

- Debería/debo no experimentar malestar, debo seguir progresando linealmente, no debo tener altibajos, no debo sentirme así, no debo tener estos pensamientos, debería de esforzarme más, etc.
- Sobregeneralización: nunca me repondré, siempre estaré igual, el esfuerzo realizado no ha servido, etc.
- Magnificación: esto es un fracaso total, vuelvo a estar mal como antes, nada me sale bien, etc.
- Minimización: lo conseguido no es nada, es una tontería, que importancia tiene, etc.

¿Qué puedo hacer si ocurre una caída o contratiempo o incluso una recaída?

1. Párese, observe y escuche. El contratiempo es un aviso que le indica que está en una situación de peligro.
2. Cállese. Es normal sentirse triste, enfadado, culpable, irritado, fracasado por lo ocurrido. No utilice estas emociones como excusa para bajar sus defensas y perder el control. Deje pasar el tiempo suficiente para que este sentimiento desaparezca, sin evaluarlo negativamente. Una caída o contratiempo, incluso una recaída es una oportunidad para aprender, no una señal de fracaso total.
3. Renueve el compromiso. Es normal que a su mente acudan pensamientos como: “¿de qué sirve continuar?, ya de perdidos al río, ya he tirado todo por la borda”, etc. Es mejor que se centre en los siguientes:
 - Esto es parte del progreso, a veces ocurren marchas atrás.
 - ¿Qué razones tuve para iniciar el tratamiento?
 - ¿Qué objetivos he ido consiguiendo? Centre la atención en lo logrado.
4. Revise la situación relacionada con el contratiempo. No se centre en su fracaso personal, analice cuál ha sido el contratiempo, ¿qué ha ocurrido, no se percató de señales de aviso, qué pudo haber hecho?
5. Prepare su plan para recuperarse inmediatamente.
 - ¿Qué va a hacer?
 - ¿Cómo lo va hacer?
 - Revise los ejercicios llevados a cabo durante el tratamiento.
6. Pida ayuda, si ve que lo necesita hable con alguien, llame a su terapeuta, busque asistencia y apoyo.

Proceso de cambio (Peurifoy, 1993)

Cinco capítulos breves sobre el cambio

Capítulo I. Camino por una calle y hay un agujero profundo en la acera. Caigo dentro. Tardo una eternidad en salir. Es mi culpa.

Capítulo II. Camino por la misma calle. Vuelvo a caer en el agujero. Sigo tardando mucho tiempo en salir. No es mi culpa.

Capítulo III. Camino por la misma calle. Vuelvo a caer en el agujero. Está convirtiéndose en un hábito. No es mi culpa. Salgo inmediatamente.

Capítulo IV. Camino por la misma calle y veo el agujero profundo en la acera. Rodeo el agujero.

Capítulo V. Camino por otra calle.

GRACIAS POR TODO EL ESFUERZO REALIZADO, POR EL INTERES, POR LA VOLUNTAD Y EL COMPROMISO. ADELANTE, EL FUTURO ES TUYO.

ANEXO 3. HOJA INFORMATIVA Y MARCA-PÁGINAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad,
Evaluación y Tratamiento Psicológico

Avda. de Tolosa, 70
Fax 943 015670
Tfno. 943 018000
20018 SAN SEBASTIÁN



PSIKOLOGI FAKULTATEA

Nortasuna, Balioespena eta
Psikologia Tratamendurako Saila

Tolosa Etorbidea, 70
Fax 943 015670
Tfno. 943 018000
20018 DONOSTIA

CARTA INFORMATIVA SOBRE EL PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO A INMIGRANTES

A continuación, se describen las características principales del Programa que se pone en marcha:

1. Forma parte de un proyecto de investigación financiado por la UPV/EHU para los años 2006-2008.
2. Es un Programa para inmigrantes mayores de 18 años y que puedan expresarse en castellano.
3. Es un Programa estructurado, dirigido a atenuar, tratar y eliminar la sintomatología ansiosa, depresiva, somática y confusional (Síndrome de Ulises) del inmigrante para ayudarle en su proceso de adaptación.
4. El Programa incluye una evaluación previa (2 sesiones), 8 sesiones de apoyo psicológico, una evaluación posterior y un seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses de finalizadas las sesiones.
5. Los objetivos del Programa son los siguientes:
 - Comprobar si es de ayuda para los inmigrantes.
 - Comprobar si es mejor aplicarlo de modo individual o grupal.
 - Comprobar si los resultados se mantienen a largo plazo (12 meses).
6. Es un Programa gratuito y confidencial, donde se proporciona apoyo al inmigrante independientemente de su situación legal.

