



Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Programa de doctorado en “Personalidad, Desarrollo y Comportamiento Anormal”
(Bienio 2006-2008)

TESIS DOCTORAL

**SÍNDROME DE ULISES, ACULTURACIÓN Y
PERSONALIDAD EN UNA POBLACIÓN DE INMIGRANTES
ÁRABES**

Mozdalifa Elkheir Abuagilah

Directores
Dra. Maria Jayme
Dr. Joseba Achotegui

BARCELONA, 2 de Junio 2014

Ulises pasábase los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus ojos en el mar estéril, llorando incansablemente...(Odisea, Canto V, 150), ó el pasaje en el que Ulises para protegerse del perseguidor Polifemo le dice “ preguntas cíclope cómo me llamo...voy a decírtelo. Mi nombre es Nadie y Nadie me llaman todos...” (Odisea Canto IX, 360).

Si para sobrevivir se ha de ser nadie, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad ni integración social y tampoco puede haber salud mental.

AGRADECIMIENTOS

Una vez llegada a esta parte del camino quería expresar mi más profundo agradecimiento por su estimable ayuda en el desarrollo de esta tesis a todas las personas que de alguna manera, me han ayudado a llegar hasta aquí.

En primer lugar, agradezco a mis directores de tesis, Dra. Maria Jayme, por haber confiado en mí desde el primer día, por su gran esfuerzo en corregirme y re-correrme, su paciencia, comprensión, constante crítica y consejos los cuales han ayudado a que la tesis llegara a buen fin. Y también, Dr. Joseba Achotegui por el apoyo, consejos y las conversaciones. Con ustedes he tenido la oportunidad de aprender muchas cosas diferentes, tanto del ámbito académico como de los inmigrantes. También quiero agradecer al Dr. Joan Guardia su guía, ayuda, disponibilidad y apoyo con la parte de análisis estadísticos, me ha transmitido su experiencia y conocimiento. También mi agradecimiento especial a la Dra. Ana Tuset, que me ha prestado su ayuda con el análisis cualitativo del trabajo.

Muchas gracias a mi gran amiga Janina por su apoyo, cariño y consuelo y también a mis amigas Pilar, Laura, Carolina, Hanan y Nidaa que son de amistades incondicionales.

Para la realización de las entrevistas ha sido imprescindible la colaboración de diferentes personas y asociaciones. A todas ellas muchas gracias por su interés y disponibilidad, especialmente el "Centre Cultural Islàmic Català" y la "Agencia de salud pública" por medio del Sr/ Sayed Abdelkareem. Gracias a la "asociación de Sunaa al hayat" e "Iben batuta".

Asimismo, quiero agradecer a los comerciantes "carnicerías, locutorio, restaurantes árabes" y a la comunidad Sudanesa en Barcelona su ayuda en la distribución y realización de las entrevistas.

Un especial agradecimiento a mi amado AbdeMoniem quien me ha regalado muchas horas de nuestra vida para que yo llegase a este momento. Por su paciencia, por sus sueños para que yo alcanzara los míos. A nuestra Hijos Firas y Sarah, por entender muy bien a lo que me dedicaba o porqué pasaba tanto tiempo trabajando y que han soportado todos los nervios, cansancio y horas de estudios. Mis agradecimiento a mis padres y mis hermanos, quienes fueron los primeros en confiar en que yo podía lograr esta meta. Y gracias a "Allah", al que nunca olvido. Sinceramente y de todo corazón muchas gracias a todos.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|-----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1 MARCO TEÓRICO | |
| 1.1 Inmigración | 7 |
| 1.2 Inmigración y estrés | 8 |
| 1.2.1 Modelos psicológicos del estrés | 9 |
| 1.2.1 Migración y salud | 14 |
| 1.2.3 Factores predictores del estrés en el proceso migratorio | 30 |
| 1.3 Síndrome de Ulises | 45 |
| 1.3.1 Vulnerabilidad | 46 |
| 1.3.2 Estresores | 48 |
| 1.4 Duelo migratorio | 54 |
| 1.4.1. Características del duelo Migratorio | 55 |
| 1.4.2. Elaboración del duelo migratorio | 64 |
| 1.4.3. Resolución del duelo migratorio | 66 |
| 1.5 Sintomatología del Síndrome de Ulises | 68 |
| 1.5.1 Área depresiva | 68 |
| 1.5.2 Área de ansiedad | 69 |
| 1.5.3 Área de somatización | 71 |
| 1.5.4 Área confusional | 73 |
| 1.5.5 Área cultural | 73 |
| 1.6 Diagnóstico diferencial de Síndrome de Ulises | 75 |
| 1.6.1 Trastorno depresivo | 77 |
| 1.6.2 Trastorno Adaptivo | 78 |
| 1.6.3 Trastorno por Estrés Post-Traumático | 79 |
| 1.6.4 Trastornos psicóticos | 80 |
| 1.7 Aculturación | 84 |
| 1.7.1 Actitudes de aculturación | 87 |
| 1.7.2 Estrés de de aculturación | 97 |
| 1.7.3 Factores predictores del estres en el proceso de aculturación | 101 |
| 1.8 Personalidad y salud mental | 107 |
| 1.8.1 Personalidad y estrés | 109 |
| 1.8.2 El modelo de los Cinco Factores de Personalidad (MCF) | 110 |
| 1.8.3 Personalidad del inmigrante | 116 |
| 2 ESTUDIO CUANTITATIVO | |
| 2.1 Introducción | 121 |

| | | |
|------------|--|-----|
| 2.2 | Objetivos | 122 |
| 2.3 | Hipótesis | 123 |
| 2.4 | Metodología | 125 |
| 2.4.1 | Muestra | 125 |
| 2.4.2 | Instrumentos de evaluación | 126 |
| 2.4.3 | Procedimiento | 134 |
| 2.4.4 | Plan del análisis | 135 |
| 2.5 | RESULTADOS | |
| 2.5.1 | Descripción de la muestra | 138 |
| 2.5.2 | Sintomatología de Síndrome de Ulises | 140 |
| 2.5.3 | Presencia e intensidad de Estresores y Vulnerabilidad | 141 |
| 2.5.4 | Síndrome de Ulises y variables sociodemográficas | 144 |
| 2.5.5 | Síndrome de Ulises y variables premigratorias | 146 |
| 2.5.6 | Síndrome de Ulises y actitud de aculturación general | 153 |
| 2.5.7 | Síndrome de Ulises y estrategias/actitudes de aculturación por ámbitos | 155 |
| 2.5.8 | Síndrome de Ulises y factores de personalidad | 164 |
| 2.5.10 | Síndrome de Ulises y factores de personalidad en función del sexo | 165 |
| 2.5.11 | Perfil de característico del inmigrante de origen árabe | 167 |

3 ESTUDIO CUALITATIVO

| | | |
|-------|--|-----|
| 3.1 | Introducción | 174 |
| 3.2 | Objetivo | 176 |
| 3.3 | Método | 176 |
| 3.3.1 | Muestra | 176 |
| 3.3.2 | Muestreo bola de nieve | 178 |
| 3.3.3 | Instrumento | 178 |
| 3.4 | Análisis de datos | 179 |
| 3.5 | Contexto de origen | 181 |
| 3.6 | Contexto de llegada | 184 |
| 3.6.1 | La soledad (duelo por la familia) | 186 |
| 3.6.2 | El fracaso del proyecto migratorio | 188 |
| 3.6.3 | La lucha por la supervivencia | 192 |
| 3.6.4 | El miedo y la indefensión | 193 |
| 3.7 | Salud mental, psicopatología e inmigración | 194 |
| 3.7.1 | Sintomatología del área depresiva | 194 |
| 3.7.2 | Sintomatología del área de la ansiedad. | 196 |
| 3.7.3 | Sintomatología del área de somatización | 197 |
| 3.7.4 | Sintomatología del área confusional. | 197 |
| 3.7.5 | Interpretación cultural de la sintomatología | 198 |
| 3.8 | Factores protectores | 198 |

4 DISCUSIÓN

| | |
|--|------------|
| 4.1 Sintomatología del Síndrome de Ulises | 205 |
| 4.2 Estresores y vulnerabilidades del Síndrome de Ulises | 208 |
| 4.3 Síndrome de Ulises y variables sociodemográficas | 212 |
| 4.4 Síndrome de Ulises y variables premigratorias | 219 |
| 4.5 Síndrome de Ulises y actitud de aculturación general | 222 |
| 4.6 Síndrome de Ulises y Estrategias/actitudes de aculturación por ámbitos | 224 |
| 4.7 Síndrome de Ulises y personalidad | 228 |
| 4.8 Síndrome de Ulises, personalidad y sexo | 230 |
| 4.9 Perfil característico del inmigrante | 232 |
| 5 Conclusiones | 239 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 246 |
| ANEXOS | 278 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|----------|--|-----|
| Tabla 1 | Características del duelo migratorio | 59 |
| Tabla 2 | Diagnóstico diferencial de Síndrome de Ulesis | 76 |
| Tabla 3 | Modelos de relación entre personalidad y salud | 108 |
| Tabla 4 | Indicadores de la Escala Ulises | 129 |
| Tabla 5 | Fiabilidad de las escalas del NEO-FFI (índice alfa de Cronbach) | 134 |
| Tabla 6 | Características sociodemográficas | 139 |
| Tabla 7 | Media y desviación típica de edad y tiempo | 140 |
| Tabla 8 | Distribución de frecuencias en Vulnerabilidades y Estresores | 143 |
| Tabla 9 | Asociación entre Síndrome de Ulises y variables sociodemográficas | 145 |
| Tabla 10 | Descriptivos de las variables edad, tiempo, práctica religiosa y Síndrome de Ulises | 146 |
| Tabla 11 | Comparación de medias para las variables edad, tiempo, práctica religiosa y Síndrome de Ulises | 146 |
| Tabla 12 | Estadísticos descriptivos de motivos migratorios y Síndrome de Ulises | 151 |
| Tabla 13 | Comparación de medias de motivos migratorios y Síndrome de Ulises | 151 |
| Tabla 14 | Asociación entre red familiar, estar en otro país y Síndrome de Ulises | 154 |
| Tabla 15 | Estadísticos descriptivos de actitud de aculturación general y Síndrome de Ulises | 155 |
| Tabla 16 | Comparación de medias para las variables actitud de aculturación general y Síndrome de Ulises | 155 |
| Tabla 17 | Distribución de frecuencias para estrategias/actitudes de aculturación por ámbitos | 156 |
| Tabla 18 | Estadísticos descriptivos de estrategias de aculturación y Síndrome de Ulises | 161 |
| Tabla 19 | Comparación de medias para las variables estrategias de aculturación y Síndrome de Ulises | 161 |
| Tabla 20 | Estadísticos descriptivos de actitudes de aculturación y Síndrome de Ulises | 162 |
| Tabla 21 | Comparación de medias para las variables actitudes de aculturación y Síndrome de Ulises | 162 |
| Tabla 22 | Estadísticos descriptivos de variables psicosociales y Síndrome de Ulises | 163 |
| Tabla 23 | Comparación de medias para las variables psicosociales y Síndrome de Ulises | 164 |
| Tabla 24 | Estadísticos descriptivos de los factores de personalidad y Síndrome de Ulises | 165 |
| Tabla 25 | Comparación de medias para los factores de personalidad de personalidad y Síndrome de Ulises | 165 |
| Tabla 26 | Estadísticos descriptivos de los factores de personalidad, Síndrome de Ulises y sexo | 166 |
| Tabla 27 | Comparación de medias entre los factores de personalidad y el Síndrome de Ulises en función del sexo | 167 |
| Tabla 28 | Correlaciones entre factores de personalidad y variables | 168 |

| | | |
|----------|---|-----|
| | sociodemográficas. | |
| Tabla 29 | Correlaciones entre factores de personalidad y motivos migratorios | 168 |
| Tabla 30 | Correlaciones entre factores de personalidad y estrategias/actitudes de aculturación | 170 |
| Tabla 31 | Correlaciones entre factores de personalidad y estrategias/actitudes de aculturación grupo sin Síndrome de Ulises | 172 |
| Tabla.32 | Correlaciones entre factores de personalidad y estrategias/actitudes de aculturación grupo con Síndrome de Ulises | 173 |
| Tabla 33 | Características sociodemográficas del grupo con Síndrome de Ulises | 177 |
| Tabla 34 | Categorías y códigos del Análisis de Contenido | 181 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | | |
|-----------|--|-----|
| Figura 1 | Inmigración y factores determinantes de la salud | 19 |
| Figura 2 | Modelo de VEDA (Achotegui, 2009) | 47 |
| Figura 3 | Relación entre los estresores y el pronóstico en la salud mental según la vulnerabilidad del inmigrante. | 82 |
| Figura 4 | Estrategias de aculturación en el grupo minoritario y el grupo dominante | 90 |
| Figura 5 | Modelo Ampliado de Aculturación Relativa (MAAR) | 94 |
| Figura 6 | El proceso de aculturación del inmigrante como adaptación relativa entre la sociedad de origen y la de acogida en diferentes ámbitos | 95 |
| Figura 7 | Modelo de estrés de aculturación, factores moderadores | 100 |
| Figura 8 | Modelo de estrés de aculturación | 101 |
| Figura 9 | Modelo de personalidad del inmigrante | 118 |
| Figura 10 | Escala de Ulises | 127 |
| Figura 11 | Diagnóstico del Síndrome de Ulises | 130 |
| Figura 12 | Sintomatología del Síndrome de Ulises | 141 |
| Figura 13 | Motivos migratorios en el grupo “sin Síndrome de Ulises” | 148 |
| Figura 14 | Motivos migratorios en el grupo “con Síndrome de Ulises” | 149 |
| Figura 15 | Distribución de frecuencias de actitud de aculturación general | 154 |
| Figura 16 | Comparación entre estrategias/actitudes de aculturación por ámbitos | 157 |
| Figura 17 | Comparación entre estrategias de aculturación y grupos sin/con Síndrome de Ulises | 159 |
| Figura 18 | Comparación entre Actitudes de aculturación y grupos sin/con Síndrome de Ulises | 160 |
| Figura 19 | Valores medios de las dimensiones de personalidad y Síndrome de Ulises | 164 |

ABREVIATURAS

| | |
|----------|---|
| A | Amabilidad |
| Ec | Ámbito Económico |
| AC | Análisis de Contenido |
| E | Extraversión |
| EUMC | European Union Military Committee |
| F | Ámbito Familiar |
| FEDA | Fundación de Estudios de Economía Aplicada |
| MAAR | Modelo Ampliado de Aculturación Relativa |
| MCF | El modelo de los Cinco Factores de Personalidad |
| NEO- FFI | Neuroticism-Extroversion-Openness-Five-Factor Inventory |
| N | Neuroticismo |
| O | Apertura |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| P | Ámbito Político |
| R | Ámbito ideológico Religión |
| S | Ámbito social |
| SU | Síndrome de Ulises |
| T | Ámbito de trabajo |
| V | Ámbito valores y forma de pensar |

INTRODUCCIÓN

La migración es un fenómeno sociodemográfico global que se da en todo el mundo; la propia historia de la humanidad está caracterizada por continuos desplazamientos humanos a lo largo y ancho del mundo. No obstante, aun constituyendo un fenómeno tan antiguo no ha sido suficientemente estudiado, siendo demógrafos, sociólogos, lingüistas y psicólogos sociales quienes lo han considerado como objeto de estudio (Sabatier & Berry, 1996).

En España, debido al crecimiento de la economía entre 1997 y 2007, el número de inmigrantes se incrementó de manera inesperada; según el informe de Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) (Arellano, 2010), la población inmigrante general tanto documentada como indocumentada superó los cuatro millones y medio de personas. Un factor decisivo para dicho aumento fue la necesidad de incorporar mano de obra extranjera (Requena & Reher, 2009), que a su vez satisfizo una de las principales motivaciones de la migración, la necesidad económica. Así se constata en el colectivo de inmigrantes de origen marroquí, el más numeroso en España, en el que el 62% de los varones manifestó haber emigrado por motivos económicos. No obstante, cabe señalar que el 67% de las mujeres inmigrantes de este colectivo lo hicieron por motivo familiar, y que el 53% de estas mujeres nunca tuvo un empleo en España, constituyendo un segmento considerable que se ha mantenido al margen del mercado de trabajo (Loé, 2012).

Sin embargo, España comienza a enfrentarse a una crisis económica a partir de 2007, cuyo efecto se observa en la pérdida progresiva un gran número de puestos de trabajo y el aumento de la tasa de paro, lo que repercute considerablemente sobre los colectivos de inmigrantes, cuya tasa de paro supera la de la población española. Por ejemplo, más de la mitad de los trabajadores inmigrantes marroquíes activos estaban desempleados (50,7%), lo que supuso un 32% de hogares con todos los miembros activos en paro y tasas de pobreza que han llegado a alcanzar hasta al 40% del colectivo inmigrante marroquí. Consecuentemente, han disminuido las remesas enviadas por los inmigrantes marroquíes a su país lo que representa una caída del 33% (Loé, 2012). Sólo el 20% de los inmigrantes en situación regular posee una autorización de residencia temporal y la falta de empleo agrava la situación social y sanitaria de los inmigrantes. Así, para renovar sus permisos de residencia en España necesitan acreditar haber trabajado al menos tres meses durante los últimos doce meses, criterio que resulta muy difícil de cumplir considerando las tasas de paro antes comentadas, por lo que aumentala probabilidad de que a esta población se le niegue la renovación del permiso de residencia. Por otra parte, ha aumentado también el número de parados sin prestaciones sociales, así como el número de inmigrantes que han perdido su vivienda –aunque no hay datos estadísticos al respecto (Loé, 2012).

A ello cabe añadir el decreto del Gobierno español (Septiembre de 2012) que excluye del sistema normalizado de salud a los inmigrantes en situación irregular, por lo que desde entonces, los llamados 'sin papeles' que viven en España sólo tienen derecho a la atención sanitaria de urgencias lo que supone que haya riesgo de muerte sino se es atendido, como puede ser una operación de apendicitis, embarazos, partos, cuidados postparto y servicios de pediatría por lo que tras la aplicación de esta medida, según un informe de Médicos del mundo (2013) muchos inmigrantes irregulares dejan de acudir al médico o lo

hacen hasta que “están muy graves y no pueden más”. Esta situación es especialmente alarmante si consideramos que ya en el año 2004 un estudio puso de manifiesto que el 6,5% de los inmigrantes atendidos por este servicio estaban diagnosticados con trastornos mentales derivados del duelo por la separación de su entorno (duelo migratorio) y el estrés vivido por problemas como la falta de papeles y/o trabajo (Martincano & García -Campayo, 2004). Este mismo estudio encontró además que un 58% de los inmigrantes de Barcelona que visitaban los servicios de atención primaria presentaban síntomas de depresión y un 37%, migraña, lo que, como expondremos más adelante, significa que entre el 15% y el 2% de los inmigrantes que visitan los servicios de salud mental en España padecen Síndrome de Ulises (Gallego-Díaz, 2011-02-11).

Cabe destacar que si en general la integración social es especialmente difícil para los inmigrantes procedentes de Asia o África (Dalgrad &Thapa, 2007), en el caso concreto de la sociedad española es especialmente manifiesto con los inmigrantes de origen árabe, con los que mantiene una gran distancia religiosa, cultural y lingüística y hacia los que manifiesta mayor rechazo (Maya & Puerta, 2008), que parece haberse incrementado a raíz de la crisis económica del país, produciendo un cambio en la actitud que la población española mantiene respecto a los inmigrantes. En 2010 hasta un 43% de los españoles encuestados estaban de acuerdo en repatriar inmigrantes si aumentaba el paro de larga duración; y en el caso concreto del colectivo inmigrante marroquí, se ha detectado además un aumento de los indicadores de *islamofobia* (Loé, 2012). Este cambio negativo parece ser resultado de una percepción que se ha ido alimentado históricamente a través de diversas fuentes, de entre las que destacan la interpretación de la experiencia histórica española con los árabes y musulmanes así como la visión europea de superioridad cultural y la focalización de las políticas internacionales en los países musulmanes. A ello se suman las graves consecuencias inmediatas que tuvieron entre

la población occidental tanto el atentado del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York (Martin-Muñoz, 2003) como el del 11 de Marzo de 2004 en Madrid, atribuidos ambos a terroristas yihadistas, que aumentó la distancia con respecto a la sociedad árabe, así como el rechazo a los musulmanes según el informe de European Union Military Committee (EUMC, 2006).

La inmigración es un proceso de cambio, positivo y/o negativo, para toda las personas implicadas en dicha proceso. Como cualquier cambio, conlleva una serie de pérdidas, en este caso vinculadas a todo aquello que se deja en el país de origen; causa estrés psicológico y problemas emocionales, en mayor o menor intensidad, en función de los recursos con la que la persona cuenta para hacerle frente, aún sabiendo que las consecuencias pueden ser dolorosas para el sujeto en un contexto tan complicado como el que configura la inmigración. En este trabajo nos vamos a centrar en la parte negativa de la inmigración, en el dolor y las pérdidas y sus consecuencias en la salud mental -lo que se puede entender a través del proceso del duelo migratorio- junto con las dificultades que deben afrontarse en la nueva sociedad, especialmente aquellas personas que se encuentran en condiciones de irregularidad residencial, considerando cómo esta situación resulta desfavorable tanto para la persona que lo vive como para la sociedad que lo acoge.

Analizando el tipo de duelo migratorio y su relación con el tipo de proceso adaptativo o proceso de aculturación utilizado para enfrentar la diferencia cultural, en interacción con los factores de personalidad del inmigrante, la Psicología ha demostrado que algunos tipos de psicopatología pueden ser consecuencia de la incapacidad para afrontar adaptativamente un acontecimiento vital estresante (OMS, 2001). Desde esta perspectiva Achotegui (Achotegui, 2002; 2005; 2008) ha llegado a la conclusión de que los estresores que

viven los inmigrantes actuales y el estrés provocado por la migración son tan intensos que superan la capacidad adaptativa de las personas, lo que repercute en su salud. Como consecuencia del estudio de este proceso, ha propuesto un síndrome específico para esta población: el *Síndrome Ulises*, o también llamado *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple*, que no describe una enfermedad sino un cuadro de estrés reactivo, un duelo extremo que se haya en el límite entre el área de la salud mental y el área de la enfermedad.

El presente trabajo tiene como objetivo explorar la presencia del Síndrome de Ulises en una muestra de inmigrantes de origen árabe no hospitalizados y sin ninguna patología previa, residentes en Barcelona y que cumplen los criterios diagnósticos de este síndrome propuestos por Achotegui (2002). Se plantea como un estudio que pretende determinar los aspectos de mayor vulnerabilidad social en este tipo de población, a fin de proporcionar un conocimiento de la misma que contribuya a mejorar los programas de prevención e intervención psicosocial que se aplican actualmente. Además, aporta una visión más real, por cercano, del fenómeno migratorio y de sus consecuencias, lo que contribuye a determinar los aspectos de mayor vulnerabilidad social a los que se expone el inmigrante y, no menos importante, comprender lo dura que es la experiencia que viven las personas inmigrantes. Nos referimos al impacto psicológico que sufren estas personas al salir de su país e instalarse en otro diferente, a los sentimientos de pérdida, separación y soledad, y por otro lado, al proceso psicológico que deben afrontar para ajustarse a la nueva vida sociocultural, que puede conducirles a la frustración y a determinados problemas psicológicos, creando un cuadro reactivo de estrés crónico y múltiple, el Síndrome de Ulises "SU". Los cambios culturales en la primera etapa migratoria y las características especiales del proceso de aculturación son los primeros fenómenos que deben afrontarse y pueden ir juntos.

Cabe señalar que nos centramos en la denominada migración transitoria, en oposición a la migración definitiva, es decir, la motivada por causas económicas y en la que el inmigrante económico o trabajador extranjero no pierde el contacto con su país de origen (vacaciones, fiestas familiares) y siempre tiene la posibilidad de retornar un día (Tizón, 2004).

Además, nuestro estudio se ha realizado sobre una muestra de inmigrantes legales e ilegales. La inmigración ilegal ha existido siempre, pero la visión de ésta como un problema comienza a partir de los años noventa, cuando pasó a formar parte de la agenda de Política Exterior e Interior de los Estados de la Unión Europea, con en el objetivo de armonizar su política, tal y como se acuerda en el Tratado de Ámsterdam (1 de mayo 1999) y la Cumbre de Sevilla (junio de 2002). Desde entonces la cuestión de la emigración *sin papeles* (inmigrantes los ilegales) va a adquirir una sobre dimensionalidad policial y de seguridad que ha contribuido a aumentar el reciente clima de rechazo hacia la inmigración (Martin Muñoz, 2003), lo que conduce a éstos inmigrantes a soportar una doble exclusión: la económica, que les condena a la pobreza; y la psicológica, que les lleva a ser rechazados o ignorados, señalándoles además como culpables de su situación (Molero, Navas & Francisco, 2001).

Como consecuencia de esto se hace imposible separar el contexto de crisis económica española del contexto de cualquier investigación en inmigración, ya que los datos ponen de manifiesto la gravedad de la situación, descrita como una emergencia psicológica y social.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 INMIGRACIÓN

El término *migración* refiere a la movilidad geográfica de las personas (Grinberg & Grinberg, 1996), mientras que *inmigrar* puede entenderse como el hecho de llegar a un país y establecerse en él (Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua 1989), es decir, residir temporal o permanentemente en un país distinto al de origen (Malgenini & Giménez, 2000). Consecuentemente, inmigrante es aquella persona que se traslada de un país a otro, “o de una región a otra lo suficientemente distinta y distante, por un tiempo suficientemente prolongado como para que implique “vivir” en otro país, y desarrollar en él las actividades de la vida cotidiana” (Grinberg & Grinberg, 1996, p. 30).

Tizón (2004) destaca que una definición de *inmigrante* debe considerar tanto las realidades externas al individuo (geográficas, sociales, culturales, políticas, etc.), como internas (emociones, sentimientos, fantasías consciente e inconsciente, pensamientos, esquemas para la acción, etc.), así como los aspectos psicológicos y psicosociales, considerando como condiciones básicas las siguientes: la región ha de ser lo suficientemente distinta y distante, el tiempo ha de ser lo suficientemente prolongado, el desplazamiento ha de conllevar a la vivencias del o de los individuos que emigran y el traslado de un país a otra implica la puesta en marcha de los procesos. De acuerdo con lo anterior Sabatier & Berry (1996) establecen que el término “inmigrado” refiere a aquellas personas y únicamente aquellas que se han desplazado de una sociedad más o menos voluntariamente para instalarse

de forma duradera en otra sociedad. Así voluntariedad y duración del desplazamiento definen específicamente al “inmigrado”, que no debe confundirse con *trabajador extranjero*, una persona que trabaja temporalmente en un país diferente al propio y durante un tiempo determinado, pero consciente de que su separación es temporal, lo que le ayuda a enfrentarse con los estresores del nuevo contexto y vivirlos de una forma no tan intensa como le sucede al inmigrado. El inmigrado se establece en el nuevo país de forma permanente, viendo reducidas sus posibilidades de retornar a su país de origen, lo que le lleva a una ruptura de vínculos a veces definitiva, viviendo así el duelo migratorio de forma más intensa (Grinberg & Grinberg, 1996).

1.2 INMIGRACIÓN Y ESTRÉS

El término *estrés* proviene del latín *stringere*, *tensar*, a través del francés primitivo. Lo utilizaban los ingleses en el siglo XVII para referirse a la adversidad o la desgracia, hasta que los físicos del siglo XIX lo recuperaron para designar el esfuerzo resultante en un cuerpo sometido a una presión que tiende a deformarlo (Jeammet, Reynaud & Consoli, 1999; Lazarus, 2000). En la actualidad el término *estrés* se refiere a que tanto el ámbito físico como el social pueden sobrecargar a las personas con demandas que exceden su capacidad de afrontamiento, lo que puede generar en las personas un estado de *estrés* que puede tener consecuencias negativas sobre la salud (Barrón, 1997).

Martínez et al. (2005) señalan que el *estrés* en el proceso migratorio se relaciona con dos tipos de fenómenos: a) los cambios ambientales que ponen al individuo en situaciones de problemáticas, o en contextos donde las expectativas conductuales no son claras, y b) la carencia o escasez de recursos psicológicos y sociales para responder a las demandas ambientales. Desde la perspectiva de la persona inmigrante, los cinco mayores

problemas con los que se va a enfrentar durante su período inicial de residencia en el país de acogida son la falta de acceso a un trabajo normalizado, la situación irregular de residencia, la falta de acceso normalizado a la red sanitaria pública, el hecho de vivir en zonas de riesgo social elevado y los problemas de comunicación relacionados con el idioma (Falces, Vázquez & Cañas, 2008). Por todo eso, la emigración implica que los cambios culturales que vive la persona emigrante conduzcan a enfermedades cuando el individuo ya no está preparado para integrar en su personalidad nuevas experiencias e influencias del entorno (Diez, 2000), hasta el punto que la acumulación de “acontecimientos vitales estresante” en el emigrante pueda inducir un cambio de personalidad.

1.2.1 MODELOS PSICOLÓGICOS DEL ESTRÉS

En el siguiente apartado presentamos brevemente los principales modelos que, desde la Psicología, se han propuesto para explicar el estrés y que conforman nuestro marco teórico, antes de centrarnos en el ámbito de la migración: el Enfoque del Estrés basado en la Respuesta (Selye, 1936), el Enfoque del Estrés basado en el Estímulo o Enfoque de los acontecimientos vitales (Holmes & Raynes, 1967) y la Teoría del Afrontamiento del Estrés (Lazarus & Folkman, 1986).

Enfoque del Estrés basado en la Respuesta

El interés por el estrés es antiguo, pero el origen del concepto tal y como lo entendemos en la actualidad comenzó en 1932 cuando Cannon estudió el estrés en los seres humanos y describió la respuesta de lucha o huida para hacer referencia a la reacción del organismo ante cualquier amenaza, lo que produciría una rápida activación del sistema nervioso simpático endocrino a fin de preparar al organismo para hacer frente a la amenaza o huir (Morrison & Bennett, 2008). Hans Selye propuso la teoría conocida como Síndrome

General de Adaptación (SGA, 1936), según la cual el estrés constituye una respuesta inespecífica del organismo, un estado que se manifiesta por un síndrome específico inducido dentro de un sistema biológico (Sandín, 2009). La teoría, además, describe el curso de reacción del organismo en tres fases cuando se enfrenta a una situación estresante:

- **Alarma:** es la respuesta inicial del organismo al percibir un factor estresante. Fisiológicamente puede traducirse en una disminución inicial de la presión arterial y el ritmo cardíaco, previa a un consecuente aumento de estas variables, activación generalizada que no puede prolongarse en exceso, e incluso provocar una reducción de las defensas corporales.
- **Resistencia:** en una segunda fase el cuerpo intenta adaptarse al factor estresante, cuyos efectos no han disminuido a pesar de los esfuerzos de la etapa de la alarma. La activación disminuye respecto a la primera etapa, pero sigue siendo superior a lo normal. Es una etapa de movilización de las defensas corporales que no podría durar definitivamente sin que el organismo quedará vulnerable a la enfermedad.
- **Agotamiento:** por último, se sucede una etapa en la que se agotan los recursos del organismo, disminuye por tanto la capacidad de resistir al estrés y aumenta la probabilidad de enfermedad por falta de adaptación, como enfermedades cardiovasculares, pudiendo suponer incluso la muerte del organismo (Morrison & Bennett, 2008; Sandín, 2009).

