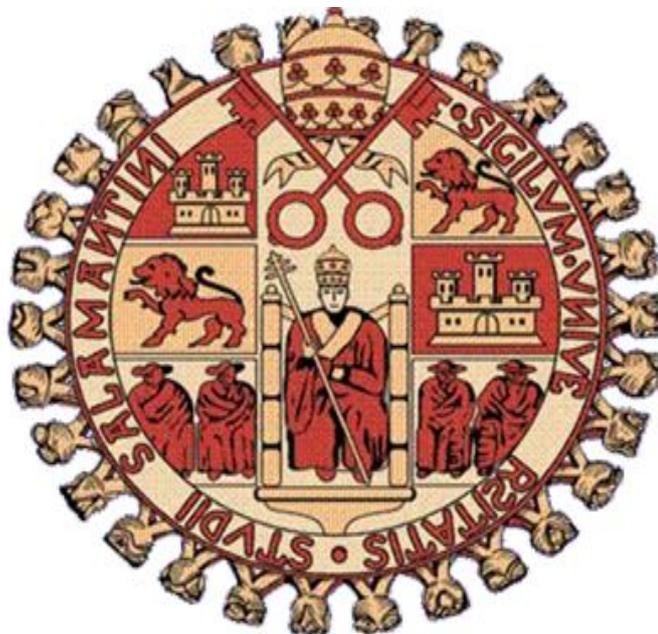


INMIGRACIÓN Y SALUD: CONSECUENCIAS DEL PROCESO MIGRATORIO

TRABAJO FIN DE GRADO

Trabajo teórico y revisión bibliográfica



AUTORA: ALICIA PÁEZ ALCARRIA
TUTORA: ANA CALVO BUENO

ÍNDICE

CAPÍTULO I.....	3
1. Introducción y Justificación del objeto de estudio	3
1.1. Introducción	3
1.2. Justificación del objeto de estudio	5
CAPÍTULO II.....	6
2. Revisión e investigación bibliográfica	6
2.1. Marco contextual	6
2.2 Principales trastornos y alteraciones en la salud mental.....	8
2.2.1 <i>Estrés aculturativo</i>	13
2.2.2 <i>Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple: Síndrome de Ulises</i>	15
2.2.3 <i>Duelo migratorio</i>	18
2.2.4 <i>Trastorno por estrés postraumático</i>	24
2.2.5 <i>Ansiedad y depresión</i>	27
2.3. Aprendizaje sociocultural y adaptación social.....	29
2.3.1 <i>Estrategias de aculturación</i>	30
2.4. Diferencias culturales en la concepción de salud y enfermedad.....	33
CAPÍTULO III	35
3. Discusión teórica y formulación de interrogantes	35
4. Conclusiones.....	40
5. Bibliografía.....	42

CAPÍTULO I

1. Introducción y Justificación del objeto de estudio

1.1. Introducción

La inmigración ha existido desde el principio de la humanidad, siendo uno de los fenómenos más complejos relacionados con el ser humano y su vida en sociedad. La Organización Internacional para la Migraciones (a partir de ahora OIM) define migración como “movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos” (OIM, 2015). Hay dos tipos de migración en cuanto a territorio se refiere: interna e internacional. Este trabajo se desarrollará teniendo en cuenta este segundo tipo de inmigración, definido por la OIM como “movimiento de personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo. Estas personas para ello han debido atravesar una frontera.” Si no es el caso, serían migrantes internos.

A pesar de que existan diferentes motivos por los que las personas inician procesos migratorios, el principal factor es que los inmigrantes abandonan sus países por razones económicas y se van a otros lugares en busca de mejores condiciones de vida para ellos y para sus familias. No obstante, estas mejores condiciones no se dan siempre de forma inmediata. La mayoría de las veces se encuentran al llegar al país de destino con una situación de desinformación, de desempleo y de desamparo, que aumenta el riesgo de exclusión social y rechazo por parte de la población autóctona.

Para L. y R. Grinberg (1984) “La migración es una experiencia potencialmente traumática caracterizada por acontecimientos traumáticos parciales y configura a la vez una situación de crisis.” Estos autores también dicen: “Si el yo del emigrante, por su predisposición o las condiciones de la migración ha sido dañado severamente por las experiencias traumáticas o la crisis que ha vivido o está viviendo, le costará recuperarse del estado de desorganización al que ha sido llevado y padecerá distintas formas de patología psíquica o física.”

Michael Kearney y Bernadete Beserra (citado en Bueno Sanchez, 2004) definen a la migración como “un movimiento que atraviesa una barrera significativa que es definida y mantenida por cierto régimen político -un orden, formal o informal- de tal manera que cruzarla afecta la identidad del individuo.” Este fenómeno que implica un desplazamiento espacial, temporal y social tiene como finalidad la búsqueda de mejores oportunidades, bien sea porque esa calidad de vida no existe en el país de origen de la persona o porque no satisface todos sus criterios personales.

Alberto Larraz afirma lo siguiente:

“A pesar de que la inmigración tiene en su origen características laborales y económicas, se trata de un fenómeno global que conlleva necesidades en educación, vivienda, servicios sociales, jurídicos o sanidad. [...]

La inmigración es un fenómeno reciente y complejo, que presenta múltiples facetas interrelacionadas y que requiere un abordaje integral, no sólo desde el punto de vista demográfico y económico, sino contemplando también los aspectos jurídicos, educativos, de vivienda, culturales y por supuesto sanitarios” (2002: 9)

La inmigración trae consigo varios problemas, entre ellos problemas en la salud. Este TFG se va a centrar en las problemáticas que afectan a la salud del inmigrante y a continuación se explicará brevemente la forma en que éstos son percibidos por la sociedad de acogida.

Uno de los retos a los que nos enfrentamos son los mitos y las falsas creencias de que los inmigrantes son un grupo que provoca el aumento de las enfermedades en el país al que emigran. Los expertos insisten en que los inmigrantes no traen las enfermedades que están resurgiendo en España (como sarampión, paperas, varicela, etc.) sino que aparecen porque la población ha dejado de vacunarse, o bien, como Josep María Jansá (1992) señala al respecto:

La llegada los inmigrantes extranjeros no constituyen grupos de riesgo específicos, siendo, si acaso, las situaciones de marginación, soledad, hacinamiento y pobreza con las que se enfrentan durante el proceso migratorio, las que contribuyen a que presenten determinadas enfermedades. Así mismo, la mayor parte de las enfermedades importadas por inmigrantes son difícilmente transmisibles y su impacto sobre el propio inmigrante, habituado a exposiciones parasitarias o de otro tipo, es mucho menor que cuando afectan a personas no inmunes, como cooperantes y viajeros que se desplazan hacia los países de origen de estas enfermedades.

El presente trabajo se divide en tres capítulos. El capítulo primero hará conocer al lector, mediante la introducción y la justificación, el propósito y motivo de realización de este trabajo. El capítulo segundo explicará las posibles patologías que puede desencadenar el proceso migratorio así como aspectos culturales de la migración. Por último, el capítulo tercero se centrará en una discusión teórica basándose en el rol del trabajador social en el ámbito de población inmigrante.

1.2. Justificación del objeto de estudio

El objeto del presente trabajo surge del propio interés personal de conocer con más profundidad y exactitud los problemas a los que se enfrentan las personas inmigrantes en su proceso de adaptación al país de acogida. Tiene como objetivo transmitir algunos conceptos teóricos del movimiento migratorio y relacionarlo con los problemas sanitarios que puedan desarrollarse durante el transcurso del mismo.

La inmigración puede ser vivida de diferentes maneras en función de los sujetos y de sus características personales (educación, habilidad, sexo, raza, personalidad, etc.). Por un lado, el movimiento migratorio puede suponer una fuente de enriquecimiento y nuevas oportunidades para la persona, así como para su desarrollo humano y social, pero por otra parte la inmigración puede ser vivida de forma negativa y puede crear un profundo sentimiento de pérdida de identidad nacional y de las costumbres sociales, siendo esto el motivo desencadenante de barreras para el desarrollo humano.

El presente trabajo se centrará en esta última vivencia del proceso migratorio, pues las barreras estructurales que se crean durante esta etapa pueden contribuir a la perpetuación de las desigualdades, la discriminación, la explotación y la opresión, siendo el trabajador social, entre otros profesionales, el encargado de tratar estas posibles complicaciones.

Las personas con problemas de adaptación y de salud habitualmente proceden de países en vías de desarrollo que deciden migrar movidos por las dificultades que existen en su país para llevar una vida digna y con la ilusión y esperanza de mejorarla en el país de destino.

Es por tanto necesario hacer un estudio y análisis sobre la inmigración y la salud y abordarlo desde el marco de los derechos humanos, ya que el trabajo social con los inmigrantes es cada vez mayor, sobre todo en lo relacionado con la salud primaria.

CAPÍTULO II

2. Revisión e investigación bibliográfica

2.1. Marco contextual

España, que ha sido tradicionalmente un país emisor de emigrantes, se convirtió en uno de los principales países receptores de inmigrantes entre 2001 y 2008 (de 40.476.723 a 45.668.938) según informa el INE (Instituto Nacional de Estadística), experimentando un gran crecimiento de población inmigrante impulsado por el boom de la inmigración y por el crecimiento económico. Cuando estalla la crisis inmobiliaria y financiera en 2008, el ritmo de llegada de inmigrantes desciende hasta situarse en unas cifras similares a las de 2003. Al menos 2.666.365 han abandonado España entre enero de 2008 y julio de 2014 según la Estadística de Migraciones del INE. Desde entonces paralelamente el número de inmigrantes desciende a la vez que aumenta el de emigrantes. En 2012 el número de los emigrantes (377.049) supera por primera vez el de inmigrantes (370.515). Estos datos se ven reflejados a continuación en la figura 1.

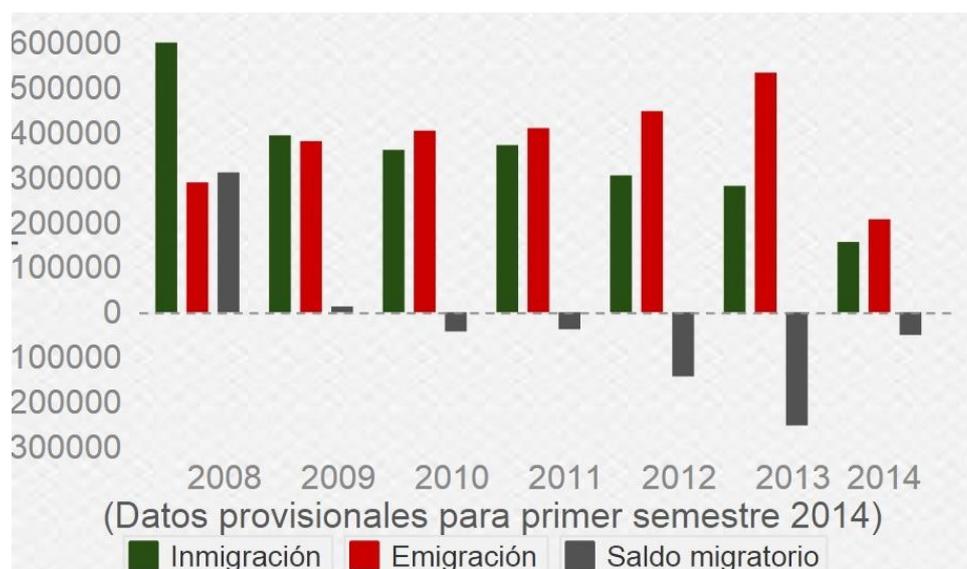


Figura 1: Saldo migratorio en España

Fuente: Estadística de migraciones - Instituto Nacional de Estadística (INE). Recogido en Rodríguez-Pina (2014)

Es fundamental conocer los factores y causas que han originado el hecho de tomar la decisión migratoria para entender mejor algunos rasgos del conjunto de inmigrantes y contextualizar su situación. Las causas que llevan a un sujeto a emigrar son varias: naturales, políticas, culturales, socio-económicas, familiares, bélicas, etc.