Directora del Programa:

Karmele Salaberria (Profesora titular de la Facultad de Psicología)
Teléfono: 943-015635
Correo electrónico: mcarmen.salaberria@ehu.es

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PSIKOLOGIA FAKULTATEA
Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PSIKOLOGIA FAKULTATEA
Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea

**PROGRAMA
DE
APOYO
PSICOLÓGICO
A
INMIGRANTES**

**Directora del programa:
Karmele Salaberria**

Solicitar cita previa

Tel: 943 015 635

**Atención
Gratuita**

mcarmen.salaberria@ehu.es



Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea



Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea

ANEXO 4. CARTA INFORMATIVA Y HOJA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

CARTA INFORMATIVA DEL TRATAMIENTO

San Sebastián, de 2007

Estimado/a.....:

Tenemos el gusto de comunicarle que ya estamos en disposición de iniciar el Programa de Apoyo Psicológico que tiene las siguientes características:

Nº de sesiones: 8 sesiones (además de la evaluación inicial y de la evaluación posterior) con una frecuencia semanal.

Programa: individual

Duración de las sesiones: una hora y media. En cada sesión se revisarán las tareas indicadas al paciente, se realizarán ejercicios, se resolverán dudas y dificultades y se establecerán nuevas tareas para la próxima sesión.

Lugar de sesiones: Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco
Avda. Tolosa 70
San Sebastián, 20018
Teléfono: 943-01-5635
Correo electrónico: mcarmen.salaberria@ehu.es

Precio del Programa: Gratuito

El Programa, en su conjunto, consta de las siguientes fases:

1ª Fase de pre-programa: explicación a cada paciente del Programa y cumplimentación de los instrumentos de evaluación.

2ª Fase o implementación del Programa indicado anteriormente.

3ª Fase de post-programa: seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses de finalizar el Programa. Consistirá en la cumplimentación de los instrumentos de evaluación.

Todos los datos obtenidos durante el Programa son absolutamente confidenciales.

Se le solicita al paciente que esté disponible a lo largo de estas tres fases del Programa de Apoyo psicológico. Al terminar la última fase se da por concluido el estudio.

Le agradecemos el interés que ha manifestado por colaborar con nosotros, reciba un cordial saludo.

Fdo.: Dra. Karmele Salaberria
Directora del Programa

HOJA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Don/Doña:.....

MANIFIESTA:

- a) Que ha solicitado formar parte de un estudio de apoyo psicológico para inmigrantes, en el que se le va a dar tratamiento gratuito y en donde se le han explicado los objetivos, la duración y el tipo de programa que se le va a aplicar.
- b) Que acepta libremente recibir dicho Programa de Apoyo Psicológico y se compromete a seguir las prescripciones y cumplimentar los cuestionarios que se le indiquen.
- c) Que en función de dicha opción libre, anteriormente citada, puede abandonar el Programa en el momento que lo desee. Del mismo modo, el terapeuta puede dar por concluido el Programa si el solicitante no cumple las pautas establecidas.

San Sebastián, de.....de 2007

Fdo.: El/la interesado/a

Fdo.: La Directora del Programa

ANEXO 5. REQUISITOS PARA OBTENER CARTA DE INVITACION, NACIONALIDAD, PERMISO DE RESIDENCIA Y PERMISO DE TRABAJO

-- CARTA DE INVITACION --

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

1.  Llamar a la Embajada o Consulado de España en el país del invitado para ver que requisitos les piden para poder salir del País.
2. Los Estudiantes **NO** pueden invitar.
3. -- DNI Original (no hace falta fotocopia). El domicilio debe estar actualizado, si no lo estuviera llamar al 902.247.364 para pedir cita en el DNI para actualizarlo. En caso de ser extranjero acudir con la Tarjeta de Extranjero si el domicilio no estuviera actualizado debe modificarse en el Negociado de extranjeros y acudir con el pasaporte original y fotocopia
4. -- Vivienda, Original y fotocopia de.- Contrato de alquiler en vigor o Escritura de Propiedad o el último recibo del IBI a nombre del solicitante.
5. -- Fotocopia página biográfica y hojas utilizadas en las que figuren sellos de entrada o salida del pasaporte de la persona invitada.
6. -- **Fotocopia de la presente solicitud totalmente cumplimentada.**
7. -- MENOR INVITADO, encaso de que el menor no viaje con uno de sus padres, la carta solo la puede hacer los padres. Si el menor viaja con alguno de sus padres si puede ser solicitada por otra persona.

* En observaciones si disponen de un teléfono fijo añadirlo.



ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE CARTA DE INVITACIÓN
(Orden Pre/1283/2007, de 10 de mayo)

Espacio para sello de registro

1) DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1º Apellido _____ 2º Apellido _____
 Nombre _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____
 Lugar de nacimiento _____ DNI/NIE _____
 País de nacimiento _____ País de nacionalidad _____
 Domicilio en España T. Vía _____ Nombre _____ Nº _____
 Km _____ Bloque _____ Portal _____ Esc. _____ Planta _____ Puerta _____ Tel. _____ CP _____
 Localidad _____ Provincia _____

2) DATOS DE LA INVITACIÓN El solicitante manifiesta expresamente que realiza la invitación en los siguientes términos:

Período previsto de estancia desde el hasta el (90 días máximo)

Lugar de alojamiento:

- Domicilio principal
- Segunda vivienda, C/.....

Documentación acreditativa disponibilidad de vivienda

- Contrato de arrendamiento
- Escritura pública o título de propiedad
- Otros que acrediten la disponibilidad de la vivienda:

Observaciones

3) DATOS DEL INVITADO/A (De invitarse a más personas se expresarán los datos en otro impreso unido al presente)

1º Apellido _____ 2º Apellido _____
 Nombre _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____
 Lugar de nacimiento _____ Nº Pasaporte _____
 País de nacimiento _____ País de nacionalidad _____
 Domicilio en su país T. Vía _____ Nombre _____ Nº _____
 Km _____ Bloque _____ Portal _____ Esc. _____ Planta _____ Puerta _____ Tel. _____ CP _____
 Localidad _____ Estado/País _____

Relación o vínculo con el invitante:

El solicitante manifiesta que está informado de:
 Las advertencias que figuran al pie de la presente solicitud.
 Que los datos reflejados serán incorporados al fichero informático ADEXTTRA de la Dirección General de la Policía.
 El solicitante declara que toda la información expuesta es verídica.

Lugar, fecha y firma del solicitante

Advertencias:
 a) El Código Penal, aprobado por la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, en su redacción dada por la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, tipifica como delito, en el artículo 318 bis: "El que, directa o indirectamente, promueva, favorezca o facilite el tráfico ilegal o la inmigración clandestina de personas desde, en tránsito o con destino a España, o con destino a otro país de la Unión Europea, será castigado con la pena de cuatro a ocho años de prisión".
 b) La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tipifica como: "infracción grave: "promover la permanencia irregular en España formando parte de una organización, la inmigración clandestina de personas en tránsito o con destino al territorio español o su permanencia en el mismo, siempre que no constituya delito"; pudiendo imponerse sanción de multa, respectivamente, de 501 a 10.000 euros, o desde 10.001 hasta 100.000 euros o expulsión del territorio nacional, con prohibición de entrada por un período de hasta 5 años, tal como disponen sus artículos 53.2.c), 54.1.b), 55.1.b) y c) y 57.1.
 c) Los datos relativos a la identidad, número de pasaporte, nacionalidad y residencia, tanto del invitado como del invitante, serán incorporados a un fichero de la Dirección General de la Policía, pudiendo ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación ante la Comisaría General de Extranjería y Fronteras, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

REGISTRO CIVIL DE DONOSTIA-SAN SEBASTIAN
TFNO.: 943.00.07.30

CON CITA PREVIA

NACIONALIDAD POR RESIDENCIA

DOCUMENTOS NECESARIOS

- 1) **TARJETA DE RESIDENCIA** : El tiempo de residencia en España se debe contar a partir del día en que se solicitó la tarjeta de residencia
- 2) **CERTIFICACIÓN DE NACIMIENTO PLURILINGÜE O CERTIFICACIÓN DE NACIMIENTO LITERAL** (traducida al español en su caso) **LEGALIZADA O EN SU CASO CON LA APOSTILLA DE LA HAYA**, expedido por el Cónsul de España en el País de origen o el Cónsul del País de origen en España
- 3) **CERTIFICACIÓN de la Comisaría de Policía (en Jose María Salaverria)** de estar documentado como extranjero **CADUCA A LOS 3 MESES**
- 4) **CERTIFICACIÓN DE EMPADRONAMIENTO** (Expedido por el Ayuntamiento) **CADUCA A LOS 3 MESES**