Enfoque del Estrés basado en el Estímulo (Enfoque de los acontecimientos vitales)

Al contrario de la propuesta de Selye, este enfoque considera el estrés como una variable independiente que se entiende en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, interpretando que los estímulos pueden alterar el funcionamiento del

organismo (Sandin, 2008). Así, el estrés sería la respuesta del individuo ante un estímulo ambiental -que puede consistir en un evento externo o en una situación- potencialmente dañino (Morrison & Bennett, 2008). Este enfoque fue iniciada por Holmes & Rahe en 1967, cuando midieron los acontecimientos vitales entendidos como estímulos de estrés y desarrollaron la Escala de Reajuste Social (SRRS), que incluye 43 sucesos estresantes ordenados en función del cambio que implica estos estresores (Holmes & Rahe, 1967): cada suceso se asocia con tantos “puntos” de estrés, para obtener una buena estimación de la cantidad de estrés experimentado (Larsen & Buss, 2005). Holmes y Rahe propusieron que los eventos vitales que se producen de manera natural no tienen simplemente consecuencia única para el individuo, sino un efecto acumulativo, de manera que cuantos más acontecimientos vitales se experimenta mayor es la probabilidad de desarrollar problemas de salud (Morrison & Bennett, 2008). El término estrés en este enfoque refiere cualquier cambio, tanto positivo como negativo, porque todos los cambios conllevan demandas de adaptación. Sin embargo las investigaciones han mostrado que los sucesos negativos desempeñan un rol en la enfermedad más significativo que los sucesos positivos (Lazarus, 2000). La teoría de los acontecimientos vitales de Holmes centra su atención no sólo en quién enferma sino también cuándo (contexto social), lo cual le llevó a desarrollar un nuevo marco para investigar las relaciones entre los fenómenos sociales y la enfermedad. Los sucesos vitales, al ser definidos como eventos sociales que requerían algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo, implicaban que podían evocar primariamente reacciones psicofisiológicas. De este modo, los sucesos vitales podrían definirse igualmente como cambios vitales. A mayor cambio (por ejemplo, por la suma de varios sucesos vitales) mayor probabilidad de enfermar. Así pues, los conceptos de suceso vital y cambio vital surgen para representar un mismo fenómeno social (Sandín, 2003). La aportación del enfoque de los acontecimientos vitales, que supuso una revolución en las ciencias de la salud, se ha justificado porque (1) permite

estudiar epidemiológicamente grupos sociales y niveles de riesgo desde una nueva perspectiva, (2) posibilita establecer estrategias de afrontamiento y prevención selectivas, y (3) supone una orientación social de la salud diferente de la antigua concepción médica basada en la relación germen-enfermedad (Sandín, 1999). En relación con la inmigración y el estrés psicosocial ha sugerido que la inmigración es un suceso vital muy importante, puesto que lleva consigo una ruptura de la vida cotidiana y cambios significativos en el contexto social y familiar. Así, Valiente, Sandín et al. (1996) estudiaron los efectos psicopatológicos y físicos asociados al cambio por inmigración y encontraron que los inmigrantes mostraron mayor grado de alteración psicopatológica respecto a los no inmigrantes.

Teoría del Afrontamiento del Estrés

Según esta teoría el estrés está determinado por la interacción entre los “estresores”, la “reacción” de estrés y las estrategias de afrontamiento adoptadas y sus grados de eficiencia o ineficacia para conseguir la adaptación del individuo ante las circunstancias estresantes. Se define de este modo estrés a partir de las particulares interrelaciones del individuo y su entorno, evaluado por éste (evaluación cognitiva) como amenazante o desbordante respecto a sus recursos, y que pone en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1986). Dicha interacción se produce en dos etapas: a) valoración que la persona hace de las situaciones estresantes y b) percepción y valoración de los propios recursos para hacer frente a tales situaciones (Buceta & Bueno, 2001). Desde esta perspectiva, Lazarus aportó una nueva dimensión de análisis, al considerar la existencia de diferencias individuales en el modo como una misma situación puede afectar de manera diferente a personas distintas (Sandí, Venero & Cordero, 2001). Para el autor citado, “ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o

desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1986, p.164). Por tanto, cada persona tiene su propio modo de manejar el estrés, unos mecanismos de afrontamiento necesarios no sólo para resolver la situación sino también para regular las propias respuestas emocionales derivadas de ella. Muchos son los factores susceptibles de influir en el modo de afrontamiento particular, Lazarus & Folkman (1986) citan, entre otros, desde el estado de salud a las creencias vitales –religiosas o no-, pero también la autopercepción de control a ejercer sobre el entorno, la propia motivación para superar la situación estresante o el arsenal de habilidades sociales y de resolución de problemas de cada uno y, muy importante, los recursos materiales y el apoyo social, factores estos últimos que, como hemos señalado con anterioridad, suelen ser deficitarios entre los inmigrantes. Concretamente, cuando los individuos tienen que hacer frente a un evento estresante desarrollan un proceso de evaluación cognitiva que puede ser de dos tipos:

- **Evaluación primaria**, respuesta inicial del sujeto que implica una evaluación del evento estresante de tres posibles modos: según el perjuicio o pérdida que ya se ha producido, o bien que aún no se ha producido pero puede producirse, o bien según una idea de desafío o reto, basada en la seguridad de que las dificultades que se interponen en el camino del logro pueden ser superadas con la confianza en uno mismo.
- **Evaluación secundaria**, con la que se busca determinar las acciones a realizar para enfrentar el estresor en función de la percepción de los recursos o habilidades de afrontamiento disponibles. Esta evaluación implica el reconocimiento de los recursos que pueden aplicarse en una determinada situación, constituyendo un proceso complejo de aquellas opciones de afrontamiento con las que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera (Lazarus & Folkman, 1986).

Considerando lo anteriormente señalado, se pueden categorizar las principales manifestaciones indicativas del estrés en a) manifestaciones fisiológicas; b) manifestaciones emocionales y cognitivas; c) manifestaciones motoras y conductuales (Bermúdez, 1996). En cuanto a los estresores, González de Rivera (1991) propone agruparlos en tres grupos: 1) factores externos, 2) factores internos y 3) factores moduladores. Los factores externos serían todas aquellas variables del medio ambiente susceptible de alterar el equilibrio del organismo, de su medio interno, o de sobrecargar el funcionamiento de los mecanismos de defensa y regulación homeostática del organismo mismo (los acontecimientos vitales). Los factores internos son las variables propias del individuo directamente relacionadas con la respuesta de estrés y con la adaptación, y por último, los factores moduladores están constituidos por variables tanto del medio como del individuo, que alteran la relación entre los factores internos y externos.

1.2.2 INMIGRACIÓN Y SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud mental no solamente como un estado caracterizado por la ausencia de una enfermedad mental sino como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Salud mental es un constructo multifactorial que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Dado que ha sido definida de diversas formas a través de distintas culturas, desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva i consensuada de la salud mental (OMS, 2001).

Sin embargo distintos autores han intentado destacar las dimensiones esenciales de la misma, a efectos de que sirvan para una definición lo más homogénea posible con independencia de la cultura en la que se inscriba. Así Warr diferencia cinco componentes (Alvaro & Páez, 1996): el bienestar afectivo, la competencia social, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado, de modo que las personas que muestran un deterioro en su bienestar psicológico muestran también déficits en cada una de las dimensiones citadas.

La inmigración constituye un proceso continuo que conlleva transiciones inconclusas y profundas transformaciones en el viaje de un entorno a otro, que obligan al inmigrante a redefinirse constantemente de acuerdo a las nuevas condiciones. Algunas veces estas transiciones y transformaciones enriquecen y amplían los horizontes en las vidas de los inmigrantes, en otras pueden generar un insoportable sentimiento de pérdida, inseguridad e incertidumbre (Ibarrola-Armendariz & Firth, 2007). No es una experiencia traumática aislada, que se manifiesta en el momento de la separación del país de origen, o en la llegada al nuevo destino, sino que es un conjunto de factores determinantes de ansiedad, de pena y sentimiento de desamparo (Grinberg & Grinberg, 1996). Por tanto, la inmigración afecta a todos los aspectos de la vida y requiere algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo. Cambios que, a su vez, pueden condicionar la vida de la persona inmigrante de varias maneras, sin olvidar que a mayor índice de cambios se aumenta la probabilidad de enfermar (Sandín, 2003):

- Activando estados emocionales negativos como ansiedad, depresión, estrés. etc.
- Desarrollando contactos poco saludables y/o manteniendo reacciones fisiológicas desequilibradas (sobreactivación del sistema nervioso simpático), con la consecuente disminución de la eficacia defensiva del sistema inmunológico, lo que

incrementaría el nivel de vulnerabilidad a la enfermedad (Barrón, 1997).

- Deteriorando la eficacia con que el individuo se desenvuelve en los diversos roles que desempeña en la sociedad, la calidad de sus relaciones interpersonales así como el grado de satisfacción que obtiene en uno u otro caso (Fierro, 1996).
- Convirtiéndose en factores desencadenantes de amenazas al sentimiento de identidad del sujeto (Grinberg & Grinberg, 1996).

Los movimientos migratorios implican una cierta capacidad de selección de la sociedad de origen, en virtud de la cual son aquellas personas que más y mejor dotadas de distintos recursos personales, sociales y económicos, como la salud o la educación, las que mayor acogida reciben. Por ello se puede afirmar que los inmigrantes son, en general, personas sanas y fuertes, y su vulnerabilidad empieza en el país receptor debido a los estresores que deben afrontar (Fuertes & Martín Laso, 2006). Pero la inmigración supone inevitablemente un proceso de cambio que conlleva una serie de pérdidas y ganancias, constituyendo una fuente de estrés psicológico y problemas emocionales, cuya intensidad dependerá de los recursos con la que la persona cuenta para hacerle frente (Achotegui 2002; 2006; 2009a). La unión entre una vulnerabilidad personal y “acontecimientos vitales” es lo que puede convertir la emigración en factor de riesgo para la salud mental (Tizón, 1993). Y así es en realidad: según la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM, 2007) el estrés provocado por el cambio radical de cultura, hogar y el sentimiento de discriminación que sienten muchos ciudadanos extranjeros son causa de una creciente emergencia de pérdida de salud mental entre los inmigrantes en España.

El análisis de la relación entre inmigración y salud en general y salud mental en particular requiere en primer lugar determinar los factores que influyen en la salud del

colectivo migratorio. El modelo clásico de los determinantes de la salud propuesto por Dahlgren & Whitehead (1991), identifica como determinantes de la salud desde factores biológicos e individuales hasta el ámbito socioeconómico, cultural y ambiental. Al aplicar este modelo en la población inmigrante podemos observar diversas áreas de la vida de los inmigrantes que se ven trasladadas tras la inmigración, entre las que destacan (ver Figura 1):

- **Estilo de vida.** Siendo la emigración una situación de cambio, facilita la adquisición de hábitos menos saludables como el consumo de alcohol, tabaco (Aerny, Ramasco, Cruz, Rodríguez, Garabato & Rodríguez, 2010), o/y comer alimentos de baja calidad, con muchas grasas saturadas y un bajo índice de proteínas (Achotegui, 2009 a).

- **Área laboral.** Los inmigrantes son vulnerables, y tanto las condiciones que rodean su trabajo, como las de empleo son en parte responsables de esta vulnerabilidad, por tanto estas circunstancias tienen consecuencias negativas para su salud (Agudelo-Suárez et al., 2009; Centro de Investigación en Salud Laboral, 2010). Varios estudios confirman que la mayoría de los inmigrantes realizan trabajos peligrosos y en condiciones difíciles (Benach, Muntaner, Chung & Benavides, 2010; Maya & Puertas, 2008; OMS, 2008), están más expuestos a la discriminación laboral directa, son peor pagados realizando más horas semanales y tienen menos probabilidades que la población autóctona de acceder a los empleos más estables y con más oportunidades de promoción (Martínez, García, Maya, Rodríguez, & Checa, 1996; Martínez, García & Maya, 2001; Pérez, 2008). Por otra parte el desempleo una de las variables más consistentes a la hora de explicar los problemas de salud mental de la población inmigrante (Beiser, Johnson, & Turner, 1993; Pernice, Trlin, Henderson & North, 2000).

- **Vivienda.** Existen muchas dificultades para obtener vivienda (San Juan, Vergara & Ocáriz, 2005): con frecuencia los inmigrantes habitan en zonas de un elevado riesgo social, en condiciones de hacinamiento y en viviendas en malas condiciones (Fuertes & Martín Laso, 2006; Ochoa, Vicente & Lozano, 2005), como los denominados “pisos patera” (Ruvira, 2008), e incluso en condiciones de “infravivienda” espacios en los que falta techo, alguna pared, etc.- (Achotegui, 2009 a). Todo ello define una situación de precariedad posiblemente derivada de su pertenencia a los niveles socioeconómicos más bajos de la sociedad y por ende sin recursos de alojamiento (Flórez, Aguirre & Ibarra, 2008; Molero, Navas & Francisco, 2001; Cortes, Menéndez & Navarrete. 2004).

- **Acceso al sistema sanitario.** Los inmigrantes tienen dificultades de acceso a los servicios sanitarios por falta de información (Fuertes, Martín Laso, 2006) o situación de irregularidad (Nova 2012). A ello hay que añadir la barrera idiomática y cultural, que dificulta su correcto diagnóstico y abordaje (Pertíñez et al., 2002; Moreno, 2003; American College of Physicians [ACP], 2004; Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, FEPSM, 2008; Fuertes & Martín Laso, 2006).

- **Ámbito social, económico y cultural.** Relacionando los datos anteriormente mencionados sobre la crisis económica, podemos concluir que el desempleo y las precarias condiciones de trabajo de muchos inmigrantes tienen su mayor reflejo en las condiciones de vida actuales de la población. Ha aumentado la pobreza entre los inmigrantes, especialmente entre los de origen marroquí que se encuentran en situación de desventaja respecto a otros colectivos de inmigrantes (mayor desempleo, temporalidad y precariedad (Loé 2012). Pero también afecta al ámbito sociocultural; así

los resultados del estudio de Navarro & Rodríguez (2003) muestran un nivel alto de ansiedad entre los inmigrantes marroquíes (53%), lo cual podría explicarse por ser el grupo poblacional más rechazado por la sociedad receptora, puesto que las diferencias culturales, lingüísticas y religiosas les dificulta establecer relaciones sociales fuera de su grupo étnico.



Figura1. Inmigración y factores determinantes de la salud. Adaptado de Dahlgren & Whitehead (1991).

Todas estas áreas representan sólo algunos de los muchos factores involucrados en la relación entre emigración y salud del colectivo migratorio, evidenciando la vulnerabilidad a la que se ven expuestas las personas, una vez realizada la migración.

Los estudios sobre la relación entre inmigración y salud mental se han llevado a cabo en diferentes contextos y con diferentes grupos. Una de las líneas de investigación principales ha comparado la salud mental de los inmigrantes con la de sus compatriotas que permanecen en su país de origen. Así, Odegaard realizó una serie de estudios epidemiológicos, constatando que entre 1889 y 1929 la tasa de ingresos psiquiátricos de los noruegos eran hasta dos veces más frecuentes, entre aquellos que habían emigrado a los

Estados Unidos, respecto a los que permanecieron en su país natal. El autor citado, en su Teoría de la Selección Social (Odegaard, 1945), propuso que la aparición de problemas de salud mental se relaciona con la predisposición individual. Posteriormente, en su Teoría de Causa Social, Eitinger (1959) atribuyó los problemas de salud mental de los inmigrantes al estrés externo inherente al proceso migratorio (Pinillos, 2012). Por último, el Modelo Multivariado de Goldlust & Richmond (1974) se formuló en un intento de integrar en el estudio de la salud mental del colectivo inmigrante los factores premigratorios, los demográficos propios del inmigrante y los postmigratorios de la sociedad de acogida.

También se han realizado numerosos estudios comparativos entre muestras de inmigrantes y autóctonos, aunque con resultados contradictorios. En algunos estudios se afirma que los inmigrantes tienen mejor salud que los autóctonos. El estado de salud de los inmigrantes recién llegados sería mejor incluso que el de la población nativa del país que los recibe, como lo observado en la inmigración en Canadá: los inmigrantes tienen mejor salud en el momento de su llegada que los nativos (De Maio & Kempa, 2010), presentando características positivas de salud que se deterioran o empeoran a posterior, describiendo una tendencia conocida como el "*efecto del inmigrante sano*" (Gushulak, 2007). Se describe así la población inmigrante como joven y sana, que padece menos problemas de salud mental que la población de acogida y, sin embargo, con el paso del tiempo, la salud de este colectivo se ve también afectada (Gee, Ryan, Laflamme & Holt, 2006). El proceso migratorio, junto a las condiciones de vida a las que se enfrenta en el país de destino, se constituiría en factor de riesgo para la salud mental del inmigrante (Bhugra & Jones 2001; Fuertes & Martín Laso, 2006), conjuntamente con el efecto negativo que ejercen el estatus de residencia (legal o ilegal), la pobreza, el idioma y la discriminación (Finch & Vega, 2003).

Sin embargo, otros estudios comparativos entre inmigrantes y autóctonos afirman que los inmigrantes presentan más problemas de salud mental que los nativos. Por ejemplo un estudio longitudinal con una muestra de 2.378 inmigrantes rusos inmigrados a Israel, mostró que el nivel de ansiedad era significativamente superior al de los nativos israelíes. El desarrollo de los trastornos psicológicos constatados en la muestra del estudio seguía dos fases diferenciadas: la primera, fase de escalada, se producía en los 27 primeros meses de su llegada y se caracterizaba por la presencia de malestar psicológico); en la segunda, fase de reducción, el nivel de ansiedad disminuía hasta mantenerse en un nivel normal (Ritsner & Ponizovsky, 1999). Los mismos autores analizaron otro estudio con el objetivo de determinar el número de síntomas necesarios para detectar un síndrome de estrés psicológico (PDS) o sufrimiento emocional. Estudiaron una muestra de 1953 inmigrantes rusos residentes en Israel, 828 hombres (42.4%) y 1125 mujeres (57.6%), con un tiempo de residencia entre 1 y 66 meses. Los resultados mostraron una relación directa entre el número de síntomas de estrés psicológico y el diagnóstico de PDS, con una probabilidad del 73% para los inmigrantes recién llegados, y con una mayor frecuencia de síntomas entre las mujeres durante el proceso de aculturación (Ritsner & Ponizovsky, 1998).

En el ámbito europeo son numerosas las investigaciones realizadas comparando población inmigrante con población autóctona. En Dinamarca, Singhammer & Bancila (2011) realizaron un estudio con una muestra de 11.500 inmigrantes procedentes de la ex Yugoslavia, Irak, Irán, Líbano y Pakistán; encontraron que la tasa del estrés es el doble entre los inmigrantes, los problemas diarios de la vida cotidiana (estrés diario) son más numerosos entre este colectivo, sintiéndose más estresados y agotados que la población autóctona. Syed, Dalgard et al. (2006) realizaron un estudio de comparación en Noruega entre noruegos e inmigrantes pakistaníes. Los resultados indicaron que los pakistaníes manifestaban alto nivel

de ansiedad, siendo la falta del apoyo social y las condiciones económicas los principales causante de los problemas de salud mental. Otro estudio en el mismo país, con un muestra 1536 inmigrantes, encontró que una cuarta parte de la muestra sufría estrés psicológico, no constatando diferencias entre hombres y mujeres (Thapa & Hauff, 2004).

En los Estados Unidos también se ha observado que el índice de trastornos mentales en la población inmigrante es mayor que en la población autóctona y que el estado de salud de los inmigrantes y las minorías étnicas es peor comparado con el de los anglo-americanos o blancos (American College of Physicians [ACP], 2004).

Sin embargo, otro grupo de estudios señala, que es la región de origen más que la inmigración en sí misma un factor de riesgo para la salud mental. Un estudio realizado en Bélgica con una muestra formada por 6121 belgas, 224 inmigrantes de Grecia, Italia y España, 214 inmigrantes de Turquía y Marruecos y 328 inmigrantes de otros países de la Unión Europea (UE), analizó los efectos de la región de origen, el sexo, la edad, el nivel educativo y socioeconómico, considerados como posibles factores de riesgo para la salud mental. Los resultados mostraron que la depresión y la ansiedad generalizada presentan una prevalencia más alta en la población proveniente de Turquía y Marruecos, que en los grupos de población procedentes de la Unión Europea. Por tanto, se consideró que la “región de origen” es un factor de riesgo más relevante incluso que la inmigración en sí misma, que el sexo y la edad o el nivel socioeconómico. Los autores relacionan estos resultados con los problemas de integración y aculturación, la presencia de discriminación y el racismo, y/o la exclusión social en diversos ámbitos de la vida. Conjuntamente, también se observó que el estatus socioeconómico de estos inmigrantes era bajo, y que se asociaba significativamente con un mayor riesgo de trastornos mentales comunes (Levecque, Lodewyckx & Vranken,

2007). En la misma línea se han realizado estudios con poblaciones de diferentes orígenes. Por ejemplo, Blomstedt, Johansson & Sundquist (2007) realizaron una investigación en Suecia con un muestra de inmigrantes de los países del antiguo bloque soviético en Suecia halló que los inmigrantes procedentes de Polonia y otros países de Europa del Este presentaban peores autoinformes de su salud mental que las personas nacidas en Suecia, lo que indica que la experiencia previa del inmigrante en su país de origen determina su estado de salud en el nuevo país.

Comparando entre grupos de inmigrantes nacidos en Estados Unidos respecto a inmigrantes nacidos en el país de origen, Alderete, Vega et al. (2000) observaron que la tasa de trastornos psiquiátricos entre inmigrantes mexicanos era inferior a la de los mexicanos nacidos en Estados Unidos, pero que al aumentar el tiempo de residencia en el país, aumentaba el riesgo de trastornos psiquiátricos entre los inmigrantes. Alegría, Mulvaney-Day et al. (2007), también hicieron un estudio comparativo entre inmigrantes latinos nacidos en los Estados Unidos y inmigrantes nacidos en el país de origen, constatando que, respecto a los inmigrantes nacidos en Estados Unidos, los inmigrantes manifiestan menos trastornos dependiendo de la edad y los años de residencia, y con respecto a la primera generación respecto a la segunda, sugiriendo una relación entre la adquisición del idioma y los trastornos psiquiátricos. En otro estudio con inmigrantes mexicanos residentes en Estados Unidos y compatriotas residentes en el país de origen, México, Breslau, Borges et al. (2011), constataron que los residentes en Estados Unidos manifiestan un mayor índice de trastornos depresivos y de ansiedad tras su llegada al país.

En España también se ha detectado un alto nivel de ansiedad y depresión entre los inmigrantes, especialmente los procedentes de Marruecos comparados con los inmigrantes

latinos, posiblemente relacionado con las diferencias culturales, lingüísticas y religiosas y a las dificultades para establecer vínculos personales fuera de su grupo (Navarro & Rodríguez, 2003). Así Martínez, García & Maya (2001) realizaron un estudio en Marbella con una muestra de 173 inmigrantes y encontraron un mayor número de síntomas depresivos entre los inmigrantes respecto a la población general, correlacionando significativamente la depresión con el número de problemas percibidos. Otro estudio en el País Vasco, con una muestra de inmigrantes marroquíes, indicó que presentaban mejores indicadores de salud que la población general de su país, pero en cambio mostraban una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad/depresión (Rodríguez, Lanborena et al, 2009), mientras que el estudio de Patiño & Kirchner (2009) encontró que los inmigrantes colombianos tenían niveles más elevados de estrés y se sentían más nerviosos y estresados que los participantes colombianos no inmigrados.

En la misma línea, diferentes estudios van confirmando la presencia de un índice mayor de problemas de salud mental entre inmigrantes residentes en España. A continuación mencionamos brevemente los más destacados. Valiente, Sandín, et al. (1996) estudiaron los efectos psicopatológicos y físicos asociados al cambio por migración dentro de la Unión Europea con una muestra de 30 inmigrantes españoles residentes en el sur de Alemania, 15 hindúes residentes en Madrid y un grupo control compuesto por 40 españoles residentes en Madrid. Los resultados indican que los inmigrantes mostraron mayor grado de alteración psicopatológica que los no inmigrantes.

Agudelo-Suárez et al., (2009) hicieron un análisis de diferentes variables para describir el proceso migratorio -razones para emigrar, tiempo de residencia, situación legal y características personales, laborales y de salud- en una muestra de 2434 de inmigrantes con

experiencia de trabajo en España, el 90% de menos de 45 años y un nivel de estudios medio (51%), procedentes de Colombia, Ecuador, Marruecos y Rumania. Las dificultades para encontrar trabajo o un salario suficiente en los países de origen se identifican como los principales determinantes de la decisión de emigrar lo que valida que el principal motivo de emigración es económico y laboral. Sin embargo la mayoría de los encuestados no tienen contrato o tiene contrato dependiendo de su situación legal, lo que puede aumentar su mayor vulnerabilidad económica y social. Además tienen bajos salarios que no permiten cubrir las necesidades económicas propias y del entorno familiar dependiente (el 63% tienen familiares dependientes de ellos). Adicionalmente, se observan elevadas frecuencias de percepción de riesgos en su puesto de trabajo, altos porcentajes de accidentes laborales (más de 40 %) así como un mal estado de salud (el 18% tiene mala salud en general y el 27% se percibe con una mala salud por trastornos mentales).

Martínez, García & Maya (2001b) realizaron otro estudio con una muestra de marroquíes, filipinos y senegalés que acudían a los servicios sociales, encontrando una mayor prevalencia de síntomas depresivos en la muestra: el 52.6% manifestaba sintomatología depresiva probablemente como consecuencia de los importantes reajustes personales que tenían que realizar. La gravedad de los acontecimientos vitales y lo estresante que caracteriza el proceso migratorio, se relacionó positivamente con los resultados obtenidos por los inmigrantes en la escala de depresión.

Para conocer la prevalencia de depresión entre los inmigrantes subsaharianos, Pardo, Engel & Agudo (2007) estudiaron una muestra de 606 inmigrantes subsaharianos, el 55.4% varones y edad media de 27 años. Hallaron diagnóstico de depresión en un 5.4% del total de

la muestra. Los sujetos que presentaban más riesgo de desarrollar una depresión eran personas que llevaban más de 2 años viviendo en España (13.1%), los que tenían hijos (10.7%) y los que tenían algún problema de salud (18.9%). Sin embargo, la prevalencia de depresión en esta población no era superior a la de la población de origen. De acuerdo con estudios previos antes mencionados, también se observa un aumento de la incidencia con el paso del tiempo, probablemente debido a la situación socioeconómica en la que se encuentran, que al prolongarse en el tiempo puede actuar como factor estresante crónico. Otro dato importante obtenido en este estudio es la falta de tratamiento en aquéllos diagnosticados de depresión.

En relación la situación laboral y la satisfacción de diferentes necesidades que se consideran relevantes, se ha observado que frecuentemente el entorno de las personas inmigrantes tienen problemas para la obtención de las condiciones mínimas adecuada. En un estudio cualitativo con una muestra de 44 inmigrantes en situación irregular se intentó describir las características de la precariedad laboral en que se ven sumergidos los inmigrantes irregulares en España. La precariedad laboral en este colectivo podría definirse como extrema en tanto que afecta su vida laboral y social. Si estos trabajadores continúan expuestos a tales condiciones de precariedad, las repercusiones sobre su salud podrían ser mayores (Porthé et al., 2009).

El estudio de Ramos-Villagrasa & García-Izquierdo (2007) mostró que el estatus legal del inmigrante se relaciona con la psicopatología, dado que la posesión del permiso de residencia se asocia inversamente con el estrés. Además, existe una asociación positiva entre permiso de residencia e ingresos, indicando que el mantener un estatus legal de residencia en el país facilita la obtención de mejores ingresos, mejorando así las condiciones de vida y

bienestar. Otro estudio de Berg, Melle et al. (2011) con 90 pacientes inmigrantes concluyó que el estatus social del inmigrante es un factor de riesgo para desarrollar trastornos psicóticos. Se observó que aquellos inmigrantes de menor estatus socioeconómico presentaban más trastornos psicóticos, y esto se asoció positiva y significativamente con el nivel de discriminación y con los trastornos de depresión/ansiedad. Estos resultados avalarían la idea de que el entorno o el medio con altos niveles de estrés podría ser un factor de riesgo para la salud mental de los inmigrantes más vulnerables. La situación de permanencia legal o ilegal dentro del país al que se inmigra también se ha observado asociado a la posibilidad de desarrollar algún trastorno mental. Así los resultados del estudio de Barro, Saus, Barro & Fons (2004) han mostrado que el grado de ansiedad y depresión es más alto en inmigrantes en situación irregular sin enfermedad psiquiátrica previa.

San Juan, Vergara & Ocáriz (2005) realizaron un estudio prospectivo con el objetivo de diagnosticar la realidad social y profesional de los inmigrantes. Se analizaron las necesidades, los proyectos, las expectativas, las dificultades de integración e el impacto psicosocial de 107 trabajadores inmigrantes en el País Vasco, 57 hombres y 50 mujeres, con una edad media de 31 años, de los que el 18,6% tenía estudios universitarios. Respecto al estado civil, el 62.6% eran solteros, el 28% casados, el 2.8% separados y el 5.6%, divorciados; y el 52.4% del total tenía hijos, viviendo con su familia el 54.7%. Los resultados indican que más de 50% de las personas entrevistadas presentan más de dos síntomas de ansiedad. La presencia de este tipo de síntomas podría estar basada en que las personas que han padecido sintomatología ansiosa y depresiva consideran que han vivido un mayor número de problemas que aquellos que no presentan más síntomas. También los resultados indican que existe un sensible deterioro del estatus profesional con respecto al que se disponía en el país de origen. Dicho deterioro, unido a estrategias de afrontamiento poco

eficaces, lleva consigo la aparición de síntomas clínicos de ansiedad y depresión.

Achotegui et al., (2010) realizaron un estudio para determinar la prevalencia del Síndrome de Ulises en los inmigrantes que demandan asistencia sanitaria y conocer sus características sociodemográficas, trasfondo cultural y familiar. Los resultados de la prevalencia de Síndrome de Ulises fueron del 17.65 % en hombres y de 15.38% en mujeres, sin encontrarse diferencias de sexo estadísticamente significativas. La principal procedencia de la muestra fue subsahariana; la mayoría de los inmigrantes con Síndrome de Ulises estaban casados, recién llegados a España en pateras (tiempo de estancia entre 1 y 2 años) y un número significativo de ellos no tenía vivienda. Los que no presentaron Síndrome de Ulises eran solteros, con larga residencia en España (6 años o más) y con vivienda de alquiler.

Achotegui, Llopis, Morales & Espeso (2012) realizaron un estudio longitudinal, a lo largo de trece años, para estudiar la prevalencia de cefaleas en inmigrantes con Síndrome de Ulises en comparación con otros sin Síndrome de Ulises. Los resultados, con una muestra de 1.043 sujetos, indicaron que los inmigrantes con Síndrome de Ulises tenían un 56.4% de cefaleas crónicas frente a un 36.4% de los inmigrantes sin Síndrome de Ulises, suponiendo un porcentaje de cefaleas significativamente mayor al de los inmigrantes que padecen trastornos mentales. Estos datos nos indican la importancia de tener en cuenta la cefalea como elemento de diagnóstico diferencial en los inmigrantes.

Ramos-Villagrasa & García-Izquierdo (2007) estudiaron el Síndrome de Ulises, el estrés por aculturación y el agotamiento emocional en una muestra de 182 trabajadores inmigrantes de diferentes países pertenecientes a distintos sectores, con un tiempo de

residencia medio de 4 años y 9 meses, con permiso de residencia en vigor o en trámite en el 82.4% de la muestra. El 41.20% de los participantes afirmaron conocer “muy poco” o “poco” la cultura española antes de emigrar. Los resultados indicaron que existía una asociación positiva entre permiso de residencia e ingresos, indicando que el mantener un estatus legal de residencia en el país facilita la obtención de mayores ingresos, mejorando así las condiciones de vida y bienestar. También se constató una asociación entre el estrés por aculturación y las variables sociodemográficas como protectoras del estrés, concretamente edad, estudios y permiso de residencia, que fueron consideradas como factores protectoras ante el estrés por aculturación.

En conclusión, el interés por el efecto del proceso migratorio en la salud mental de la población inmigrante ha generado muchas investigaciones desde diferentes enfoques y distintos ámbitos, estudios de comparación entre inmigrantes y nativos, entre inmigrantes y no inmigrantes del mismo país y entre diferentes colectivos migratorios... Los resultados son contradictorios; unos confirman una mayor prevalencia de síntomas depresivos en la población inmigrante, otros confirman que la salud de las personas inmigrantes es igual e incluso mejor a la de los autóctonos o las personas que no han emigrado y residen en su país de origen. Estas diferencias en los resultados de los estudios nos sugieren que no pueden extraerse conclusiones de las consecuencias de la inmigración en la salud mental sin tener en cuenta el contexto social de cada proceso migratorio y el tipo del proyecto migratorio. Por otra parte, la revisión de estudios realizados en el contexto español revela un mayor número de síntomas depresivos y ansiosos entre los inmigrantes con menor estatus socioeconómico y en situación documental, datos que cabe considerar en un contexto global marcado por una crisis económica que afecta toda la población pero aún más a los inmigrantes.

1.2.3 FACTORES PREDICTORES DEL ESTRÉS EN EL PROCESO MIGRATORIO

Desde la perspectiva de los acontecimientos vitales en la teoría de Holmes y Rahe (1967) se ha sido considerado la emigración como un *life event* por sus repercusiones sobre los trastornos de la salud mental. En términos generales hay muchos factores considerados como vulnerabilidades del estrés en el proceso migratorio que dificultan éste. A continuación revisamos las que han tenido más relevancia en esta área de estudio.