Los inmigrantes se encuentran al llegar al país receptor con un escenario desconocido para ellos. Se enfrentan con códigos, pautas culturales, idioma, religión, etc. muy distintos a la que están acostumbrados y como consecuencia esto les provoca una pérdida de sentido y de identidad que les lleva a redefinirse y volver a crear esa identidad (Trillo, 2009). La migración pone a prueba la capacidad adaptativa del ser humano, los migrantes tienen que enfrentarse con una serie de cambios, bien sean cambios ambientales o de status social. Toman contacto con una sociedad cuyos códigos de valores y lingüísticos no les resultan familiares y se sienten confundidos y desubicados. Esto produce una frustración que puede llegar a manifestarse en enfermedades físicas o mentales.

Durante el proceso de incorporación al ambiente social-cultural que la nueva sociedad ofrece, el sujeto se encuentra obligado a enfrentar un profundo proceso de aprendizaje de nuevos códigos (Bron, 2000). El impacto de esta adaptación social es tan

intenso que la identidad así como las relaciones que el inmigrante establece cotidianamente serán problematizadas por el duelo y por los cambios que este conlleva (Grinberg & Grinberg, 1980) De esta forma se enfrentará a un proceso de reconstrucción de sí mismo y de su historia.

Se evidencia que el traslado no implica simplemente un cambio de contexto sino que involucra una transformación central a nivel subjetivo, alterando la vida de quien la atraviesa, su concepción de sí mismo y la forma en que se relaciona con los otros. Supone por tanto períodos de crisis por los cuales el inmigrante debe transitar, crisis que entendemos como una perturbación temporal de estos mecanismos de regulación del sujeto y su conducta (Grinberg & Grinberg, 1996: 26)

2.2 Principales trastornos y alteraciones en la salud mental

Como ya se ha mencionado anteriormente, el proceso de inmigración puede provocar en el individuo que inicia el movimiento una serie de trastornos y alteraciones en la salud. Tal y como afirma Estreso (2006), a la llegada al país receptor comienzan a actuar una serie de factores que aumenta la vulnerabilidad psicosocial. Estos factores son el racismo, la xenofobia, las diferencias culturales y el desempleo. Si además a esto le añadimos el desconocimiento del idioma, la situación administrativa irregular y la dificultad de acceder a los servicios socio-sanitarios, el impacto negativo en la salud es mayor. Sin embargo, no todo lo que afecta a la salud del inmigrante ocurre en el país de destino. Es importante tener en cuenta las condiciones del viaje que algunas personas se ven obligadas a sufrir pues en muchas ocasiones deteriorar aún más su estado de salud.

Por otro lado Ochoa, Vicente y Lozano (2005) señalan que “la emigración por sí no produce un incremento del riesgo de padecer enfermedades mentales, sino que depende, al menos en parte, de las experiencias traumáticas sufridas durante el proceso migratorio.”

Dentro de las perturbaciones psicosomáticas más frecuentes podemos encontrar síntomas depresivos, ansiedad, abuso de alcohol, drogo-dependencia, enfermedades; además, ocurren más hechos de violencia familiar y más separaciones. “Diferentes situaciones ponen en riesgo la reacción del organismo a un medio ambiente sobrecargado de estímulos que exigen de él una constante acción adaptativa.” (Passalacqua et al., 2013) Las patologías en población inmigrante que se dan con más frecuencia en las consultas

de atención primaria son trastornos de adaptación, somatizaciones y los relacionados con el duelo migratorio.

Existe una creencia general de la población receptora sobre la población inmigrante basada en que los éstos traen consigo enfermedades. Se han publicado en los últimos años trabajos que rompen con este tópico y confirman el buen estado de salud de los inmigrantes, ya que se trata de personas generalmente jóvenes que pueden y no simplemente quieren emigrar. La realidad es que los inmigrantes por lo general no llegan enfermos a España sino que es una vez en el país de acogida cuando empiezan a mostrarse vulnerables a la enfermedad. Esto se debe a las situaciones sociales adquiridas, las malas condiciones laborales y de vivienda, la falta de recursos y de apoyos tanto familiares como sociales, etc. Todas estas situaciones tienen consecuencias psicológicas en la salud mental del individuo.

Fuertes y Martín Laso (2006) señalan que los inmigrantes que llegan a nuestro país suelen ser generalmente sanos y jóvenes y disponen de una buena salud física por lo que no debería representar riesgo alguno para la salud de la población receptora. El hecho de que los inmigrantes suelen ser personas sanas y fuertes no significa que sean inmunes a caer enfermos. Debido al largo viaje que muchas veces realizan en condiciones precarias hasta llegar al destino junto con la situación de marginación, hacinamiento y pobreza en la que viven en el nuevo destino muchos de ellos desarrollan alguna enfermedad.

Fuertes y Martín Laso agrupan las enfermedades de los inmigrantes en cuatro categorías, tal y como representa la pirámide (figura 2).

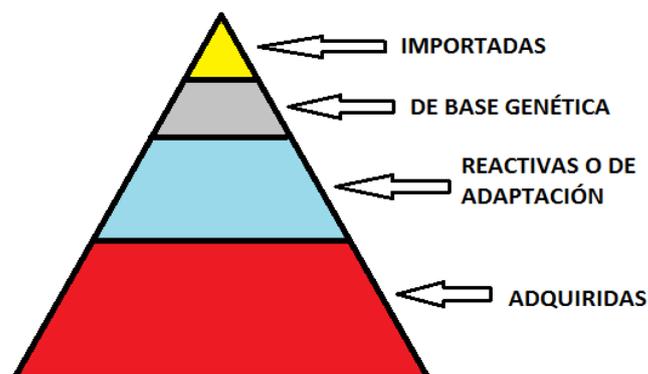


Figura 2: Enfermedades de los inmigrantes.
Fuente: Fuertes y Martín Laso (2006)

Se pueden distinguir, por tanto, cuatro tipos de patologías: las importadas, las de base genética, las reactivas o de adaptación y las adquiridas en nuestro medio.

Este trabajo se va a centrar en las *enfermedades reactivas o de adaptación*, pues son las que nos interesan como trabajadores sociales, ya que sus problemáticas tienen una relación directa con el bienestar social. Estas enfermedades son aquellas patologías que se adquieren en nuestro medio y son las más comunes en atención primaria. Suelen expresarse con somatizaciones y síntomas vagos que indican la falta de integración, de recursos, de desarraigo, etc. Son por lo tanto enfermedades psicosomáticas¹. Estas enfermedades están ligadas a un conjunto de factores de riesgo (que son factores sociales) y se explican a continuación en la figura 3.

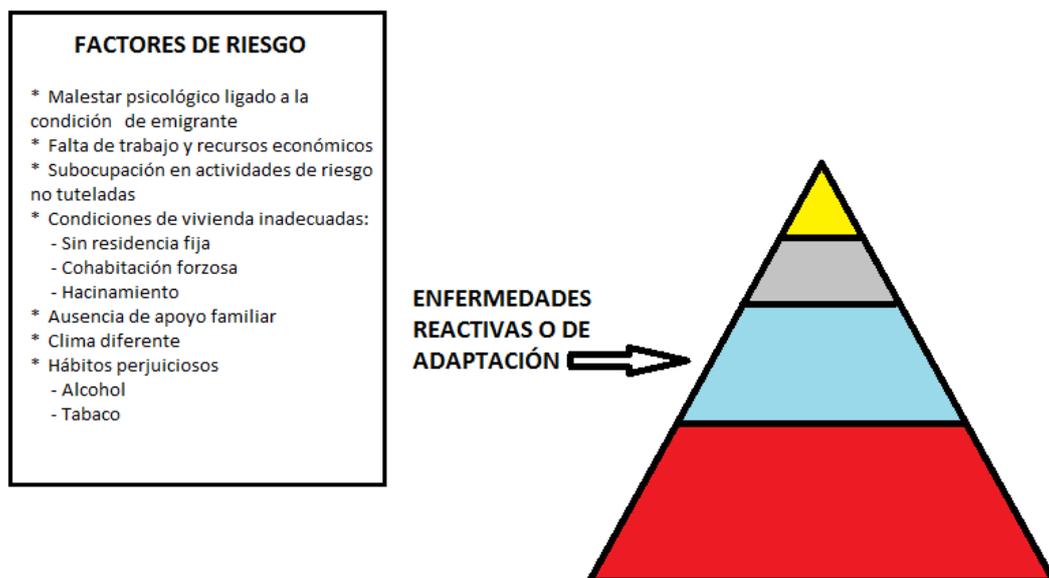


Figura 3: Factores de riesgo en las enfermedades reactivas o de adaptación.

Fuente: C. Fuertes, M. A. Martín Laso (2006)

¹ Se define como enfermedad psicosomática aquella que se produce o agrava debido a fenómenos como el estrés, la tensión, los cambios radicales en el estilo de vida y las emociones. Corresponde a un proceso psíquico que tiene su influencia en el cuerpo. Es una dolencia física real, que tiene su origen en conflictos emocionales y psicológicos inconscientes sin resolver.

Se explica que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos inmigrantes y la aparición de su sintomatología. El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y, por otro lado, porque aparecen un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental.

Existen algunos determinantes socio-sanitarios que definen a la población inmigrante como colectivo de riesgo para una atención e intervención. Son los siguientes: (Fuertes y Martín, 2006)

Estilos de vida

- Malas condiciones de vivienda y hacinamiento
 - No residencia estable
 - Hábitos tóxicos, conductas adictivas
 - Alimentación
 - Estrés
-

Situación laboral y económica

- Desempleo
 - Deudas en el país de origen o para pagarse el viaje
 - Empleos precarios y condiciones laborales de riesgo
 - Falta de recursos económicos
-

Situación social y cultural

- Cambios socioculturales respecto a su país de origen y necesidad de adaptación al país receptor
- Xenofobia, discriminación
- Exclusión social
- Separación familiar

Situación legal

- Legislación vigente respecto al inmigrante que va cambiando en el país receptor
- Itinerario burocrático
- Situación irregular

Educación

- Problemas con el idioma
- Titulaciones no convalidadas en el país receptor
- Nivel de estudios bajo

Edad y género

- La mujer inmigrante en algunas culturas está supeditada al hombre y tiene más dificultad de integración en el país receptor

Cultura sanitaria

- Desconocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios del país de acogida Diferente concepto salud/enfermedad
- Prácticas de medicina tradicional

Medio ambiente

- El clima diferente
- Ambiente más ruidoso en países industrializados

Factores biológicos

- Situación inmunitaria y cobertura vacunal a veces incompleta en el país de origen Enfermedades de base genética

Como consecuencia, aquellos individuos que sufran uno o más de las situaciones anteriormente citadas tendrán más posibilidades de sufrir los siguientes factores de riesgo sociosanitarios: Problemas sanitarios, precariedad económica, problemas de escolarización, problemas de vivienda, problemas en la tramitación de documentación, precariedad laboral y necesidad de apoyo emocional y o familiar.

A continuación se explicarán los principales trastornos que se pueden presentar en base a la bibliografía revisada. Los trastornos podrían dividirse en dos grupos en función de su relación con la población inmigrante. Por un lado estarían los trastornos específicos propios de los inmigrantes que se producen en el proceso migratorio: estrés aculturativo, Síndrome de Ulises y duelo migratorio. Por otro lado estarían aquellas alteraciones generales a toda la población pero que poseen un interés especial en la población inmigrante por su vulnerabilidad: trastorno por estrés postraumático, ansiedad y depresión.