IMPORTANTE SOLO PODRÁN TRAMITARLO EN ESTE REGISTRO, LOS EMPADRONADOS EN SAN SEBASTIÁN Y EN SU PARTIDO JUDICIAL

- 5) **CERTIFICACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES** (Mediante documento facilitado en los estancos y que se ha de enviar al Registro Central de Penados y Rebeldes de Madrid o que se puede obtener en la Delegación de Gobierno de Bilbao). **CADUCA A LOS 3 MESES**
- 6) **CERTIFICACIÓN DEL CONSULADO** correspondiente de hallarse inscrito y **CONDUCTA= ANTECEDENTES PENALES EN SU PAIS DE ORIGEN** (TRADUCIDOS Y LEGALIZADOS) **CADUCA A LOS 3 MESES** a no ser que expresamente se especifique su caducidad y sea superior a 3 meses

EN CASO DE QUE EL ABUELO/A FUESE ESPAÑOL se reduce el tiempo de residencia necesario a UN AÑO Para ello deberá aportar certificado de nacimiento literal del abuelo español

* UNA VEZ OBTENIDA CON TODA LA DOCUMENTACIÓN SE HA DE VENIR CON LA MISMA A TRAMITAR EL EXPEDIENTE Y HABRÁ DE VENIR EL INTERESADO CON **2 TESTIGOS MAYORES DE EDAD Y ESPAÑOLES.** (PUEDEN SER FAMILIARES)

Estado Español - Euzkadi - País Vasco
Administración de Justicia - **REGISTRO CIVIL DE DONOSTIA-SAN SEBASTIAN**

Papel de Oficio de la Administración de Justicia en la
Comunidad Autónoma del País Vasco

TFNO.: 943.00.07.30

NACIONALIDAD POR RESIDENCIA Y MATRIMONIO

CON CITA PREVIA

DOCUMENTOS NECESARIOS

TARJETA DE RESIDENCIA: El tiempo de residencia en España se debe contar a partir del día en que se solicitó la tarjeta de residencia

- 1) CERTIFICACIÓN DE NACIMIENTO** (traducida al español, en su caso), **LITERAL, LEGALIZADA** por el Cónsul de España en el País de origen o, en su caso, la apostilla o **PLURILINGÜE**.
 - 2) CERTIFICACIÓN de la Comisaría de Policía** (en Jose María Salaverria) de estar documentado como extranjero **CADUCA 3 MESES**
 - 3) DECLARACIÓN COMPLEMENTARIA DE CONDUCTA CIUDADANA** (Documento facilitado en este Registro y que se cumplimenta el mismo día que se tramita el expediente).
 - 4) CERTIFICACIÓN DE CONVIVENCIA** (Expedido por el Ayuntamiento). **CADUCA 3 MESES**
- IMPORTANTE: SOLO PODRÁN TRAMITARLO EN ESTE REGISTRO LOS EMPADRONADOS EN SAN SEBASTIÁN Y SU PARTIDO JUDICIAL**
- 5) CERTIFICACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES** (Mediante documento facilitado en los estancos y que se ha de enviar al Registro Central de Penados y Rebeldes de Madrid o que se puede obtener en la Delegación de Gobierno de Bilbao). **CADUCA 3 MESES**
 - 6) CERTIFICACIÓN DEL CONSULADO** correspondiente de hallarse inscrito y **CONDUCTA=ANTECEDENTES PENALES EN SU PAÍS DE ORIGEN (TRADUCIDOS Y LEGALIZADOS)** **CADUCA a los 3 MESES** a no ser que expresamente se indique en la certificación que su caducidad es superior
 - 7) CERTIFICACIÓN LITERAL DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE ESPAÑOL Y DE MATRIMONIO INSCRITO EN REGISTRO CIVIL ESPAÑOL.** **CADUCA 3 MESES**

*** UNA VEZ OBTENIDA CON TODA LA DOCUMENTACIÓN SE HA DE VENIR CON LA MISMA A TRAMITAR EL EXPEDIENTE Y HABRÁ DE VENIR EL INTERESADO CON EL CÓNYUGE Y 2 TESTIGOS MAYORES DE EDAD Y ESPAÑOLES.(PUEDEN SER FAMILIARES)**



Ministerio del Interior
DIRECCIÓN GENERAL
DE LA POLICÍA Y DE LA
GUARDIA CIVIL

1

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA ADQUISICIÓN DE LA NACIONALIDAD ESPAÑOLA. En el momento de la entrevista el interesado deberá estar acompañado de su cónyuge)

1.- **PASAPORTE EN VIGOR** (si es nacional de un País Comunitario también es válida la Carta de Identidad en vigor).