- **Factores socioculturales**

El inmigrante se encuentra desde el primer momento frente a grandes dificultades de adaptación, como hemos señalado con anterioridad: el escaso dominio del idioma, los conflictos de naturaleza cultural, la percepción de pérdida de estatus o las dificultades para encontrar un trabajo adecuado pueden llegar a ser algunos de los estresores más significativos en este nuevo contexto (Martínez, García et al., 1996). Entre los factores socioculturales que se relacionan con el estrés migratorio y, por tanto, constituyen estresores, destacan los siguientes:

- **Choque cultural:** por la pérdida de todos los signos y símbolos de las relaciones sociales familiares de la vida diaria se produce un *estado general de depresión, frustración y desorientación de la gente que vive en una nueva cultura* (Oberga, 1961; Brein & Kennethh, 1971). Cabe señalar que el choque cultural no es una enfermedad sino un hecho natural en el proceso de ajuste a una nueva cultura (Basabe, 2007; Martínez, Martínez & Calzado, 2006), especialmente cuando se pasa de una sociedad tradicional, colectiva y jerárquica a otra más individual postmoderna, o de una cultura de mayor experiencia emocional a otra de menos, lo que requiere un gran esfuerzo para adaptarse y comprender las nuevas pautas culturales del país de acogida (Zlobin, Basabe & Páez, 2004; Brein & Kennethh, 1971). En la nueva sociedad el inmigrante pasa por cuatro etapas

(Oberga, 1961). La primera se da en los primeros seis meses; el individuo está fascinado por la nueva cultura (es lo que se conoce como “luna de miel”). En la segunda entra en contacto diario con la sociedad de acogida y empiezan las dificultades por el idioma, las normas culturales, etc., definiendo una etapa caracterizada por hostilidad y agresividad hacia la nueva sociedad. La tercera etapa se corresponde con el momento en que el inmigrante empieza a aprender el idioma y las normas de la nueva sociedad. Por último, la cuarta etapa se da cuando por fin acepta las costumbres y las normas de la nueva sociedad sin experimentar sentimientos de angustia o frustración. El choque cultural se alimenta de dos fuentes: de los factores internos y los conflictos interpersonales, que dificultan una comunicación correcta con la cultura de acogida, desarrollándose conflictos de valores; y de los conflictos interpersonales que se producen a través de malentendidos culturales, como la incorrecta utilización de determinadas costumbres, tabúes y hábitos sociales (Díaz, 2000).

- **Distancia cultural:** otro estresor cultural al que debe enfrentarse en la nueva sociedad es la distancia cultural entre el país de origen y el país receptor. El concepto de cultura es fundamental para entender las diferencias entre las personas que proviene a de distintos países así como las dificultades que surgen en el proceso de adaptación a la nueva sociedad (Zlobina, Basabe & Páez, 2004). Cuanto mayor sea la distancia cultural entre las dos sociedades, mayor esfuerzo adaptativo debe realizar el inmigrante y mayor será la probabilidad de percibir un desbordamiento y sensación de pérdida de control frente a las demandas ambientales en relación con los recursos disponibles (Martínez, García-Ramírez & Martínez, 2005; Martínez et al., 1996). Por el contrario, una mayor cercanía cultural exige un menor esfuerzo de adaptación, favorece una comunicación más fluida, y genera menos ansiedad e incertidumbre. Entre los contenidos culturales que marcan esta

distancia destacan concretamente la religión, el idioma, la etnia.

- **Religión:** es especialmente relevante considerar, en el caso de los países árabes, la importancia del Islam como religión común de la mayoría de dichos países, ya que no sólo organiza la vida espiritual sino que regula también la vida social, política y económica de una sociedad en tránsito. El Islam confiere una identidad cultural al penetrar en todos o casi todos los órdenes de la vida cotidiana y la relación social (Diez, 2000). Muchos estudios han demostrado que la religión es un factor de protección y que las creencias religiosas tienen efectos positivos en la salud, siendo un factor importante en el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces. Por ejemplo, una mayor práctica del perdón contribuye a mejorar la satisfacción con la vida y la autoeficacia; y el apoyo religioso ha sido asociado a una disminución de la depresión (Othelia, Leea & Chana, 2009; Lee, 2007). Sin embargo, la religión puede ser también un factor de riesgo ya que muchos inmigrantes sufren otro tipo de discriminación precisamente debido a su religión, en especial los que practican el Islam, discriminación conocida como “islamofobia”. Este es un nuevo término que se refiere a una ideología muy similar en teoría, función y objetivo al racismo y otros fenómenos similares, siendo para muchos autores un término relacionado con el antisemitismo (Bloul, 2003; Desrues & Yruela, 2008), ya que se define como una actitud caracterizada por hostilidad sin fundamento hacia el Islam e incluye también las consecuencias prácticas de dicha hostilidad, como la discriminación injusta hacia individuos y comunidades musulmanas o la exclusión de los musulmanes en asuntos sociales y políticos. Esta actitud ha aumentado mucho en la sociedad española después de los atentados del 11 de septiembre de 2004 en Madrid (EUMC, 2006) como señalamos en la introducción del presente trabajo.

- **Idioma:** entre los problemas iniciales que encuentran los inmigrantes de origen árabe, se halla el desconocimiento del idioma. Como señalan Solé & Izquierdo (2005), el conocimiento de la lengua del país receptor es un factor fundamental para poder integrarse y participar en la interacción simbólica con los demás de un modo satisfactorio, para así adquirir valores y objetivos propios de la sociedad de acogida. Si el individuo no conoce, o lo hace parcialmente, la lengua de dicha sociedad, sólo podrá adoptar elementos superficiales de la cultura, y se encontrará fuera del sistema de interacción de la comunidad receptora. De hecho, aprender un nuevo idioma ya se relaciona por sí mismo con el estrés (Hovey & Magaña, 2000; Finch & Vega, 2003), a lo que hay que añadir que en el caso concreto de Cataluña, caracterizada por el bilingüismo, la coexistencia de dos lenguas exige un mayor esfuerzo a los inmigrantes (Solé, 2000).
- **Etnia:** es un término de uso relativamente reciente, se refiere a grupos de personas que son diferentes del grupo dominante en cuanto que comparten la cultura, las características biológicas, las raíces geográficas y la religión, todo lo cual crea un sentimiento de afiliación reforzado por el hecho de vivir y actuar juntos. Anteriormente se daba importancia a los lazos familiares pero, debido al incremento de la inmigración, en la actualidad se contempla un nuevo aspecto externo a la familia, como el que representa la etnia, ya que la identidad étnica tiene muchas dimensiones: social, cultural, simbólica, política y emocional (memoria colectiva) (Bloul, 2003). La experiencia de ser discriminado por motivo de raza, religión o pertenencia étnica es muy frecuente entre los inmigrantes de origen árabe y/o musulmán. Concretamente, el inmigrante marroquí se siente afectado por las actitudes de discriminación y se siente despreciado y mal visto por ciertos medios sociales españoles. Sabe que por ser “*moro*”-como se le denomina comúnmente-, está de antemano en una situación de

alerta, de necesidad de mostrar que es diferente de los *moros malos*. Este hecho se traduce, en cierta tendencia al aislamiento y la automarginación, y en una “cierta manía persecutoria que le hace interpretar como agresión racista desencuentros de muy diferente índole, hecho que repercute sobre la imagen de la sociedad de acogida (El Harras, 2003). Algunos estudios han constatado relaciones entre el grupo étnico al que pertenece el inmigrante y la salud mental, como en el caso de inmigrantes marroquíes y turcos en Bélgica (Levecque et al., 2007), o en el Reino Unido, donde observaron que el pertenecer al grupo étnico afro-caribeño explica una gran proporción de esquizofrenia en comparación con otros grupos étnicos, tanto en la primera generación como en la segunda (Coid, Kirkbride, Barker, Cowden, Stamps, Yang & Jones, 2009). Probablemente el riesgo de desarrollar esquizofrenia entre los inmigrantes negros que viven en países mayoritariamente blancos podría relacionarse con la desventaja social y el racismo (Sharpley, Hutchinson, McKenzie & Murray, 2001). Y si bien la historia familiar es un factor de riesgo importante a la hora de desarrollar un trastorno esquizofrénico, tal y como pone de manifiesto un meta análisis realizado por Cantor-Graae & Selten (2005) sobre la prevalencia de trastornos del ánimo y esquizofrenia entre primera y segunda generación de inmigrantes, también señalan que el estado de salud de los inmigrantes y las minorías étnicas es peor comparado con el de anglo-americanos o blancos. (American College of Physicians [ACP], 2004). Sin embargo la presencia de tales altos índices de psicopatología entre estos grupos étnicos no ha sido explicada de manera suficientemente satisfactoria desde el punto de vista biológico se ha propuesto que obedecen bien a la mayor frecuencia de creencias en aspectos religiosos y espirituales, que se relacionaría con una supuesta mayor frecuencia de alucinaciones y delirios en la población no blanca; o bien a errores de diagnóstico motivados por los prejuicios de los profesionales con pacientes pertenecientes a

culturas que les parecen extrañas (García-Campayo & Sanz-Carrillo, 2002). Estos datos parecen confirmar la existencia de un sesgo racial discriminativo entre los profesionales sanitarios (Diez, García-Campayo & Sobradie, 2010). En consecuencia, los estudios muestran que la discriminación racial se asocia con peor salud física y mental, tanto en hombres como en mujeres. Además, la percepción de discriminación racial sería más fuertes entre las mujeres que entre los hombres (Borrel, Kiefe, Williams, Diez-Roux & Gordon-Larsen, 2006).

- **Género:** más allá de la diferencia biológica que existe entre hombres y mujeres en aspectos anatómicos, cerebrales y fisiológicos, referida por el término sexo, el género recoge la constatación de que dicha diferencia biológica tiene lugar en una realidad sociocultural que da forma y contenido a las diferencias entre hombres y mujeres. El género es, por tanto, un constructivo que remite a un triple contenido: el biológico, definido por el sexo a partir de la diferencia natural, es decir, la vinculada al modo de reproducción de hombres vs. mujeres en tanto miembros de una especie sexuada; el sociocultural, impuesto por la cultura a través de normas, expectativas, preceptos... articulados mediante estereotipos y roles que configuran la conducta de hombres y mujeres por separado y, tradicionalmente, han establecido una división de la realidad y de sus espacios basada exclusivamente en la pertenencia a uno u otro sexo; y el psicológico, que es la construcción que cada individuo hace de los anteriores contenidos y se traduce en la propia identificación personal y subjetiva de ser hombre o mujer, la identidad de género, lo que resulta especialmente relevante en las sociedades patriarcales donde el orden impuesto se basa en el control y el privilegio masculino sobre todo lo femenino, entendido como subordinado (Jayme & Sau, 2004; Colom & Jayme, 2004).

El género y la inmigración constituyen así dos dimensiones que se entrecruzan reforzando y profundizando la discriminación y la desigualdad de la mujer respecto al hombre manifestándose en dos aspectos (Solé, 2000; 2005): en primer lugar, en el carácter del trabajo de la mujer inmigrante, ya que muchas se instalan en la sociedad receptora encontrando un mercado laboral segmentado y segregado, horizontal y verticalmente, por el género y, a la vez, segmentado por la etnicidad. En segundo lugar, en la cuestión de la invisibilidad en la que se encuentran estas mujeres, no sólo en la jerarquía laboral y el tipo de tareas que realizan, sino también en la vida social. Es importante tener en cuenta que las mujeres que no tienen papeles se encuentran en una especial situación de desprotección e invisibilidad social que las hace aún más vulnerables a los abusos y la explotación (Pérez, 2008). La mujer siempre ha formado parte de la inmigración; sin embargo, su presencia ha sido ignorada desde los discursos académicos y científicos hasta los datos estadísticos: su identidad ha sido definida por sus relaciones con el hombre al que acompañaba en las migraciones (Soriano, 2006). Campani (2007), tras revisar la literatura sobre inmigración, diferencia tres fases en los estudios centrados en la inmigración femenina desde 1970:

- 1970-1980: se empieza a estudiar la mujer como protagonista, con independencia del hombre. Para ello hay dos tendencias: a) añadir a las mujeres como un variable dentro del proceso inmigratorio o b) presentar una descripción etnográfica de mujeres inmigrantes en los diferentes contextos.
- 1980-1990: se empieza a estudiar el movimiento migratorio femenino. Se hace consciente la relación entre la raza, la clase y la relación entre hombres y mujeres. Se observa que los hombres muestran y ejercen varias masculinidades y se reconoce el cambio en las relaciones entre hombres y mujeres. Se consideran dos aspectos: a) la diferencia de género en la llegada de los inmigrantes y b) cómo la inmigración adapta la nueva desigualdad entre hombres y mujeres. Por ejemplo, se observa que a nivel mundial las

mujeres inmigrantes a los países ricos trabajan como cuidadoras en el ámbito doméstico o bien en el ámbito sexual.

- 1990-Actualidad: se considera el género como un elemento clave en los estudios de la inmigración. Los estudios se centran en cómo influye en las diferentes prácticas, identidades e instituciones involucradas en inmigración. Ahora, habiéndose adoptado por fin la perspectiva de género, se incorpora éste en un sin fin de prácticas diarias, estructuras económicas y políticas debido a la globalización.

En general se puede distinguir dos patrones de inmigración femenina. El primer patrón es el de la reunificación familiar: las mujeres que emigran hacia la reagrupación familiar donde es el hombre -el marido o el padre-, quien inicia la cadena migratoria para la familia, y es el que representa el caso de la mayoría de mujeres inmigrantes de origen árabe. El segundo patrón, todavía menos frecuente, describe que la mujer, al igual que el hombre, inicia la cadena migratoria en busca de una mejora de su situación económica (Sole, 2002). Pero además, a la emigración y la nueva situación, cabe añadir que las mujeres que viven en sociedades con una estructura patriarcal padecen más situaciones de estrés y dificultades psicológicas que sus congéneres masculinos, por tener menos recursos económicos y por tanto, menor autonomía y mayor dependencia del hombre, así como por padecer mayor explotación laboral y aislamiento social (Sayed-Ahmad, Ríó & Fernández. 2008).

En el caso concreto de España hallamos que la inmigración femenina constituye un fenómeno relativamente nuevo y desconocido. Desde los años ochenta la sociedad española ha sufrido una transformación progresiva, siendo una de sus consecuencias la mejora del nivel socioeconómico y profesional de la mujer. Este hecho se relaciona directamente con la migración femenina, dado que ha provocado la necesidad de que alguien, ajeno a la pareja o grupo familiar, se encargue de realizar las actividades

domésticas y de cuidar los niños y/o ancianos, favoreciendo dicha demanda la presencia masiva de las mujeres inmigrantes. Y así la realidad social muestra que la mujer inmigrante empieza a tener cada vez más presencia (Pérez 2008; Moreno & Bruquetas, 2011). De hecho, la migración femenina de origen marroquí comenzó en la década de los ochenta, cuando se inició el proceso migratorio hacia España e Italia. Este proceso lo realizaba de forma dependiente del hombre, en busca de trabajo, lo que provocaba un cambio significativo en su vida (Gregorio & Ramírez, 2000). En conjunto, se observan ciertas diferencias de sexo entre los inmigrantes árabes, especialmente referidas a la edad, siendo la mayoría de mujeres inmigrantes árabes más jóvenes que los hombres -el 22,4% de las mujeres tiene entre 20-29 años, mientras sólo el 17.4% de los hombres tienen la misma edad, y el 30% de las mujeres tienen entre 35-44 años respecto a un 35% de los hombres-; el estado civil -el 75% de las mujeres inmigrantes estaban casadas o el nivel educativo -el 28% de los hombres tienen estudios universitarios, reduciéndose a un 20,8% en las mujeres (Khalaf, 2003)-.

Con relación a la salud mental, se ha constatado que en general las mujeres manifiestan más estrés que los hombres (Domingo, 2008) lo que se ha vinculado a que siguen soportando la carga de responsabilidad ligada a su condición de esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otras personas (OMS, 2001), hecho que se explica en el contexto migratorio, al ser más vulnerables a los estresores que los hombres (Achetegui, 2002; Patiño & Kirchner, 2009) y tender al padecimiento de más ansiedad y depresión que ellos (Barro et al., 2004; Martínez et al., 1996; Rodríguez, Lamborena, Errami et al., 2009; Cuéllar & Roberts, 1997; Rivera, 2007; Valiente et al., 1996; Ritsner, Ponizovsky, Nechamkin & Modai, 2001; Ritsner & Ponizovsky, 1998; Ritsner, 1998). Concretamente son las mujeres inmigrantes del Oriente Medio las más vulnerables

respecto a los hombres, lo que se vincula a unas diferencias de género dadas por su cultura de origen (Thapa & Hauff, 2004).

- **Factores premigratorios**

El proceso migratorio es un proceso heterogéneo, puesto que se refiere a un contenido subjetivo -cada persona tiene su experiencia antes y después de emigrar-. No obstante se describen tres etapas básicas: la etapa de pre-migración, el proceso migratorio y la postmigración (Bhugra, 2004; Bhugra & Jones, 2001). La etapa pre-migratoria se relaciona con el motivo por el que el individuo decide emigrar y pone en marcha sus planes, sus habilidades sociales y el concepto psicológico de uno mismo. En esta etapa las vulnerabilidades sociales o biológicas del inmigrante juegan un rol importante. Respecto a los motivos migratorios, aunque sean diversos, se constata que siempre hay uno común, subyacente: el económico, la esperanza de mejorar la situación socioeconómica y, por ello, enfrentarse a cambios bruscos tanto en el ambiente físico y económico como en el ambiente social (Zarza & Parados, 2007; Boneva & Frieze, 2001; Sánchez & López, 2008; Khalaf, 2003; San Juan, Vergara & Ocáriz, 2005; Pajares, 2008; Díez Nicolás, 2005). Así, una de las razones principales para emigrar a otro país es mejorar las oportunidades laborales, por lo tanto el que ve el trabajo como eje central de sus vidas, emigra a países que tienen mejores resultados económicos. Por otra parte, existe otro grupo de inmigrantes que emigran por la reagrupación familiar, y por ende por el deseo de reunirse con la familia que constituyen una red social en el país receptor (Boneva & Frieze, 2001). De acuerdo con las teorías de la impulsión-atracción (push-pull), las personas se trasladan casi siempre desde regiones donde las rentas son bajas a otras donde son más altas, desde países con alta densidad de población a otros donde es menor, siempre en busca de mejores oportunidades económicas y políticas, así como mayores libertades (Ibarrola-Armendariz et al., 2007; Malgenini & Giménez, 2000;

Diez Nicolás, 2005; Tizón et al., 1996).

Las migraciones, de acuerdo con Aguirre & Morales (1999), pueden ser temporales (exilio, desplazamiento laboral por contrato etc.), temporales reiteradas y cíclicas (recolección de cosechas, estacionales, etc.) e indefinidas (sin retorno). En el caso de la inmigración por motivo económico la mayoría de los inmigrantes, cuando abandonan su tierra, lo hacen pensando solo en un período de tiempo, por unos años, los que sean necesarios para mejorar su situación, su economía y poder volver “como si nada hubiera ocurrido”, pero la realidad es muy diferente (Tizón, 2004). Paradójicamente respecto a sus expectativas, la mayoría de los inmigrantes encuentran una situación muy difícil, caracterizada por la falta de oportunidades, dificultades de encontrar vivienda, racismo...incluso algunos, los “ilegales”, son perseguidos y acosados sistemáticamente por la policía, y otros desgraciadamente encuentran la muerte al atravesar el estrecho o al sufrir ataques racistas y xenófobos (Achotegui, 2009 a).

Sin embargo, los inmigrantes no constituyen un grupo homogéneo, sino que se estructuran como una compleja amalgama de individuos con vivencias particulares, influidos por su país de origen, la razón por la que emigraron, las condiciones de acogida en el país anfitrión, los recursos socioeconómicos de que disponen y su bagaje psicológico específica (García-Campayo & Carrillo, 2002), por eso no todos los inmigrantes viven el duelo migratorio de manera igual, siendo importante distinguir entre dos grupos principales: a) los que tiene residencia legal, sea permanente o temporal, teniendo una vida estable y b) los “ilegales”, que permanecen en el país de acogida ilegalmente ya sea porque nunca han tenido una autorización para residir en el país por haber expirado su periodo de estancia legal. Para algunos de los llamados “ilegales, sin papeles o indocumentados”, la entrada al país puede

llegar a ser un riesgo para la salud y la vida (Zarza & Prados, 2007).

Sea cual sea el duelo migratorio que tienen que vivir, y sea cual sea su situación administrativa en el país de destino, los inmigrantes deben enfrentarse a la nueva cultura, al nuevo idioma, nuevas costumbres y establecer nuevas relaciones sociales e interpersonales. Por lo general, se experimentará nostalgia, tristeza y duelo por lo que se ha dejado atrás, por la pérdida de la lengua materna y parte de la cultura; a lo que se añade que, con frecuencia, resulta difícil llegar a entender las costumbres y conocer las estructuras sociales de la sociedad de acogida (Ibarrola-Armendariz et al., 2007).

En resumen, como ya hemos señalado anteriormente, la inmigración es un fenómeno complejo, que provoca muchos cambios en la vida y en los comportamientos de los sujetos; para muchos es un acontecimiento estresante, una situación de crisis que puede haber sido, por un lado, el motivo de emigración o bien la consecuencia de la emigración (Grinberg & Grinberg, 1996; Fierro, 1996). Habrá múltiples razones diferentes para cada persona, pero una razón común es el deseo y la esperanza de comenzar una nueva etapa y lograr una mejora en la vida personal.

- **Factores postmigratorios**

El inmigrante, durante su período inicial de residencia en el nuevo país, tiene que enfrentar cinco problemas básicos: la situación laboral (falta de acceso a un trabajo normalizado), una situación irregular de residencia, la falta de acceso normalizado a la red sanitaria pública, el hecho de vivir en zonas de riesgo social elevado y los problemas de comunicación relacionados con el idioma (Falces, Vázquez & Cañas, 2008). Todos estos factores influyen en el estado de salud de los inmigrantes. Así Pernice & Brook (1996)

realizaron un estudio con una muestra de 129 inmigrantes procedentes de diferentes países en Nueva Zelanda, encontrando que los factores postmigratorios se asociaban con síntomas de ansiedad y depresión más que los factores relacionados con las características demográficas. Además, constataron que la discriminación, no tener amigos, estar desempleado y no pasar mucho tiempo libre con su propio grupo étnico describen factores que afectan a las puntuaciones de ansiedad y depresión. Entre los factores postmigratorios que se relacionan con el estrés migratorio se destacan los siguientes: en primer lugar, la situación laboral. Constituye una importante fuente de estrés entre los inmigrantes, especialmente entre los inmigrantes económicos. De la falta de trabajo se derivan otras serie de estresores relacionados tanto con lo documentación necesaria para legalizar la estancia en el nuevo país, como con el aspecto económico (Martínez et al., 2005). El desempleo constituye un factor estresante para cualquier persona en la sociedad -la situación laboral ha sido relacionada con la presencia de ansiedad (Suárez-Hernández, Ruíz-Perera et al., 2011), pero en los inmigrantes tiene un especial efecto negativo tanto en su bienestar psicológico como en la adaptación a su nueva sociedad (Aycan & Berry, 1996; Pernice, Trlin, Henderson & North, 2000; Beiser, Johnson, & Turner, 1993).

A ello se suma que los sectores donde trabajan mayoritariamente son los de peores condiciones laborales mayor duración de la jornada laboral y riesgo de accidentes, según indican Pérez & Rinken (2005). En concreto el mercado de trabajo español es un mercado fuertemente segmentado, que ubica a los inmigrantes en los estratos más bajos de la estructura ocupacional y propiciando que sean víctimas de discriminación tanto en el acceso como en las condiciones de trabajo. Se produce una evidente segregación ocupacional de la población inmigrante según el país de origen y el sexo (Solé, Parella, Bergali & Gibert, 2002; Garcia 2010). Agudelo et al. (2008) realizaron un estudio cualitativo descriptivo con una

muestra de trabajadores inmigrantes con y sin permiso de trabajo, a los que realizaron once entrevistas y con los que mantuvieron dos grupos de discusión. El análisis narrativo de contenido mostró que los entrevistados asociaban sus problemas de salud con sus condiciones de vida, manifestando que constituyen limitaciones para la realización de actividades cotidianas. Se concluyó, por tanto, que el reconocimiento sociolaboral puede evitar la aparición de fenómenos de exclusión y discriminación. Otro estudio de Qiu et al. (2011) indicó una mayor prevalencia de síntomas de depresión entre los trabajadores inmigrantes comparados con la población general. Los trabajadores migrantes se caracterizan típicamente por ser jóvenes y sanos, y que van a trabajar en las zonas desarrolladas de mejores ingresos y una mejor vida. La buena salud es esencial para competir con otras personas en la búsqueda de puestos de trabajo e incrementar los ingresos. El apoyo social de los amigos indica que los colegas y nuevos amigos son los recursos principales de la vida social y apoya a los trabajadores migrantes.

Otro factor relacionado es el estatus social del inmigrante, el pertenecer a una clase social desfavorecida es considerado como un factor de riesgo de problemas psicológicos (Berg, Melle et al., 2011; Levecque et al., 2007) porque implica estar expuesto a un número de sucesos estresantes al disponer de un repertorio menor de recursos materiales y psicológicos, con lo que el control que puede ejercerse sobre el medio social es menor y las estrategias de afrontamiento resultan más deficitarias y menos exitosas (Alvaro & Páez, 1996). Los resultados del estudio de De Maioa & Kempa (2010) confirman claramente la relación inversa entre un gradiente socioeconómico y el aumento de los niveles de los sentimientos de tristeza, depresión y soledad.

A ello cabe añadir la situación jurídica, uno de los problemas prioritarios junto con el de encontrar trabajo: tener los papeles en regla para acceder al mercado de trabajo (Diez Nicolás, 2005) -en España la situación jurídica se regulariza con seis meses de estancia en España más un contrato laboral de al menos seis meses-. La falta de permisos de residencia puede constituir un estresor cotidiano importante y, en consecuencia, incidir en los niveles de estrés (Finch & Vega, 2003; Ramos-Villagrasa & García-Izquierdo, 2007) o ansiedad (Navarro & Rodríguez, 2003; Barro et al., 2004), lo que a su vez puede aumentar la mayor vulnerabilidad económica y social (Agudelo-Suárez et al., 2009; Ochoa, Vicente & Lozano, 2005; Barro et al., 2004; Malagón, 2005). No obstante, al respecto hay resultados contradictorios, como el estudio de Patiño & Kirchner (2009), en el que no hallaron una relación significativa entre la legalidad -“tener el permiso de residencia”- y la percepción del estrés en inmigrantes colombianos residentes en Barcelona. Sin embargo la Organización Mundial de la Salud (2008) considera que la situación de los trabajadores inmigrantes indocumentados o ilegales es, por sí misma, perjudicial para la salud debido a varios motivos:

- La clandestinidad implica una situación de no ajuste a las leyes de inmigración de los países receptores y lleva a una total desconsideración por la seguridad física de este tipo de personas.
- La explotación a menudo asociada al trabajo del inmigrante -ilegal o legal-, que suele realizar ocupaciones poco cualificadas en sectores que escapan al cumplimiento de las normas laborales.
- Las nuevas condiciones de trabajo, que favorecen el incremento de riesgos para la salud, manifestados principalmente por accidentes de trabajado ocasionados por movimientos repetitivos y exposición a sustancias tóxicas.
- El impacto de la transculturación sobre los estilos y condiciones de vida.

- La exclusión de los inmigrantes al acceso a los servicios y programas de salud de los países receptores, en especial de la seguridad social, y la carencia de recursos para la cobertura privada, lo que impide recibir la atención médica básica que evite el agravamiento de su estado de salud.
- La exclusión de los programas preventivos y de promoción de la salud por la ausencia de redes de apoyo y por la falta de materiales cultural y lingüísticamente apropiados.

Por último cabe mencionar el tiempo de permanencia en la sociedad receptora. Diferentes trabajos indican que el paso del tiempo afecta la salud del inmigrante (Gee, Ryan, Laflamme & Holt, 2006; Alderete, Vega et al. 2000; De Maioa & Kempa, 2010), debido a la los estresores de la nueva vida (Bhugra & Jones 2001; Fuertes & Martín Laso, 2006; Pardo, Engel & Agudo, 2007). La ausencia de recursos de comunicación y el desconocimiento del contexto social impiden la satisfacción, lo que se asocia con problemas psicológicos (Martínez, 2005).

1.3 SÍNDROME DE ULISES

La bibliografía biomédica y psicosocial vigente considera la inmigración como un posible factor de riesgo para la salud mental (e.g. Cantor-Graae & Selten, 2005; Ritsner & Ponizovsky, 1999; Singhammer & Bancila, 2011; Alegría, Mulvaney-Dayet al. 2007; Syedet al., 2006; Thapa & Hauff, 2005; American College of Physicians [ACP], 2004; Martínez, et al., 2001; Levecque et al., 2007; Blomsted et al., 2007), y más aún para los sujetos en situación legal irregular (Barro et al., 2004; Agudelo-Suárez et al., 2009; Achotegui, et al., 2010; Porthé, et al. 2009; Martínez, et al., 2005; Agudelo-Suárez et al., , 2008; Qiu et al., 2011; Berg, Melle et al. 2011; Ramos-Villagrasa & García-Izquierdo 2007).

Desarrollando estos planteamientos y como una forma de aproximarse a la atención y estudio de la salud mental de los inmigrantes Achotegui y su equipo (Achotegui, 2000; 2002; 2004; 2006) han propuesto una teoría que sostiene que aquellos inmigrantes expuestos a un estrés extremo, pero que poseen baja vulnerabilidad, presentarán un conjunto de síntomas a los que denominó Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple o Síndrome de Ulises (SU), en referencia al héroe griego inmortalizado por Homero, cuya odisea particular se caracterizó por innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos, y aun siendo un semidios experimentó grandes dificultades para poder sobrevivir a las terribles situaciones a las que se vio sometido.

El Síndrome de Ulises describe *un cuadro reactivo de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no pueden ser elaboradas*, una respuesta de sujetos sanos y sin antecedentes al trastorno mental, es un problema social causado por la globalización. En él se relacionan unos estresores muy específicos e intensos derivados de la migración y la aculturación y una constelación de síntomas. En este proceso se relacionan los conceptos de estrés y duelo. Por lo tanto, a más pérdidas-duelo, más nivel de estrés. Por tanto, el concepto del SU en el contexto actual hace referencia a un proceso reactivo, vinculado a estresores bien identificados como causa del mismo, y reversible en el sentido de que el cuadro desaparece cuando desaparecen los estresores. Los fenómenos psicológicos que se dan cuando la persona emigra tienen estrecha relación con lo que deja atrás: la familia, los amigos, la tierra, la cultura y, en definitiva, la historia particular de cada una. Para entender bien estos fenómenos Achotegui (2002; 2003; 2006; 2008; 2009 a) desarrolló el modelo VEDA (ver Figura 1):



Figura 2. Modelo de VEDA. (Fuente; Achotegui, 2009a)

Así desde la perspectiva del modelo VEDA, los síntomas que vemos en los inmigrantes son integrados en el conjunto de sus vivencias, de manera que podemos ver el grado en el que éstas afectan a la elaboración de los duelos. El inmigrante mantiene un equilibrio dinámico que se halla continuamente puesto a prueba por estresores internos y externos, constituyendo la elaboración del duelo migratorio la esforzada búsqueda de un nuevo equilibrio. Achotegui (2009a) ha desarrollado una escala aplicada a la inmigración con relación a los siete duelos que él diferencia y que tratamos más adelante, mediante la cual evalúa los factores de riesgo, valora e intenta establecer el riesgo de desarrollar problemas, con los siguientes objetivos en el marco asistencial:

- Proporcionar criterios de evaluación de los factores de riesgo en salud mental en la migración, de modo que permitan establecer la comparación de la situación de riesgo de los usuarios que son atendidos en los servicios asistenciales.
- Proporcionar, a partir de la evaluación efectuada, criterios consensuados y objetivables sobre cómo distribuir los recursos asistenciales (habitualmente escasos) de modo equitativo y así definir las áreas en las que existen factores de riesgo y en las que se ha de intervenir para optimizar los recursos asistenciales en los problemas reales del demandante.

Achotegui (Achotegui, 2002; 2004; 2006; 2009a) considera que la elaboración de los duelos se halla modulada por dos factores especialmente relevantes: vulnerabilidad y estresores. A continuación se describen ambos.