2.2.1 Estrés aculturativo

Los movimientos migratorios tienen impactos psicológicos en los individuos y uno de ellos es el denominado estrés aculturativo. El estrés aculturativo se refiere a los cambios que se producen en individuo cuando éste abandona su forma de vida, su cultura, su idioma, su familia y todo lo que le ata a su país de origen y empieza a experimentar una serie de cambios culturales en el nuevo destino que pueden afectar a su estado de salud y generar trastornos psicosomáticos. La inmigración genera estrés en el momento en que la persona es incapaz de hacer frente a los acontecimientos angustiosos y factores crónicos de ansiedad de la vida cotidiana. (Collazos, Qureshi, Antonín y Tomás-Sábado, 2008).

El estrés aculturativo hace referencia al proceso psicológico que debe llevar a cabo una persona para ajustarse a una nueva vida sociocultural. Los ajustes por los que debe pasar el sujeto son, por ejemplo, el sentimiento de pertenencia, la creación de nuevos vínculos y amistades, adaptación cultural, etc. Cualquier adaptación que sea favorable y apoye de forma emocional al sujeto en su proceso de adaptación mejorará la inclusión del sujeto, pues este proceso como tal no es fácil y puede generar malestar psicológico y emocional.

El “estrés aculturativo” aparece junto con el “Síndrome de Ulises” como uno de los principales fenómenos psicológicos de las primeras etapas de la inmigración. La soledad, la angustia y el miedo son sentimientos que puede desarrollar el individuo, así como trastornos psicosomáticos. El estrés es la primera vivencia que tiene el inmigrante antes de padecer el Síndrome de Ulises. Cuando este estrés que padece es tan intenso que

supera la capacidad humana éste se convierte en patológico y da lugar al Síndrome de Ulises, también denominado como estrés crónico y múltiple.

El término “*estrés aculturativo*” es un tipo específico de estrés, que se produce como consecuencia de los estresores que ocurren en el proceso de aculturación (proceso con cambios conductuales y psicológicos en la persona inmigrante). Estos cambios psicológicos se dan junto a una disminución de salud mental que en algunas ocasiones deriva en trastornos ansiosos y depresivos así como sentimientos de marginalidad, aumento de los niveles de trastornos psicosomáticos y confusión de identidad. (Berry y cols., 1989, citado en Sánchez y López, 2008).

Para Berry (1997) el estrés aculturativo es un tipo particular de estrés, en el que los estresores tienen su origen en el proceso de aculturación debido al esfuerzo de adaptación que éste implica. El proceso de aculturación se caracteriza por los cambios conductuales y psicológicos que tienen lugar en la persona inmigrante como resultado del contacto con una nueva cultura. “Este estrés podría explicar la presencia de cambios psicológicos y disminución de la salud mental en algunos inmigrantes, poniendo de manifiesto la presencia, en algunos casos, de trastornos ansiosos y depresivos, así como de sentimientos de marginalidad, aumento de los niveles de trastornos psicosomáticos y confusión de identidad”. Todos estos estresores crearán o evitarán el desarrollo de angustia psicológica asociada a la inmigración. Hay que tener siempre en cuenta las características individuales del inmigrante (edad, sexo, educación, manejo de la nueva lengua, etc.), pues en función de las mismas el estrés se dará en mayor o menor grado.

Fidel Hernández (2007, citado en Costa, 2012) define el estrés aculturativo como “los cambios culturales producidos por el abandono de una forma de vida, una cultura.” Estos efectos generan trastornos psicosomáticos y repercuten en la salud del individuo.

Se pueden distinguir dos tipos básicos de estrés: agudo y crónico (Dimsdale, Irwin, Keefe y Stein, 2005; citado en Collazos, Qureshi, Antonín y Tomás-Sábado, 2008). El agudo representa un acontecimiento duro y puntual en la vida del sujeto, es decir, un episodio estresante. Esto puede tener relación con posibles acontecimientos importantes que hayan podido ser causados en el país de origen, durante el viaje migratorio o en el país de acogida. Los estresores crónicos incluyen conflictos con los nuevos roles desempeñados en el nuevo lugar de residencia, los cambios de status, las transiciones estresantes, los contextos o ambientes estresantes, etc.

Una de las tareas fundamentales de los trabajadores sociales es la de facilitar la integración y bienestar de las personas provenientes de otros lugares y atender las necesidades sociales que se deriven durante el proceso. El trabajador social ha de apoyar el camino hacia el bienestar psicológico del individuo dentro del nuevo país. Para ello y desde la práctica profesional, explica Hernández, “es necesario atender las experiencias previas del proceso migratorio, según las características de personalidad de cada individuo y resolver las frustraciones y síntomas que trae el estrés aculturativo, para integrarlos a una nueva realidad de vida.”

Desde el punto de vista social es necesario en un primer momento realizar una buena acogida, la cual nos corresponde llevar a cabo como trabajadores sociales, así como facilitar la integración social de todas aquellas personas que procedan de otros países y lleguen al nuestro en busca de una vida de mayor calidad.

No solo es importante que el individuo adquiera nuevos valores y nuevos modos de vida, sino que igualmente es relevante que la persona adquiera sentimientos de pertenencia y acogida. El objetivo psicológico es llegar a adquirir la total integración para generar sentimientos de bienestar en un lugar distinto al que se ha abandonado, con lo que ello conlleva. También nos concierne a los trabajadores sociales, como agentes del cambio social, fomentar la diversidad, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. (Hernández, 2007)

2.2.2 Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple: Síndrome de Ulises

“Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos.” (Achotegui, 2005: 39) Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises, un término que fue acuñado por el psiquiatra Joseba Achotegui, profesor de la Universidad de Barcelona.

El síndrome de Ulises se denomina como tal en referencia al héroe mitológico griego cuyos naufragios y su sufrimiento narrados en la Odisea se asimilan a la situación de los inmigrantes que lo sufren. Achotegui lo define como el trastorno provocado por “un estrés superior a las capacidades de adaptación”.

Este estrés crónico que padece la persona se debe al proceso de ajuste sociocultural que ocurre a la llegada a un nuevo destino distinto al país de origen. Es importante no confundir este síndrome con una enfermedad mental o depresión pues debe entenderse como una manifestación específica de estrés crónico múltiple.

El Síndrome de Ulises aparece debido a la tensión y el miedo que provoca llegar y vivir en una sociedad de forma irregular, en una sociedad desconocida, una situación límite y un ambiente en ocasiones hostil. La ansiedad y la depresión son los síntomas más comunes que padecen los inmigrantes y se presenta en forma de tristeza, llanto, tensión, nerviosismo, dolor de cabeza, irritabilidad, insomnio, fatiga e incluso de enfermedades imaginarias porque somatizan sus problemas. (Achotegui, 2006)

Los estresores son la base psicológica y psicosocial del Síndrome de Ulises y Achotegui (2006) los delimita en los siguientes:

- La soledad y separación forzada de los seres queridos: lo cual supone una ruptura del instinto del apego.
- El sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades. Esto conduce a sentimientos de desesperanza y fracaso que, si se vive en soledad y sin redes de apoyo, se vive peor.
- La lucha por la supervivencia: se refiere a las condiciones vinculadas a la alimentación, generalmente mala por carecer de recursos económicos, el alojamiento, generalmente en condiciones precarias y de hacinamiento, etc.
- El miedo: bien sea en el momento exacto de partida en relación a los peligros físicos que se dan durante el viaje o una vez en el país de destino el miedo que se da por la detención policial y la expulsión, la indefensión por carecer de derechos, de documentos de estancia legal, etc. El estrés crónico potencia el miedo.

Estos estresores presentarían las siguientes características: (2006: 66-68)

- Multiplicidad: se poseen muchos estresores y éstos se potencian: soledad, fracaso, miedo...
- Cronicidad: la duración del estrés es limitada y éste se acumula
- Gran intensidad y relevancia emocional de los estresores
- Ausencia de sensación de control: la incapacidad de reacción ante el estrés
- Ausencia de una red de apoyo social

- A estos estresores se les añaden los que son clásicos de la inmigración: duelos básicos respecto al distanciamiento de la familia, amigos, lengua, cultura, tierra, estatus social, contacto con el grupo nacional y riesgos físicos.
- Pérdida de la fuerza para seguir luchando cuando la persona comienza a presentar sintomatología propia del Síndrome de Ulises
- Limitaciones del sistema sanitario: prejuicios o desconocimiento por parte de los profesionales así como la posibilidad de que se diagnostique de forma errónea y se confunda el Síndrome con otros trastornos (trastornos depresivos, psicóticos, enfermos orgánicos, etc.)

Entre el 15% y el 20% de los inmigrantes que visitan los servicios de salud mental en España no padecen ninguna enfermedad, sino el “Síndrome de Ulises” (Achotegui y Espeso, 2011). Ese 15-20% de las personas (especialmente inmigrantes en situación irregular), es tratada en muchas ocasiones como enfermos y medicada en consecuencia cuando lo que precisa es una acción psicosocial, que le ayude a hacer frente a la situación de dificultad extrema en la que se encuentra.

Según un estudio de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), se corrobora que alrededor del 50 por ciento de los inmigrantes irregulares, a pesar de estar aparentemente sanos, desarrolla enfermedades o trastornos mentales a los dos o tres años de llegar a España. Analizando los datos del estudio se concluye que los inmigrantes sufren más del doble de problemas mentales que los españoles y que el colectivo más afectado por el Síndrome de Ulises son los inmigrantes irregulares. (Asenjo, 2006)

Para definir el Síndrome de Ulises haría falta conocer el cuadro típico de síntomas que le corresponde. Como hemos mencionado anteriormente el síndrome afecta en gran medida a inmigrantes ilegales. Éstos suelen ser personas que provienen de etnias y de procedencias geográficas y culturales muy distintas y a pesar de que ambos géneros lo padecen las mujeres son, generalmente, más vulnerables.

El Síndrome de Ulises, según señala Achotegui, se halla en el límite entre el área de la salud mental y el área de la psicopatología (figura 4). Por un lado no se debe banalizar y considerar que al inmigrante no le ocurre nada, como tampoco es apropiado tomarlo como una enfermedad mental y medicalizarlo. Se encuentra, más que en el área

de tratamiento, en el área de la prevención sanitaria y psicosocial. Por eso, la intervención deberá ser fundamentalmente de tipo psicoeducativo y de contención emocional, por lo que no sólo deberían intervenir psicólogos médicos o psiquiatras, sino también trabajadores sociales, enfermeros, educadores sociales y otros profesionales cuya asistencia tenga impacto en el desarrollo del bienestar de los inmigrantes.

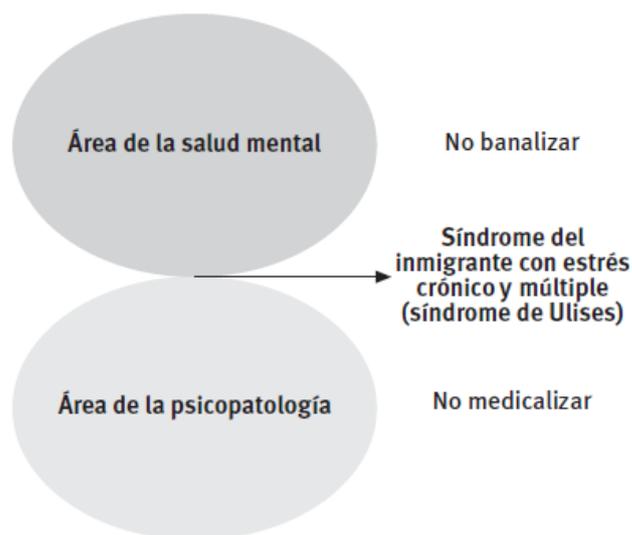


Figura 4: Diagnóstico diferencial: recomendaciones para la correcta atención socio-sanitaria al Síndrome de Ulises.