2.- **TARJETA DE RESIDENCIA EN VIGOR** (en caso de que esté caducada, presentarla con el resguardo de la solicitud de renovación)

3.- **Si trabaja por CUENTA AJENA:(del interesado y de su cónyuge)**

- A) Última nómina en la que figure
 - Puesto de trabajo que desempeña
 - Antigüedad en la Empresa
 - Salario que percibe mensualmente

Si trabaja como empleado/a de hogar, escrito del cabeza de familia en el que conste lo relativo a los datos de una nómina, con fotocopia del DNI del mismo.

4.- **Si trabaja por CUENTA PROPIA: (del interesado y de su cónyuge)**

- A) Declaraciones trimestrales de IVA
- B) Justificantes de pago fraccionados (por módulos)
- C) Tres últimos recibos de autónomos
- D) Último impuesto de actividades económicas

SE DEBERA APORTAR CERTIFICADO DE VIDA LABORAL EXPEDIDO POR LA SEGURIDAD SOCIAL DEL INTERESADO Y DE SU CÓNYUGE, TANTO SI TRABAJAN POR CUENTA PROPIA COMO AJENA, E INCLUSO SI NO TRABAJAN.

5.- **Si es pensionista: (del interesado y de su cónyuge)** certificado actualizado de la pensión emitido por la Seguridad Social.

6.- **Si su autorización de residencia no autoriza a trabajar**, ni depende económicamente de su cónyuge u otra persona, deberá justificar ingresos mensuales estables (derivados de intereses bancarios o rentas). Asimismo en caso de ser rentista deberá justificar que tiene cubierta la asistencia médica (justificante de haber pagado el Seguro Médico durante el último año).

7.- **Si cobra alguna ayuda (del interesado y de su cónyuge) de cualquier organismo** (Diputación, Ayuntamiento, Cáritas, Cruz Roja, etc...) deberá aportar justificantes de la misma.

8.- **Declaración de Renta (del interesado y de su cónyuge)** . Si no presentan declaración de renta, deberán aportar certificado de Hacienda. 2

9.- **Si la vivienda es propia** del interesado o de su cónyuge deberá presentar originales de las escrituras (sin fotocopia) y si paga hipoteca, aportar justificación del banco de la cantidad mensual que se paga.

Si reside en piso de alquiler, deberá aportar el contrato actualizado en el que figure la cantidad mensual a pagar.

Si reside en una vivienda cedida, deberá justificar la propiedad de la misma y una carta del propietario cediéndole el uso de la misma con fotocopia del DNI del titular.

10.- **Libro de familia** (en el caso de que tengan hijos) y **Certificado literal de matrimonio** actualizado (que podrá aportarse posteriormente a la entrevista siempre que se demuestre que se ha solicitado)

11.- **Documentación de todas las personas que residen en el mismo domicilio.**

DNI (si son españoles) o pasaportes y tarjetas de residencia.(si son extranjeros).

12.- **Saldos medios bancarios** o fotocopia de movimientos del último mes.

13.-**Certificado de convivencia** expedido por el ayuntamiento que corresponda.

14.- **Justificantes** de otras propiedades que posea en España. (solo originales de escrituras,etc)

EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA EL SOLICITANTE DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADO DE SU CÓNYUGE.

Se significa que en caso de no tener entrada en este Centro dichos documentos **en el plazo de diez días hábiles** a partir del día siguiente a la recepción del presente, en cumplimiento de lo establecido en el art. 71 de la Ley 4/99 de 13 de enero, sobre modificación de la Ley 30/92 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, se le tendrá por **desistido en su petición**, archivándose su expediente sin más trámites.

LOS ORIGINALES DE TODOS ESTOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER PRESENTADOS **EN UNIÓN DE SU FOTOCOPIA (menos escrituras originales)** EN LA FECHA Y HORA SEÑALADA **PREVIA PETICIÓN DE CITA** EN:

TELEFONOS PARA CITA: 943. 449809/449810 de 9,00 a 14,00 horas de Lunes a Viernes.

- COMISARÍA DEL CUERPO NACIONAL DE POLICÍA (Nacionalidades)
- José María Salaverria, s/n
- 20010 DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN (GUIPÚZCOA)

AUTORIZACION DE RESIDENCIA, Y EN SU CASO, DE TRABAJO POR CIRCUNSTANCIAS
EXCEPCIONALES POR RAZONES DE **ARRAIGO**
ACREDITANDO LA PERMANENCIA EN ESPAÑA DURANTE UN PERIODO
MINIMO DE 3 AÑOS

ENTREGAR LA DOCUMENTACION COMPLETA Y ORDENADA SEGÚN ESTA EN LA LISTA "