1.3.1 Vulnerabilidad

Los factores internos de estrés son aquellas variables propias del individuo directamente relacionadas con la respuesta de estrés y con la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos de estrés (González de Rivera, 1991). La vulnerabilidad se entiende como una amenaza potencial que se transforma en amenaza activa cuando se considera que realmente pone en peligro al individuo. Hay que tener en cuenta la susceptibilidad a reaccionar con estrés psicológico ante un amplio grupo de acontecimientos, susceptibilidad que viene determinada por un conjunto de factores personales, entre los que se incluyen los compromisos, las creencias y los recursos. Cuando mayor sea la intensidad del compromiso, mayor será la vulnerabilidad del individuo al estrés psicológico en lo que respecta a tal compromiso (Lazarus & Folkman, 1986). La relación entre vulnerabilidad y emigración describe el conjunto de las limitaciones que posee un sujeto cuando emigra y que constituyen un factor de riesgo para su salud mental (Achotegui, 2002). Los factores moduladores están constituidos por variables tanto del medio como del individuo, no directamente relacionadas con la inducción o la respuesta de estrés, pero que sin embargo condicionan, modulan o modifican la interacción entre factores externos e internos. Los estados afectivos, el apoyo social, y la capacidad de control son algunas de las variables características de este grupo (González de Rivera, 1991).

1.2.3 Estresores

Cualquier situación potencialmente generadora de estrés puede ser definida como estresor, con independencia del individuo que se enfrenta a la misma. El comportamiento del

sujeto, adquiere un valor de estrés según el modo en el que el sujeto las percibe y valora funcionalmente como con capacidad para desbordar los recursos adaptativos de que cree disponer (Fierro, 1996). Por tanto el término *estresor* denominaría todo aquello susceptible de generar estrés. Las situaciones estresantes son aquellas que pueden tener trascendencia para las personas, que implican cambios significativos en su vida cotidiana. Estas situaciones tienen características como amenaza la seguridad de la persona (seguridad personal, económica o personal), implican la toma de decisiones difíciles, la obligación de asumir responsabilidad y/o riesgos considerables, o la necesidad de actuar en poco tiempo, y propician la aparición de sentimientos de inutilidad o fracaso (Buceta & Bueno, 2001; Sandí, Venero & Cordero, 2001; Sandín, 2003; Fernández-Abascal & Sánchez, 2002; Polanio-Lorente & Truffino, Armentia, 2003) señalan que hay cuatro tipos de estresores:

- Físicos: son aquellos estímulos que inciden sobre las constantes del organismo del sujeto, como calor, ruido, etc.
- Psicológicos: están determinados por la importancia que el individuo da a las situaciones de miedo, soledad, tristeza, etc.
- Sociales: agrupan una gran diversidad de situaciones relacionadas con las interacciones que el individuo establece con los congéneres de sus entornos, y pueden ser tan negativas como positivas, pero no afectan por igual a todas las personas, dependiendo de la percepción del estresor y la capacidad y la preparación del individuo para afrontar el estrés, así como de la influencia de los patrones de conducta aprobados por la sociedad.
- Biogénicos: alteran directamente el proceso de activación fisiológica, sin la mediación de los procesos psicológicos. Los estresores biogénicos no utilizan los

mecanismos de valoración cognitiva y actúan directamente en los núcleos elicítadores neurológicos afectivos.

Desde la perspectiva de la intensidad, Achotegui (Achotegui, 2002; 2004; 2006; 2008) diferencia tres tipos de estresores: *simples*, dificultades leves del medio que no impiden la elaboración del duelo migratorio; *complicados*, dificultades relevantes del medio pero que con esfuerzo pueden permitir la elaboración del duelo migratorio y por último *extremos*, referidos a limitaciones muy graves del medio que impiden la elaboración del duelo migratorio, como la imposibilidad de trabajar legalmente, tener que vivir escondido, etc. Estos estresores son las características del Síndrome de Ulises, que el autor clasifica en cuatro tipos:

- **Soledad, separación de la familia**

El duelo por la familia, especialmente cuando se dejan atrás hijos pequeños o padres ancianos y enfermos a los que no se puede traer consigo ni ir a visitar porque habría imposibilidad del retorno al país de acogida al no tener papeles. En los momentos más difíciles es cuando se nota más esta separación, provocando un sentimiento de aislamiento difícil de soportar. Esta situación afecta también a los inmigrantes que no pueden traer a su pareja y a sus hijos por otras causas, por no tener suficientes recursos económicos básicos que se requieren para autorizar la reagrupación familiar: si se trabaja en condiciones de explotación es muy difícil tener el nivel de vida y de vivienda que se requiere para que el notario autorice la llegada de los familiares. Desde el punto de vista psicológico mantener las familias unidas ayuda a elaborar mejor las situaciones extremas. La soledad ha sido reconocida como un problema de salud pública que requiere la atención de médicos e investigadores cuando deriva a aislamiento social, una reacción frente la pérdida, el

abandono y la falta de apoyo social, lo que explica la relación entre soledad y problemas de salud mental entre los inmigrantes (Ponizovsky & Ritsner, 2004). Para Achotegui (Achotegui, 2002; 2008; 2009b) la soledad es un gran sufrimiento que se vive sobre todo de noche, cuando afloran los recuerdos, las necesidades afectivas, los miedos....además los inmigrantes provienen de culturas en las que las relaciones familiares son mucho más estrechas que en los países occidentales, por lo que resulta aún más penoso soportar en la migración este vacío afectivo. Pocos lugares como el locutorio simbolizan mejor la imagen de este duelo que tiene que ver con los vínculos con duelos que producen las separaciones.

- **Fracaso del proyecto migratorio**

El sentimiento de fracaso que surge cuando el inmigrante no logra salir adelante al tener dificultades de acceso al mercado de trabajo -“los papeles”-, o hacerlo en condiciones de explotación. Para estas personas que han realizado un ingente esfuerzo migratorio (a nivel de deudas, riesgo físicos...) ver que no consiguen salir adelante es extremadamente penoso. Esta situación afecta también a los inmigrantes que están en situación de “semilegalidad”, aquéllos que tuvieron papeles pero los han perdido debido a la crisis económica y no han podido renovar el contrato de trabajo. Además, son también víctimas de engaños, abusos y estafas laborales, al ser muy dependientes de los patronos para obtener trabajo.

- **La lucha por la supervivencia**

La exclusión social de los inmigrantes muchas veces sobreviene, por razones estructurales, “irregular”. Se ven forzados a aceptar trabajos mal remunerados y de bajo estatus que los locales han rechazado, se ven obligados a vivir en barrios marginales y/o infraviviendas, y en general, apenas pueden acceder a los “sistemas del bienestar social” (Molero, Navas & Francisco, 2001). El inmigrante en situación extrema ha de luchar asimismo por su propia supervivencia, lo que refiere a dos grandes áreas:

- La alimentación, pues con frecuencia estas personas se hallan subalimentadas, tienden a comer alimentos de baja calidad, con bajo índices de proteínas, habiendo una relación entre mala alimentación, fatiga y cefaleas. El bajo poder adquisitivo y el hecho de enviar caso todo el dinero a sus familiares también contribuye a crear esta situación (Achotegui, 2002).
- La vivienda, uno de los aspectos más importante a la hora de valorar la situación social del inmigrante (Pérez & Rincken, 2005). Es frecuente encontrar casos de viviendas donde se hacían muchos inmigrantes a precios abusivos y en malas condiciones higiénicas (casas pateras) (Ruvira, 2008), Muchos de ellos se establecen en áreas rurales aisladas, en busca de trabajo, y sin acceso a servicios mínimos para cubrir las necesidades básicas (Achotegui, 2002; 2004; 2006; 2009a ; Pérez & Rincken, 2005).

- **Terror, miedo, indefensión**

El inmigrante siente miedo, incluso terror, debido a los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio (las pateras, los camiones, etc.), las coacciones de las mafias, las redes de prostitución, etc., pero también siente miedo a la detención y expulsión, a los abusos... y a ello se suma la dificultad de encontrar su lugar, “su sitio”, dentro de la nueva

comunidad, para así recuperar la posición social y el estatus profesional que tenía en su país nativo. Pero en el país de acogida nadie lo conoce y el sentirse una persona anónima aumenta su inseguridad interna (Ginberg & Ginberg, 1996). El miedo a la pérdida de la integridad física es más desestabilizador que el miedo psicológico, y el estrés crónico potencia el condicionamiento del miedo respondiéndose con miedo ante las situaciones de estrés futuras. Este dato es importante en los pacientes con Síndrome de Ulises ya que se hallan sometidos a múltiples estresores que les reactivan las situaciones de terror que han sufrido anteriormente.

Estos cuatro estresores dan lugar a un estrés prolongado e intenso que son potenciados por los siguientes factores (Achotegui 2002; 2006; 2008; 2009 a; 2009b):

- **Multiplicidad y cronicidad:** Los estresores se potencian y el estrés es acumulativo. Muchos de estos inmigrantes desarrollan auténticas odiseas que duran años, sometidos a las dificultades de su vida.
- **Ausencia de sensación de control y de red de apoyo social:** las personas que poseen relaciones significativas con otras personas tienden a ser más saludables y viven más que las que se aíslan socialmente (Brody & Ehrlichman, 2000). Si una persona padece estrés pero conoce la manera de salirse de él reacciona de modo más sereno que cuando no ve la salida al túnel en el que se halla inmerso. En la población inmigrante los recursos naturales de apoyo social se refieren a los miembros de las redes sociales de pertenencia, ya sean integrantes significativos de la red de origen o sean nuevos vínculos en la comunidad de acogida, ya que el apoyo social de tipo familiar ayuda a afrontar muchos estresores en su nueva vida (Martínez, 1997). Así, diversos estudios muestran que los inmigrantes con mayor soporte social y contacto con familiares cercanos tendrían menor incidencia depresiva, considerándose que el apoyo psicosocial actuaría con un efecto protector ante los estresores (Navarro & Rodríguez, 2003; Montoro & López, 2013), al

actuar como un recurso positivo que ayudaría a los sujetos a afrontar los retos del ambiente y la satisfacción de sus necesidades emocionales, informativas y materiales, protegiéndoles a su vez de la depresión (García, Ramírez, & Jariego, 2001; Martínez, García & Maya, 2001) encontraron que el apoyo social actúa como un recurso positivo que ayuda a los inmigrantes a afrontar los retos del ambiente y la satisfacción de sus necesidades (emocionales, informativas y materiales), protegiendo a los mismos de la depresión.

- **Intensidad y relevancia de los estresores:** nos referimos a los estresores límite, a un estrés crónico múltiple y extremo.
- **Los duelos clásicos de la migración:** lengua, cultura, paisaje, xenofobia...el estrés aculturativo vivido de modo extremo.
- **El sistema sanitario:** sea por banalización, desinterés, desconocimiento del tema, falta de sensibilidad o incluso racismo... el sistema sanitario no trata adecuadamente este cuadro. Los inmigrantes son diagnosticados erróneamente y tratados como depresivos, psicóticos o como enfermos somáticos, actuando el sanitario como nuevo estresor.

1.4 DUELO MIGRATORIO

La palabra duelo proviene del latín *dolo*, que significa tallar piedra o madera golpeándola: en definitiva, refiere a un trabajo. Achotegui (2009b) lo remite a la esforzada búsqueda de un nuevo equilibrio, a la reacción psicológica de las personas que se enfrentan ante una pérdida significativa. Todas las pérdidas o frustraciones, si se acompañan de su representación mental, si son percibidas a nivel consciente o inconsciente como tales, despiertan toda una serie de emociones y sentimientos que van desde la tristeza y el dolor a la rabia y la agresión; desde la protesta a la desesperanza (Tizón 2004). Para Freud el duelo es una reacción frente a la pérdida de un ser querido o de alguna abstracción como la patria, la libertad, determinados ideales,

etc. (Espinosa, 2001). Bowlby (1993) explica el carácter del duelo según dos aspectos: a) debido a la naturaleza persistente e insaciable del anhelo para la figura perdida, el dolor resulta inevitable; b) el dolor que sigue a la pérdida es el resultado de un sentimiento de culpa y del temor a la respuesta. Llegando a este punto Achotegui (Achotegui, 2000; 2002; 2009b) define el duelo como un proceso de reestructuración de la personalidad que tiene lugar cuando hay una separación o una pérdida de algo que es significativo para el sujeto. El término “proceso” pone de relevancia que se trata de un acontecimiento temporal, diacrónico, “de reestructuración de la personalidad”, basado en la idea de que el funcionamiento previo de la personalidad ha sido alterado por las frustraciones y el dolor ocasionado por la pérdida y debe ser restablecido. Constituye un proceso dinámico complejo que involucra a la personalidad total del individuo y abarca, de un modo consciente o inconsciente, todas las funciones del yo, sus actitudes, defensas y, en particular, las relaciones con los demás (Ginberg & Ginberg, 1996).

La inmigración es un acontecimiento de la vida que da lugar a todo un conjunto de emociones. En términos generales y desde el punto de vista psicológico la inmigración es un cambio vital que tiene una parte de tensión y estrés que se denomina “duelo migratorio”. El término duelo significa “dolor” pero también “desafío o combate entre dos”: ambas definiciones pueden aplicarse tanto al sufrimiento provocado por pérdida de objeto y de partes del yo proyectadas en el sí mismo, como también al enorme esfuerzo psíquico para recuperar la unión con la realidad de lo perdido y asimilar los aspectos positivos. Los que emigran experimentan “dolor” por lo que dejan y afrontan un “desafío” ante lo que les espera (Ginberg & Ginberg, 1996). Tizón (2004), por su parte, refiere duelo migratorio al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, el deudo, aquélla con la que estaba psicosocialmente vinculado.

1.4.1 Características del Duelo Migratorio

A la luz de lo mencionado, se consideró que los inmigrantes que viven estresores complicados o extremos, se hallan influidos negativamente en su salud mental. En las consultas de atención primaria la mayoría de patologías de salud mental que se identifican en el paciente inmigrante son trastornos de adaptación, somatizaciones y aquellas relacionadas con el duelo migratorio (Fuertes & Martín Laso, 2006). El estrés y el duelo migratorio son conaturales al fenómeno migratorio y cuando la migración se vive en malas condiciones personales y sociales afecta de modo negativo a nivel psicológico (Achoategui, 2000; 2002; 2009b). El duelo migratorio posee características específicas que lo diferencian de otros duelos:

- **Es un duelo parcial**

El duelo migratorio no es un duelo por una pérdida o una desaparición: es un duelo por una separación. Dos elementos básicos delimitarían el duelo migratorio: a) el tiempo, el período en que el inmigrante está fuera y debe asimilar los cambios en el país de origen, como en su persona; y b) el espacio, la distancia que separa al inmigrante de su país de origen.

- **Es un duelo recurrente y de larga duración**

En el caso del inmigrante que tiene contacto con el país de origen (por vacaciones, por teléfono, televisión parabólica, Internet....) la elaboración de la separación es más compleja de elaborar. Reavivar los vínculos con el país de origen sigue siempre consciente, y a veces inconsciente, en la vida del sujeto. Muchas veces se expresa con la fantasía del regreso ante las situaciones de crisis o fracaso, situaciones en las que el inmigrante vuelve hacia atrás, hacia su cultura de origen.... Las fantasías de regreso se hallan íntimamente

relacionadas con del duelo migratorio. El hecho de que, ante una situación de crisis se intente evitar el dolor volviendo junto al objeto conocido y seguro (el país y la cultura de origen) es bien comprensible psicológicamente. Sin embargo, el hecho de que exista la posibilidad real de “echarse atrás” alimenta claramente la vigencia e intensidad de las fantasías de regreso, especialmente cuando las cosas no van bien en el país de acogida. Así pues, otros duelos interactúan y reactivan el duelo migratorio.

- **Es un duelo vinculado a aspectos de la infancia muy arraigados**

La infancia es para los seres humanos una de las etapas donde se forman y desarrollan unos vínculos de lengua, cultura y entorno familiar que serán muy importantes para su desarrollo posterior, es como la base de su futura personalidad. En la edad adulta la personalidad está formada y la realidad que les toca vivir va a actuar sobre algo ya construido que sólo podrá ser modificado mínimamente. El inmigrante estará condicionado por sus vivencias en la infancia y de ellas se derivan en parte sus dificultades de adaptación a una realidad desconocida. En la infancia, la vivencias poseen raíces emocionales ya que las áreas límbicas, el hipocampo, "el cerebro emocional", es el que tiene más peso en la estructuras de las primeras relaciones materiales que rodean al niño. Así pues se entiende que el primer contacto que tenemos con el mundo no es racional sino emocional, una realidad que queda marcada a nivel neuronal (que sería diferente según la realidad vivida). Por ello si la emigración tiene lugar en la infancia, el cerebro tiene todavía mucha plasticidad para adaptarse a los cambios, y el niño se adaptará y vivirá el nuevo país como propio. Estos vínculos tienen que ver con el apego, con el instinto (Bowlby, 1998); observando la conducta de los niños separados de sus madres se ha constatado que los niños de 1 a 4 años pasan por tres fases, cada una de ellas planteando un problema diferente: protesta: angustia por la separación; desesperanza de la pena y el duelo; y desapego: la defensa.

- **Es un duelo múltiple**

El duelo migratorio es un duelo múltiple. Posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona, incluso la pérdida de un ser querido, supone tantos cambios como la migración. Achotegui (2002; 2004; 2006; 2008; 2009a; 2009b) considera que, como mínimo, en la migración pueden distinguirse siete duelos (ver Tabla 1):

- **Duelo por la familia y los seres queridos:** En este duelo hay dos partes: a) duelo por lo que se deja atrás, en este caso, la distancia, la separación de los seres queridos y estrés y b) duelo por el esfuerzo que supone adaptarse a lo que viene delante, en este caso la búsqueda de nuevas relaciones afectivas.
- **Duelo por la lengua:** Con anterioridad se ha expuesto lo que supone el concepto de lengua para el inmigrante y el esfuerzo que ha de realizar para aprender la lengua del país de acogida.
- **Duelo por la cultura:** El inmigrante ha de elaborar por un lado el duelo por la disminución o la pérdida de contacto con la cultura de origen y por otro lado el esfuerzo de contactar y adaptarse a la nueva cultura.
- **Duelo por la tierra:** Luminosidad, colores, olores, paisaje, temperatura etc... son aspectos que tienen una importancia emocional. El inmigrante elabora el duelo por lo que deja atrás y el estrés que supone adaptarse a la nueva tierra.
- **Duelo por el estatus social:** Se relaciona con papeles, trabajo, vivienda, acceso a las oportunidades, etc. La migración en general busca una mejora del estatus social y, con frecuencia, se pierde la que se tenía.
- **Duelo por el contacto con el grupo de pertenencia "étnico":** El inmigrante ha de elaborar el duelo de la disminución o pérdida de contacto con su grupo de pertenencia y el estrés de contactar con un nuevo grupo de pertenencia

- **Duelo por los riesgos para la integridad de la persona:** El inmigrante pierde la seguridad física que tenía en su país de origen, y debe afrontar el estrés de los nuevos riesgos físicos con los que se encuentra en la inmigración.

Tabla 1. *Características del duelo migratorio*

| Tipo del duelo migratorio | Características del duelo | Elaboración del duelo |
|--|---|---|
| Por la familia y los seres queridos | Por la distancia y la separación de los seres queridos | Esfuerzo para adaptarse a lo nuevo y búsqueda de nuevas relaciones afectivas. |
| Por la lengua | El concepto de lengua para el inmigrante | Esfuerzo para aprender la lengua del país de acogida. |
| Por la cultura | Por la pérdida de contacto con la cultura de origen | Esfuerzo por contactar y adaptarse a la nueva cultura |
| Por la tierra | Vinculado a aspectos emocionales: luminosidad, colores, olores, paisaje, temperatura... | Se elabora el duelo por lo que se deja atrás y el estrés que supone adaptarse a la nueva tierra |
| Por el estatus social | Por los papeles, el trabajo, la vivienda, acceso a las oportunidades, etc. | Lograr un buen estatus social pero, con frecuencia, no lo consigue |
| Por el contacto con el grupo de pertenencia "étnico" | Disminución o/y pérdida de contacto con el grupo de pertenencia | Contactar con un nuevo grupo |
| Por los riesgos para la integridad de la persona | Pérdida de la seguridad física. | Afrontar el estrés de los nuevos riesgos físicos con los que se encuentra en la inmigración |

- Fuente Achotegui (2009a); Elaboración propia

- **Es un duelo que afecta a la identidad**

La identidad implica el sentimiento de uno mismo ante los demás, sentimiento capaz de crear un marco que ralentiza, impide o facilita la integración del individuo en una comunidad que no siente como propia. Cada grupo social se caracteriza por una identidad social y cultural, por la existencia de una interacción entre sus miembros y por una determinada producción social orientada a conseguir sus objetivos y satisfacer sus necesidades. En síntesis, cada grupo social se configura como sistema sociocultural, y la identidad y la conciencia colectiva ofrecen un marco explicativo para la integración en ese sistema sociocultural (Garreta, 2003). La inmigración genera una crisis global y relevante en el individuo que puede hacer tambalear la propia identidad. Como indican Molero et al. (2001), las minorías étnicas que viven en condiciones de precariedad económica y marginación social en las sociedades receptoras se encuentran con dificultades de todo tipo para preservar su identidad. Así, si el inmigrante se adapta a la nueva cultura, puede sustituir el duelo por el hogar perdido a través del sentimiento de pertenencia a esa nueva cultura (Díaz, 2000). En este sentido, Achotegui (2002; 2006; 2008; 2009a) ha confirmado que si el inmigrante logra elaborar adecuadamente el duelo migratorio, se convierte en alguien que ha "construido" una nueva identidad más compleja y más rica....

- **Es un duelo que conlleva una regresión psicológica**

Cuando el inmigrante tiene que resolver tantos cambios a la vez se siente inseguro adoptando actitudes regresivas que, psicológicamente, se entienden como un retroceso a actitudes infantiles. Esta regresión a la infancia tiene tres vías de expresión: conductas de dependencia, queja infantil y sobrevaloración del líder, como explicamos a continuación.

- **Conductas de dependencia**

En esta forma de regresión, el inmigrante adopta una actitud de sumisión ante la autoridad, como el niño ante la figura paterna. Ante esta situación el personal asistencial favorece también la dependencia al actuar de forma paternalista, favoreciendo que el inmigrante se infantilice, dado que el paternalismo favorece la exclusión social al disminuir el crecimiento y el desarrollo personal del sujeto, lo cual supone tanto un impedimento para su desarrollo como un ataque a su dignidad. Por ello es muy importante que los servicios asistenciales, ante las demandas de ayuda del inmigrante, siempre le pidan algo a cambio, aunque sea de forma simbólica, para así mantener la autoestima y la salud mental del sujeto. Además, el que reclama ayuda se acomoda y cada vez pide más y crea un rechazo inconsciente del dador que acaba viéndolo como un parásito, por lo que este tipo de intervenciones suelen ser negativas.

- **La queja infantil**

Consiste en una actitud regresiva ante la frustración y el dolor -la “pataleta”. Es un proceso de no expresión del duelo, por lo que se denomina “duelo congelado”: al no ser capaz de elaborar sus sentimientos ante la autoridad, el inmigrante se siente indefenso y “congela” el duelo. Pero ante los servicios asistenciales sí es capaz de mostrar duelo y frustración, por lo que tiende a protestar más con éstos, precisamente donde mejor les tratan. Psicológicamente esta actitud se entiende como que los servicios asistenciales hacen de contención, aguantan las quejas y la frustración de los inmigrantes.

- **Sobrevaloración de los líderes**

Esta conducta regresiva que se vive en algunas de las etapas del duelo migratorio es una reacción natural ante el estrés y la tensión a los que se halla sometido el inmigrante. La

Psicología Social señala que cuando hay una situación de peligro los seres humanos “nos militarizamos”, es decir, buscamos una autoridad externa, un jefe, sin considerar que los líderes no siempre son honestos y pueden utilizar los conflictos en su propio beneficio. Para la Psicología Evolucionista la gente es más bien crédula y tiende naturalmente a esta regresión, que no se debe confundir con debilidad o incapacidad.

- **Es un duelo que implica ambivalencia hacia el país de origen y el país de acogida**

El inmigrante tiene sentimientos entremezclados de amor hacia su país de origen con el que mantiene vínculos muy fuertes, y de rabia porque tuvo que marcharse por la falta de oportunidades. A la vez, siente odio hacia el país de acogida debido al esfuerzo de adaptación que le supone a pesar de las oportunidades. Y esta mezcla de sentimientos le impiden a disfrutar de lo que tiene en el país receptor y en el país de origen.

- **Es un duelo que afecta a los autóctonos y a los que se quedan en el país de origen**

La inmigración es un proceso que afecta tanto a la sociedad receptora (Bhuir, 2004) por la amenaza que supone al sentimiento de identidad grupal, la pureza de su idioma y sus creencias en general (Grinberg & Grinberg, 1996), como a la sociedad de origen, por los familiares que se quedan en el país de origen, por la ausencia de los que se han ido que viven la separación, muchas veces por largos años, de sus seres queridos. La cuarta parte de los hijos de los inmigrantes en España residen en sus países de origen (Requena & Reher, 2009), por lo cual estos niños vivirán una infancia huérfana; los hijos mayores notan la ausencia de sus progenitores con la fantasía de que nunca más los volverán a ver, pero es que incluso llegan a perder el contacto con sus padres, a los que muchas veces ni siquiera conocerán (Tizón, 2004).

- **Es un duelo por el que el regreso del inmigrante es una nueva migración**

Con el retorno se origina otra migración. Tanto el país de origen como en la personalidad del inmigrante se han producido muchos cambios. Ante esta nueva situación el inmigrante vuelve a repetir la situación inicial, el duelo por lo que ha dejado detrás en el país de acogida. En esta nueva adaptación resulta muy positivo que el inmigrante haya alcanzado una solvencia económica, cultural y emocional. En situación actual de crisis económica muchos inmigrantes vuelven fracasados y son rechazados en su ambiente social y familiar.

- **Es un duelo transgeneracional**

La elaboración de esta larga lista de vivencias que hemos descrito en los apartados anteriores lógicamente no se agota en la persona del inmigrante, sino que continúa también en sus hijos y podría continuar en las siguientes generaciones si los inmigrantes no llegan a ser ciudadanos de pleno derecho en la sociedad de acogida. En la migración extracomunitaria, desgraciadamente de actualidad, también hay circunstancias que impiden la integración de los inmigrantes y que se transmiten a las siguientes generaciones, que constituyen el testigo de la exclusión social. Los hijos de los inmigrantes que han nacido en el país de acogida no son inmigrantes, sino que son autóctonos de hecho, pero con frecuencia viven un duelo migratorio más complejo que el de sus padres, ya que a través de ellos han interiorizado la cultura paterna. Además, el grado de elaboración del duelo migratorio de los padres ejerce una profunda influencia sobre las actitudes que adopten sus hijos hacia el país de acogida. Es diferente la situación y el contexto en que se encuentran los inmigrantes y sus hijos, si sus padres han tenido que esforzarse para adaptarse al nuevo país, pues en ese caso los hijos se hallan mejor situados en la sociedad y pueden manejar mejor los medios para expresar sus protestas (Achotegui, 2002).

1.4.2 Elaboración del duelo migratorio

El proceso migratorio está marcado por varias etapas. La primera se caracteriza por un sentimiento de pérdida, miedo a lo desconocido, desamparo y soledad. Estos sentimientos producen una gran confusión, por la que el inmigrante minimiza la importancia del cambio o, por el contrario, lamagnífica. En la segunda etapa prevalece un sentimiento de nostalgia y de pena por el mundo abandonado. El inmigrante es consciente de su realidad y esto hace que sea más fácil su incorporación a la nueva cultura de forma progresiva. Recupera sus vivencias pasadas y su capacidad de hacer proyectos de futuro, sin que éstos impidan su relación con el pasado y sus vivencias del presente. En esta etapa podría considerarse que se ha realizado la elaboración del duelo por el país de origen, hasta donde es posible hacerlo, ya que tal vez sea un proceso que, totalmente, no se termina nunca. Esta elaboración facilita la integración de la cultura nativa con la cultura nueva, sin tener que renunciar a ninguna de ellas. Por lo tanto promueve un enriquecimiento del yo con la consolidación de, podríamos decir, un sentimiento de identidad remodelado (Grinberg & Grinberg, 1996).

Como hemos dicho, el duelo migratorio es un duelo complejo y se da en todo proceso migratorio. Es una verdadera crisis existencial donde se va confrontado con el caos y con los aspectos incontrolables de la existencia. Y esa misma crisis también puede servir para crecer, o para debilitar y enfermar, dependiendo de cómo se afronta. En la elaboración del duelo hay una serie de procesos psicológicos que se inician con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida y terminan con la aceptación de la nueva realidad del sujeto. El duelo bien elaborado ayudará a integrar de manera crítica las nuevas circunstancias; es decir las dos culturas, dos países, los dos grupos, etc. Esto da lugar a la consolidación y reorganización del sentimiento de identidad sin renunciar al anterior, logrando así mejor autoestima y estabilidad emocional. (Sayed-Ahmad, Río & Fernández, 2008).

Achotegui (2002; 2008) diferencia tres tipos de duelo en correspondencia con los tipos de estresores antes mencionados: el simple, que es el que ocurre en buenas condiciones y puede ser superado; el complicado, que se produce cuando existen serias dificultades para la resolución del duelo; y por último, el extremo, que supera las capacidades de adaptación de la persona y resulta tan problemático que no es elaborable, correspondiendo a la situación que considera el Síndrome de Ulises. Como consecuencia de los aspectos anteriormente mencionados, los estresores extremos del Síndrome de Ulises -el miedo, la lucha por supervivencia, la soledad forzada- afectan de modo relevante al sujeto. También ejerce un rol muy importante el tipo de vínculo que el inmigrante estableció con sus objetos internos. Si dicho vínculo le permitió poder integrar su yo y distinguir entre fantasía y realidad externa, el inmigrante tendrá la capacidad de elaborar esos cambios internos y externos que provoca la emigración (Sánchez, 2001). El tipo de elaboración del duelo o de afrontamiento del estrés desde la perspectiva cognitiva constituye otro factor muy importante que tendrá gran influencia en si el sujeto sale adelante o cae en la enfermedad. Además, el síntoma ha de ser comprendido como un elemento ligado a la adaptación desde una perspectiva evolucionista.

Así mismo, se han identificado unos mecanismos de defensa comunes utilizados en la elaboración del duelo migratorio, que por su importancia describimos brevemente a continuación:

- **Negación:** a los cambios vividos y la influencia del proceso, expresados mediante dos posibles actitudes que se hallan más presentes al inicio de la migración: a) quitar importancia a las pérdidas o b) considerar que da igual la diferencia porque no les afecta. Cuando pasa el tiempo la evidencia es fuerte y no se puede seguir con la negación a no ser que la persona se encuentre en una fuerte desadaptación psíquica. La negación en el inmigrante está ligada al área de confusión.

- **Proyección:** sacar fuera de uno mismo lo malo –considerar que “las malas intenciones”, “lo malo”, lo tienen los otros-, de modo que no se asumen las propias dificultades.
- **Idealización:** una forma de distorsión de la realidad en la que se exageran las cualidades de algo. En este caso, puede ser del país de origen o el país receptor, negándose sus defectos ya que éstos resultarían dolorosos de aceptar -por ejemplo, considerar que el país de origen es el más bonito-. Desde el psicoanálisis se sostiene que la idealización, a pesar de que es un funcionamiento psicológico muy común, e incluso valorado socialmente, constituye una defensa en el sentido de que, como hemos dicho, distorsiona, altera, la realidad.
- **Formación reactiva:** hacer lo contrario de lo que dicta el impulso. En el intento de amoldarse a la nueva cultura, el inmigrante hace lo contrario de lo que le dictan sus impulsos, que le llevarían de modo natural a mantener sus tradiciones y costumbres, llegando por el contrario hasta rechazarlas.
- **Hiperadaptación:** una mimetización que podría compensarse a través de síntomas somáticos, como manera de expresar el conflicto de modo socialmente aceptable (Achotegui, 2009a).