Fuente: Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. (Joseba Achotegui, 2006:168)

2.2.3 Duelo migratorio

El duelo es un proceso (y no un estado) que aparece como respuesta natural ante la pérdida y el sujeto que lo padece necesita una reconstrucción de la personalidad ante la desorganización ocurrida. Es la expresión integral que tiene el migrante durante el proceso de partida. Los seres humanos poseemos capacidades para emigrar y elaborar ese duelo, pues a lo largo de la historia nuestros antepasados han emigrado con éxito varias veces, por lo que no se considera que la migración sea como tal una causa de trastorno mental, sino un factor de riesgo.

Varios autores han abordado este tema y ofrecen diferentes puntos de vista al respecto:

Rubio Pinilla (s.f.) sostiene en cuanto al proceso migratorio que “los factores psicosociales como el desarraigo, la añoranza, el reajuste personal y de la familia, no deben ser tratados como síntomas de desequilibrio emocional.” Actualmente el duelo se trata en un equipo multidisciplinar con participación de psiquiatras, trabajadores sociales, médicos y psicólogos.

El Duelo es el proceso de pérdida de una persona, objeto, evento o lugar significativo. Hace cambiar de ánimo de quien lo vive, puede afectar la salud física y la salud mental. Su duración depende de cómo se han vivido otros duelos, de cuánto dure la ansiedad, la confusión, la depresión. Es un proceso normal, dinámico y activo; y no un estado. (Rubio Pinilla)

Afirma también que de forma natural el proceso migratorio, al generar pérdidas y separaciones, pone al individuo en un ambiente de readaptación de su identidad y personalidad. Es por tanto importante trabajar el duelo permitiendo enfrentar nuevas realidades, esperanzas, proyectos y relaciones.

El duelo podría considerarse como un trastorno de adaptación a una nueva vida. La nostalgia y la tristeza vividas por el sujeto se manifiestan en tristeza, llanto, cambios de humor, sentimientos de culpa, ideas de muerte, somatización, etc. (Rubio Pinilla)

Por elaboración del duelo se entiende como “la serie de procesos psicológicos que, comenzando con la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad. Es un proceso psicológico complejo donde se intenta deshacer los vínculos establecidos, elaborar el dolor de la pérdida, y establecer nuevos vínculos.” (Rubio Espíndola, s.f.)

El duelo migratorio se entiende por tanto como duelo adaptativo pues es una reacción natural y necesaria. Es un tiempo en el que se produce la adaptación y la reorganización de la vida. No es, por tanto, una enfermedad, sino que es un acontecimiento vital estresante en la vida del sujeto (Montejano, 2002). Normalmente un duelo adaptativo está compuesto por las siguientes fases: negación, enfado, regateo, depresión, superación y aceptación, pero éste puede cronificarse hasta convertirse en una patología que puede desencadenar en depresión. Además de la depresión, puede a veces puede revestir también la forma de un trastorno de ansiedad o de somatización.

“Cuando las reacciones emocionales son muy intensas e impiden el funcionamiento en la vida diaria, la duración de la reacción es anormalmente larga (más de un año) y aparecen síntomas inhabituales, se puede hablar de duelo patológico” (Femández-Montalvo y Echeburúa, 1997; recuperado de Echeburúa y Herrán, 2007:36).

González Calvo (2005) distingue dos tipos de duelos migratorios:

Por un lado estaría el duelo que denomina “simple”. Este duelo se caracteriza porque se lleva a cabo de manera satisfactoria, se realiza en buenas condiciones en un entorno que acoge y facilita la inclusión al inmigrante.

Por otro lado estaría el duelo “complicado”, que es el más frecuente. Es aquel que no se elabora de forma positiva y el conjunto de circunstancias sociales y personales no facilitan la elaboración de las pérdidas. Es en este tipo de duelo cuando el inmigrante sufre riesgos de padecer algún tipo de problema en su salud mental.

Achotegui (2000), en cambio, clasifica los duelos desde la perspectiva de la dificultad de su elaboración en tres tipos:

- a. Simple: cuando el sujeto emigra en se da en buenas condiciones y puede ser elaborado.
- b. Complicado: cuando existen dificultades para su elaboración. Pueden aparecer alteraciones en el equilibrio psíquico del sujeto
- c. Extremo: la situación es tan problemática que la elaboración del duelo supera las capacidades del ser humano.

Señala Achotegui (2002) que para considerar la migración como un factor de riesgo para el individuo se tiene que dar alguna de las siguientes situaciones:

1. Existencia de vulnerabilidad: el inmigrante no está sano o padece discapacidades.
2. Nivel de estresores muy alto: el medio de acogida es hostil.
3. Se dan ambas condiciones

Este autor consideró que los duelos de la migración se dividen en siete:

- **Duelo por la separación respecto de los familiares y amigos**

La afectividad que el migrante tiene con su entorno en su país de origen tiene consecuencias psicológicas en el proceso migratorio. Muchas veces ocurre que el migrante no encuentra el apoyo familiar y social en la sociedad que le acoge y esta falta de redes afectivas puede conllevar sentimientos de soledad, de culpa, ansiedad dificultades en la convivencia familiar, tendencia a sufrir disfunciones adaptativas, frustraciones y miedo al futuro. Esto requiere el apoyo urgente de los servicios psicosociales.

- **Duelo por la lengua materna**

La lengua es uno de los vínculos que las personas establecen desde niños con su grupo familiar, especialmente con sus padres. El hecho de que el migrante tenga que enfrentarse a un entorno con una lengua distinta a la suya requiere un gran esfuerzo por su parte que da lugar a tensiones a la hora de la adaptación.

- **Duelo por la cultura:**

Al marchar el emigrante deja atrás todos los valores, pautas y actitudes que compartía con su grupo de iguales y pasa a vivir en un entorno cuyas pautas culturales son muy diferentes. En el nuevo país los patrones de cultura como la alimentación, la vestimenta, el sentido del tiempo, etc. pueden resultar nuevos y difíciles de asumir para el emigrante. Según Taylor, “La cultura o civilización, es aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad” (1975:29).

- **Duelo por la tierra:**

Los inmigrantes viven con intensidad los cambios que se producen en cuanto al paisaje, clima, luminosidad, colores, olores, etc. Esta conlleva una carga emotiva que hace que el migrante sobrevalore e idealice su tierra.

- **Duelo por la pérdida del estatus social:**

Los inmigrantes tienen ideas de progreso y mejora en el nuevo país. Este ascenso raras veces sucede, ya que la mayoría de las veces ocurre que retroceden a nivel de estatus social respecto a su ciudad de origen.

- **Duelo por la pérdida del contacto con el grupo de pertenencia:**

Se refiere a la consciencia de un “nosotros” frente a un “ellos”, relacionado a la pertenencia a un grupo humano con un conjunto de características comunes culturales, históricas, lingüísticas, etc. Estos procesos de identidad chocan entre la población inmigrante y la autóctona.

- **Duelo por la pérdida de la seguridad física y la existencia de riesgos físicos:**

Los inmigrantes se ven amenazados por numerosos riesgos tanto para su salud como para su integridad física. El duelo en este caso se refiere a la violencia contra los extranjeros en algunos países y el riesgo de expulsión y la indefensión de los inmigrantes. A esto se le suman las condiciones de seguridad, comodidades y condiciones alimenticias e higiénicas adecuadas que tenían y han perdido en su país de origen.

A continuación, en la figura 5, se muestra una tabla que resumen las características que Achotegui (2004) atribuye al duelo migratorio:

Duelo múltiple y de aspectos arraigados en su personalidad	Duelo por: 1) La familia y amigos 2) La lengua 3) La cultura 4) La tierra 5) El status social 6) Contacto con la etnia 7) La vivienda, trabajo
Parcial	El objeto del duelo, es decir lo relativo al país de origen, no desaparece. Es el duelo de una separación más que de una pérdida.
Recurrente	El ir y venir al país de origen y la relación con los contactos, hacen que los recuerdos se reactiven, que sea un duelo de larga duración y en fases recurrentes.
Ambivalente	Se han perdido elementos del país de origen pero el país de acogida le brinda otras oportunidades.
Transgeneracional	Afecta al inmigrante y a sus hijos

Figura 5: Características del duelo migratorio

Fuente: Achotegui (2004)

Rozo Castillo (2008) enumera y divide las expresiones sintomáticas del duelo migratorio en cuatro áreas: depresiva, ansiógena, somática y confusional.

Haciendo hincapié en las del área depresiva y en el área de ansiedad, se pueden encontrar síntomas como la tristeza, el llanto, el sentimiento de culpa e incluso ideas de muerte y suicidio. Estos últimos, al parecer, no son síntomas muy frecuentes (Achotegui, 2006), aunque en ocasiones aparecen como pensamientos recurrentes. En el área de la ansiedad, aparecerían síntomas como la tensión o el nerviosismo, la tendencia al exceso de preocupación, la irritabilidad y el insomnio.

Tal y como explican Martínez Moneo M. y Martínez Larrea A. (2006) el duelo migratorio cuenta con características específicas que lo diferencian de otros, como la parcialidad, la recurrencia y la multiplicidad.

Parcialidad: A diferencia de otros duelos donde la pérdida es definitiva, en el caso del duelo migratorio al tratarse la pérdida de un país (que no desaparece) el sujeto tiene la posibilidad de volver o retomar el contacto con él. Consiste en una separación (en tiempo y espacio) parcial que lo diferencia de los duelos de pérdidas irremplazables como son, por ejemplo los fallecimientos.

Recurrencia: En el caso de la inmigración la recurrencia se lleva a cabo porque los vínculos con el país de origen están continuamente activos durante la vida de sujeto. Cada vez que hay comunicación o se vuelve de visita se reavivan los vínculos y se reinicia el sentir del duelo.

Multiplicidad: Se refiere a que posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona supone tantos cambios como la migración.

La atención social en este momento de duelo es de vital importancia debido a las problemáticas que padece el migrante y su familia. Los aspectos relacionados con una conducta de integración, de adaptación al nuevo medio y del choque que se vive por el contraste cultural, son factores de atención psicosocial que tendrán que llevar a cabo los trabajadores sociales junto con más profesionales, trabajando de forma coordinada y multidisciplinar.

2.2.4 Trastorno por estrés postraumático

A los problemas de la inmigración mencionados anteriormente se le añaden dificultades como las condiciones que se dan durante el desplazamiento desde el país de origen, así como otros acontecimientos que le han podido suceder al inmigrante, dificultades ambientales ligadas a la inmigración, etc. Todo ello en conjunto hace que el trastorno por estrés postraumático sea en cierto modo frecuente en los inmigrantes, sobre todo en aquellos que han sufrido represiones y en los refugiados políticos. (Fuertes y Martín, 2006).

A pesar de haber encontrado en mayor proporción información bibliográfica sobre el colectivo de refugiados², este trastorno se da también en situaciones donde no existe una protección internacional. Se debe tener en cuenta que no todos los inmigrantes son refugiados pero sí todos los refugiados son inmigrantes. Dentro de los colectivos de inmigrantes, en España encontramos un bajo porcentaje de personas con la condición de refugiados, a pesar de ello las vivencias que genera el Trastorno por estrés postraumático en ocasiones son las mismas en inmigrantes con la condición de refugiados que en inmigrantes sin dicha condición.

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) está clasificado dentro de los trastornos de ansiedad y tiene origen en la exposición a alguna situación de extrema ansiedad. No está sujeto a ninguna experiencia concreta previamente definida sino que existen diferentes sucesos que pueden dar lugar a que se padezca este trastorno. Los migrantes, sobre todo si no tienen una situación regularizada, pueden tener más posibilidades de padecer estrés postraumático debido a las situaciones difíciles que han podido vivir en su país, durante el cruce fronterizo, al no encontrar trabajo o vivienda en el país de acogida, o en otros momentos difíciles del proceso migratorio.