- Solicitud **EX 10**
- Pasaporte en vigor (completo)
- 1 Foto.
- Certificado médico oficial. (colegio de médicos...)
- Certificado de empadronamiento. (AYUNTAMIENTO) 3 años
- Antecedentes penales de su país de origen y del país o países en que haya residido durante los 5 últimos años anteriores a su entrada en España, **LEGALIZADOS** y con traducción oficial, en su caso, al castellano.
Su caducidad será la que establezca el propio certificado. Si no se indica expresamente, su validez será de **3 MESES** desde la fecha de expedición.
- Pre-Contrato de trabajo firmado por el trabajador y el empresario con duración mínima de 1 año, cuyos efectos estarán condicionados a la entrada en vigor de la autorización solicitada.
- Documentación de la empresa o el empleador, según el caso:
 - CIF
 - Documento público que otorgue la representación de la empresa a favor de la persona que formula la solicitud, si el empresario es una persona jurídica. (ESCRITURAS)
 - DNI
 - Declaración del IRPF del último ejercicio.
- Documentación original que acredite, de forma objetiva, la permanencia continuada en España de **3 años**. (Empadronamientos de los distintos lugares de residencia)
- Acreditar vínculos familiares con otros extranjeros residentes (cónyuge, pareja de hecho, ascendientes o descendientes en línea directa)
- Informe del Gobierno Vasco (C/ Andia nº 13 de Donostia-San Sebastián) de Inserción Social, en el modelo establecido oficialmente.
- Excepcionalmente y mediante certificado emitido por el Gobierno Vasco, se podrá **prescindir del contrato** de trabajo, aportando:
 - Contrato de trabajo, 5 últimas nóminas y declaración de renta del causante.
 - Autorización de residencia del causante y vínculo familiar (Certificado de matrimonio actualizado o nacimiento (según el caso) legalizados.
 - Certificado de convivencia y contrato de alquiler de la vivienda.

ORIGINAL Y COPIA INCLUIDA LA SOLICITUD

CORREO ELECTRONICO

Oficina_extranjeros.gipuzkoa@seap.minhap.es
Plaza Pio XII nº 6
20.010 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN

TELEFONOS DE CITA PREVIA E INFORMACION:

• 943 98 91 10
• 943 98 91 20

EX-10

Solicitud de autorización de residencia/residencia y trabajo por circunstancias excepcionales (LO 4/2000 y RD 557/2011)

Espacios para sellos de registro



GOBIERNO DE ESPAÑA

1) DATOS DEL EXTRANJERO/A

N.I.E. N° PASAPORTE

1º Apellido 2º Apellido

Nombre Sexo⁽¹⁾ H M

Fecha de nacimiento⁽²⁾ Lugar País

Nombre del padre Nombre de la madre

Nacionalidad Estado civil⁽³⁾ S C V D Sp

Domicilio en España N° Piso

Localidad C.P. Provincia

Teléfono E-mail

Representante legal, en su caso, D/Dª PAS DNI/NIE Título⁽⁴⁾

2) DATOS DEL PRESENTADOR DE LA SOLICITUD ⁽⁵⁾

Nombre/Razón Social PAS DNI/NIE

Domicilio en España N° Piso

Localidad C.P. Provincia

Teléfono E-mail

Representante legal, en su caso D/Dª PAS DNI/NIE Título⁽⁴⁾

3) DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Nombre/Razón Social PAS DNI/NIE

Domicilio en España N° Piso

Localidad C.P. Provincia

Teléfono móvil E-mail

Solicito/Consiento que las comunicaciones y notificaciones se realicen por medios electrónicos⁽⁶⁾

4) TIPO DE AUTORIZACIÓN SOLICITADA ⁽⁷⁾

RESIDENCIA INICIAL

Arraigo Laboral (art. 124.1)

Protección Internacional (art. 125)

Razones humanitarias: víctima de determinados delitos (ar L. 126.1)

Colaboración con autoridades administrativas (art. 127)

Interés público (art. 127)

Otras circunstancias no previstas, competencia de la SEIE con informe previo de la SES (DA 1ª.4)

Otros: (especificar)

Arraigo Social (art. 124.2)

Desplazados (art. 125)

Razones humanitarias: enfermedad sobrevenida o menor desplazado para tratamiento médico (art. 126.2)

Colaboración con autoridades policiales, fiscales o judiciales (art. 127)

Hijo de víctima de violencia de género <16 años o discapacitado en España (arts. 132.2 y 133.1)

Hijo de víctima de trata <16 años o discapacitado en España (art. 59.Bis 2 LO 4/2000)

Arraigo familiar: progenitor de menor español o hijo de padre/madre españoles de origen (art. 124.3)

Otros supuestos regulados de protección internacional (art. 125)