1.4.3 Resolución del duelo migratorio

Desde una perspectiva psicopatológica se acuerda considerar que para la resolución de un duelo es necesario que la persona que ha sufrido la pérdida de un ser querido exprese, más pronto o más tarde, sus sentimientos (Bowlby, 2006). Si la persona cuenta con capacidad de elaboración suficiente, no sólo superará la crisis, sino que ésta tendrá una cualidad de “renacimiento” con desarrollo de su potencial creativo (Grinberg & Grinberg, 1996). Desde una perspectiva de elaboración psicológica de los procesos de duelo se hace referencia a cuatro fases: a) fase de embotamiento, que dura entre algunas horas y una semana y que puede ser

interrumpida por descarga de aflicción o de ansiedad extremadamente intensas; b) fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida, que dura varios meses y con frecuencias, años; c) fase de desorganización y desesperación y d) fase de un grado mayor o menor de reorganización (Bowlby, 2006). En el caso de la inmigración los procesos de duelo se expresarían según las siguientes etapas: a) negación, no aceptar la realidad del cambio. Sin una cierta temeridad, la mayoría de la gente no se movería de su casa y más en los tiempos tan difíciles que corren para muchos inmigrantes; b) resistencia, caracterizada por protesta y queja ante el esfuerzo que supone la adaptación; c) aceptación, cuando la persona se instala ya a fondo en la nueva situación (en el caso de la migración en el país de acogida) y d) restitución, es decir, reconciliación afectiva con lo que se ha dejado atrás y con la nueva situación, cuando se acepta lo bueno y lo menos bueno o malo, tanto del país de origen como del país de acogida (Achotegui, 2009a). Sin embargo, el duelo migratorio es un duelo complejo y difícil en bastantes momentos, sobre todo si las circunstancias personales y/o sociales del inmigrante son problemáticas. Como hemos señalado, la migración no es por sí misma una causa de trastorno mental, pero sí un factor de riesgo en salud mental si se dan las siguientes situaciones: vulnerabilidad -si el inmigrante no está sano o padece discapacidades-, nivel de estresores muy alto -como sucede cuando el medio de acogida es hostil-o bien, si se dan ambas condiciones.

En resumen, Achotegui reseñara que no es adecuado plantear la ecuación inmigración = duelo migratorio ya que supondría negar la existencia de toda una serie de aspectos positivos en la migración, cuando ésta es muchas veces más una solución que un problema. Pero es una solución que encierra, a su vez, su parte de problema.

1.5 SINTOMATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE ULISES

A partir de lo expuesto anteriormente se llega a la conclusión de que la experiencia de la emigración y de los estresores extremos que viven hoy millones de inmigrantes hacen a estos colectivos muy vulnerables al Síndrome de Ulises que, como hemos indicado, se refiere un cuadro de duelo migratorio extremo vinculado a la intensidad del estrés crónico, la soledad, la lucha por la supervivencia, la falta de oportunidades y los riesgos físicos. Las respuestas de estrés son, esencialmente, intentos que hace el cuerpo para adaptarse a tales estresores. Una respuesta de estrés eficaz representa una adaptación exitosa, pero el cuerpo no siempre responde perfectamente o de forma adecuada (Ivancevich & Mattesson, 1985). La incidencia de los síntomas del Síndrome de Ulises será mayor o menor según los factores de riesgo, como los cambios culturales y de lengua, el sentimiento de soledad por la separación de la familia y los seres queridos, la sensación de desesperanza y agotamiento por la incapacidad para cumplir con el proyecto migratorio que se ha fijado la persona, las dificultades para integrarse plenamente en sociedad y el miedo (Ramos-Villagrasa & Garcia-Izquierdo, 2007). Achotegui (2002) ha agrupado la sintomatología psicológica expresada en el Síndrome de Ulises en cinco áreas: depresiva, ansiosa, Somatización, confusional y cultural.

1.5.1 Área depresiva

Se relaciona con el apego, los vínculos que se dejan atrás, las separaciones, el sentimiento de fracaso, la indefensión, la dificultad ante situaciones límite, la culpa por el abandono, tristeza, llanto, baja autoestima..., como indican los resultados del estudio de Suárez-Hernández et al. (2011). La fuerte relación entre la presencia de síntomas del área depresiva y la situación familiar del inmigrante (vivir en pareja o con pareja e hijos) es un factor de riesgo y/o protector, de tal manera que presentan más sintomatología depresiva aquellas personas que

viven solas en relación con los que viven con parejas o con parejas e hijos. La tristeza es el síntoma central en todas las situaciones de duelo. Ante la tristeza por la pérdida se requiere un esfuerzo psicológico para verla de un modo relativamente benigno, en el que pasado, presente y futuro aparezcan reconciliados. Sólo cuando se ha aceptado la pérdida, o uno se ha reconciliado con ella, se puede seguir adelante con la propia vida. Esta es la lucha del duelo, es un proceso de manejo emocional (Lazarus, 2000). En este cuadro la tristeza expresa el sentimiento del fracaso del proyecto migratorio, de lo que se debe afrontar, no es tristeza en el sentido clínico, la de un cuadro depresivo típico, sino tristeza de un duelo extremo, en la línea de la desolación. En estas situaciones lloran tanto hombres como mujeres –en la tradición islámica el dolor se expresa más en forma de gemidos-, a pesar de que en todas las culturas los hombres han sido educados en el control del llanto, porque ante la situación de dolor las barreras culturales quedan en segundo lugar (Achotegui, 2006). En estos inmigrantes hay sintomatología del área depresiva, pero faltan síntomas muy importantes para el diagnóstico de un trastorno depresivo, como la apatía, las ideas de muerte o la pérdida de actividad social.

1.5.2 Área de ansiedad

El inmigrante lucha por conseguir objetivos propuestos, ante el choque cultural ha de tomar decisiones en poco tiempo, por lo que padece tensión, nerviosismo, preocupaciones excesivas y recurrentes, irritabilidad e insomnio. Desde la perspectiva transcultural los inmigrantes árabes expresan este síntoma en forma de protesta y de actitud de impaciencia. Debido a la educación de los varones en esta cultura, puede favorecer la personalidad impulsiva con menos tolerancia a la frustración y más ansiedad (Achotegui, 2009a). Entre los componentes más comunes de esta área destacan las preocupaciones excesivas y recurrentes, la tensión y el nerviosismo y la irritabilidad.

- **Preocupaciones excesivas y recurrentes**

Este tipo de preocupaciones serían normales con relación a los problemas de estos inmigrantes. Pero en su emotividad hay contradicciones que cuestan integrar en soledad. Deben tomar decisiones en poco tiempo, con escasos medios de análisis, lo que les lleva a una gran tensión. Las preocupaciones excesivas y recurrentes se relacionan con vivencias dolorosas del viaje migratorio (las pateras, el viajar escondido, etc.) o de su propia realidad, como el vivir escondido, la explotación laboral, recuerdos traumáticos del país de origen, estar sumido muchas veces en un entorno racista, etc.

- **Tensión, nerviosismo**

Es un síntoma muy frecuente que expresaría en enorme esfuerzo, la intensidad de la lucha que supone afrontar las adversidades que conlleva emigrar en estas condiciones, con todos los estresores descritos. Este nerviosismo, esta tensión, se relaciona con el estrés de lucha e indica que el sujeto aún confía en que vale la pena estar activo para resolver los problemas que tiene delante (aunque este tipo de funcionamiento del área de la ansiedad se combina en otros momentos con tristeza por los fracasos en el logro de sus objetivos).

- **Irritabilidad**

Es un síntoma más frecuente en los adolescentes. Y menor entre inmigrantes procedentes de culturas orientales se expresa con menor intensidad, porque su educación prioriza el control de las emociones (consideran que expresar una emoción es una forma de coaccionar a los otros). También es más frecuente en las mujeres por motivos culturales, ya que las mujeres tienen menos autonomía que los hombres.

1.5.3 Área de somatización

En la mayoría de las culturas de origen de los inmigrantes “latinas o asiáticas” se considera que la mente y el cuerpo conforman una unidad inseparable. Desde esta perspectiva los inmigrantes expresan tanto síntomas somatomorfos (somáticos) como síntomas psicológicos. Entre los síntomas somatomorfos más frecuentes destacan las cefaleas y la fatiga, síntomas de tipo osteoarticular, y en menor medida, molestias abdominales. Los inmigrantes los presentan con más frecuencia porque, aparte de expresar malestar psicológico, los síntomas somáticos se van a emplear con otros significados simbólicos (García-Campayo & Carrillo, 2002). Los síntomas somáticos se potencian unos a otros: el insomnio favorece la cefalea y la fatiga, y la tristeza baja el umbral de dolor (Achotegui, 2006; 2008; 2009a).

- **Insomnio**

Las preocupaciones dificultan el dormir. Durante la noche, el inmigrante tiene en su mente los problemas que debe afrontar en soledad. En esta situación el inmigrante asocia el dormir con una situación de tensión y esta ansiedad le dificulta relajarse para poder conciliar el sueño, creando un círculo vicioso. A nivel biológico se podría explicar el insomnio desde la perspectiva de que el incremento de catecolaminas y glucocorticoides a que da lugar el estrés crónico favorece el arousal, la excitación que impide la relajación necesaria para poder dormirse. En el caso de los inmigrantes el insomnio tiene unos condicionamientos concretos: viviendas en malas condiciones, ambientes húmedos, excesivamente calurosos en verano y fríos en invierno, la existencia de ruidos, mala ventilación, etc.; y cuando viven en la calle, la inseguridad y el miedo a los robos y a las agresiones (Achotegui, 2002; 2008; 2009a).

- **Cefalea (migraña)**

Es uno de los síntomas más frecuente del SU (se estima que afecta al 76.7% de los pacientes con dicho síndrome). La cefalea en los inmigrantes casi siempre es de tipo tensional y se asocia a las preocupaciones recurrentes e intensas en que el inmigrante se halla sumido (Achotegui, 2012). Es un tipo de cefalea que se expresa con síntomas de dolor opresivo, no pulsátil, de intensidad leve o moderada y localización bilateral; no se agrava con esfuerzos físicos, ni se acompaña de náuseas y vómitos, ni tampoco hay fonofobia ni fotofobia. Se da con más frecuencia en mujeres, concentrada con frecuencia en la zona frontal y en las sienas. Desde una perspectiva psicoanalítica las cefaleas se vincularían a agresividad reprimida, tan frecuente en el inmigrante dada las grandes frustraciones que padece (Benedittis, Lorenzetti & Pieri, 1990) y al uso de la negación como mecanismo de defensa, relacionada con la inhibición dolorosa del acto de pensar, que es muy frecuente en el duelo migratorio extremo, resulta más soportable el dolor de cabeza que seguir pensando en resolver los problemas y dificultades.

- **Fatiga (“estoy como una pasa”)**

Cuando la motivación para resolver problemas no ve salida a una situación, la energía disminuye y la persona no encuentra utilidad a seguir luchando. Sin embargo, en el SU, a pesar de la fatiga, el inmigrante sigue adelante, ya que en los inmigrantes la fatiga puede asociarse al esfuerzo que supone la elaboración de los duelos de la migración. Hay que diferenciar este síntoma del Síndrome de Fatiga Crónica, que se caracteriza por debilidad extrema, fiebre moderada, molestias musculares, fatiga persistente, dolor en las articulaciones pero sin hinchazón, trastornos del sueño, depresión, confusión, irritabilidad, dificultad para concentrarse. Por el contrario, los inmigrantes de Síndrome de Ulises son capaces de ir caminado unos kilómetros si hay trabajo. Otra alteración que se ha observado,

es la de la termorregulación y en afroamericanos, hipertensión. También se ha constatado que la fatiga se da más entre los asiáticos y marroquíes. De hecho, en la cultura asiática la fatiga es un síntoma fundamental en un trastorno cultural propio de zonas de la India, Pakistán y China, denominado "Dahi". (Achotegui, 2006; 2009 a; 2009b).

1.5.4 Área confusional

Los síntomas de este área expresados en el SU se refieren principalmente a experiencias de despersonalización, confusión espaciotemporal, dificultades para concentrarse y problemas de memoria. Son síntomas de menor entidad que los anteriores. Desde una perspectiva biológica, la confusión que aparece en las situaciones de estrés crónico se explicaría porque el incremento del cortisol que se produce actuaría sobre el hipocampo y las áreas corticales (Sendi et al., 2001). Pero además la confusión se ve favorecida porque en las relaciones familiares el inmigrante dice la verdad a medias para que no sufran por él y su familia tampoco explica los problemas que surgen en el país de origen. Otro factor que favorece la confusión es que se superponen y se mezclan las culturas, los idiomas, los lugares, los puntos de referencias, los recuerdos y las vivencias actuales.

1.5.5 Área cultural

Los antropólogos que se han interesado en los aspectos culturales de la salud y la enfermedad han recalcado que los valores, creencias y prácticas acerca de la salud y la enfermedad de todas las sociedades humanas, son expresión, y parte, de la cultura de esa sociedad y no pueden ser estudiadas aisladas de la cultura. Cuando la gente se encuentra en situaciones de incertidumbre y que implican cierta amenaza a la integridad personal, hay una tendencia a tratar de explicar o encontrarle sentido a lo que está pasando. Esta tendencia a hacer análisis causales es iniciada por la necesidad de las personas de predecir el futuro y controlar los

eventos (Achotegui, 2008; 2009b). En este sentido, culpar a otras personas de la enfermedad que se sufre, es algo frecuente en algunas comunidades de las sociedades no-industrializadas, como en África y en el Caribe, o en minorías culturales de sociedades industrializadas, siendo las formas más comunes de estas atribuciones la brujería y el mal de ojo (León, Páez & Díaz, 2003). Con frecuencia el inmigrante interpreta desde la cultura tradicional sus desgracias como mala suerte o como provocadas por la brujería, como castigos por no cumplir las normas sociales de sus grupos. Desde la perspectiva de los aspectos culturales de la sintomatología se sugiere que existirían variantes culturales de estos síntomas, como las molestias torácicas en árabes, las molestias abdominales en africanos y la sintomatología relacionada con la sexualidad en asiáticos (Achotegui, 2009a).

Desde la perspectiva evolucionista del Síndrome de Ulises, se observa que estos síntomas aparecen cuando la situación para la persona la desborda y no se ve con los recursos necesarios o con la capacidad de afrontar lo que le ocurre. Hay variabilidad temporal en sus síntomas, temporadas en las que está mejor y luego recae; según el contexto, los síntomas no son fijos, cuando mejora la situación desaparecen los síntomas (Achotegui, 2008). Por último, un aspecto muy importante a tener en cuenta es que los síntomas que presentan estos inmigrantes de este cuadro son menores: no afectan a su capacidad de interdependencia ni autonomía personal ni a su nivel de funcionamiento social, siendo su reacción sintomatológica plenamente proporcional a los estresores desmesurados a los que se ven expuestos estos inmigrantes (Achotegui, 2002; 2005; 2008; 2009a).

1.6 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME DE ULISES

La relación entre inmigración y salud mental ha sido objeto de muchos estudios, pero los datos son contradictorios, se ha constatado una gran variabilidad metodológica y no se ha llegado a una conclusión definitiva acerca de una mayor psicopatología asociada al hecho migratorio (Delgado, 2008). No obstante, algunos trastornos mentales comparten sintomatología con el Síndrome de Ulises (verTabla 2), lo que puede dificultar la identificación de este último y confundirlo con un trastorno más grave, por lo que es muy importante realizar un diagnóstico diferencial al respecto (Achotegui, 2002; 2009a).

A continuación nos referimos brevemente al diagnóstico diferencial con relación a diferentes trastornos:

Tabla 2. Diagnóstico diferencial del Síndrome de Ulises

| Tipo del trastorno | Comunes | Ausencia | Observaciones |
|---|---|---|--|
| Trastornos depresivos | Tristeza y Llanto | Apatía, ideas de muerte, culpa, perdida Perdida de interés por las cosas, bajo autoestima | SU: desaparecen tristeza y llanto cuando desaparecen los estresores |
| Trastornos Adaptativos | Estresores extremos | Trastornos adaptativos: los estresores provocan un malestar superior al esperable dado su naturaleza. | Trastornos adaptivos: un fallo ante el estresor. SU: los estresores superan la capacidad humana de adaptación |
| Estrés postraumático Trastornos psicosis | Estresores, miedo, al terror Confusión, desorientación a nivel temporal en la memoria y dificultades en la concentración | Apatía, bajo autoestima, conductas de evitación, pensamientos intrusivas de las situaciones traumáticas Adaptación sociocultural, Contacto con la realidad | En el estrés postraumático ausencia de soledad, fracaso, lucha por la supervivencia Entender los aspectos culturales de la cultura del inmigrante |
| Ansiedad | Preocupación excesivas y recurrentes, tensión, nerviosismo | | |

Fuente: Achotegui 2009a; Elaboración propia

1.6.1 Trastornos depresivos

En cuanto a la sintomatología del área depresiva Achotegui (2002; 2008) observó en el Síndrome de Ulises la ausencia de síntomas de primer orden del cuadro depresivo como:

- *Apatía*: los inmigrantes con Síndrome de Ulises quieren seguir adelante y mantener la actividad de un sujeto sano a pesar de las adversidades. La tristeza se mezcla con la esperanza de seguir luchando para conseguir los objetivos.
- *Ideas de muerte*: como define el DSM-V respecto a la sintomatología depresiva, “son frecuentes los pensamientos de muerte”, y la persona depresiva ya no lucha (Achotegui, 2009a; 2009b). Sin embargo estas ideas son menos frecuentes en estos inmigrantes, ya que poseen una gran capacidad de lucha que les hace seguir adelante incluso a pesar de las situaciones difíciles. Conservan una esperanza y vínculos afectivos que le impulsan a desear seguir viviendo. También hay un factor religioso, especialmente entre los musulmanes, que en cierto modo les protege.
- *Culpa*: se expresa con menor intensidad en las culturas no occidentales. En las culturas tradicionales se manifiesta una culpa del tipo paranoide, ligada al temor al castigo que cree recibirá por su acción no adecuada, mientras que en la culpa depresiva el sentimiento dominante es el sufrimiento por hacer daño al otro, el remordimiento por el mal que se ha causado. Este sentimiento de culpa se da más en los pacientes depresivos occidentales que en los pacientes de otras culturas. Otro diagnóstico diferencial según Achotegui (2008; 2009a; 2009b) remite a “la depresión tardía del inmigrante”. El trastorno depresivo aparece muchos años después de la migración, tras haber vividos situaciones muy difíciles... Ante este cuadro Achotegui se plantea la hipótesis etiopatogénica de que se halla relacionada con graves dificultades en la elaboración del duelo migratorio, a las que se añaden otros duelos que aparecen en la vida del sujeto,

considerando la vulnerabilidad a la enfermedad mental de estos sujetos aunque haya tardado manifestarse.

- *Pérdida de la actividad social y laboral:* se observa la ausencia de este síntoma en el SU, ya que, como hemos indicado, son personas llenas de vida que luchan por el éxito de su proyecto (2008; 2009a).

1.6.2 Trastornos Adaptativos

Los trastornos adaptativos manifiestan en conjunto “un malestar superior acusado al esperable dada la naturaleza del estresor” (DSM-V). Sin embargo, en el Síndrome de Ulises hay muchos estresores con características radicalmente diferentes: lucha por la supervivencia, terror... La diferencia básica entre el Trastorno Adaptativo y el Síndrome de Ulises, es que el malestar de los inmigrantes que viven estos estresores límite es todo menos “superior al esperable” (Achotegui, 2002; 2008; 2009b). A ello cabe añadir que en el trastorno adaptativo el sujeto se toma un acontecimiento vital a la tremenda mientras que en el Síndrome de Ulises la persona se toma una situación difícil tal como es. Además, en los trastornos adaptativos se produce “un deterioro significativo de la actividad social o laboral” mientras que en el Síndrome de Ulises el sujeto mantiene su actividad. Para poder diagnosticar patología psiquiátrica ha de haber unos síntomas invalidantes y estructurados en el tiempo que imposibiliten la adaptación del sujeto. El Síndrome de Ulises no se puede diagnosticar de forma psiquiátrica, para ello ha de haber unos síntomas invalidantes y estructurados en el tiempo que imposibiliten la adaptación del sujeto, y en la situación de Síndrome de Ulises los sujetos no están fallando en su respuesta sino que la adversidad que vive supera la capacidad humana de adaptación. De todos modos, existe un continuum entre el Síndrome de Ulises y los Trastornos Adaptativos, porque hay un punto en el que los síntomas se “pasan de rosca” y se convierten en patológicos, impidiendo la adaptación del

sujeto. Dónde se halla este punto no es nada fácil de delimitar; Achotegui (2009b) admite que puede haber un trastorno adaptativo específico de los inmigrantes con vulnerabilidad que llegan con papeles y se les permite la reagrupación familiar, desarrollando este trastorno. Pero la situación de los inmigrantes extracomunitarios del siglo XXI es muy diferente y mucho más dramática por lo que desde la perspectiva de los estresores no encajaría en este diagnóstico. Existe una relación directa, causal, entre el estrés que viven estos inmigrantes sin papeles en el siglo XXI y su sintomatología, y también con el estrés crónico, derivado de condiciones vitales perjudiciales o amenaza, pero estables y de roles estresantes que desempeña las personas continuamente en su vida diaria (Lazarus, 2000). Pero a diferencia del Trastorno por Estrés Agudo, el SU es crónico y no define un cuadro de duelo, al no relacionarse especialmente con elaboración de la muerte de un ser querido.

1.6.3 Trastorno por Estrés Postraumático

Este trastorno se define a partir de la exposición de la persona aun acontecimiento estresante y extremadamente traumático, que representa un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física, y ha sido interpretado como un síndrome retardado frente a una reacción inmediata ante un encuentro traumático. La implicación habitual de tales demoras, cuando se producen, es que las circunstancias o proceso de manejo, como la negación, o los esfuerzos por prevenir la aparición de las reacciones, impiden que el trastorno aparezca inmediatamente después o durante el encuentro traumático, y brotan más tarde. Hay tres elementos en el Trastorno de Estrés Post-raumático: a) depende de la relación entre persona-medio; b) las emociones desencadenadas aportan *insights* importantes sobre el proceso adaptativo y c) el proceso de manejo es un factor elemental para determinar si habrá Trastorno de Estrés Postraumático desde un punto de vista clínico (Lazarus, 2000). En el caso del Síndrome de Ulises (Achotegui, 2009a) no se constatan síntomas

esenciales del Trastorno por Estrés Post-Traumático, como la apatía, las conductas de evitación, los pensamientos intrusivos de las situaciones traumáticas o la baja autoestima. Sí coinciden en la presencia de miedo y terror, pero la respuesta sintomatológica es diferente y en el caso del Síndrome de Ulises hay otros estresores externos que ya hemos descrito, como la soledad forzada, la lucha por la supervivencia, el fracaso, etc. que no están presentes en el trastorno referido. Por otro lado, se ha constatado una relación entre la vulnerabilidad y la aparición del Trastorno por Estrés Post-Traumático, ya que alrededor del 20% de las personas que viven situaciones traumáticas llegan a desarrollar dicho trastorno, mientras que los casos de Síndrome de Ulises se hallarían ubicados en el 80% restante (Achotegui 2009a).

1.6.4 Trastornos psicóticos

A pesar de haber referido sintomatología propia del área confusional, que podría remitir a un trastorno psicótico, en el Síndrome de Ulises la manifestación de los mismos no es suficientemente intensa para impedir la adaptación social y laboral del sujeto, ni el contacto con su realidad. Para Achotegui (2009a) éste es el concepto clave para el diagnóstico diferencial de la psicosis. Este autor propone que el inmigrante puede desarrollar síntomas psicopatológicos que son transitorios y que están directamente relacionados con la situación de migración extrema a la que ha estado expuesto. Es decir, los síntomas no constituyen un trastorno mental, sino un cuadro reactivo de estrés. Una vez removidos estos estresores, son removidos también los síntomas y por ende el Síndrome de Ulises. Asimismo, su propia denominación, “Síndrome de Ulises”, contribuye a evitar que estos inmigrantes, al no existir un concepto para su problemática, sean víctimas, por un lado, de la banalización del cuadro, al poderse considerar –por prejuicios o por desconocimiento de la realidad del inmigrante– que no les pasa nada a pesar de padecer a veces hasta diez síntomas. El peligro mayor reside en ser diagnosticados incorrectamente como enfermos de cualquiera de los trastornos antes

comentados, a pesar de no tener conductas de evitación, ni pensamientos intrusivos en relación a situaciones traumáticas (Achotegui, 2002, 2008; 2009a).

Achotegui insiste, en consecuencia, en que el Síndrome de Ulises es una crisis de estrés, una reacción de estrés, en la que los estresores no bastan para definirlo, siendo sólo la naturaleza del cuadro, sea de reacción de estrés o de enfermedad. Con los mismos estresores puede haber diferentes tipos de cuadros dependiendo de la vulnerabilidad del inmigrante. Precisamente la relación entre vulnerabilidad y Síndrome de Ulises es fundamental: la respuesta del sujeto depende de su grado de vulnerabilidad ante la elaboración del duelo migratorio (ver Figura 3). Desde la perspectiva de la relación entre los estresores Ulises y los síntomas según Achotegui (2009a) hay que tener en cuenta que hay inmigrantes que tienen los estresores del síndrome pero no el síndrome en sí mismo. Estas personas pueden desarrollar una psicosis, una depresión, un trastorno adaptativo...mientras otros pueden tener algún aspecto parcial del cuadro, pero en un nivel menor, de modo que no se puede considerar que padecen el Síndrome de Ulises.



Figura3. Relación entre los estresores y el pronóstico en la salud mental según la vulnerabilidad del inmigrante. (Fuente; Achotegui 2009b)

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la incidencia de los síntomas del Síndrome de Ulises será mayor o menor según los estresores, el sentimiento de soledad por la separación de la familia y los seres queridos, la sensación de desesperanza y agotamiento por incapacidad para cumplir con el proyecto migratorio que se ha fijado la persona, las dificultades para integrarse plenamente en la sociedad y el medio y factores de riesgo como los cambios culturales y de la lengua. Se puede afirmar que este cuadro pertenece más al campo de la prevención sanitaria que al campo del tratamiento, pues hay que entender que muchos de los afectados acuden al servicio de urgencias de la red asistencial con síntomas graves y es posible que, ante las situaciones de estrés, se incremente el riesgo de trastornos como el alcoholismo, psicosis, depresión y otros. La prevención, por tanto, es fundamental, por lo que los servicios sanitarios y los educadores sociales deben saber detectar este cuadro: de ello depende que estas personas acaben padeciendo un auténtico trastorno mental. Muchas son las técnicas de intervención que se están trabajando al respecto, desde el

apoyo psicoeducativo y el desarrollo de capacidades de autonomía a técnicas corporales encaminadas a disminuir la ansiedad e incrementar la sensación de control –por ejemplo, ejercicio físico, técnicas de relajación...- al aprendizaje de habilidades sociales (Achotegui, 2009a).

En conclusión, el inmigrante que haya podido elaborar los duelos que la migración implica, pasará a sentirse parte integrante del nuevo medio, llegando a vivir como propias sus características particulares, como el idioma, las costumbres o, la cultura, manteniendo a la vez una relación positiva y estable con su antiguo país, con su cultura e idioma maternos, sin tener que rechazarlo para aceptar y ser aceptado por el nuevo (Grinberg & Grinberg, 1996).

1.7 ACULTURACIÓN

El término “aculturación” empezó a utilizarse a finales del siglo XIX en el ámbito de la antropología social norteamericana, aunque es a Redfield, Linton & Herskovits (1936) a quienes se atribuye la definición más aceptada en la actualidad (Berry, 2008). Aculturación – o adaptación sociocultural, como la denominan algunos autores en lengua castellana– se refiere al resultado del contacto entre diferentes grupos culturales, el cual produce cambios en los patrones culturales originales de ambos grupos (Berry, 1997), consecuencia directa de la transmisión cultural, lo que puede llevar a un cambio interno en el individuo (Berry, 2005; 2006a). Se considera que la asimilación de la cultura no es la única forma de aculturación dado que puede producirse de tres formas: reactiva (provocando resistencia y rechazo a los cambios en ambos grupos), creativa (estimulando nuevas formas culturales) y retardada (los cambios pueden aparecer años después del contacto cultural). Esto significa que el cambio cultural puede darse en ambos grupos, aunque principalmente afecte más al grupo minoritario, y que implica cambios indirectos y cambios internos psicológicos (Berry, 2005; 2006 a).

La Psicología Transcultural, disciplina centrada en el estudio científico del comportamiento humano y los procesos cognitivos bajo diversas condiciones culturales, se ha encargado de analizar las similitudes y diferencias psicosociales entre diferentes grupos culturales y los individuos que los componen, por lo que desde este marco se han realizado investigaciones que han tomado en consideración los fenómenos psicosociológicos que se dan en el inmigrante como consecuencia del abandono de su sociedad de origen e instalación en una nueva sociedad de acogida, lo que supone contacto con los autóctonos y cambios en los miembros de ambos grupos (Navas et al., 2004; Sabatier & Berry, 1996).

El proceso de aculturación se refiere, consecuentemente, a todos aquellos fenómenos sociales y psicológicos que se producen cuando una persona o grupo de personas deja su sociedad para instalarse en otra diferente y entra en contacto con los miembros de ésta. Para comprender el fenómeno migratorio es necesario analizar tales cambios así como la capacidad del entorno –sociedad de acogida- para facilitar los necesarios procesos de integración de la población inmigrante (Navas et al., 2004; Navas & Rojas, 2010). El punto de partida requiere comprender que los inmigrantes se ven inmersos en un entorno social que posee unas características propias, diferentes a las que estaban acostumbrados (Basabe, 2007). Con frecuencia deben afrontar condiciones desfavorables a la par que carecen de los recursos habituales de que disponían en su país de origen, lo que les fuerza a buscar diferentes estrategias que permitan una adaptación a la sociedad de acogida, nuevas formas de comunicarse y de vivir en comunidad (Berry et al., 2006).

Para compensar la imperiosa necesidad de aprender una nueva lengua, nuevas costumbres y pautas culturales y, probablemente, tener que enfrentarse al prejuicio y discriminación (Díaz, 2000; García, 1997; Dalgrad & Thapa, 2007), muchos aspectos de la propia identidad se modifican para adaptarse a las experiencias de la nueva cultura, dando lugar a cambios en las actitudes, comportamientos, valores y el sentido de la identidad cultural en diferentes ámbitos (Andrew et al. 2000). Como resultado de la aculturación, se pueden identificar cinco tipos de cambios en las personas que emigran: físico (cambio de lugar, vivienda, etc.), biológico (alimentación, enfermedades, etc.), cultural-político-económico, etc., de relaciones sociales y por último, psicológico (Berry, Kim, Monde & Mok, 1987). En relación a este último, el cambio psicológico, se ha puesto de manifiesto que el proceso de aculturación implica diferencias individuales, puesto que no todas las personas cambian de igual modo. Así ya en 1967 Graves acuñó el término de “aculturación

psicológica” para referirse a la aculturación a nivel individual, que describe los nuevos comportamientos y estrategias de adaptación desarrollados por las personas en su vida (Barry, 2005; 1997, 1998, 2008; Sabatier & Berry, 1996; Bourhis, Moise, Perreault, & Senecal, 1997; Sam, 2006).

Berry fue el primero en definir el proceso de aculturación psicológica como el conjunto de transformación interna y conductual experimentado por el individuo que está participando en una situación de contacto con una nueva cultura, considerando que el proceso de aculturación se da en las dos culturas que entran en contacto, aunque normalmente la minoritaria reciba más influencia que la mayoritaria (Navas et al.2004). Este proceso supone incorporar diferentes aspectos de la cultura con la que se entra en contacto, entre ellos: aprender un idioma totalmente diferente, asimilar normas de comportamiento social, costumbres, valores, tecnología, recursos, infraestructura y sistemas (educativo, de salud, etc.), para funcionar dentro del nuevo grupo con cierto grado de competencia social y profesional (Zarza & Sobrino 2007).

Finalmente, se ha distinguido entre la adaptación psicológica y la aculturación. La primera refiere los resultados psicológicos internos, como la identidad cultural, buena salud mental, lograr una satisfacción personal en el nuevo contexto, presentar menos sintomatología psicopatológica... mientras que la segunda refiere los resultados psicológicos externos que vinculan el individuo a su nueva sociedad, incluyendo su capacidad de hacer frente los problemas diarios, especialmente en el ámbito familiar y laboral, factores que pertenecen más al campo de las habilidades sociales. Además introduce una tercera dimensión, la económica, que hace referencia la satisfacción con el trabajo (Berry, 1996; Kosic, Manneti & Sam, 2006).

Los estudios sobre el proceso de aculturación psicológica se han centrado en tres elementos:

- a) Las actitudes de aculturación, que hacen referencia a la forma en que los inmigrantes desean mantener su propia identidad y, al mismo tiempo, relacionarse con la sociedad de acogida
- b) Los cambios concretos en comportamientos o modos de vida en la nueva sociedad.
- c) El estrés de aculturación, esto es, el nivel de dificultad que experimentan las personas para afrontar la nueva situación (Navas et al., 2004; Navas & Rojas, 2010; Berry, 1998; Sabatier & Berry, 1996). El Modelo de Estrés de Aculturación de Berry et al. (1987) y su consecuente modificación (Berry, 1997), a los que nos referimos a continuación, desarrollan justamente este aspecto.

1.7.1 Actitudes de aculturación

Las actitudes de aculturación hacen referencia a las preferencias que las personas muestran respecto a la sociedad receptora y la sociedad de origen. Es necesario diferenciar entre estrategias de aculturación -que son aquéllas estrategias que manifiestan haber adoptado los inmigrantes y realmente realizadas - y actitudes de aculturación, que serían lo que las personas harían si pudieran elegir (Navas et al., 2004).