² "Persona que con fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país." (Art. 1 (A) (2), de la Convención sobre el Estatuto de Refugiado de 1951, modificada por el Protocolo de 1967)

Según el DSM-IV-TR entendemos que:

La característica esencial de este trastorno es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física.

El “Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo” expone lo siguiente:

Los sentimientos que experimentan las personas en los desastres son reacciones normales a situaciones anormales. El TEPT se diagnostica cuando el individuo ha experimentado un evento que se sale del ámbito de una experiencia humana “normal” y cuando ese evento traumático es revivido persistentemente (a través de sueños, pesadillas o flashbacks diurnos). Estas experiencias pueden ser tan intensas que el individuo siente como si estuviese viviendo de nuevo el evento traumático.

Por su parte, Vega Pascual (1996) sostiene:

Los trastornos o problemas psicológicos pueden aparecer después de varios meses e incluso años desde la llegada a España. Ocasionalmente, problemas aparentemente insignificantes, que podrían estar relacionados con el proceso de adaptación e integración, sirven como detonantes para provocar crisis y resucitar trastornos psicológicos de los refugiados relacionados con sus anteriores experiencias traumáticas no superadas.

El hecho de haber vivido una situación muy difícil no tiene por qué necesariamente significar que la persona vaya a desarrollar una enfermedad mental. Sólo un 20% de las personas que viven estas situaciones desarrollan el trastorno de estrés postraumático (Achotegui, 1998).

Reaccionar con estrés tras un evento traumático es normal. También es normal que tras estas reacciones de estrés la persona mejore con el tiempo. Sin embargo, este estrés se considera patológico cuando aparecen los siguientes síntomas:

1. Dura más de tres meses
2. Causa una gran angustia
3. Interrumpe el trabajo o la vida familiar normal

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático pueden afectar la vida y dificultar la continuidad de las actividades cotidianas.

Hay cuatro tipos de síntomas en el TEPT:

1. **Revivir el evento:** Los recuerdos del evento traumático puede volver en cualquier momento y se re-experimentan. Se puede sentir el mismo miedo y el horror que se sintió en su día. Esto se puede manifestar con pesadillas, flashbacks, revivir el evento a base de ver, oír y oler algo que le recuerda a ello, etc.
2. **Evitar situaciones que le recuerdan el evento:** Se trata de evitar situaciones o personas que les llevan a recordar el evento traumático.
3. **Sensación de entumecimiento:** Se vuelve difícil recordar o hablar de las partes del trauma. Evitar expresar los sentimientos es otra manera de no hablar sobre las memorias.
4. **Sentirse excitado:** El sujeto puede estar nervioso, siempre alerta y en busca de peligro. Puede también enfadarse o irritarse con facilidad. Esto se conoce como hiperexcitación. Se puede manifestar en dificultades para dormir, para concentrarse, sospechar con extrema facilidad, etc.

Azcárate (2007) distingue tres tipos de TEPT:

1. Agudo: La duración de los síntomas es menor a los 3 meses.
2. Crónico: La duración de los síntomas es igual o mayor a 3 meses.
3. De inicio demorado: Los síntomas aparecen 6 meses o más tarde después del acontecimiento traumático.

Se ha de tener un conocimiento de los factores implicados en la causa y el desarrollo del trastorno para una evaluación correcta. Esto implica tener en cuenta sucesos como: los antecedentes, los factores desencadenantes, los factores de mantenimiento y las posibles soluciones. (Azcárate, 2007).

Achotegui (2005: 16) compara los estresores que tienen en común el Síndrome de Ulises y el Síndrome por Estrés Postraumático y pone de manifiesto que así como el SEPT tiene algunos estresores en común con éste, como el miedo y el terror, no todos los estresores que se dan en el Síndrome de Ulises, como la soledad, el sentimiento de fracaso, la lucha por la supervivencia, etc. ocurren en ambos síndromes. Otra de las diferencias que distingue es que en el TEPT, se da la apatía y la baja autoestima, pues

proviene de la respuesta al miedo, a diferencia del Síndrome de Ulises, donde esto no ocurre.

2.2.5 Ansiedad y depresión

La ansiedad y la depresión en muchas ocasiones pueden ir unidas, como ocurre en la mayoría de los casos que se dan en inmigrantes. La persona inmigrante ha de adaptarse a unas situaciones diferentes a de su país de origen, lo que aumenta la probabilidad de que presenten mayores tasas de depresión y trastornos de ansiedad que personas con las mismas características sociodemográficas de su país de origen o de la cultura anfitriona. (Fuentes y Martín, 2006).

Iciarte (s.f.) entiende la salud mental como “la capacidad del individuo de adaptarse y ser funcional en su entorno sociocultural” a diferencia de la salud en términos somáticos en donde la definición corresponde a “la ausencia de enfermedad”. La etapa depresiva, señala, incluye varios factores: “la necesidad de aprender un nuevo idioma, el descenso en el status social y la disminución en la imagen social y de la propia.” Se puede manifestar de distintas maneras según la edad del sujeto y afecta a la interacción entre los miembros de la familia. La mayoría de las veces ocurre que el inmigrante supera la depresión y entra en la etapa de adaptación, donde aprende a discriminar y a no reaccionar en forma masiva, positiva o negativa, ante los estímulos del medio.

“Los trastornos por ansiedad y depresión pueden relacionarse con los procesos de adaptación y las dificultades ambientales ligadas a la emigración, asociados con frecuencia a síntomas de somatización” (Ochoa, Vicente y Lozano, 2005)

“La migración es un evento estresante concreto que puede poner a las personas en mayor riesgo de padecer depresión leve o grave.” El impacto que conlleva adaptarse a una cultura nueva puede hacer que los migrantes se sientan aislados, solos y, por tanto, deprimidos. Los migrantes son más propensos a sufrir depresión debido a la separación familiar y a la falta de redes de apoyo. Las culturas latinas son las que se ven más afectadas ya que son las que más valoran las relaciones familiares y grupales. (Hovey, 2002, citado en Tennyson, s.f.) Tal y como Tennyson (s.f., p. 11) define, “la depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo de la persona, su condición mental y física, su comportamiento y su capacidad para desempeñarse en su rutina diaria.”

Síntomas de la depresión: dificultad para concentrarse, subir o bajar de peso, sueño alterado, apatía, sensación de desesperación, inutilidad o culpa y pensamientos suicidas o de auto-lesión.

Se considera un trastorno depresivo cuando se sufren varios síntomas de depresión casi todos los días durante dos semanas o más. (Maxmen et al., 1995, citado en Tennyson, s.f.).

Tener momentos de ansiedad es algo normal, pero cuando la ansiedad no desaparece y empeora con el tiempo se puede convertir en un trastorno de ansiedad. “El trastorno de ansiedad generalizado es una preocupación continua o miedo que no se relaciona con ningún evento o situación en particular, o que está fuera de proporción con lo que se debería esperar.” (NIMH, 2007, recuperado de Tennyson, s.f.) El proceso de migración pone a las personas ante peligros, situaciones desconocidas, situaciones desagradables, y la separación de los seres queridos. Estos factores pueden causar sentimientos de ansiedad.

Síntomas de la ansiedad: sensación de inquietud o agitación, estado de alerta permanente, aumento del pulso, dificultad para dormir, sudor, irritabilidad, mareo, presión en el pecho, temblores, nervios, tensión muscular, etc.

Un estudio realizado por Vargas, (2004:63) se centró en describir el perfil clínico del paciente inmigrante con crisis de ansiedad que acude a urgencias. Los resultados fueron que, en general, se trataba de varones jóvenes, procedentes en su mayoría de Norteáfrica, y habiendo estado en España un periodo de tiempo inferior a dos años. Suelen estar alejados de sus familias, tener un bajo nivel socioeconómico y una difícil adaptación al entorno: problemas con el idioma y las relaciones sociales, trabajo precario y mala relación de pareja. La mayoría no ha sufrido episodios similares antes del proceso migratorio.

Según Vázquez (2008) un 30% de los problemas de salud que padecen los inmigrantes son mentales, como la depresión, el insomnio o la ansiedad que surgen del proceso migratorio y que en muchas ocasiones no pueden superar falta de recursos. Señala también que las mujeres son más vulnerables a desarrollar este tipo de problemas, ya que sufren más situaciones de aislamiento y se enfrentan a grandes choques culturales.

Según asegura Asensio López (2006) “cerca del 50% de los inmigrantes desarrolla enfermedades mentales, como ansiedad o depresiones, a los dos o tres años de llegar a España. Este porcentaje duplica al de españoles que sufren estas patologías”

La población inmigrante proveniente de países en vías de desarrollo, debido a sus características singulares, puede ser una población en riesgo a desarrollar síntomas ansiosos o depresivos. Es necesario por tanto facilitar los mecanismos de adaptación en todo el proceso migratorio y evitar el desamparo y rechazo que este colectivo puede llegar a sufrir.

2.3. Aprendizaje sociocultural y adaptación social

Como se ha sido descrito anteriormente, los factores económicos, políticos y sociodemográficos, así como los rasgos de personalidad de los inmigrantes influyen en el proceso de adaptación a una nueva cultura. La adaptación a la nueva sociedad de acogida va más allá de la adaptación a un lugar físico distinto, a aprender la lengua y encontrar un trabajo o una vivienda. Requiere además un aprendizaje socio cultural que conllevará una serie de cambios en el individuo a nivel psicológico. (Bravo, s.f.) Según algunos estudios se ha confirmado que la adaptación sociocultural es más difícil cuando existen grandes diferencias culturales entre la sociedad de origen y la sociedad receptora.

El término adaptación sociocultural describe el proceso cultural a través del cual los inmigrantes son capaces de establecer relaciones constructivas en la nueva cultura del país de acogida. La calidad de la adaptación sociocultural dependerá de los recursos que obtengan, véase las oportunidades escolares, salarios, conocimiento del idioma, apoyos gubernamentales e interacciones sociales con la sociedad de acogida. Algunos inmigrantes se ajustan de forma satisfactoria a la nueva cultura. Otros, debido al fuerte arraigo a su cultura de origen, se encuentran con muchas barreras en este proceso. (Ward, 2004, citado en Orozco 2013)

2.3.1 Estrategias de aculturación

La definición clásica de aculturación fue presentada por Redfield, Linton y Herskovits (1936: p.149): "aculturación comprende los fenómenos que resultan cuando grupos de personas que tienen diferentes culturas entran en continuo contacto de primera mano con los cambios posteriores en la cultura original patrones de uno o ambos grupos".

De acuerdo con Espin, (1987, citado en Gascón, 2006) la etapa de la adaptación al estilo de vida del país de acogida se caracteriza por "el estrés, el choque cultural, las dificultades económicas que la mayoría de los inmigrantes experimentan, la discrepancia entre sus aspiraciones y los logros alcanzados, la sensación de desarraigo y la discriminación." Después de haber comenzado esta adaptación a la nueva cultura, muchos de los inmigrantes viven un proceso posterior de aculturación. El término "aculturación" se refiere a las interacciones de primera mano que establecen personas provenientes de diferentes culturas. Estas interacciones crearán cambios tanto en los patrones culturales de la población inmigrantes como de los locales.

La OIM, en su Glosario sobre Migración, define la aculturación como:

La adopción progresiva de elementos de una cultura extranjera (ideas, términos, valores, normas, conductas, instituciones) por personas, grupos o clases de una cultura determinada. La adaptación parcial o total es el resultado de contactos e interacciones entre diferentes culturas a través de la migración y de las relaciones comerciales.