Razones humanitarias: peligro para su seguridad o su familia (art. 126.3)

Razones de seguridad nacional (art. 127)

Menor extranjero no acompañado, ya mayor de edad, no Titular de autorización de residencia (art. 198)

PRÓRROGA DE RESIDENCIA

Titular de autorización de residencia por CCEE concedida por la SE Seguridad (art. 130.2)

Titular de autorización de residencia temporal por protección internacional (art. 130.3)

RENOVACIÓN ESPECIAL DE RESIDENCIA

Menor en tratamiento médico (art. 126.2)

RESIDENCIA Y TRABAJO

Víctima de violencia de género (art. 132 y 134.1)

Víctima de la trata de seres humanos (art. 144.5)

Hijo menor de víctima de violencia de género >16 años en España (art. 133.2)

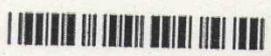
Hijo menor de víctima de trata >16 años en España (art. 59.Bis 2 LO 4/2000)

Colaboradora contra redes organizadas (arts. 136.7 y 137.7)

Otros: (especificar)

CONSIENTO la comprobación de mis datos de identidad a través de los Sistemas de Verificación de Datos de Identidad (en caso contrario, deberán aportarse los documentos correspondientes)

_____, a ____ de _____ de _____



FIRMA DEL SOLICITANTE (o representante legal, en su caso)

DIRIGIDA A _____ PROVINCIA _____ EX - 10



ADMINISTRACIÓN
GENERAL
DEL ESTADO

GOBERNUAREN
ORDEZKARIORETZA
GIPUZKOAN

SUBDELEGACIÓN
DEL GOBIERNO
EN GUIPÚZCOA

LAN ETA GIZARTE
GAIETARAKO BULEGOA

DEPENDENCIA DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

DOCUMENTACIÓN PARA RENOVACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE TRABAJO Y RESIDENCIA

- IMPRESO DE SOLICITUD. (Original y 1 copia) ● *No olvide anotar el número de teléfono*
- PASAPORTE EN VIGOR. (Original y 1 copia de las páginas escritas o selladas)
- 1 FOTOGRAFÍA TIPO CARNET.
- AUTORIZACIÓN DE TRABAJO Y RESIDENCIA ANTERIOR (**TARJETA**). (Original y 1 copia)
- CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO. (Original y 1 copia) ● *Sólo si ha cambiado de domicilio*

Y ADEMÁS:

* **SI ES POR CUENTA AJENA:**

- ACREDITACION DE LA CONTINUIDAD EN LA RELACION LABORAL, O NUEVO CONTRATO, U OFERTA DE EMPLEO. (Original y 1 copia)

* **SI ES POR CUENTA AJENA EN EL SECTOR AGRARIO:**

- CERTIFICADO DE JORNADAS REALES DECLARADAS POR EL EMPRESARIO, EMITIDO POR LA SEGURIDAD SOCIAL, DE LOS DOS ULTIMOS AÑOS. (Original y 1 copia)

* **SI ES CONTRATANTE DE EMPLEAD@ DE HOGAR:**

- D.N.I. O C.I.F DEL EMPLEADOR/A. (Original y 1 copia)
- DECLARACION DEL I.R.P.F. DEL ULTIMO EJERCICIO (Original y 1 copia)

* **SI ESTA COBRANDO DESEMPLEO:**

- CERTIFICADO DEL SERVICIO PUBLICO DE EMPLEO (INEM-SPEE) RECONOCIENDO EL COBRO DE PRESTACION /SUBSIDIO CON INDICACION EXPRESA DE LA FECHA DE INICIO Y FINAL ASÍ COMO DE LA CUANTÍA.

* **SI EL TRABAJO ES POR CUENTA PROPIA:**

- CERTIFICADO DE ESTAR AL DIA EN LOS PAGOS EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL Y EN HACIENDA. (Original y 1 copia)
- ULTIMA DECLARACION DE LA RENTA DEL INTERESAD@
- CUATRO ULTIMAS DECLARACIONES TRIMESTRALES DEL I.V.A.