A continuación se describen los principales modelos de actitudes de aculturación propuestos por diferentes autores.

Modelo Unidimensional de Asimilación (Gordon, 1964)

El primer modelo teórico registrado en la bibliografía fue el “Modelo Unidimensional de Asimilación” de Gordon en 1964. Este modelo consideraba que las actitudes de los inmigrantes a lo largo del tiempo se mueven desde el mantenimiento total de

sus rasgos culturales hasta la adopción total de la cultura del país de acogida, siendo el punto medio el “biculturalismo”. Según este modelo, para alcanzar el éxito en la sociedad de acogida se tiene que llegar necesariamente al extremo de la “asimilación” (Martínez et al., 2004; Bourhis et al., 1997). La valoración positiva de la asimilación cultural se explica sobre la base de los siguientes puntos: 1) la relación intergrupala se produce a favor del grupo dominante, 2) el grupo inmigrante se ubica en el escalón más bajo en la escala social, y 3) su pobre tamaño relativo hace que sean percibidos con menor estatus, control y acceso a los recursos en áreas como la educación, la comunicación, etc. (Martínez et al., 2004). Considerando las limitaciones del modelo unidimensional, surge la perspectiva “bidimensional”, para la que la aculturación a la sociedad dominante no significa necesariamente eliminar la identidad étnica, sino tener que relacionarse con diversas culturas (Kang, 2006; Bourhis et al., 1997). Para entender bien este enfoque se debe tener en cuenta que el individuo puede tener relaciones con la cultura de origen y la sociedad receptora en diferentes grados, tanto en los valores, las actitudes y los idiomas (Van Oudenhoven, Ward & Masgoret, 2006).

Modelo de aculturación de Berry -“las actitudes de aculturación”

Uno de los modelos de perspectiva bidimensional más influyente hasta la actualidad es el modelo de aculturación de Berry, que describió la aculturación como una adaptación progresiva, en la cual las personas se separan de su grupo de origen para incorporarse a la sociedad receptora. Para el autor, la orientación hacia la sociedad de origen y hacia la receptora se sitúa en los dos extremos de un mismo continuo, demostrando así que la adaptación no se hace de modo lineal (Sabatier & Berry, 1996; Navas et al., 2004). Un elemento clave para identificar que los individuos pueden tener diferentes orientaciones (Berry, 1997, 2001, 2006b), es decir actitudes y estrategias de aculturación, es considerar que

hay dos interrogantes predominantes en su vida diaria: el primero, decidir si mantener su identidad étnica y cultural en la sociedad receptora, si ésta es válida o no. El segundo, decidir si el contacto y las relaciones con la sociedad nueva tienen valor. La respuesta positiva o negativa del individuo indica su orientación hacia una de las opciones de aculturación: (1) el deseo de mantener la cultura y la identidad propias, y (2) el deseo de tener contacto con la sociedad de acogida y participar en ella junto a otros grupos culturales, lo que constituiría “estrategias más que actitudes de aculturación”. La combinación de las respuestas a ambas dimensiones (sí/no) da lugar a cuatro posibles actitudes de aculturación del individuo que pertenece al grupo minoritario (ver Figura 4), *integración*, que implica el mantenimiento de la identidad cultural y el contacto con la nueva sociedad; *asimilación*, cuando abandona su identidad cultural de origen manteniendo contacto solo con la sociedad receptora; *separación*, que implica el mantenimiento de su identidad de origen, sin relacionarse con el grupo de la sociedad de acogida y *marginación*, que conlleva el rechazo de la dos culturas tanto de origen como de la sociedad receptora. Esta última opción normalmente se acompaña de confusión colectiva, ansiedad individual y pérdida de la identidad cultural y de estrés ligados a la aculturación (Sabatier & Berry, 1996; Berry et al., 1989; Berry, 1997; 2001; 2006b; 2008).

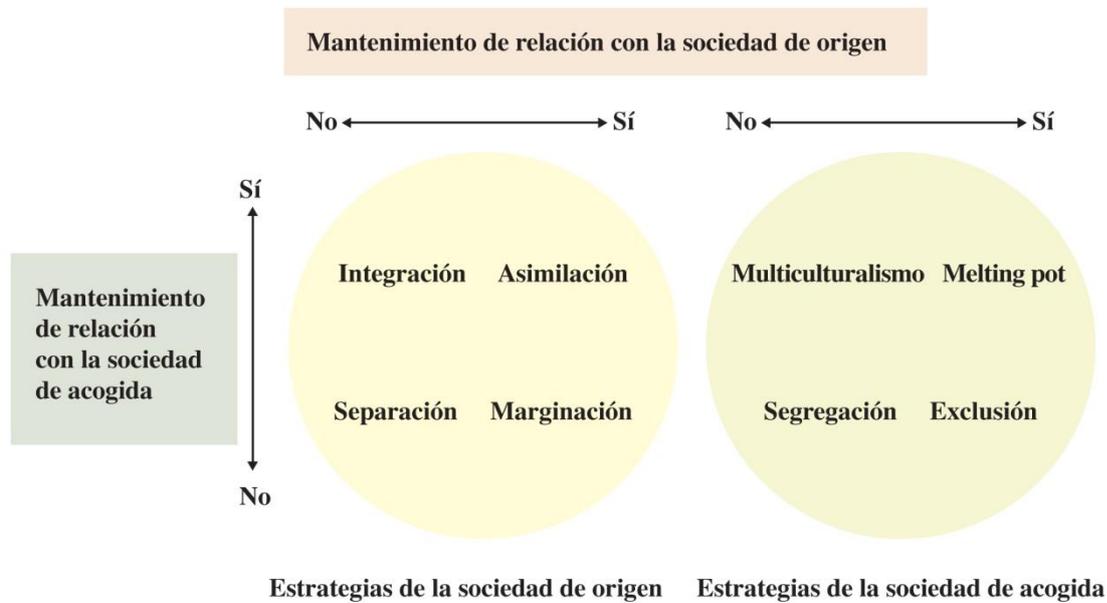


Figura.4. Estrategias de aculturación en grupo minoritario y el grupo dominante. (Fuente; Berry et al., 1998).

El grupo dominante -la sociedad receptora- juega un papel importante en cada dimensión del modelo de aculturación: dispone de mayor estatus y controla la mayoría de los recursos, por lo que sus estrategias condicionan las estrategias del grupo minoritario (Martínez et al., 2004). En consecuencia, se puede distinguir cuatro estrategias aculturativas de la sociedad receptora:

- **Multiculturalismo**, respeto a todas las culturas, reconocimiento del derecho a la diferencia y la igualdad en la oportunidad, cuando diferentes culturas y varios grupos etnoculturales conviven en un mismo espacio geográfico y social (Barry, 2005, 2008; Malgesini & Giménez, 2000). También interculturalismo, situaciones en que dos o más personas o grupos interactúan, dialogan, se mezclan, etc. (Malgesini & Giménez, 2000). Según se ha podido constatar, en las sociedades multiculturales se reduce la frecuencia de problemas mentales (Berry et al., 1987).
- **Melting pot**, a veces traducido como “crisol de razas”, una expresión que a modo de metáfora describe cómo una sociedad heterogénea se transforma progresivamente en

más homogénea al mezclar el “crisol” de la diversidad que la caracteriza; en el caso de la inmigración, (Malgesini & Giménez, 2000).se refiere a que la sociedad de acogida asimila a los inmigrantes, produciéndose un “mestizaje” o fusión de culturas, etnias, etc., positivo para la sociedad conjunta.

- **Segregación**, permite el mantenimiento de las características culturales de los nuevos inmigrantes, pero se rechazan las relaciones con ellos: “*trata de mantener a la gente en su sitio*”.La ausencia de relación del grupo con la sociedad de acogida junto con el mantenimiento de la identidad y tradiciones es diferente de la separación, en la que la ausencia de relación con la sociedad de acogida es originada por el grupo dominante y en contra de la voluntad del individuo, como ocurriera en Sudáfrica (Sabatier & Berry, 1996).
- **Exclusión**, cuando la marginación viene impuesta por el grupo dominante (Berry et al., 1989). Es un proceso estructural de separación, por el que una persona o grupo social no se desarrolla en forma integrada dentro de una determinada sociedad. Es diferente de la marginación, en la que se produce una discriminación profunda que impide la integración.

Modelo Interactivo de Aculturación (MIA, Bourhis et al., 1997)

Este otro modelo de aculturación psicológica trata de la interacción entre dos culturas, en la que los miembros de ambas desarrollan estrategias para responder al proceso de aculturación: (1) orientación de aculturación del grupo dominante a un grupo específico de inmigrante y (2) orientaciones adoptadas por el grupo inmigrante y (3) combinación de estas dos orientaciones, que da lugar a las relaciones interpersonal e intergrupales. De este modo se definen cinco opciones de aculturación: asimilación, integración, segregación, exclusión e individualismo (Bourhis et al., 1997). Cada una de ellas puede manifestarse en diferentes

ámbitos públicos, como las relaciones en el lugar de trabajo, la educación y la administración pública y municipal, regional y nacional. Pero también en los ámbitos privados como el ámbito familiar, incluyendo las relaciones interpersonales, uniones endogámicas versus exogámicas, religión y actividades culturales y gastronómicas. Las relaciones entre los inmigrantes y los autóctonos varían en función de selección que hace cada grupo, que da resultado a relaciones armónicas, problemáticas o conflictivas (Barrette, Bourhis & Personnaz, 2004). Otra alternativa que identifica este modelo es el *individualismo*, según el cual se valora más las características individuales que las grupales: para el inmigrante lo más importante es la familia y los más cercanos, no se identifica con ninguna de las dos culturas, por lo que tiende a seleccionar algunos elementos de cada cultura (Van Oudenhoven, Masgoret & Ward, 2006; Martínez et al., 2004).

La ventaja de este modelo con respecto al de Berry es que considera la perspectiva del grupo de acogida o receptor respecto de los nuevos grupos que llegan a su sociedad, porque ambas perspectivas son, en gran medida, interdependientes. También defiende que tanto las orientaciones de los inmigrantes como las de la población de acogida dependerán del origen etnocultural de los inmigrantes. Y así muchos estudios han mostrado que los inmigrantes de culturas europeas y cristianas son valorados más favorablemente, como menos amenazantes y culturalmente más enriquecedores, que los inmigrantes del mundo árabe, que son menos aceptados y más rechazados (Navas, Tejada & García Fernández, 2011; Navas et al., 2004; Sabatieret & Berry, 1996). En este sentido se puede resumir que el prejuicio desempeña un importante papel en los deseos de cada colectivo a la hora de plantearse la adaptación de los inmigrantes a la sociedad de acogida (Navas, García, Rojas, Pumares & Cuadrado, 2006).

Modelo Ampliado de Aculturación Relativa (MAAR, Navas et al., 2004)

El modelo Ampliado de Aculturación Relativa (MAAR) es de los más recientes. Propuesto por Navas et al., 2004; Navas & Rojas, 2010, recoge varias de las aportaciones de los modelos anteriormente mencionados, adaptándolos al contexto español, además de proponer otras nuevas. Sus principales aportaciones pueden resumirse en cinco elementos fundamentales:

- 1- Diferenciación de distintos colectivos de inmigrantes según su origen etnocultural, aspecto que influye en cómo afrontan el proceso de aculturación.
- 2- Consideración de la influencia de ciertas variables psicosociales (identificación endogrupal, contacto intergrupal, actitudes prejuiciosas hacia el exogrupo, etc.) y sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, orientación religiosa, etc.) sobre las actitudes de aculturación de inmigrantes y autóctonos.
3. Distinción entre el plano real (estrategias finalmente adoptadas por los inmigrantes) y el plano ideal (actitudes de aculturación preferidas por los inmigrantes).
4. Consideración de distintos ámbitos de la realidad sociocultural en los que pueden darse diferentes estrategias a actitudes de aculturación (ver Figura. 5).
5. Distinción entre siete ámbitos de la realidad sociocultural:
 - **Ámbito tecnológico (trabajo)** - se refiere al conjunto de procedimientos del trabajo (como el tipo de trabajo realizado, herramientas y maquinaria que se emplean, horario de trabajo, etc.).
 - **Ámbito económico**- tiene relación con el reparto de los bienes producidos, las transacciones económicas y los hábitos y formas de consumo.
 - **Ámbito social**- constituido por las relaciones y redes sociales mantenidas por la persona fuera del ámbito de la familia.
 - **Ámbito familiar**- referido a las formas de reproducción biológica y cultural, la

transmisión de pautas de conducta y valores.

- **Ámbito ideológico-** describe la representación que las personas tienen del mundo, que se han subdividido en dos: a) creencias y costumbres religiosas.
b) Formas de pensar- describe principios y valores.
- **Ámbito político-** referido al sistema político del Gobierno.

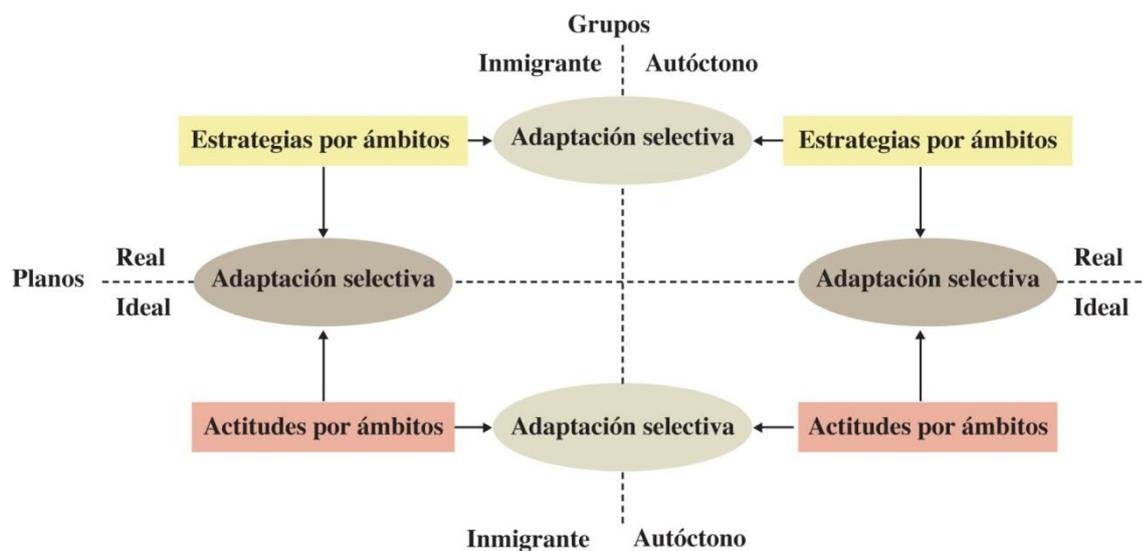


Figura. 5. Modelo Ampliado de Aculturación Relativa (MAAR). (Fuente; Navas et al., 2004)

Estos siete ámbitos están estrechamente interrelacionados, de manera que cualquier modificación en el contenido de uno de ellos conlleva cambios en los restantes. Esto significa que las estrategias adaptativas en cada uno de los ámbitos no son uniformes, sino que en unos casos la persona atenderá las exigencias de su cultura de origen, en otros se abrirá a las novedades y aportaciones de la cultura de la sociedad de acogida, y en otros es posible que opte por la ruptura con ambas. El encuentro y el contacto entre ambas culturas llevará a la persona inmigrante a vivir un proceso de adaptación entre una y otra en cada uno de los siete ámbitos. Se entiende que estos ámbitos van desde el más próximo a los aspectos considerados como “núcleo periférico” de la cultura, hasta el “núcleo duro”, referido a aspectos como el

sociofamiliar, las normas matrimoniales, los conceptos de honor, las relaciones entre los sexo, etc., contenidos todos ellos muy difíciles de cambiar aunque la persona lleve muchos años viviendo en una nueva sociedad, mientras que otros aspectos de la vida, como el trabajo, son más fácilmente modificables (ver Figura 6) (Navas et al., 2004; Navas & Rojas, 2010). Por tanto el MAAR apuesta por una representación de la aculturación como una adaptación selectiva o relativa en la que cada individuo realiza su propia síntesis cultural tomando o rechazando elementos de ambas culturas (Navas et al., 2004; Navas et al, 2006). Hay que añadir que cuanto mayor sea la distancia entre las opciones deseadas y las que realmente pueden desarrollarse, mayores márgenes de frustración y de conflictividad pueden producirse (Navas & Rojas, 2010).

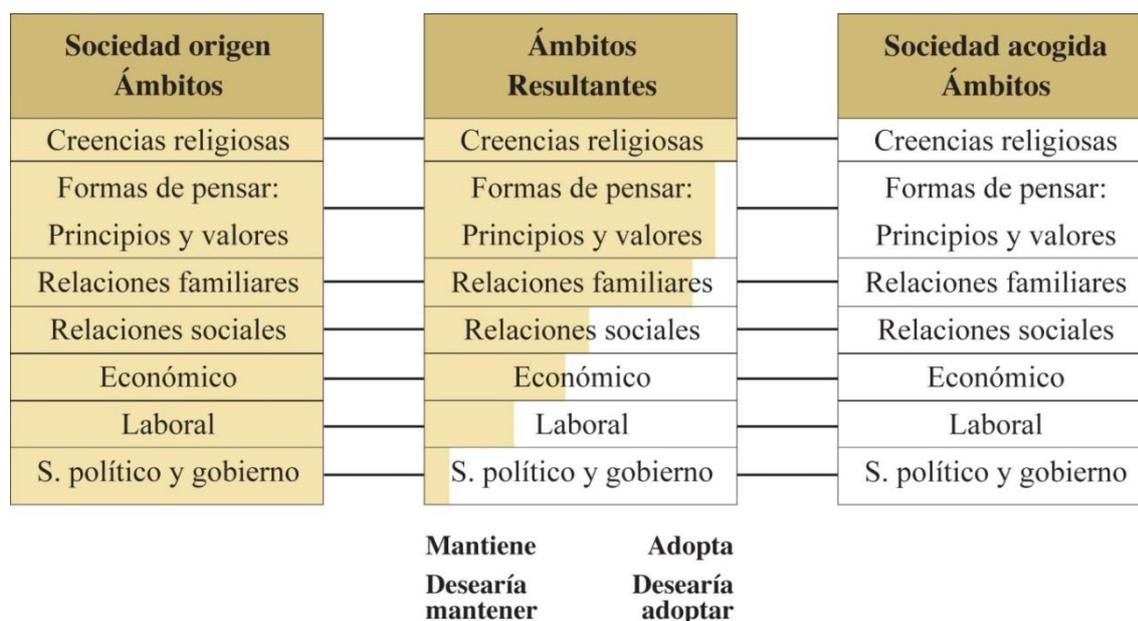


Figura 6. El proceso de aculturación del inmigrante como adaptación relativa entre la sociedad de origen y la de acogida en diferentes ámbitos (adaptado de Leunda, 1996) en función del propio estudio.

La investigación desarrollada a partir de este modelo se ha realizado principalmente en Andalucía; la mayoría de los estudios se han realizado con varios grupos de inmigrantes,

especialmente magrebíes y subsaharianos, desde la perspectiva tanto de inmigrantes como de autóctonos (e.g., Navas & Cuadrado, 2003; Navas, García et al., 2006; Navas, García, et al., 2005), y/o desde la perspectiva de los autóctonos (e.g., Navas, Rojas, García, 2011; García, 2008). También han realizado dos modificaciones: han añadido un ámbito de aculturación al modelo, el sistema de bienestar social (en el que se han incluido la educación, la sanidad y los servicios sociales), y han definido de forma más precisa el contenido de cada ámbito de aculturación considerado (Navas & Rojas, 2010)

A continuación referimos brevemente algunos estudios relevantes realizados desde este marco teórico, por su relación con nuestra investigación. En primer lugar, el estudio sobre plano real y plano ideal realizado por Navas et al. (2006), con una muestra de 813 inmigrantes africanos –con un 70.6% de origen marroquí-, situados en Almería. Los participantes eran 610 hombres (75%) y 203 mujeres (25%), con una media de edad de 31.07 años, el 87% del total musulmanes practicantes, estando el 64% de ellos en situación legal. Los resultados indicaron que en el plano real los inmigrantes optaron por la separación en la relación familiar, en el ámbito religioso y la forma de pensar; pero por la asimilación en el ámbito tecnológico y económico, combinando integración y separación en la relación social. Respecto al plano ideal, el estudio constató que los inmigrantes africanos prefieren la separación en el ámbito familiar, religioso, los valores y la manera de pensar, pero asimilación en el ámbito tecnológico y político e integración en el ámbito económico.

En un estudio posterior (Navas, Rojas et al., 2007), con otra muestra de 1523 inmigrantes africanos y autóctonos residentes en Almería, analizaron las diferencias entre plano ideal y plano real en el grupo de inmigrantes marroquíes, un total de 397 (83.2% hombres y 16.8% mujeres; media de edad de 31.2 años). Los resultados indicaron que

respecto al plano real optaban por asimilación sólo en el ámbito tecnológico, mientras que para el resto de ámbitos (económico, familiar, social, ideológico y forma de pensar) la opción preferida era la separación. En cambio, respecto al plano ideal, en los ámbitos tecnológicos y políticos la estrategia preferida era la asimilación y para el resto de los ámbitos era igual que para el plano real.

Respecto a actitudes de aculturación generales, los mismos autores (Navas et al.) realizaron en 2004 un estudio con 740 inmigrantes (397 de origen magrebí y 343 de origen subsahariano), constatando que para el grupo magrebí la opción preferida era integración, pero en el ámbito laboral era asimilación y en los ámbitos social, familiar, religioso y forma de pensar, separación. En las actitudes solo había cambio en el ámbito social, donde la opción deseada era la integración. Sánchez & López (2008) estudiaron la relación entre ansiedad y modos de aculturación según el cuestionario MAAR, y aunque no constataron una relación significativa, sí observaron un ligero incremento de la ansiedad estado en la población de origen marroquí. Por último, en un estudio de Salvador, Pozo & Alonso (2010) realizado con inmigrantes latinoamericanos, con el objetivo de conocer la relación de actitudes y estrategias de aculturación con el nivel de salud y bienestar, los resultados confirmaron que no existe una única estrategias y/o actitud de aculturación, sino que los inmigrantes asumen más los valores y costumbres en el ámbito tecnológico, “trabajo” y en el ámbito económico, respecto al ámbito de relación familiar o ideológico.

1.7.2 Estrés de aculturación

En general, cuando se habla de migraciones existe una tendencia a mencionar los aspectos a los que las personas se enfrentan, como las demandas del medio y las situaciones que pueden ser consideradas como estresantes (Martínez et al., 2004). Los cambios establecidos en el

proceso migratorio pueden ser desde cambios de comportamiento fáciles de lograr hasta cambios muy complejos, produciendo estos últimos estrés de aculturación, que se manifiesta por la incertidumbre, la ansiedad y la depresión (Berry, 2006).

Modelo del estrés de aculturación, Berry et al. (1987)

En su primera propuesta explicativa del estrés de aculturación, Berry et al. (1987) establecieron que el estrés que se produce en el proceso migratorio se relaciona con los cambios ambientales que ponen al individuo en situaciones problemáticas, contextos donde las expectativas conductuales no son claras y hay carencia o escasez de recursos psicológicos y sociales para responder a las demandas ambientales (Martínez et al., 2004). Berry y colaboradores (Berry et al., 1987), definen el concepto de estrés de aculturación como un tipo de estrés que tiene su origen en el proceso de aculturación, siendo el estrés el factor esencial que modera el proceso de aculturación y la salud mental del inmigrante, al incrementar su nivel de ansiedad, depresión y confusión. Para comprender lo que desencadena el estrés desde este contexto es necesario tener en cuenta tres tipos de consideraciones (Berry, 1998; Sabatier & Berry, 1996):

- Primero, el “efecto del contexto de aculturación”: la experiencia de aculturación es una situación particular, su nivel va de mucha escasa, según el país de acogida, cada grupo de inmigrantes y cada época.
- Segundo, “los estresores que generan el estrés no son los mismos en todos los individuos”, varían en función de la exposición personal de los individuos a la situación de aculturación y la forma de comprender esta situación. Para unos los cambios son estresores estresantes y para otros son oportunidades de crecimiento personal y social a lograr.

- Tercero, según el grado de “resistencia al estrés de los individuos y sus características personales” la experiencia de aculturación y sus demandas entrañarán diferentes niveles de ansiedad y de estrés, según el efecto de los prejuicios de la sociedad de acogida y la capacidad de los individuos para afrontarla.

La relación entre los tres aspectos considerados es probabilística más que determinista: podría ocurrir pero no es seguro; para que ocurra depende de una serie de factores moderadores, que incluyen la naturaleza de la sociedad de origen, el tipo de grupo de aculturación, el modo de aculturación anterior a la experiencia, y numerosas variables demográficas, sociales y psicológicas del grupo y de las personas (incluyen las habilidades del afrontamiento). Cada uno de estos factores moderadores influye en las relaciones que se establecen entre las tres variables -aculturación, estresores del proceso y estrés de aculturación- (ver Figura 7). Respecto al grupo de aculturación, Berry & Kim (1987) identificaron cinco tipos de grupos de personas migradas: los inmigrantes, los refugiados, los nativos, los visitantes y los grupos étnicos. Además se ha señalado diferentes niveles de estrés de aculturación según cada grupo: los nativos y refugiados manifiestan alto nivel de estrés de aculturación, los visitantes temporales un nivel medio de estrés, siendo los que manifiestan menos nivel de estrés los inmigrantes, y las que mayor nivel manifiestan son aquellas personas que están forzadas a dejar su país, los “refugiados”, lo que significa que el nivel del estrés en el proceso de aculturación depende de los factores de la impulsión y atracción. Las variables demográficas, sociales y psicológicas también influyen en la relación entre aculturación y estrés, así algunos individuos manifiestan menos estrés de aculturación según las estrategias de afrontamiento utilizadas. Estas variables incluyen otros factores como la educación, edad, género, estilo cognitivo, experiencia intercultural... que también influyen en esta relación (Berry et al., 1987).



Figura.7. Modelo de estrés de aculturación, factores moderadores (Fuente; Berry et al., 1987)

Modelo de estrés de aculturación, Berry (1997)

Años más tarde Berry (1997) propuso un nuevo modelo de estrés de aculturación y salud en el que tenía en cuenta las variables más relevantes en el proceso de aculturación, como la sociedad de origen o el contexto demográfico, económico y político, que empujan al individuo a tomar la decisión de emigrar. Según este modelo el proceso de aculturación comienza con el contacto entre los grupos culturales, lo que produce cambios a nivel colectivo, como lo son los cambios políticos, económicos y sociales, que a su vez afectan a las personas que están experimentando la aculturación, produciéndoles cambios a nivel psicológico (Berry, 1997; Berry, 2006b). Lo importante de este modelo es indicar las variables más relevantes que hay que tener en cuenta en el estudio de la aculturación psicológica, y no ignorar las características culturales y psicológicas de la persona inmigrantes (por ejemplo, sólo mencionarlas por su lugar de origen, refiriéndose a ella como “Somalí” o “Vietnam”, o identificarlas por “minoría” o “inmigrantes”) así como las

características de la sociedad receptora tanto demográficas como políticas y actitudinales hacia los inmigrantes (ver Figura 8). Para Berry, cualquier estudio que ignore estas variables será un estudio incompleto de este fenómeno.

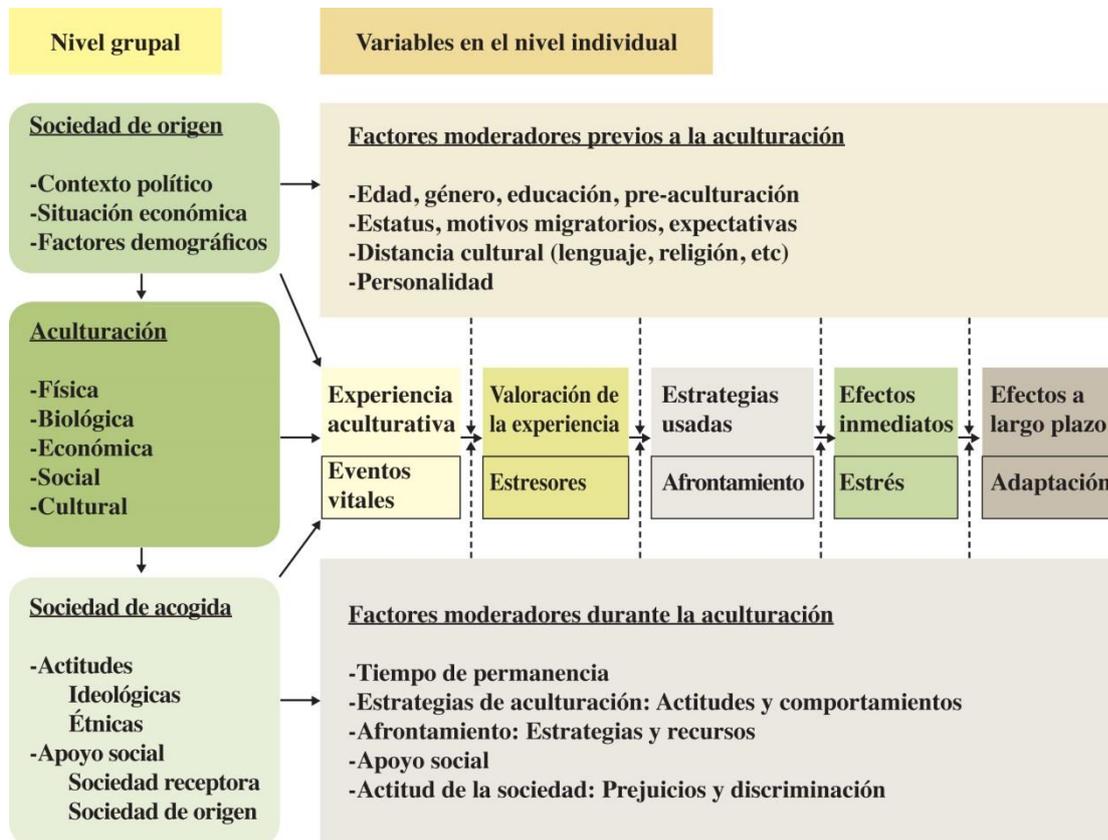


Figura.8. Modelo de estrés de aculturación (Fuente; Berry, 1997)

1.7.3 Factores predictores del estrés en el proceso de aculturación

De acuerdo con los dos modelos que acabamos de describir, puede constatar que algunos factores favorecerán los procesos adaptivos positivos, mientras que otros serán factores de riesgo para la óptima integración social del inmigrante en la nueva sociedad. De entre los factores más estudiados destacan los siguientes:

- **Edad:** los adolescentes tienden a realizar un proceso de aculturación de asimilación, negando la cultura de origen, con el fin de parecerse más a su grupo de edad, del que generalmente la mayoría de sus miembros pertenecen al país de acogida. Por el contrario, las personas mayores adoptan la separación, negando la nueva cultura y refugiándose en la propia. Los individuos de edad media son los que más fácilmente realizan procesos de integración de ambas culturas (García-Campayo & Sanz Carrillo, 2002). En resumen, las personas mayores están más orientadas hacia sus grupos de origen (integración y separación) y las más jóvenes hacia la sociedad de acogida (asimilación e integración) (Sabatier & Berry, 1996).
- **Nivel educativo.** Es un factor positivo en el proceso de aculturación, por varias razones: constituye un recurso personal, pues ayuda a solucionar muchos problemas contribuyendo a una mejor adaptación, mejor situación laboral, más ingresos y mejores relaciones sociales, lo que actúa como un factor protector frente los cambios generados por la sociedad receptora (Berry et al., 1987). En tercer lugar, para muchos inmigrantes su nivel educacional puede sintonizar con las características de la sociedad en la que se asientan, constituyendo una especie de pre-aculturación a la lengua, la historia, los valores y las normas de la nueva cultura (Berry, 1997).
- **Conocimiento del idioma.** Es uno de los factores que más influye en el proceso de aculturación; la lengua es el principal vínculo de una comunidad y de la expresión de su propio mundo mental (Aguirre & Morales, 1999). Así las personas monolingües, que hablan solo una lengua (del país de origen o del país receptor) adoptan actitudes de aculturación orientada hacia solo una cultura (asimilación o separación). El aprendizaje de una segunda lengua depende de varios factores como las posibilidades (u obligaciones)

de contacto, las actitudes hacia este aprendizaje y las capacidades para el aprendizaje lingüístico (Sabatier & Berry, 1996). Pero uno de los problemas iniciales con los que se encuentran los inmigrantes es precisamente el desconocimiento del idioma de la sociedad de acogida. Lógicamente esto produce falta de comunicación entre estos inmigrantes y la sociedad receptora, así los estudios muestran que aquellos inmigrantes con un nivel alto de estrés tienen más dificultades para dominar el nuevo idioma (Sabatier & Berry 1996).