Según Gascón "las relaciones interculturales pueden producir un choque por la coexistencia de diversidad de valores, creencias, normas y formas de comportamiento de las personas de diferentes culturas que se relacionan en el seno de una sociedad." (2006: 106). Las personas inmigrantes tienen que llevar a cabo un proceso de adaptación en el país de destino que les creará una confusión sobre los roles, la identidad cultural propia y a las expectativas de conducta en el país de acogida. Este tipo de exigencias dará lugar en muchas ocasiones a un sentimiento de impotencia e incapacidad al no poder llevarlo a cabo de manera satisfactoria.

Previamente a la llegada del inmigrante al país de acogida éste normalmente ya ha puesto en marcha otras alternativas en su propio país para mejorar sus condiciones de vida que, por diferentes motivos, no funcionaron. Cuando estos intentos fracasan la persona se plantea iniciar un movimiento migratorio con la esperanza de que en el nuevo

destino su vida mejore considerablemente. Una vez el inmigrante llega al nuevo país tiene que pasar por una fase de acogida, una fase de adaptación y asentamiento y pasar por una serie de fases hasta conseguir la inserción y la integración en la nueva sociedad.

Para Cox y Saunders (en Gascón, 2006) hay cuatro etapas que determinan los procesos psicológicos vinculados a la migración:

1. Luna de miel: se produce en el momento de llegada al país de destino y se refiere a las altas expectativas y a las esperanzas de mejora y cambio.
2. Etapa depresiva: se debe a la frustración que desencadena el no poder cumplir las expectativas que se daban inicialmente. También destaca porque se mantienen relaciones sociales con personas del mismo origen.
3. Etapa de adaptación: se consolidan las relaciones sociales, incluso se pueden perder las que se establecieron en la llegada.
4. Etapa de rechazo de la cultura de origen

Según Delgado (2008) y basándose en la teoría de Berry (1997), existen dos dimensiones principales de aculturación: el mantenimiento de la identidad cultural original y el mantenimiento de las relaciones con otros grupos. Estas dos dimensiones dan lugar a cuatro tipos de actitudes o estrategias usadas por los inmigrantes en su proceso de adaptación que se explican a continuación y se muestran en el gráfico 6.

1. Integración: es la identificación a partes iguales, por un lado se conservan los aspectos culturales de la sociedad de origen y a su vez se incorporan componentes de la cultura de la sociedad receptora. Estudios han revelado que además de ser la estrategia más utilizada, los inmigrantes que la llevan a cabo experimentan menores niveles de estrés aculturativo en comparación con los inmigrantes que prefieren la asimilación, separación o marginación (Bochner, 1982.) A su vez, la integración ha sido relacionada con niveles bajos de depresión en los inmigrantes.

2. Asimilación: se produce cuando el inmigrante adopta la cultura dominante, identificándose totalmente con ella y renunciando a su cultura de origen. Estudios han encontrado que los inmigrantes con mayor similitud cultural con las personas de la sociedad de residencia y que cuentan con niveles altos de auto estima prefieren la asimilación como la mejor estrategia de aculturación (Oudenhoven et al., 1996, recuperado de Orozco, 2013).

3. *Separación*: el inmigrante rechaza la cultura de la sociedad que le recibe y conserva la propia de su cultura de origen. Algunos estudios hablan de la importancia de identificarse con los valores de la cultura propia, pues algunas de sus ventajas son una alta autoestima y un sentido de identidad. Por el contrario, otros estudios han mostrado que la estrategia de separación está asociada con altos niveles de estrés y con bajos niveles de adaptación sociocultural (Ward and Kennedy, 1994, recuperado de Orozco, 2013).

4. *Marginalización*: se trata de un rechazo o ausencia de implicación tanto de la propia cultura como de la cultura de acogida, un abandono de toda identidad cultural. Los resultados de un estudio que se realizó fueron que la marginación estuvo asociada con bajos niveles de adaptación psicológica y sociocultural (Kosic, 2002, recuperado de Orozco, 2013)

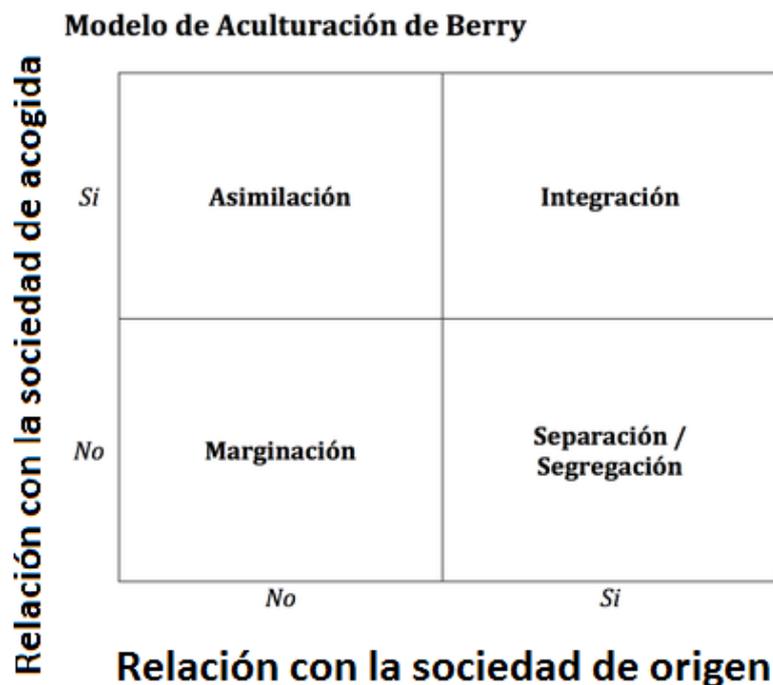


Figura 6: Modelo de aculturación de Berry

Fuente: Berry (2005) "Acculturation: Living successfully in two cultures"

Como respuesta a estas alternativas de adaptación en el proceso de aculturación, Garcia Campayo y Alda Díez (2005) citan una serie de factores a los que dicho proceso está condicionado:

- Semejanza cultural: cuando la semejanza cultural es mayor se minimiza el choque cultural.
- Receptividad de la sociedad de destino: puede tener posturas muy opuestas y variar desde una postura muy receptiva hasta el extremo de la xenofobia.
- Edad: las personas inmigrantes de mediana edad realizan de manera más exitosa el proceso de integración que los adolescentes, los cuales tienden a rechazar la cultura de origen de sus padres, dándose así un conflicto intergeneracional. Las personas más mayores suelen aferrarse a la cultura de su país de origen y rechazar la del país de acogida.
- Personalidad: corresponde a la capacidad de adaptación al cambio y la estabilidad personal. Cuando menos vulnerable se es mejor se adaptará el sujeto al nuevo entorno.

Facilitar estos procesos de aculturación que conllevan dificultades en los aspectos sociales de la vida del individuo es una tarea que recae directamente sobre los trabajadores sociales y nuestra obligación es la de facilitar una mayor integración y bienestar.

2.4. Diferencias culturales en la concepción de salud y enfermedad

La cultura influye en la salud, en la medida en que todas las actividades de la vida cotidiana están condicionadas culturalmente. El concepto de “salud” ha ido evolucionando en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos. En los primeros años de la historia se mantenía el pensamiento primitivo (mágico-religioso), basado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino, que los brujos tenían gran influencia y que las causas eran sobrenaturales. Esta actitud todavía se mantiene en algunos poblados de África, Asia, Australia y América.

La enfermedad, el sufrimiento y la muerte, así como la preocupación por la salud, son considerados hechos universales. Todos los grupos humanos han desarrollado estrategias para prevenir y hacer frente a las enfermedades a través de un sistema médico. Según la antropología sociocultural un sistema médico es un conjunto más o menos

organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. La forma de estos elementos depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina. “Las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en los cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual.” (Alarcón, Vidal y Neira, 2003).

Fuertes y Martín (2006) entienden el concepto de salud como relativo y multidimensional y sostienen que hay que tener en cuenta elementos no sólo biológicos sino también culturales y sociales. Los determinantes de salud de los inmigrantes son consecuencia de: la falta de acceso a un trabajo normalizado, la posible situación irregular de residencia, el hecho de vivir en zonas de riesgo social y por la dificultad de acceso a los servicios sanitarios (en muchos casos por falta de información, de problemas de comunicación relacionados con el lenguaje y las diferencias etnoculturales). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes de salud como “el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”.

En ocasiones surge un enfrentamiento entre la medicina tradicional o propia del país de origen del emigrante y la medicina basada en la ciencia. Es necesario tener ciertos conocimientos antropológicos, ya que no sólo hay que entender cuál es la enfermedad que se padece sino también cómo expresa cada cultura los síntomas y emociones. (Julio Zarco, s.f.)

Alarcón et al. (2003) definen la salud intercultural como “el conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud”. Según Asenjo (2006) en muchos casos los inmigrantes interpretan los fenómenos patológicos que sufren (tristeza, llanto, tensión, nerviosismo, dolor de cabeza, irritabilidad, insomnio, fatiga, etc.) desde el punto de vista de la cultura tradicional de su lugar de origen y atribuyen sus desgracias a brujería o magia. Hay dos posturas en cuanto a la reputación de la medicina occidental. Ocurre a veces que desconfían de ella pero otras veces pueden verla como algo avanzado y milagroso. (Fuertes y Laso, 2006)

La inmigración es un factor de riesgo para la salud mental, por eso se hace necesario el conocimiento de la cultura de origen del inmigrante, de sus valores y de su concepción de la salud para una intervención correcta.

No es infrecuente que muchos inmigrantes se muestren ambivalentes frente a la medicina occidental, con una fe desmesurada en las tecnologías asociadas a las pruebas complementarias, a la vez que aplican sus propios valores, lo que origina malentendidos y escaso cumplimiento. Hay que valorar el papel de las creencias sobre el origen de la enfermedad, habitualmente muy diferentes a las de la medicina occidental, y no siempre negativas para el tratamiento. (Ochoa, Vicente y Lozano, 2005)

Se plantea un problema a la hora de analizar la salud de los inmigrantes y es que no basta con analizarla a partir de la población que acude a las consultas, pues en muchas ocasiones los inmigrantes acuden a consulta con menos frecuencia que la población española en situaciones similares. Esto está fuertemente determinado por las diferencias culturales que existen en los procesos de atención sanitaria entre ambas sociedades así como a los problemas de acceso a los servicios sanitarios. (Fuentes y Martín Laso, 2006:10).

Según las conclusiones del “Estudio sobre la Inmigración y el Sistema Sanitario Público Español” realizado por la Fundación Pfizer (citado en Sahuquillo, 2008), los inmigrantes utilizan menos el sistema de sanitario que los españoles. Acuden menos al médico de atención primaria de manera preventiva pero van más a urgencias. El porcentaje donde se aprecia una mayor diferencia entre ambos colectivos es en las urgencias de hospitales (25,3% en población española frente a 41,2% en población inmigrante). Sin embargo, los inmigrantes acuden un 9,3% menos al médico de manera preventiva. Como conclusión de estos datos se puede afirmar que los inmigrantes y los españoles entienden la salud de forma distinta, debido a la influencia cultural de sus patrones sanitarios, es por ello que los primeros utilizan un 15% más las urgencias pero no le dan menos importancia a la prevención.

CAPÍTULO III

3. Discusión teórica y formulación de interrogantes

A continuación se plantearán una serie de cuestiones teniendo en cuenta algunas de las posibles problemáticas que pueden darse en el proceso migratorio. La mayoría de los autores mencionados anteriormente coinciden en que la migración puede causar una serie de problemas y alteraciones en la salud que son naturales por el cambio que se está

efectuando, pero que corren el riesgo de convertirse en patológicos si no se tratan a tiempo y si las condiciones de la persona en el país de acogida no son favorables para la superación del problema. Teniendo en cuenta estas premisas, se puede plantear la hipótesis de que si se da una situación social positiva y el entorno en el que se desenvuelve la persona inmigrante es favorable, se sufrirán en menor medida los duelos y estresores que provoca la migración.