* **SI TENIENDO AUTORIZACION POR C. AJENA DESEA MODIFICAR A C. PROPIA:**

- MEMORIA EXPLICATIVA DEL NEGOCIO, DETALLANDO LA PREVISIÓN DE INGRESOS Y GASTOS.
- CONTRATO O PRECONTRATO DE COMPRA, ARRENDAMIENTO O TRASPASO DEL LOCAL.
- CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS/ SUBCONTRATA O ESCRITO (CON SELLO, FIRMA Y DEBIDAMENTE IDENTIFICADO) DE LOS CLIENTES O EMPRESAS QUE LE RESPALDAN, CONFIRMANDO SU COMPROMISO DE DARLE TRABAJOS (E INDICANDO LA UBICACIÓN, DURACIÓN, CUANTÍA DE LA OBRA/SERVICIO).
- ACREDITACIÓN DE MEDIOS FINANCIEROS DE LOS QUE DISPONE (Propios, créditos...).
- LICENCIAS Y/U OTROS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA APERTURA Y FUNCIONAMIENTO QUE YA POSEA.
- FACTURAS DE AQUELLOS GASTOS QUE YA HAYA REALIZADO.

CORREO ELECTRONICO

Oficina_ extranjeros.gipuzkoa@seap.minhap.es
Plaza PIO XII, Nº 6 (Entrada por Javier de Barkaiztegui)
20.010 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN

TELEFONOS DE INFORMACION:

• 943 98 91 10
• 943 98 91 20

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

**RELLENAR EN MAYÚSCULAS CON BOLÍGRAFO NEGRO Y LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA
SE PRESENTARÁ ORIGINAL Y COPIA DE ESTE IMPRESO**

- (1) Marque el cuadro que proceda. Hombre / Mujer
- (2) Rellenar utilizando 2 dígitos para el día, 2 para el mes y 4 para el año, en este orden (dd/mm/aaaa)
- (3) Marque el cuadro que proceda. Soltero / Casado / Viudo / Divorciado / Separado
- (4) Indique la actividad principal, por ejemplo: agricultura, construcción, hostelería, comercio, servicio doméstico, sanidad...
- (5) Indique la ocupación del trabajador, por ejemplo: peón agrícola, albañil, cocinero, dependiente, empleado de hogar, informático, médico...
- (6) Indique el título en base al cual se ostenta la representación, por ejemplo: Padre/Madre del menor, Administrador Único, Consejero Delegado....
- (7) Rellenar sólo en el caso de ser persona distinta del solicitante
- (8) Conforme Ley 11/2004 y Disposición Adicional 4ª del RD 557/2011 las personas jurídicas y los colectivos de personas físicas que, por razón de su capacidad económica o técnica, dedicación profesional u otros motivos acreditados tengan garantizado el acceso y disponibilidad de los medios tecnológicos precisos están obligados a la notificación por este medio.
- (9) Marque el cuadro que corresponda
- (10) Supuestos específicos de exención de la situación nacional de empleo recogidos en el art. 40 de la LO 4/2000, de 11 de enero.

La información específica sobre trámites a realizar y documentación que debe acompañarse a este impreso de solicitud para cada uno de los procedimientos contemplados en el mismo (HOJAS INFORMATIVAS), se encuentra disponible en cualquiera de las siguientes direcciones web:

<http://extranjeros.mtin.es/> Información sobre trámites y procedimientos – Hojas Informativas

<http://extranjeros.mtin.es/es/InformacionInteres/InformacionProcedimientos/index.html>

Según el art. 5.1 L. O. 15/1999, se informa que los datos que suministren los interesados necesarios para resolver su petición se incorporarán a un fichero cuyos destinatarios serán los órganos de la Administración General del Estado con competencias en extranjería, siendo responsables del mismo la Dirección General de Inmigración, la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil y las Delegaciones o Subdelegaciones del Gobierno. El interesado podrá ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante los organismos mencionados

Los modelos oficiales podrán ser reproducidos por cualquier medio de impresión.
Estarán disponibles, además de en las Unidades encargadas de su gestión, en la página de información de Internet del Ministerio de Trabajo e Inmigración
<http://extranjeros.mtin.es>

IMPRESO GRATUITO. PROHIBIDA SU VENTA



Zamba del Emigrante

*Tengo que partir, mi corazón,
antes que yo otros se fueron.
Todos saben que las aves migratorias
siempre encuentran el camino de regreso.*

*No llores más, mi corazón,
que yo no busco el olvido.
Sólo busco futuro y horizonte,
el faro que orienta al naufrago perdido.*

*Sube al ómnibus de Zitarrosa
una mañana de domingo,
aquel que nos llevaba al cerro.
Buscarás en la ciudad dormida
el sueño que tuvimos siendo niños.*

*Regarás bien, mi corazón,
nuestro jardín y los recuerdos.
Y cuando pasees por el mercado
brindarás a mi salud con medio y medio.*

*Volveré muy pronto, mi corazón,
y sanará el barrio enfermo.
Todos saben que las aves migratorias
siempre encuentran el camino de regreso*

Ismael Serrano