- **Cultura.** La cultura en la que viven las personas juega un papel importante en la conformación de su sentido de sí mismo (Andrew et al 2000). Es un concepto fundamental para entender las diferencias entre las personas que provienen de diferentes países y las dificultades que surgen en su proceso de adaptación al nuevo entorno. Las fuentes más importantes de dificultades van a variar dependiendo de qué códigos culturales, normas y valores son diferentes entre las dos sociedades (Basabe, Zlobina & Páez, 2004). Cabe señalar que uno de los principales componentes de la cultura es inconsciente: los valores incluyen normas morales, conceptos sobre la vida o metas deseables a los que los individuos otorgan vivencias emocionales positivas. Cada cultura posee las suyas, las que constituyen una parte importante de la identidad de los individuos (García-Campayo & Sanz Carrillo, 2002). En el caso concreto de España, el choque es menor en inmigrantes de culturas occidentales y de Latinoamérica, siendo muchísimo mayor entre individuos asiáticos y africanos (Basabe, 2007; Berry 1997).
- **Situación documental.** La mayoría de los inmigrantes en situaciones de irregularidad desarrollan estrategias de “marginalidad” y sufren situaciones de exclusión social. Son personas que no existen a nivel oficial, que no pueden trabajar o han de hacerlo sin la protección legal y las garantías de un contrato, que no pueden disponer de una cuenta

bancaria ni firmar un contrato de alquiler. Junto con estas consecuencias hay que mencionar también el efecto que tiene la condición de “irregular” sobre la imagen de todo el colectivo inmigrante, así como los estereotipos que se generan sobre él, relacionando con demasiada frecuencia “irregularidad–inmigración–delincuencia” (Navas et al.,2004).

- **Género.** Tiene una influencia variable sobre el proceso de aculturación. Hay pruebas sustanciales de que las mujeres pueden tener un mayor riesgo de problemas en el nuevo contexto que los hombres, sin embargo esta diferencia depende de la diferencia de género en cada cultura (Berry 1997; Ataca & Berry, 2002). No obstante, se ha observado que las mujeres que emigran lo hacen generalmente por tres motivos que parecen definir estilos de migración femenina:
 - **Tradición**: partiendo de asumir que la mujer está sometida del varón, si la mujer emigra lo hace acompañando al varón (marido, padre).
 - **Equilibrio**: la mayoría de las mujeres inmigrantes llegan el país por reagrupación familiar; no obstante también hay algunas solteras que llegan a través de amigos, para trabajar o estudiar.
 - **Trasgresión**: Las mujeres incluidas en este tercer tipo se caracterizan porque generalmente rechazan la estructura patriarcal de su país de origen, rechazan la vida que les corresponde culturalmente –los roles de género-, las tradiciones asociadas y buscan salir de esa sociedad. La mayoría de ellas son solteras que emigran solas, sin el apoyo ni la protección del varón, buscando derechos y libertad que no encuentran en su país de origen, lo que les lleva a romper los lazos familiares. El trabajo supone para ellas una independencia económica y una garantía de libertad personal lejos de la tutela masculina de origen (Soriano & Santos, 2002; Soriano, 2006; Oliver, Baraza & Martínez, 2008).

Por otro lado, una serie de investigaciones han encontrado que las mujeres, respecto a los hombres, tienden a anclarse con más fuerza en sus rasgos culturales. Por ejemplo un estudio realizado por Ataca & Berry (2002) observó en una muestra de mujeres turcas residentes en Canadá que, además de ser más vulnerables al estrés, conservaban los roles de género de su país, teniendo mayor responsabilidad en el mantenimiento de sus costumbres y en el trabajo de casa, como cuidar los niños sin el apoyo familiar que tenía en su país de origen. Por otra parte, se constató que las mujeres que trabajaban eran más sanas física y mentalmente respecto a las que no trabajaban, manteniendo más contacto con la sociedad receptora y estando más integradas. Otro estudio realizado con una muestra de inmigrantes ecuatorianos en España (Martínez et al., 2007) también observó que las mujeres ecuatorianas tendían a mantener más sus costumbres culturales respecto a los hombres, y es más, los resultados reflejaron que los hombres tendían a preferir con mayor interés comportarse como los españoles.

En conjunto, los diferentes estudios muestran que la estrategia de aculturación más deseada es la integración, siendo la menos deseada la marginación (Sabatier & Berry, 1996; Retortillo & Rodríguez, 2008; Ones & Viswesvaran, 1999; Van Oudenhoven & Eisses, 1998; Piontkowski, Florack et al., 2000; Navas et al., 2004; Navas & Rojas, 2010). Pero también coinciden en señalar que la marginación se relaciona con angustia emocional y psicopatología (Lazarus, 2000). Así, en relación con el estrés, se ha constatado que las situaciones de estrés más agudo se asocian a las estrategias de separación y marginación, mientras que la integración se asocia a menor estrés (Berry et al., 1987; Martínez et al., 2004).

En un estudio en Chile con 109 inmigrantes Sudamericanos procedentes de Bolivia, Perú y Colombia cuyo objetivo era analizar la relación entre las estrategias de aculturación con la salud mental y el bienestar psicológico, se constató que la estrategia preferida era la

integración para el 58.7% de los integrantes de la muestra, seguida en menor medida por asimilación (18.3%) y siendo las menos deseada marginación (11%) y separación (11.9%). No se observaron grandes diferencias entre actitudes y estrategias, no obstante la estrategia de integración presentaba mayores niveles de bienestar psicológico en comparación con las otras estrategias; con respecto a percepción de problemas sociales y aculturación, la integración se relacionó con menores problemas, seguida por la asimilación. Por último cabe señalar que la separación se asociaba a una menor presencia de síntomas, seguida por integración y marginación, mientras que la asimilación se asociaba a una mayor presencia de síntomas (Yañez & Cárdenas, 2010). En cuanto el estrés aculturativo, Rebollo et al. (2011) realizaron un estudio con una muestra de 414 inmigrantes latinoamericanos residentes en Barcelona, encontrando que el estrés aculturativo se relacionaba con la sintomatología depresiva y ansiosa, si bien esta relación sólo se contrastaba con dos de los cuatro factores de estrés aculturativo evaluados: estrés resultante del contacto intercultural y estrés psicosocial, mientras que no se mantenía en el caso de la discriminación percibida y la nostalgia, lo que indica que es necesario indagar en el proceso de estrés aculturativo y su relación con la adaptación psicológica.

1.8 PERSONALIDAD Y SALUD MENTAL

Actualmente, se ha puesto un especial énfasis en el estudio de los efectos que tiene la personalidad en la salud, por ser esta un factor de riesgo para la enfermedad, a través de efectos fisiológicos directos (por ejemplo, respuestas de incremento de la presión sanguínea) o efectos de comportamientos indirectos (por ejemplo, fumar). De la misma manera, la personalidad puede ser un factor protector ante los eventos estresantes (Brody & Ehrlichman, 2000).

Debido a la complejidad de la relación entre la personalidad y salud, su estudio ha estado acompañado de la propuesta de números modelos teóricos (Pervin & John 1999), que han intentado desvelar las características de la relaciones entre personalidad y salud. En la Tabla 3 se presenta una síntesis de los principales modelos: moderación del estrés, modulación, comportamiento saludable, de predisposición y de predisposición constitucional. Todos ellos coinciden en establecer una relación entre personalidad y salud que puede ser tanto positiva (de protección) como negativa, dando mayor o menor peso al entorno o a los rasgos internos de la persona.

Tabla 3. Modelos de relación entre personalidad y salud.

| MODELO | DESCRIPCIÓN | EJEMPLO |
|--|---|--|
| Modelo de Moderación del estrés I. Modulación | La personalidad influye en la salud en: los aspectos cognitivos y motivacionales de la personalidad, pueden empeorar, disminuir o evitar la amenaza del evento estresante, lo que afecta a las fluctuaciones del estímulo fisiológico | Si uno cree que ciertas estrategias tienen una influencia sobre la cantidad, la duración o frecuencia del estrés, entonces la personalidad determina cuál es de las respuestas a utilizar. |
| Modelo de Moderación del estrés II | Reconoce la relación entre persona y situación y considera que las personas crean las situaciones | Una persona agresiva puede causar conflictos entre la gente por su comportamiento social violento, en cambio una persona agradable puede evitar dicha tensión entre personas |
| Modelo de comportamiento saludable | Explica el efecto de la personalidad sobre la salud a través de los hábitos saludables, y reconoce el efecto de algunas variantes psicológicas (inherentes) que influyen en este comportamiento | El efecto de la personalidad sobre el fumar o tomar alcohol |
| Modelo de predisposición | En este modelo se considera que la genética influye en ciertos procesos patológicos más que la personalidad | Personalidad Tipo A y alteraciones cardiovasculares |
| Modelo de la predisposición constitucional | La personalidad está presente en el comportamiento de estar enfermo más que en la enfermedad en sí misma. Hay factores psicológicos detrás de este comportamiento. | Un individuo resistente al sufrimiento muestra menos comportamiento de enfermedad, mientras los hipocondríacos típicamente son excesivamente reactivos a la enfermedad. |

Fuente: Adaptado de Wiebe & Smith (1997); Elaboración propia

1.8.1 Personalidad y estrés

La consideración de los rasgos de personalidad de un inmigrante como productores de su estado de salud mental viene justificada por la relación entre estrés y personalidad. Anteriormente se ha explicado las consecuencias de las pérdidas vividas por los sujetos antes, durante y después de la inmigración, aquellas que se pueden atender a través de los procesos del duelo migratorio y los estresores, es decir, tanto el impacto generado por las vivencias que han tenido que afrontar en el país de origen como el impacto psicológico de las novedades una vez en contacto con la nueva sociedad y el proceso de aculturación.

Todas estas vivencias anteriormente descritas pueden generar niveles elevados de estrés e importantes perturbaciones de la salud en unas personas pero no en otras, dando lugar a profundos cambios reactivos en la personalidad del inmigrante, en un sentido positivo o negativo: la migración cambia al sujeto. Si el proceso migratorio va bien dará lugar una persona madura, pero si va mal desestructurará al sujeto a nivel psicosocial y psicológico (Grinberg & Grinberg, 1996). Pero a su vez las propias características vinculadas a la personalidad pueden influir en el proceso de aculturación, algunas de manera positiva en la referencia permitiendo a la persona utilizar estrategias de afrontamiento que reduzcan el estrés inducido por la aculturación. Así la inmigración es vivida como una nueva experiencia, como un estresor mínimo y como una oportunidad de crecimiento personal y social. En cambio, como hemos señalado, en otros individuos el proceso de aculturación representa un elemento estresante en sí mismo (Berry, Kim et al., 1987; Sabatier & Berry, 1996).

El modelo de los acontecimientos vitales o enfoque del estrés basado en el estímulo propuesto por Holmes & Rahe (1967) y al que nos hemos referido anteriormente, propone que el acontecimiento vital puede ser entendido como un suceso objetivo, consensuado y

estandarizado tanto en el ámbito interpersonal como intercultural (Peñacoba & Moreno, 1998). Se describe de este modo una relación entre persona y situación, en la cual los acontecimientos vitales son variables situacionales que inevitablemente realizan una transacción con las predisposiciones individuales para actuar, pensar y sentir de un modo particular (variables personales) del individuo que emigra. Este papel activo de los factores individuales ha sido reflejado por numerosos psicólogos: hay un acuerdo en que bajo ciertas circunstancias la gente sale del estrés, mientras que bajo otras se traumatiza y sufre un grave deterioro. En este sentido los individuos responden de modo diferente en las situaciones estresantes según su personalidad (Polaino-Lorente, Cabanyes & Armentia, 2003; Peñacoba & Moreno, 1998).

Para explicar cómo la personalidad interviene en el proceso de estrés se han planteado dos líneas diferentes (Fernández-Abascal & Jiménez, 2002): la personalidad interviene sobre los procesos de valoración y sobre el afrontamiento y, en consecuencia, las características de personalidad pueden cambiar los procesos de valoración. La otra línea plantea que la personalidad también interviene sobre los recursos de afrontamiento, cambiando o las estrategias seleccionadas en cada situación.

1.8.2 El modelo de los Cinco Factores de Personalidad (MCF)

En el presente trabajo se ha realizado una evaluación de la personalidad según el Modelo de los Cinco Factores de Personalidad (MCF) propuesto por Costa & McCrae (1985), al ser considerado como una de las propuestas de explicación de la estructura de la personalidad basada en rasgos más válida y consensuada en la actualidad. Nuestro objetivo es explorar en nuestra muestra las relaciones entre emigración y personalidad y, especialmente, las relaciones entre duelo migratorio y las dimensiones que describe el modelo citado.

Concretamente, este modelo describe la estructura de la personalidad basándose en el constructo del rasgo, entendido por los autores como “una dimensión de las diferencias individuales en las tendencias a mostrar patrones consistentes de pensamientos, sentimientos y acciones” (McCrae & Costa, 2008; McCrae, & John, 1992; McCrae & Costa, 1990).

El MCF es un modelo léxico-factorial, articulado según cinco grandes factores de personalidad amplias y universales (según estudios transculturales: Extraversión y Neuroticismo, referidas a dimensiones comportamentales; Responsabilidad, referida a realización de tareas; Apertura a la Experiencia y Cordialidad, ambas referidas a experiencias emocionales o cognitivas. Según los autores, los cinco factores son generalizables a distintos contextos culturales y sociales y han sido identificados en diferentes idiomas (más problemáticas las lenguas asiáticas), son universales (han sido replicados en muestras diversas en cuanto a sexo, edad, raza, estatus...) y tienen un nivel de heredabilidad medio, entre 0.30 y 0.60, correspondiendo el valor más alto a Apertura (McCrae & Costa, 2008).

A continuación se describen brevemente cada una de estas dimensiones, referidas a personalidad *normal*:

Neuroticismo

En términos generales, esta dimensión refiere aspectos vinculados al bienestar/malestar psicológico al describir niveles crónicos de inestabilidad emocional y susceptibilidad al afecto y las emociones negativas, de forma desorganizada (ansiedad, miedo, vergüenza, tristeza, angustia, ira, culpa...). Describe así mismo la tendencia a experimentar ideas irracionales, junto con un componente elevado de impulsividad, de difícil control, vinculado a la vida instintiva, que puede traducirse en comportamientos que ponen en riesgo

la salud (fumar, beber, comer en exceso...). Estas disposiciones se expresan, así mismo, en una mayor dificultad para afrontar situaciones de estrés (McCrae, & John, 1992). La dimensión describe, por tanto, rasgos de personalidad en función del nivel de desajuste psicológico e inestabilidad emocional de la persona: individuos con puntuación alta en esta dimensión tienden a ser malhumorados, hipersensibles e insatisfechos con muchos aspectos de su vida. Por lo general tienen una autoestima baja, ideas y expectativas poco realistas sobre sí mismos y sobre el entorno, preocupándose en exceso y experimentando inseguridad sobre sí mismos y su futuro. Se les suele describir como nerviosos, tímidos, irritables y vulnerables, con tendencia a desbordarse en situaciones estresantes a pesar de que suelen afirmar que controlan sus impulsos (McCrae, & John, 1992).

Extraversión

Como disposición general a la interacción interpersonal –sociabilidad- la actividad y la búsqueda de estimulación, se caracteriza por una expresión abierta de los impulsos, asertividad y energía (surgencia), junto con autopercepción de dominio y seguridad confiada por lo que algunos autores la equiparan a una cualidad de la felicidad (Carver & Scheier, 1997). Una puntuación baja indica que la persona es introvertida –en el sentido de carecer de extraversión, lo que no significa ser, por tanto, su opuesto: esta dimensión no debe entenderse en términos bipolares absolutos-, y manifiesta especialmente preferencia por la soledad –evita el contacto con la gente y se muestra distante-, tendencia a ser reservado –poco comunicativo- e independiente –prefiere realizar tareas solo.

Apertura

Describe apertura cognitiva y emocional que se manifiesta en un gran interés por la realidad, tanto interna como externa, así como originalidad, flexibilidad y ausencia de

convencionalismosen áreas como la fantasía, la estética, los sentimientos, las acciones, las ideas y los valores. Refiere, por tanto, a aspectos tanto culturales -al hacer énfasis en la intelectualidad y la independencia mental- como intelectuales –al describir reflexión, inteligencia, sofisticación...-, incluyendo así mismo contenidos que la aproximan al constructo mediacional de la creatividad o al pensamiento divergente (Eysenck & Eysenck, 1986). Una puntuación alta describe a una persona con amplios intereses, necesidad de novedades y cambios, sensibilidad estética, imaginación, independencia, atrevimiento, alejada de convencionalismos de cualquier índole.

Amabilidad.

Esta dimensión define rasgos de agradabilidad, cooperatividad y sinceridad. Caracteriza a personas amistosas, con tendencia a confiar en los demás y a compartir y cooperar con ellos –lo que no significa ingenuidad-, que orientan sus relaciones sociales hacia la armonía antes que el control. En conjunto se acepta que una persona caracterizada por los rasgos que definen la dimensión es socialmente más deseable y psicológicamente más saludable (McCrae & Costa, 2008), dado que una caracterización baja en la dimensión implica proximidad con antagonismo y rechazo hacia los demás (Carver & Scheier, 1997). Incluso se ha constatado que puntuaciones bajas en Amabilidad se relacionan con el trastorno narcisista de la personalidad, el antisocial y el paranoico (McCrae & Costa, 2008; McCrae & John, 1992).

Responsabilidad.

Describe la capacidad de autocontrol y autodisciplina, con una marcada tendencia hacia la voluntad para imponerse, responsabilidad, organización, orden, ambición en la consecución de metas y un gran nivel del sentido del deber- y de la ética personal (Moreno

Jiménez, 2007). Puntuaciones altas describen a personas que llevan una vida muy ordenada y luchan por conseguir sus metas con un modelo planeado y deliberado. Tienen una gran necesidad de logros, son limpios, puntuales y organizados y puede confiarse en que cumplan sus compromisos, toman de manera seria las obligaciones morales, cívicas, personales y dan más importancia los negocios que al placer (Pervin & John. 1999).

En conjunto, las diferentes investigaciones realizadas sobre diferentes cuestiones – tales como actitudes y comportamientos hacia temas socioeconómicos y políticos, actitudes hacia inmigrantes, relación entre personalidad y adaptación sociocultural, etc.- indican que Neuroticismo se asocia a problemas de adaptación sociocultural mientras que Extraversión constituye un predictor significativo de adaptación sociocultural, asociado a satisfacción en las relaciones interculturales. Apertura, Amabilidad y Responsabilidad estarían asociados a resultados positivos en general (Masgoret & Ward, 2006).

Algunos estudios han explorado la relación entre los cinco grandes factores de personalidad y las actitudes o estrategias de aculturación. En conjunto, se ha constatado que la adaptación, tanto psicológica como sociocultural, así como la integración, se asocian con Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad, mientras que con Neuroticismo establecen una relación inversa. Las personas integradas son personas abiertas y flexibles, mientras que los inmigrantes a favor de la asimilación cultural o separación no muestran este grado de flexibilidad y apertura. De hecho, asimilación se relacionaría positivamente con Amabilidad, y separación con Neuroticismo –e inversamente con Extraversión, autoestima y confianza en sí mismo-. Por último la marginación se relacionaría con un alto nivel de Neuroticismo y ansiedad: las personas que prefieren esta estrategia o actitud de aculturación, son generalmente personas cerradas e insociables (Kosic ,2006). Jokela (2009) estudió el rol de la

personalidad como variable predictiva de la probabilidad de migrar dentro y entre los diferentes estados de Estados Unidos durante un período de seguimiento de 7 a 11 años. En una muestra 3760 ciudadanos de estados unidos utilizando el modelo de cinco factores, constató una relación entre Extraversión y Apertura, pero ninguna entre Neuroticismo e inmigración, aunque Extraversión y Apertura a la experiencia sí predijeron una mayor disposición a inmigrar. Así, parece que las personas extravertidas y de mente abierta que prefieren los estímulos novedosos son las más propensas a cambiar sus lugares residenciales.

Son muchas las investigaciones realizadas sobre salud mental utilizando el modelo de los cinco factores. Por ejemplo, Korotkov & Hannah (2004) investigaron en una muestra de 706 adultos la relación entre las dimensiones del MCF con el estado de salud y el comportamiento de enfermedad. Los resultados sugieren que, en conjunto, la personalidad se relaciona más con el comportamiento subjetivo de salud que el con el comportamiento objetivo.

Neuroticismo es una de las dimensiones de personalidad más investigadas en el ámbito del estrés y las conductas de afrontamiento ya que, como se ha indicado antes, se caracteriza por la tendencia a experimentar emociones negativas crónicas, disposición a comportamientos de riesgo para la salud y vulnerabilidad frente al estrés. Así parece ser un factor de riesgo, en especial la faceta de hostilidad, para las enfermedades coronarias (Dembroski & Costa, (1987); ha sido relacionado relaciona con problemas de ansiedad (Miller, 1991), con estrategias de afrontamiento desadaptativo ante el dolor crónico (Ramírez, Esteve & López, 2001) o con respuestas negativas ante el estrés (Schneider et al., 2012), invirtiéndose sin embargo esta relación con las dimensiones de extraversión y apertura. También se le ha atribuido capacidad predictiva del estrés post-traumático

(Lauterbach & Vrana, 2001). No obstante, cabe señalar que la relación entre personalidad y acontecimientos estresantes no está suficientemente descrita al no haber apenas estudios que hayan evaluado la estructura de personalidad antes y después del acontecimiento estresante (Löckenhoff et al., 2009). Recordemos que las personas caracterizadas por altos niveles de neuroticismo tienden a mostrar reacciones emocionales extremas, y tienen dificultades para recuperar el estado normal después de la agitación emocional, manifestando frecuentemente quejas por síntomas difusos, como dolor de cabeza y de espalda, así como por problemas psicológicos, como preocupaciones y angustias (Feist & Fiest, 2007)

Wiebe & Smith (1997) explican que la relación entre Neuroticismo y el comportamiento de estar enfermo tiene implicaciones específicas para la investigación de personalidad y salud. Muchas veces se utilizan medidas sanitarias subjetivas que están claramente relacionadas con Neuroticismo, pero los investigadores tienen que progresar más en el conocimiento del comportamiento de estar enfermo, diferenciando entre las causas psicológicas y las causas reales de la enfermedad. Neuroticismo es una dimensión de personalidad que, como ya hemos señalado, se caracteriza por la tendencia a experimentar emociones negativas crónicas y sus cogniciones, las cuales pueden estar a la base de las patologías mencionadas.

1.8.2 PERSONALIDAD DEL INMIGRANTE

Según Boneva & Frieze (2001) el concepto “personalidad del inmigrante” se desarrolla en los años sesenta y setenta cuando los investigadores introdujeron el término “*hombre movicentric*” para describir el comportamiento de los movimientos migratorios. Más tarde utilizaron el término “*personalidad pionera*” para describir a las personas que desean

trasladarse geográficamente, y cuya decisión es motivada tanto por la necesidad a la novedad como por la oportunidad económica que se percibe en el país de destino.

Sociólogos y demógrafos han observado que ante los mismos factores ambientales hay personas que optan por abandonar el país mientras que otros deciden quedarse. Algunos autores, como Tizon et al. (1996), consideran que los factores económicos, a pesar de ser decisivos en la mayoría de los casos, no son los únicos que empujan a una persona a tomar la decisión de emigrar, sino que a ello también contribuyen factores individuales o internos, capaces de determinar que los factores externos se vivan con la suficiente intensidad como para tomar dicha decisión. Hay motivos de tipo personal, por tanto, que contribuyen a ello, como los que experimentan aquellas personas que se encuentran en desacuerdo con su entorno y quieren compensar las carencias que en él experimentan; o la rivalidad e incluso los celos que se puedan experimentar hacia amigos o parientes que han triunfado... dichos factores personales suelen relacionarse estrechamente con factores psicosociales y de personalidad en general, sugiriendo la noción de “personalidad del inmigrante”.

Por tanto, habría ciertas características de la personalidad que influirían en la decisión de emigrar o no. Boneva & Frieze (2001) mostraron que los que emigran tienen un mayor rendimiento en el trabajo y motivación de poder, y menos apego a la familia que los que deciden quedarse. Estos rasgos, unidos a otros factores psicológicos entre los que destacamos el poseer un yo más fuerte y capacidad para afrontar riesgos - como la soledad que sufrirá quien emigra, considerando que la capacidad de estar solo es uno de los rasgos más importantes de madurez en el desarrollo emocional (Grinberg & Grinberg, 1984), interactúan con los factores ambientales y las oportunidades para producir el comportamiento migratorio actual (Boneva & Frieze, 2001). Esta perspectiva (ver Figura 9) sugiere que los inmigrantes

no tienen, necesariamente, características de personalidad similares, por lo que las personas que se trasladan otro país podrían hacerlo por una variedad de razones (Boneva & Frieze, 2001).

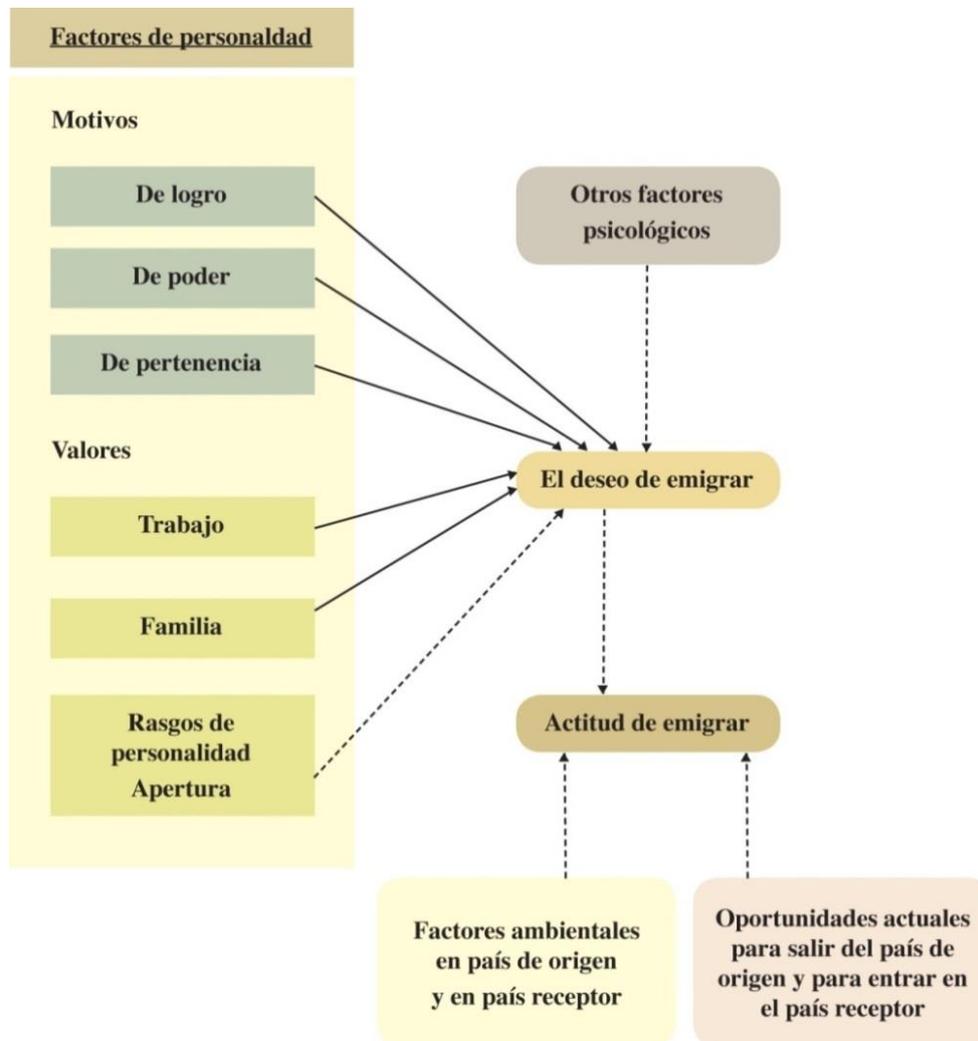


Figura 9. Modelode personalidad del inmigrante. (Fuente: Boneva& Hanson, 2001)

La motivación por emigrar es, por tanto, una cuestión clave. No sólo influye en la identificación de los grupos migratorios de grupo, el bienestar subjetivo y la situación económica de inmigrantes, sino también en la determinación de la primera etapa del proceso de inmigración: la decisión de emigrar (Kosic, 2006). Boneva & Frieze (2001) refieren un

estudio posterior, con una muestra internacional más grande, en el que se concluyó que la emigración es generalmente motivada por una insatisfacción en las metas alcanzadas, que intenta resolverse yendo en busca de mejores oportunidades.

En la actualidad, se considera que hay tres grandes tipos de motivación: motivación de preservación (física, seguridad social y psicológica), motivación de autodesarrollo (crecimiento personal, habilidades, conocimientos y habilidades) y motivación material (bienestar económico, riqueza) (Kosic, 2006).

Cabe señalar que, además de motivación, se han estudiado otras variables relacionadas con la personalidad del inmigrante, destacando el locus de control, la autoestima y el autocontrol. El primero hace referencia adónde ubica cada persona la causa o control sobre sí mismo y sobre su entorno. Si percibe que los resultados dependen de causas o factores externos, como la suerte o el destino, el locus de control es externo; pero si los percibe como resultado de su propia conducta, es interno.

Así, diferentes estudios han demostrado que un locus de control interno facilita el ajuste entre el inmigrante y la nueva cultura mientras que un locus de control externo se asocia a problemas psicológicos (Kosic, 2006). En cuanto a la autoestima, se ha constatado que mantenerla elevada ayuda al sujeto a valorar positivamente sus recursos personales y afrontar los estresores. Los inmigrantes con autoestima alta se integran mejor en el nuevo contexto, y tienden a valorar la experiencia migratoria de manera positiva y, a pesar de sus dificultades, también valoran como positivo el contacto con otras culturas, percibiendo la inmigración como una oportunidad de aprender otras culturas y conocer otras sociedades,

vinculando las experiencias de migración al desarrollo personal positivo, lo que se asocia con el cambio y la madurez (Kosic, 2006).

Por último, el autocontrol se ha relacionado con una mayor capacidad de comprensión, resolución y perseverancia frente a un reto, como el que supone en sí misma la inmigración. El autocontrol posibilita la realización de predicciones sobre todos los elementos que intervienen en una situación, favoreciendo respuestas eficaces que, a juicio de Polaino-Lorente et al. (2003), podría ser un factor de protección de la integridad personal, tan necesaria para el inmigrante.

2. ESTUDIO CUANTITATIVO

2.1 Introducción

Una de las razones que motivan una vez más la investigación del duelo migratorio en inmigrantes de origen árabe es la falta de consistencia en la relación observada entre los estudios de percepción subjetiva y las medidas objetivas que evalúan las consecuencias del proceso migratorio. Estas consecuencias pueden ser por un lado psicológico -en nuestro estudio planteado como el “Síndrome del Inmigrante con Estrés crónico y Múltiple” o “Síndrome de Ulises”- y por otro, sociales, como así supone el impacto y proceso de acomodación a la nueva sociedad -en nuestro estudio definido como “proceso de aculturación”. Considerando todo lo anteriormente señalado, nuestro enfoque cuantitativo se planteó indagar la relación entre el Síndrome de Ulises y las siguientes variables: variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, nivel educacional, tiempo de estancia en España), actitud general de aculturación, actitudes y estrategias de aculturación por ámbitos y, por último, rasgos de personalidad. El estudio descriptivo de estas variables y su relación con el Síndrome de Ulises en la muestra de inmigrantes de origen árabe nos permitirá ampliar nuestro conocimiento acerca del Síndrome de Ulises con relación a estas variables objetivas en este tipo de población.

2.2 OBJETIVOS

- **Objetivo general**

Conocer cómo se manifiesta el Síndrome del Inmigrante con Estrés crónico y Múltiple, denominado "Síndrome de Ulises", con relación a la aculturación y los factores de personalidad en una muestra de inmigrantes de origen árabe.