Teniendo en cuenta la información y estadísticas reflejadas en el anterior capítulo, se constata que a día de hoy muchos de los españoles siguen basando su pensamiento en los mitos que existen sobre este colectivo, mitos que llevan al rechazo del inmigrante y que se han demostrado falsos, como: el aumento de la inmigración va unido al aumento de la delincuencia, los inmigrantes “roban” el trabajo a los españoles, hacen un uso excesivo de los servicios de atención primaria, colapsan los servicios sanitarios y esto perjudica a los españoles que acuden al médico, etc. Esta imagen negativa lleva, por parte de la sociedad de acogida, a actitudes xenófobas y racistas que afectarán a la población inmigrante.

Ya que el tema de este trabajo es de inmigración y salud, me parece adecuado poner de manifiesto las trabas que se les están poniendo a los inmigrantes irregulares para acceder al sistema sanitario. ¿Se ha convertido el derecho a la salud, que es un derecho humano fundamental, en un derecho social adquirido o de caridad? ¿Qué tipo de derechos humanos está respetando una ley que limita la atención sanitaria a un inmigrante si su situación en el país no es regular?

En el año 2000 se creó la Ley de Extranjería, la Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, una ley que reconoce por primera vez la necesidad de establecer políticas de integración de los inmigrantes así como el derecho a la asistencia sanitaria. Esta ley, tras haber sufrido varias reformas, sigue estando vigente en nuestro país.

El artículo 12, dedicado al derecho a la asistencia sanitaria, señala que:

Los extranjeros inscritos en el padrón del municipio en el que vivan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Los extranjeros que se hallen en el Estado español tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia cuando padezcan enfermedades graves o accidentes de cualquier tipo, y a la continuidad de esta atención hasta el alta médica. Los extranjeros menores de 18 años que se hallen en el Estado español tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones

que la población de origen. Las extranjeras embarazadas tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, el parto y el posparto.

Según la Ley Orgánica 4/2000, los extranjeros en situación administrativa irregular tienen garantizado el derecho a la asistencia sanitaria. Esta norma se mantuvo hasta el Real Decreto-ley 16/2012, que excluye a los extranjeros en situación administrativa irregular del derecho a la asistencia sanitaria y añade que es necesario tener la condición de asegurado para poder ser titular del derecho. Las leyes han ido evolucionando a lo largo de la historia, favoreciendo y ampliando los derechos de las personas inmigrantes, hasta que se aprueba este Real Decreto-Ley 16/2012 (“la reforma sanitaria”), que no es sino un retroceso en los derechos que hasta el momento se habían conseguido. Esta ley supone una reforma “excluyente” que recorta este derecho a las personas inmigrantes en situación administrativa irregular y éstas pasan a estar excluidas del Sistema Nacional de Salud (a excepción de mujeres embarazadas, menores y casos de urgencia).

¿Tienen garantizado las personas inmigrantes indocumentadas el derecho a la integridad física y psicológica si no se les reconoce el derecho a la asistencia sanitaria y el acceso normalizado a los servicios de salud? Teniendo en cuenta que el Trabajo Social intenta incidir en los factores que contribuyen a la marginación, la exclusión social y la opresión y que es una profesión comprometida con el mantenimiento de la estabilidad y la justicia social, podría considerarse dicha ley una injusticia sanitaria, pues se está limitando el acceso a la atención sanitaria gratuita a todas aquellas personas que no cumplan dichos requisitos y ello crea desigualdades y marginación entre la población inmigrante. Los derechos humanos y el respeto a la diversidad son valores fundamentales para el Trabajo Social, que se involucra en hacer frente a los desafíos de la vida de las personas y aumentar su bienestar.

¿Cuál es la solución a este problema socio-sanitario en el ámbito de la salud mental de este colectivo? La solución no está solamente en tratar las dolencias a base de fármacos y terapias (aunque, obviamente, en ocasiones sea necesario). Ocurre a menudo que se menosprecia la importancia del ámbito social que, muchas veces, es precisamente el motivo de la causa del malestar de la persona. Es necesario actuar primero en las causas sociales que provocan los problemas del inmigrante y buscar estrategias de integración y de superación del desarraigo. Después de haber incidido en las causas sociales se pueden

aplicar medidas sanitarias que alivien y traten el sufrimiento. Esta intervención ha de hacerse de forma holística, teniendo en cuenta la intervención de distintos profesionales y trabajando desde un enfoque multidisciplinar.

Tanto los Servicios Sociales como el Trabajo Social deben prepararse para atender al grupo de población inmigrante, que cuenta con unas características, cultura y lengua diferentes. La labor del trabajador social está ligada a las políticas sociales del momento, por ello se precisa una constante actualización sobre la realidad social. La sensibilidad, la empatía y los valores interculturales se hacen necesarios en la intervención con personas inmigrantes para favorecer su integración a nuestra sociedad. Los trabajadores sociales han de ser profesionales culturalmente competentes en el ámbito de la inmigración. Han de utilizarse herramientas y capacidades para relacionarse con personas de culturas distintas.

El trabajo social ha de intervenir e intentar paliar las problemáticas con las que pueden encontrarse las personas inmigrantes, independientemente de cual sea su situación administrativa. A continuación se plantean una serie de servicios que se podrían prestar desde esta disciplina:

- Ofrecer apoyo a través de actividades grupales, fomentando el uso de redes sociales a través del conocimiento de asociaciones o agrupaciones de personas del país de origen del inmigrante donde compatriotas o personas que viven una situación similar puedan compartir sentimientos y problemas y se ayuden entre sí, con el objeto de compensar las pérdidas del proceso migratorio y afrontar la etapa de duelo de forma positiva.
- Muchas veces los inmigrantes no acuden al médico por miedo y desinformación, por ello es muy importante informar sobre los servicios gratuitos a los que tienen derecho, qué situaciones sí están cubiertas y en qué ocasiones pueden acudir a los servicios de salud de forma legal y gratuita (menores de edad, mujeres embarazadas y urgencias).
- En caso de que se padezca patología mental y no tener derecho al sistema sanitario, los trabajadores sociales deberían tener opciones de atención a través de la coordinación con otras instituciones, bien sean públicas o privadas.

Por ejemplo, existen unos servicios llamados “grupos de acompañamiento” cuya finalidad es luchar por la sanidad universal y desde el año 2012, que se aprobó el

Real Decreto-ley, acompaña a aquellas personas que se quedaron sin tarjeta sanitaria a los servicios sanitarios y conseguir así que sigan accediendo a la red sanitaria normalizada.

- Poner de manifiesto ante las entidades competentes los casos de aquellas personas que no pueden ser atendidas en el sistema sanitario.
- Normalizar los aspectos que se pueden dar en la primera etapa del proyecto migratorio, como los sentimientos de duelo y pérdida, e informar de los factores que pueden ser causa de alarma.
- Trabajar de manera interdisciplinar para un abordaje global de las personas, desde una perspectiva bio-psico-social.

La metodología de intervención social se empleará dependiendo de la fase del proyecto migratorio en que la persona inmigrante se encuentre:

1. Fase de Acogida: Es la primera fase de todas y coincide con la llegada del inmigrante a su nuevo destino.
2. Fase Tutelada: Esta fase está relacionada con la adaptación y el asentamiento del sujeto al nuevo medio.
3. Fase Autónoma: Se persiguen resultados como la inserción y la integración.

Las tres fases son imprescindibles para conseguir la integración social del inmigrante pero recobra una especial importancia la función del trabajador social en la fase de acogida. En la intervención con personas inmigrantes la primera impresión que éste reciba sobre el trabajador social es importante. Es necesario empezar la relación con un buen comienzo y que la persona se sienta cómoda y bienvenida, esto hará que el resto de la intervención sea más efectiva. Durante este tiempo la función del trabajador social consistirá en guiar al sujeto en su proceso de integración, apoyándole y facilitándole la inserción social y ayudándole a superar las barreras que se presenten.

A pesar de que las funciones del trabajador social varían dependiendo de la fase en que se encuentre la intervención, hay una serie de funciones comunes que han de estar presentes en todo el proceso de intervención con inmigrantes: facilitar la integración, respetar la diversidad cultural, tener una actitud abierta y estar dispuesto a trabajar en un equipo multidisciplinar, trabajar en coordinación con otras entidades que trabajen con inmigrantes, llevar a cabo la escucha activa y la empatía, conseguir la interacción entre culturas, dejar que sea el inmigrante el actor de su propio cambio y evitar así el

proteccionismo, luchar por la inclusión de los inmigrantes sensibilizando a la población receptora acerca del racismo y la xenofobia, poner en marcha acciones sensibilizadoras con el fin de promover una convivencia sana, libre del rechazo y la discriminación, etc.

4. Conclusiones.

A modo de conclusión, destacar que el proceso migratorio se ha considerado como fenómeno de gran complejidad y que a lo largo del trabajo se ha pretendido explicar una serie de problemas por los que puede pasar la persona inmigrante cuando llega al país de destino, así como las repercusiones que esto tiene en su salud mental.

La forma en que la sociedad de acogida recibe a los inmigrantes tiene un gran impacto en la forma en que éstos vayan a realizar su proceso de adaptación e integración, así como en los problemas de salud que puedan llegar a desarrollar. Cuanto más cálida y positiva sea la acogida más fácil le resultará a la persona superar las barreras que produce el hecho de ser inmigrante. Uno de las principales dificultades que se plantean es que la población autóctona tiene a día de hoy ciertos prejuicios que hacen que la adaptación de los inmigrantes se complique, lo cual puede tener efectos negativos en la salud de los mismos y dificultar su adaptación e integración en la sociedad.

Muchas de los obstáculos ligados al proceso migratorio no se darían o, si se diesen, sería de forma más leve, si la población inmigrante tuviera mayores cuotas de integración. Como se ha visto, la integración es el resultado de diversas variables por parte de la población inmigrante y la población de acogida. Por parte de esta última es necesario que exista una mayor conciencia social y sensibilizar a la población para que tenga una actitud más tolerante y comprensiva hacia el colectivo inmigrante. La información incorrecta y los mitos falsos crean conceptos erróneos que pueden dar lugar a actitudes xenófobas y a la alimentación de prejuicios hacia esta población. Se hace necesario luchar por cambiar la imagen negativa que se tiene sobre este colectivo y favorecer el conocimiento de los beneficios que aportan los inmigrantes al país receptor y no sólo los problemas. Vivimos en una sociedad multicultural y sería óptimo conseguir una buena convivencia entre los miembros de las distintas culturas basada en el respeto y promover así la diversidad cultural como algo positivo y enriquecedor.

Desde la disciplina del Trabajo Social se puede incidir en estos momentos difíciles del proceso migratorio e intentar que las problemáticas que puede causar el hecho de ser inmigrante sean lo más leves posibles. Voy a resaltar de entre todas las funciones de los trabajadores sociales el hecho de estar siempre informado e informar al inmigrante sobre las políticas sociales, derechos y ayudas existentes, así como las asociaciones, grupos de ayuda o colectivos a los que puede acudir para que pueda desarrollarse e integrarse contando con un mayor apoyo y facilidades. También es esencial utilizar la empatía, pues para una intervención de calidad es de vital importancia que el profesional conozca la situación por la que está pasando la persona y tenga siempre alternativas que puedan ayudar al desarrollo integral del inmigrante.

5. Bibliografía

- Achotegi, J. (1995). *Planteamientos básicos sobre la inmigración desde una perspectiva psicopatológica y psicosocial*. Barcelona
- (2000). “Los Duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial”, en: *Revista Medicina y cultura*. Barcelona. . pp. 14-26
- (2002). “La depresión en los inmigrantes”, en: *Una perspectiva transcultural*. Barcelona, Editorial Mayo.
- (2004). “Inmigrantes en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple.” *Revista el Médico*, pp. 18-20.
- (2005). “La crisis como factor agravante del síndrome de Ulises (síndrome del duelo migratorio extremo.” *Conferencia Foro Social Mundial de las Migraciones*, Madrid, España.
- (2006). “Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)”. *Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*. Volumen V, Nº 21. Pp. 39-53.
- (2008). “Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple síndrome de Ulises”. *Revista Internacional On-Line*. Barcelona. Recuperado de: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0701/achotegui.pdf>, acceso 1 de abril de 2015.
- Alarcón, A.M., Vidal, H. y Neira, J. (2003). “Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales.” *Revista médica de Chile*. v.131 n.9, pp.1061-1065. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext, acceso 7 de mayo del 2015.
- Asenjo, M. (2006). “El 50 por ciento de los inmigrantes desarrollan algún trastorno psíquico” Recuperado de: http://www.abc.es/hemeroteca/historico-09-12-2006/abc/Sociedad/el-50-por-ciento-de-los-inmigrantes-desarrollan-algun-trastorno-psiquico_153360247547.html, acceso el día 10 de mayo de 2015.
- Azcárate Mengual, M. A. (2007). *Trastorno de Estrés Post Traumático y Daño Cerebral*. Madrid: Díaz de Santos.

- Berry, J.W. (1997). *Immigration, Acculturation, and Adaptation*. *Applied Psychology: An International Review*. 46(1):5-68.
- (1990). “*Psychology of Acculturation and Adaptation*.” *Applied Psychology*.
- (2005). “*Acculturation: Living successfully in two cultures*”. *International Journal of Intercultural Relations*. 29 (6), Pp. 697-712.
- An International Review*, 46 (1), 5-61. DOI: 10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x
- Bravo Rodriguez, R.M. (s.f.). “Aprendizaje cultural y adaptación social de los inmigrantes.” Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1992/vol3/arti4.htm>, acceso el día 21 de mayo de 2015.
- Bron, A. (2000) “Existential, Sociological and Psychological Dimensions in the Analysis of Immigrants.” *Narratives*. Roskilde, Dinamarca.
- Bueno Sánchez, E. (2004). “Apuntes sobre la migración internacional y su estudio. Capítulo I: “Definiciones y conceptos sobre la migración.” México, Universidad Autónoma de Zacatecas, 2004. Recuperado de: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/guzman_c_e/capitulo1.pdf visto 06/05/2015, acceso el 12 de mayo de 2015.
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín. M. y Tomás-Sábado, J. (2008) “Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante” *Programa de Psiquiatría Transcultural*. Papeles del Psicólogo Vol. 29(3), pp. 307-315, Barcelona.
- Costa, N. (2012) “Las cosas no son como son, son como somos. El Síndrome de Ulises y estrés aculturativo.” Barcelona. Recuperado de: <http://www.soncomosomos.com/2012/12/el-sindrome-de-ulises-y-el-estres.html>, acceso 11 de mayo de 2015.
- Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Recuperado de: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/91>
- Delgado, P (2008). “Emigración y psicopatología”. *Investigación y Terapia Cognitiva*, Sevilla. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. (4): 15-25
- Echeburúa, E. y Herrán, A. (2007). “¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo?” *Análisis y Modificación de Conducta*. Vol. 33, N° 147 pp.32 – 50

- Esteso Mesa, R. (2006). *El trabajo en exclusión social de médicos del mundo: Inmigrantes. Trabajo Social Hoy (Monográfico: Trabajo Social e Inmigración)*. Colegio Oficial de diplomados en Trabajo Social y AA.SS. Madrid.
- Fuertes, C., Martín, M. A. (2006). “El inmigrante en la consulta de atención primaria”. *Navarra Vol. 29, Suplemento 1 9 (p.9-19)* Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200002, acceso 23 de mayo de 2015.
- Gallego-Díaz, S (2011). “No es depresión, es síndrome de Ulises.” Recuperado de: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/09/20/actualidad/1316469615_850215.html, acceso el 4 de mayo del 2015. Acceso 11 de mayo de 2015.
- García Campayo, J. y Alda Díez, M. (2005). “Salud Mental e Inmigración.”. *Elsevier Vol. 118. Núm. 05*. Zaragoza.
- Gascón Navarro, N. (2006). *Procesos de intervención y aspectos psicosociales en la inmigración. Trabajo Social Hoy (Monográfico: Trabajo Social e Inmigración)*. Colegio Oficial de diplomados en Trabajo Social y AA.SS. Madrid.
- González Calvo, V. (2005). “El duelo migratorio.” *Revista de Trabajo Social N° 7*. pp. 78 – 97
- Grinberg, L., Grinberg, R., (1980) *Identidad y Cambio*. Barcelona: Paidós.
- (1984). *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Madrid: Alianza Editorial.
- (1996). *Migración y Exilio. Estudio psicoanalítico*. Madrid: Segunda edición. Editorial Biblioteca Nueva.
- Hernández, F. (2007). Los efectos psicológicos de la migración – entrevista con el psicólogo. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1557, acceso el 13 de mayo de 2015.
- Iciarte, E. (s.f.). “Trastornos psiquiátricos más frecuentes en el inmigrante: Ansiedad, Trastornos del Estado de Ánimo y Adicciones.” Recuperado de: <http://ecoterapias.com.es/documento/3f3be64d6dcd05f7a4d69e81e98c0a7c4ba75131.pdf>, acceso 21 de mayo del 2015
- Jansá, J.M. (1995) “La salud de los inmigrantes y la atención primaria.” *Rev. Esp. Salud Pública [online]*, pp.320-326. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v72n3/editoria.pdf>

- (1998). “Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública.” *Revista Española de Salud Pública*. Madrid. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000300001, acceso 13 de mayo del 2015
- Larraz Vileta, A. (s.f.). “Inmigración y salud” Recuperado de: http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/19/docs/Areas/Inmigracion/Publicaciones/GUIA_INMIGRACION_SALUD.pdf, acceso el 3 de mayo del 2015
- López, A. (2006). “La mitad de los inmigrantes sufre depresión o ansiedad a los dos años de su llegada.” *Periódico 20 minutos*, Recuperado de: <http://www.20minutos.es/noticia/173263/0/inmigrantes/ansiedad/depresion/#xtor=AD-15&xts=467263>, acceso el 25 de mayo de 2015.
- Maluquer Margalef, E. (1997) “La sanidad: una asignatura pendiente”. *En: II informe sobre inmigración y trabajo social*. Barcelona: p. 545-589.
- Martínez Moneo, M., Martínez Larrea A. (2006) *Patología psiquiátrica en el inmigrante*. An. Sist. Sanit. Navarra. 29 (Supl. 1): 63-75. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s1/original5.pdf>, acceso 9 de mayo del 2015
- Montejano, S. (2002). “Duelo ante la pérdida.” *Psicología Online*. Recuperado de: <http://www.psicoglobal.com/blog/duelo-perdida>. Acceso 15 de mayo del 2015
- Ochoa Mangado, E., Vicente Muelas, N., Lozano Suárez, M. (2005). *Síndromes depresivos en la población inmigrante*. *Rev. Clin. Esp*; 205:116-8 - Vol. 205 Num.3 DOI: 10.1157/13072968
- Organización Internacional para las migraciones. (2013). *El bienestar de los migrantes y el desarrollo*. Suiza. Organización Internacional para las Migraciones.
- Oñorbe, M. (2006). “Los inmigrantes no los traen; se contagian aquí”. Recuperado de: http://elpais.com/diario/2006/06/18/sociedad/1150581601_850215.html
- Orozco Vargas, A. E. (2013). “Migración y estrés aculturativo: una perspectiva teórica sobre aspectos psicológicos y sociales presentes en los migrantes latinos en Estados Unidos.” *Revista Académica del CISAN-UNAM*. Vol. 08. Núm. 01. Norteamérica. DOI: 10.1016/S1870-3550(13)71765-8

- Ortiz Duque, A. M. (1996). *Fases de la intervención social con inmigrantes*. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. N. 4 pp. 147-154
- Passalacqua, A. M. et. al. (2013). VARIACIONES DEL IMPACTO MIGRATORIO. V *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-054/909.pdf>, acceso 9 de mayo de 2015.
- Redfield, R., Linton, R. y Herskovits, M.J. (1936). *Memorandum on the study of acculturation*. *American Anthropologist*, 30, pp. 149–152. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/aa.1936.38.1.02a00330/epdf>, acceso el día 11 de mayo de 2015.
- Rodríguez-Pina, G. (2014). “La España migrante: datos y estadísticas sobre inmigrantes y emigrantes (INOGRAFÍA)”. Recuperado de: http://www.huffingtonpost.es/2014/12/18/emigrantes-inmigrantes-espana_n_6350006.html, acceso el 21 de Mayo de 2015.
- Rozo Catillo, J.A. (2008). “Efectos del duelo migratorio y variables socioculturales en la salud de los inmigrantes.” *Universidad de Sevilla*. Sevilla.
- Rubio Espindola, J. (s.f.). “Duelo normal y patológico.” Universidad de Concepción. Recuperado de: <http://www.geocities.ws/estamentops2/Documentos/duelo.pdf>, acceso 9 de mayo de 2015.
- Rubio Pinilla, Y. (s.f.). “Hablemos de duelo migratorio.” *Psicología Social*. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/movil/monografias/hablemos-de-duelo-migratorio/>
- Sahuquillo, M. (2008). “Los inmigrantes demandan menos atención sanitaria que los españoles”. *Periódico El País*, Recuperado de: http://elpais.com/diario/2008/06/25/sociedad/1214344814_850215.html, acceso 20 de mayo del 2015.
- Sánchez Márquez, H. y López Miguel, M. J. (2008). “Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante”. *Revista cuatrimestral de psicología*, Vol. 26, número 3, pp.399-410. Universidad de Sevilla.
- Tennyson, A. (s.f.). “La migración y la salud mental.” pp. 5-13. Recuperado de: <http://mujermigrante.mx/wp->

content/uploads/2013/06/Migraci%C3%B3n_saludmental.pdf Acceso el día 25 de mayo de 2015

- Tizón, J. (1989). *Migraciones y salud mental*. Barcelona: Gaceta Sanitaria.
- Trillo, Paula A. (2009). "Migraciones e identidades: un estudio sobre las experiencias de integración social y cambios en las identidades de inmigrantes de Europa Central y Oriental". V *Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Tylor, E. B. (1975). "La ciencia de la cultura." El concepto de cultura: textos fundamentales. *Anagrama*, p. 29-46. Barcelona.
- Vall Combelles O, García Pérez J, Puig C. (2001). "La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes." *Pediatría Integral* (pp. 42-50.)
- Vargas Ortega, D. A., Parrilla Ruiz, F.M., Martínez Cabezas, S. M., Cárdenas Cruz, D.P., Cárdenas Cruz, A., Díaz Castellanos, M.A. (2004). *Crisis de ansiedad en inmigrantes, un nuevo reto para el médico de urgencias*. El Eldo. Almería. Pp. 62-65.
- Vázquez, J. (2006). "Más de la mitad de las jóvenes inmigrantes sufre ansiedad o depresión por el choque cultural y la sensación de culpa". Recuperado de: <http://www.europapress.es/epsocial/inmigracion-00329/noticia-mas-mitad-jovenes-inmigrantes-sufre-ansiedad-depresion-choque-cultural-sensacion-culpa-20081124140158.html>, acceso 23 de mayo del 2015.
- Vega Pascual, M. J. (1996). *Fases de la intervención social con refugiados*. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. N. 4 pp. 155-181.
- Zarco, J. (s.f.) "La influencia de la cultura en la percepción de la enfermedad" Recuperado de: <http://www.dmedicina.com/vida-sana/2003/06/05/infuencia-cultura-percepcion-enfermedad-4198.html>, acceso el día 27 de mayo del 2015.