- **Objetivos específicos**

Los objetivos específicos tienen por denominador común el estudio y profundización de los siguientes aspectos:

1. Presencia de patología vinculada a la intensidad del Síndrome de Estrés Crónico y Múltiple, "Síndrome de Ulises".
2. Presencia e intensidad de los factores moduladores de la elaboración del duelo migratorio, denominados "Estresores" y "Vulnerabilidad" respectivamente.
3. Variables sociodemográficas relacionadas con la presencia/ausencia del Síndrome de Ulises.
4. Variables premigratorias relacionadas con presencia/ausencia del Síndrome de Ulises.
5. Relación entre el Síndrome de Ulises y la actitud de aculturación general en inmigrantes de origen árabe.
6. Relación entre el Síndrome de Ulises, las estrategias y las actitudes de aculturación por ámbitos - "plano real y plano ideal"- en inmigrantes de origen árabe.
7. Relación entre el Síndrome de Ulises y los factores de personalidad en una muestra de inmigrantes de origen árabe.
8. Diferencias de sexo en cuanto al Síndrome de Ulises y la personalidad
9. Existencia de un posible perfil general del inmigrante árabe.

2.3 Hipótesis

Tomando como referencia los objetivos propuestos, se han formulado las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Aquellos sujetos identificados con Síndrome de Ulises por la “Escala de Ulises” (Achotegui, 2009a) presentarán consecuentemente más sintomatología asociada al Síndrome de Ulises.
2. Aquellos sujetos diagnosticados con Síndrome de Ulises presentarán un número mayor de Estresores extremos y Vulnerabilidades simples y estos serán más intensos que los identificados sin Síndrome de Ulises.
3. Existe una relación significativa y positiva entre el Síndrome de Ulises y algunas variables sociodemográficas: ser hombre, soltero, menor nivel de estudios, sin papeles, desempleado, sin hijos, con mayor práctica religiosa y menor tiempo de residencia en España.
4. Existen diferencias entre las submuestras “con” o “sin Síndrome de Ulises” en cuanto a las variables premigratorias, “motivos de inmigración” y “experiencia migratoria previa”. Las motivaciones de la submuestra “con Síndrome de Ulises” serán principalmente económicas; además tendrán un mayor número de experiencias migratorias anteriores en comparación con los “sin Síndrome de Ulises”.
5. Existen diferencias de medias significativas entre las submuestras “con” o “sin Síndrome de Ulises” en la actitud general de aculturación, de manera que el grupo “con Síndrome de Ulises” se sentirá más marginado y menos integrado.
6. Existen diferencias significativas entre las submuestras “con” o “sin Síndrome de Ulises” en cuanto a las estrategias de aculturación en el “plano real” y las actitudes de aculturación en el “plano ideal”. Los sujetos con Síndrome de Ulises tenderán a la “marginación” en el plano real, y en las actitudes de aculturación del “plano ideal”

tenderán la integración, a diferencia de los sujetos sin Síndrome de Ulises que tenderán a la integración tanto en el “plano real” como en el “plano ideal”.

7. Existen diferencias de medias entre las submuestras respecto a los factores de personalidad, previendo que la media del subgrupo “con Síndrome de Ulises” será más alta en Neuroticismo.
8. Existen diferencias en cuanto al Síndrome de Ulises y los factores de personalidad en función del sexo. Las mujeres con Síndrome de Ulises puntuarán más alto en Neuroticismo que los hombres identificados con dicho síndrome. Estudios previos muestran que la mujer es más vulnerable y manifiesta más problemas psicológicos que el hombre (OMS, 2001; Berry & Sam, 2006; Achotegui, 2002; Patiño & Kirchner, 2009; Barro et al., 2004; Martínez, García et al., 1996; Rodríguez, Lamborena, Errami et al., 2009; Cuéllar & Roberts, 1997; Rivera, 2007; Valiente, Sandín et al., 1996; Ritsner, Ponizovsky et al., 2001; Ritsner & Ponizovsky, 1998b; Ritsner, 1998; Thapa & Hauff, 2004)

2.4 METODOLOGIA.

2.4.1 Muestra

La muestra inicial del estudio estaba formada por 300 personas de origen árabe, residentes en la provincia de Barcelona. Fue seleccionada a través del personal de entidades públicas o privadas que mantienen relación directa con personas inmigrantes en Barcelona, tales como asociaciones de inmigrantes, organizaciones humanitarias ONGs, entidades religiosas (“mezquitas”), comercios -“carnicerías islámicas-“, restaurantes árabes, locutorios y grupos de estudios de idioma árabe y español para adultos y/o niños.

De esta muestra inicial 190 dividida en 105 (55.3%) hombres y 85 (44.7%) mujeres, edad entre 18-65 años (\bar{X} =35.17 años) cumplieron los criterios de inclusión, detallados a continuación, y conformaron la muestra del estudio: llevar más de 6 meses en España, haber nacido y vivido en un país árabe, tener el árabe como lengua materna y saber leer y escribir en árabe. Como criterio de exclusión se consideró el haber sido diagnosticado y/o estar recibiendo tratamiento por algún trastorno físico y mental severo durante los últimos seis meses. La muestra final fue dividida en dos grupos en función de que manifestaran o no el Síndrome de Ulises, según la valoración de la Escala de Ulises (Achotegui, 2009a).

- **Grupo 1** (sin SU): 145 personas adultas 72 (49.7%) hombres y 73 (50.3%) mujeres con permiso para residir en España, con residencia en Barcelona superior a un año. Emigraron en buenas condiciones, tienen buena capacidad resolutive y de afrontamiento y buen apoyo sociofamiliar. No se identificaron vulnerabilidad ni estresores aparentes en el momento del reclutamiento. Buen soporte socio familiar.

- **Grupo 2** (con SU): 45 personas adultas 33 (73.3%) hombres y 12 (26.7%) mujeres que se encuentran en situación de SU, es decir, en alguna de las siguientes situaciones: sin permiso de residencia en España ("sin papeles") y/o en riesgo de perderlo; que emigraron en condiciones de extrema dificultad (dejando atrás a su cónyuge, hijos o padres enfermos y/o no pueden traerlos ni regresar); sin trabajo; residiendo en vivienda en malas condiciones y carentes de una red sociofamiliar.

2.4.2 Instrumentos de evaluación

- **Escala de Ulises, Achotegui (2009a)**

Esta escala, basada en la valoración de los factores de riesgo en la migración estudiados a través de la vulnerabilidad y los estresores, consiste en una entrevista clínica semiestructurada, cuyo objetivo es organizar la compleja información clínica y psicosocial vinculada al estrés y el duelo migratorio, y facilitar el trabajo asistencial y de investigación. La escala se basa en la valoración que hace el profesional acerca de los datos que posee del inmigrante teniendo como referente los planteamientos de los paradigmas psicoanalíticos y cognitivo. Su fundamento es una integración de distintos paradigmas teóricos: la teoría psicoanalítica del duelo, la teoría del estrés de la psicología y la psiquiatría social y la teoría de la adaptación de la psiquiatría evolucionista, paradigmas todos ellos que han desarrollado una ingente aportación a las ciencias de la salud mental (Achotegui, 2009a).

El objetivo de la Escala Ulises es evaluar el duelo migratorio entendido como un duelo múltiple en el que se consideran siete grandes áreas: familia, idioma, cultura, tierra, grupo de pertenencia y riesgo físico. La intensidad del duelo correspondiente a cada una de ellas se describe a lo largo de un continuo que recoge la gran variabilidad al respecto. No obstante, a

modo clasificatorio, se establecen tres niveles esenciales: “simple, complicado o extremo”.

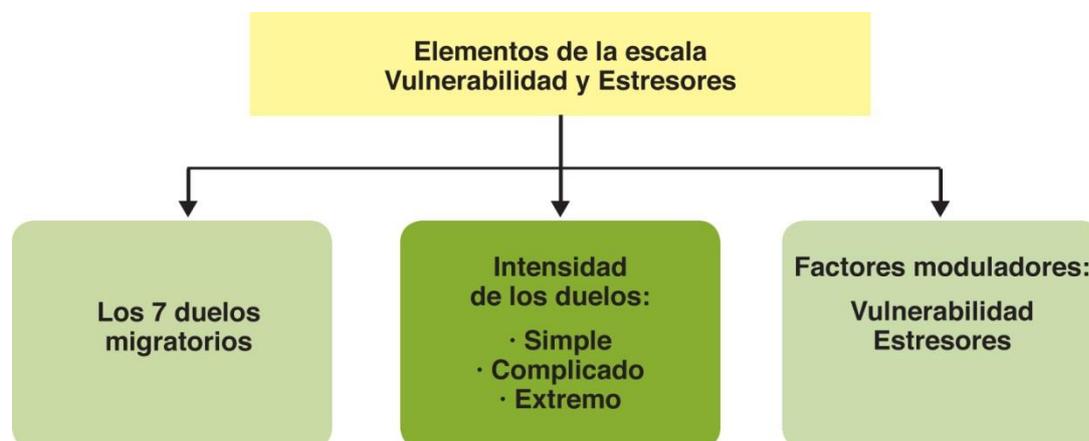


Figura 10. Escala de Ulises (Fuente; Achotegui, 2009a)

El duelo simple es el que se puede elaborar dadas las buenas condiciones del individuo, aunque implica obviamente existencia de duelo; el duelo complicado es aquel que se da cuando hay dificultades serias para elaborarlo, aunque supone que es posible hacerlo; y el duelo extremo es aquel imposible de elaborar debido a la magnitud de las dificultades con que se enfrenta la persona. Los otros dos grandes factores de riesgo para el desarrollo del Síndrome de Ulises considerados son la vulnerabilidad, definida por el conjunto de limitaciones que posee el inmigrante antes de iniciar la migración, y los estresores, que refieren las dificultades externas experimentadas por el inmigrante en los últimos seis meses. Tanto para vulnerabilidad como para estresores se identifican diferentes indicadores que permiten describir, al igual que con el duelo, un continuo de intensidad –de vulnerabilidad o de dificultades crecientes y/o estresores- con tres niveles (simple, complicado, extremo) en cada caso. En consecuencia, la Escala de Ulises (ver Figura 1) se articula en torno a tres aspectos: tipos de situaciones de estrés o duelos de la migración, valoración de la intensidad con que se manifiestan dichos duelos y valoración de los factores moduladores de los mismos

(vulnerabilidad y estresores). La evaluación se realiza través del estudio de los siete tipos del duelo, considerados de manera independiente (vulnerabilidad específica a cada duelo y estresores específicos para cada duelo). Cada duelo se evalúa en cada una de las siete áreas antes mencionadas; y según dos subescalas: la *Subescala de vulnerabilidades*, referida a experiencias personales anteriores a la migración -limitaciones físicas o diátesis, psicológicas -depresión, ansiedad...-, la edad -superar los 65 años aumenta las dificultades adaptativas de la persona- y la historia personal, referida a acontecimientos del pasado que puedan suponer un factor de riesgo, como guerras, traumas...- y la *Subescala de estresores*, circunstancias externas que afectan al inmigrante- obstáculos con que se enfrenta como la falta de oportunidades o recursos, discriminaciones, etc.- . Para cada indicador hay que valorar la intensidad, frecuencia y duración del ítem (ver cuadro 4) valora su intensidad según una escala de tres puntos: 1- simple, 2-complicado y 3-extremo, de modo que puede definirse la intensidad de los duelos migratorios. El instrumento realiza la evaluación con relación a los últimos 6 meses anteriores a la entrevista (ver anexo).

Tabla 4. *Indicadores de la Escala de Ulises.*

| DUELOS MIGRATORIOS | VULNERABILIDAD | ESTRESORES |
|-----------------------------------|----------------|-------------|
| | Simple | Simples |
| DUELO POR LA FAMILIA | Complicada | Complicados |
| | Extrema | Extremos |
| DUELO POR LA LENGUA | Simple | Simples |
| | Complicada | Complicados |
| | Extrema | Extremos |
| DUELO POR LA CULTURA | Simple | Simples |
| | Complicada | Complicados |
| | Extrema | Extremos |
| DUELO POR LA TIERRA | Simple | Simples |
| | Complicada | Complicados |
| | Extrema | Extremos |
| DUELO POR EL ESTATUS SOCIAL | Simple | Simples |
| | Complicada | Complicados |
| | Extrema | Extremos |
| DUELO POR EL GRUPO DE PERTENENCIA | Simple | Simples |
| | Complicada | Complicados |
| | Extrema | Extremos |
| DUELO POR LOS RIESGOS FÍSICOS | Simple | Simples |
| | Complicada | Complicados |
| | Extrema | Extremos |

El instrumento cuenta además con los siguientes apartados: observaciones (preguntas concretas que dan información sobre factores que protegen al inmigrante de

desarrollar un duelo extremo, tales como madurez, inteligencia, habilidades sociales, apoyo social, pertenencia a grupos religiosos, políticos, etc.); perspectiva cultural con la que el sujeto percibe los estresores; factores agravantes (estresores que ha vivido el inmigrante en los últimos 6 meses) y, por último, factores subjetivos, referidos a la valoración del sujeto sobre su situación. Los síntomas se recogen en el apartado de la historia del caso estudiado y se correlacionan con la escala. El diagnóstico del Síndrome de Ulises (ver Figura 11) se realiza considerando la globalidad de la información aportada por la prueba y según Achotegui, “con un solo estresor extremo, ya se considera que el sujeto entra en la categoría de estresores extremos o estresores Ulises”.



Figura 11. Diagnóstico del Síndrome de Ulises. (Elaboración propia)

- **Cuestionario sobre Modos de Aculturación (Navas et al., 2004)**

Es un instrumento de evaluación basado en el Modelo Ampliado de Aculturación Relativa (MAAR) desarrollado por Navas y colaboradores (2004), adaptado al contexto español. En la presente investigación se redujo el número de ítems; concretamente eliminando los sesgos endogrupales, los referidos al grado de tensión entre inmigrantes y autóctonos, la percepción de discriminación hacia los inmigrantes y la opinión sobre los autóctonos y vitalidad percibida de los inmigrantes, ya que en nuestra investigación no se tienen en cuenta ni el prejuicio ni la discriminación ni otros posibles factores que surjan de la relación entre inmigrantes y autóctonos. El cuestionario consta de 60 ítems en total, que se evalúan sobre

una escala de tipo Likert de cinco puntos, siendo (1) muy en desacuerdo y (5) muy de acuerdo. Se estructura en cinco bloques:

- **Actitudes de aculturación generales** (ítems 1 y 2). El primer ítem refiere a la conservación de las costumbres del país de origen y el segundo ítem a la participación en la sociedad de acogida. Mediante la combinación de las respuestas a ambas preguntas se situaba a cada individuo en un tipo distinto de actitud: integración, asimilación, separación y marginación.
- **Estrategias de aculturación por ámbitos**. Evalúa las estrategias en el plano real mediante 12 ítems (ítems 3 a 14), a lo largo de una escala tipo Likert de cinco puntos, de nada (1) a mucho (5). Los ítems miden los seis ámbitos (tecnológico, económicos, familiares, social, creencias, costumbres religiosas y formas de pensar, principios y valores); para cada ámbito un ítem evalúa la actitud hacia el mantenimiento de la cultura de origen del inmigrante -¿En qué grado mantiene actualmente las costumbres que tenía en su país de origen, en cada ámbito?- y otro ítem evalúa la actitud hacia la adopción de elementos de la cultura de acogida -¿En qué grado ha adoptado Vd. las costumbres de este país, en cada ámbito?-. Mediante la combinación de las respuestas a ambas preguntas se sitúa a cada individuo en un tipo distinto de actitud: integración, asimilación, separación y marginación.
- **Actitudes de aculturación por ámbitos**. Evalúa las actitudes en el plano ideal, mediante dos escalas compuestas por 14 ítems respectivamente (ítems del 22 al 33). Los ítems miden cada uno de los 7 ámbitos (político, tecnológico, económico, social, familiar, creencias y costumbres religiosas y formas de pensar, principios y valores). En cada ámbito el primer ítem mide la actitud hacia el mantenimiento de la cultura de origen del inmigrante (¿En qué grado le gustaría mantener las costumbres de su país de origen?, para cada ámbito). El segundo mide la actitud hacia la adopción de elementos de la

cultura de acogida española (¿En qué grado le gustaría adoptar las costumbres de este país?, para cada ámbito). Todos los ítems se responden a lo largo de una escala tipo Likert de cinco puntos, que va desde nada (1) a mucho (5). Mediante la combinación de las respuestas a ambas preguntas se situaba a cada individuo en un tipo distinto de actitud: integración, asimilación, separación y marginación.

- **Variables relacionadas con actitudes y estrategias de aculturación.** Refiere a:
a) permeabilidad de los límites grupales (ítem 15), referido a la percepción de que los inmigrantes tienen la posibilidad de abandonar su grupo y llegar a pertenecer al grupo mayoritario, esto es, que pueden participar plenamente en la sociedad de acogida; b) enriquecimiento cultural percibido (ítem 16), que hace referencia al beneficio percibido menos la amenaza percibida con relación a la influencia de la cultura del exogrupo sobre la del endogrupo; c) identificación con el endogrupo (ítems 17 y 18), que refiere al grado con que el inmigrante se identifica con su grupo nacional; y por último, d) contacto con los miembros del exogrupo (ítem 19), el grado de contacto con personas pertenecientes al exogrupo. Cada una de las cinco alternativas de respuesta de esta variable era más inclusiva que la anterior, yendo en orden ascendente desde “ningún contacto” (1) hasta “tengo familiares de ese grupo” (5).
- **Variables sociodemográficas.** Recoge diferentes informaciones: a) reúne información, mediante preguntas abiertas, acerca de la edad, sexo, lugar de nacimiento y lugar en el que el inmigrante pasó los primeros quince años de su vida, años de escolaridad y nivel educacional, tiempos en España y situación documental; b) Alojamiento: indaga con quien vive el inmigrante, si tiene familia, etc.; c) Actividad Laboral: recoge información acerca de la situación laboral habitual, su actitud hacia el trabajo y sus ingresos y la situación documental; d) Motivo de inmigración: 11 ítems que se responden a lo largo de una escala de tipo Likert, desde nada (1) a mucho; e) Creencias religiosas y grado de

práctica de su religión (un ítem respectivamente; la valoración de la práctica religiosa se realiza en una escala tipo Likert que va desde nada (1) a mucho (5); c) Otras preguntas específicas, como el grado de conocimiento de la sociedad de acogida antes de su llegada, tiempo de estancia en España, viajes y trabajo en otros países además de España, contactos en España previos a su llegada, situación documental actual e ingresos.

- **Inventario de Personalidad Reducido (NEO-FFI, Costa & McCrae, 1992, versión árabe (El Ansary 1997))**

El Inventario de Personalidad Reducido (NEO-FFI, Costa & McCrae, (1992), versión árabe (El Ansary, 1997), cuenta con 60 ítems en la que únicamente se obtienen las puntuaciones de los cinco grandes factores, no de sus facetas: Neuroticismo “N”, Extraversión “E”, Apertura “O”, Amabilidad “A”, y Responsabilidad “C”. Cada factor cuenta con 12 ítems y la suma de las puntuaciones da lugar a la puntuación de cada factor respectivo. El objetivo del Inventario de Personalidad NEO es evaluar la personalidad normal, de adolescentes y adultos partir de 17 años, de ambos sexos, que tengan como mínimo un nivel educacional de sexto grado de primaria y que no sufran trastorno mental severo (del tipo psicosis, demencia, etc.) que afecten a su habilidad para cumplimentar, de manera fiable y válida, inventarios de autoinforme (Costa & McCrae, 2008). El NEO-FFI resulta útil cuando se dispone de poco tiempo para la aplicación y puede considerarse suficiente una información global sobre la personalidad. La versión árabe que hemos utilizado para la presente investigación fue traducida del original, validada y adaptada con tres muestras independientes de estudiantes universitarios por El Ansary (1997, Universidad de Kuwait); presentando buenos índices de consistencia interna, con una α de Cronbach de 80- 38. No se cambió ningún ítem de la versión original en inglés de Costa & McCrae (1992). En la presente investigación se aplicó la forma S, “autoinforme”, presentada en un cuadernillo.

Al realizar un análisis de consistencia interna mediante el cálculo del índice alfa de Cronbach, para el Inventario de Personalidad Reducido (NEO-FFI). Los resultados son, en general, similares a los obtenidos en el mundo árabe (El Ansary, 1997), mostrando una adecuada fiabilidad y buenos índices de consistencia interna, aunque la α de Cronbach fue moderada en el caso de las escalas Extraversión y Apertura del NEO-FFI (ver Tabla 5).

Tabla 5. *Fiabilidad de las escalas del NEO-FFI (índice alfa de Cronbach)*

| Escala | Alfa de Cronbach | Global |
|-----------------|------------------|--------|
| Neuroticismo | .64 | |
| Extraversión | .38 | |
| Apertura | .48 | .637 |
| Amabilidad | .69 | |
| Responsabilidad | .64 | |

2.4.3 Procedimiento

- Los sujetos fueron seleccionados según un muestreo no probabilístico “muestreo por cuotas” que estaba estratificado por nivel educativo, tiempo de estancia en España y situación documental.
- La participación en el presente estudio fue voluntaria, se obtuvo el consentimiento previo de todos los participantes, a los que se informó de que sus datos serían manejados de manera confidencial.
- Para facilitar el trabajo de campo y evitar el que no se entendieran las preguntas, fue necesario traducir *el cuestionario sobre Modos de Aculturación (Navas et al., 2004)* del español al árabe, dado que algunas de las personas de la muestra llevaban poco tiempo en

España y tenían serias dificultades para entender el español. La traducción se sometió a la revisión de dos especialistas traductores oficiales en árabe castellano y previo a su administración, fue aplicada a una submuestra de 20 inmigrantes para constatar que los ítems se entendieran correctamente.

- Los cuestionarios se presentaron en formato de lápiz y papel, de forma individual, con una duración media de una hora y media. Para la Escala de Ulises se realizó una entrevista semidirigida, con una duración aproximada de hora y media.

- **Variables consideradas en el estudio**

En el presente estudio se han considerado fundamentales las siguientes variables para la comprobación de las hipótesis de trabajo planteadas:

- Variable Independiente: Síndrome de Ulises (SU).
- Variables Dependientes: Datos sociodemográficos, actitud de aculturación general, estrategias de aculturación por ámbito “plano real”, actitudes de aculturación por ámbito “plano ideal” y factores de personalidad.

2.4.4 PLAN DEL ANÁLISIS

- El análisis de los datos se desarrolló en dos fases. En la primera fase se realizó el análisis cuantitativo efectuándose pruebas que se detallan a continuación. Todos los análisis estadísticos transversales se realizaron con Statistical Package for the Social Sciences, SPSS, versión 20.
- Cálculo de la distribución de frecuencias y los porcentaje para las variables cualitativas y la media, desviación standard, para las variables cuantitativas.
- Estimación de las asociaciones entre variables cuantitativas mediante la prueba chi-cuadrado. Para las variables con casillas de frecuencias esperadas < de 5, se aplicó el

valor de Razón de Verosimilitud de Chi Cuadrado (LR)

- Análisis de la homogeneidad de la varianza de las escalas actitud de aculturación general y estrategias y actitudes de aculturación por ámbitos según el Síndrome de Ulises, mediante la prueba de homogeneidad Shapiro-Wilk. Todas las escalas presentaron anormalidades en su distribución ($p \leq .05$), por lo que el posterior análisis de diferencias de grupo se realizó con la prueba U Mann-Whitney.
- Análisis de la homogeneidad de la varianza de las escalas de personalidad (NEO-FFI) según el Síndrome de Ulises y la variable sexo mediante la prueba de homogeneidad Shapiro-Wilk. La escala Responsabilidad presentó anormalidad en su distribución ($p \leq .05$), por lo que el posterior análisis de diferencias de grupo se realizó con la prueba U Mann-Whitney.
- Para establecer las correlaciones entre las variables cuantitativas se utilizó la prueba de correlación no paramétrica Rho de Spearman.
- Los resultados se presentan en relación con la totalidad de la muestra del estudio ($n=190$) y atendiendo a la clasificación según el Síndrome de Ulises: subgrupo 1, sin SU; subgrupo 2, con SU; y según el sexo de los participantes.
- Las siguientes variables fueron eliminadas de los análisis por las razones que se explican a continuación:
- Nivel económico, debido a que casi mitad de la muestra 83 (43.7%) señaló la opción no sabe/no contesta.
- Sentimiento de pertenencia: el 100% de la muestra de inmigrantes manifestó un claro sentimiento de pertenencia (opción “mucho/bastante”) a su nacionalidad.
- Orgullo respecto a su nacionalidad: el 95% de los inmigrantes objeto de estudio se muestra orgulloso de su nacionalidad (opción “mucho/bastante”).
- Religión: el 100% de los participantes es de religión musulmana.

- Problemas judiciales en el país de origen: prácticamente el 100% de los participantes niegan tener causas pendientes con la justicia de sus países de origen y que ésto sea la causa de emigración.
- Variables sociodemográficas extremas: se trataron como casos perdidos, como ocurrió con tres sujetos de edad de 56,62 y 67 años, así como con un sujeto de nivel educativo de tercer ciclo y tres sujetos que contestaron la opción “no sabe/no contesta” respecto a su situación laboral.
- El análisis cualitativo de los datos se realizó con el software QDA Miner, que permite codificar y analizar datos cualitativos tales como transcripciones de entrevistas.

2.4 RESULTADOS

2.5.1 Descripción de la muestra

Se contactó inicialmente con 300 inmigrantes, de los cuales sólo 190 cumplieron con los criterios de inclusión constituyendo la muestra de estudio definitiva. Para los objetivos de la investigación la muestra fue dividida en dos subgrupos: grupo 1, “con SU” (n=45; 23.7% del total), formado por todos los sujetos identificados con el síndrome de estrés crónico y múltiple del inmigrante o Síndrome de Ulises de acuerdo a la Escala de Evaluación de la Vulnerabilidad y los Estresores como factores de riesgo en salud mental en la inmigración (Achotegui, 2009a); grupo 2, sin SU (n=145; 76.3% del total), es decir, sin estrés crónico y sostenido de acuerdo a la evaluación realizada.

En las Tablas 6 y 7 se resumen las principales variables descriptivas de la muestra a estudio. Los participantes pertenecen a ocho nacionalidades diferentes, siendo la mayoritaria la marroquí (66.8% de la muestra), y del total el 30% de los participantes había inmigrado anteriormente a otro país antes de residir en España, principalmente a otros países europeos (14.2%). Hay un relativo predominio de hombres respecto a mujeres (55% vs. 45%), y en conjunto la mayoría de los participantes está casada (60.5%) y el 55,8% tiene hijos. La situación administrativa mayoritariamente está en regla (sólo el 21% de los participantes carecía de los permisos de residencia, es decir, eran “sin papeles”). En el momento de la evaluación, el 32,1% de los participantes se hallaba en situación laboral de desempleo. Destaca que el 38,4% de los participantes había accedido a la educación superior (con independencia de haber finalizado los estudios). La edad media es de 35.17 años (DS=8.9), en un rango de 20 a 52 años, y el tiempo medio de residencia en Barcelona es de 8.9 años, en un rango de 1 a 30 años.

Tabla 6. Características sociodemográficas

| Características sociodemográficas | | n | Porcentaje |
|------------------------------------|---------------------------|-----|------------|
| Sexo | Hombre | 105 | 55 |
| | Mujer | 85 | 45 |
| Estado civil | Soltero | 63 | 33.2 |
| | Casado | 115 | 60.5 |
| | Separado/divorciado/Viudo | 12 | 6.3 |
| Hijos/as | Sí | 106 | 55.8 |
| | No | 84 | 44.2 |
| Nivel educacional alcanzado | Primario | 48 | 25.3 |
| | Secundario | 68 | 35.8 |
| | Superior | 73 | 38.4 |
| Situación laboral | Ama de casa | 46 | 24.2 |
| | Empleados | 44 | 23.2 |
| | Desempleados | 62 | 32.1 |
| | Otro | 35 | 18.4 |
| Situación administrativa | Situación legal | 151 | 79.5 |
| | Situación ilegal | 39 | 20.5 |
| País de origen | Marruecos | 126 | 66.3 |
| | Argelia | 24 | 12.6 |
| | Sudan | 12 | 6.3 |
| | Líbano | 7 | 3.7 |
| | Palestina | 13 | 6.8 |
| | Egipto | 2 | 1.1 |
| | Siria | 5 | 5.6 |
| Estar en otro país antes de España | Túnez | 1 | 0,5 |
| | No | 152 | 80 |
| | Europa | 27 | 14.2 |
| | Países del Golfo Árabe | 11 | 5.8 |

Tabla 7. Media y desviación típica de edad y tiempo

| | \bar{X} | DS | Rango |
|--------|-----------|-------|------------|
| Edad | 35.17 | 8.900 | 20-52 años |
| Tiempo | 8.90 | 6.368 | 1-30 años |

DS = Desviación típica; \bar{X} = Media

A continuación se describen los resultados del estudio empírico, organizados según los objetivos de la investigación, según se han planteado en la Introducción.

2.5.2 Sintomatología del Síndrome de Ulises

En este estudio la presencia de síntomas psicopatológicos y estresores extremos (al menos un estresor extremo) nos da la categoría diagnóstica SU. Sin embargo, como afirma Achotegui (2009a), todos aquellos inmigrantes que han vivido un duelo extremo de acuerdo a la Escala Ulises estarían sometidos a un estrés crónico y múltiple y por tanto son vulnerables psicosocialmente aunque no presenten síntomas, siendo estos inmigrantes categorizados también como “con SU

En nuestro estudio la patología vinculada a la intensidad del estrés crónico y múltiple estuvo presente en el 22.6 % de la muestra. Dentro de la submuestra categorizada con SU el 93.3% presentaba SU al momento de la evaluación. El 6.7% que no presentaba sintomatología fue identificado igualmente con dicho síndrome dado que con sólo un estresor se considera una situación de Ulises; hay que tener presente que la Escala de Ulises no mide los síntomas pero tanto los resultados de la Escala de Ulises como el análisis de datos cualitativo

confirmaron que presentaban el síndrome. Como era de esperar, los integrantes de la submuestra sin SU presenta menos síntomas, en un 6.9% del total (ver Figura 12).

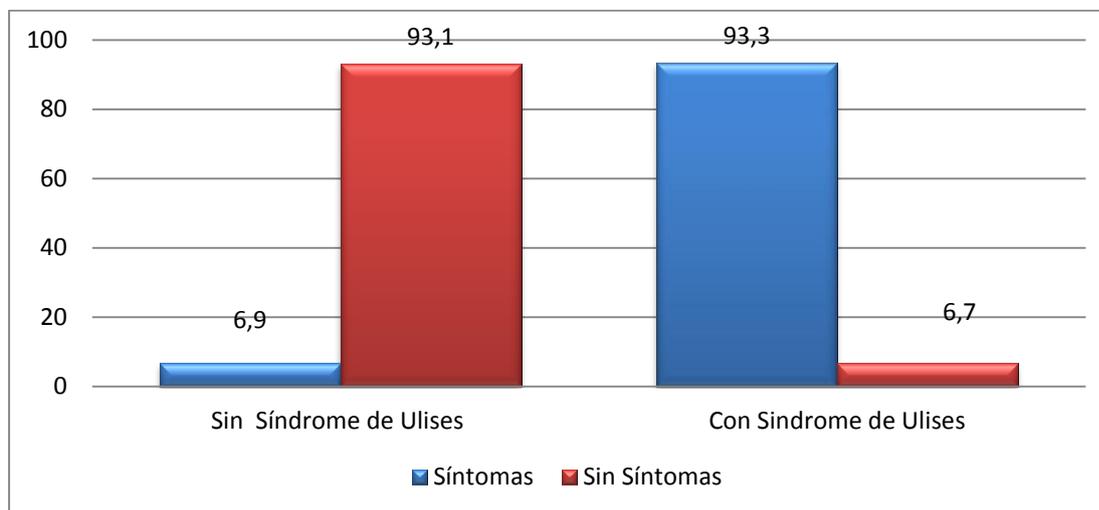


Figura. 12. Sintomatología del Síndrome de Ulises

2.5.3 Presencia e intensidad de los Estresores y Vulnerabilidad

Vulnerabilidad: en la Tabla 8 se presenta la vulnerabilidad como el conjunto de las limitaciones del sujeto antes de migrar y que constituyen un factor de riesgo de desarrollar la sintomatología vinculada al SU. Se observa que tanto los inmigrantes Sin SU como los identificados con SU presentaban duelos simples en el 100% de los casos en cuanto a la lengua, la cultura, la tierra y el grupo de pertenencia. Así mismo, ambas submuestras presentaban duelos simples o complicados por la familia y el estatus social, pero siendo mucho más intenso en los inmigrantes con SU, quienes además fueron los únicos en presentar un duelo del tipo “extremo”, relacionado con el riesgo físico antes y durante el viaje migratorio.

Estresores: en la Tabla 8 podemos ver la evaluación de los sujetos acerca de los tipos de duelos de acuerdo a los estresores vividos una vez instalados en el país de acogida. Podemos observar en los inmigrantes sin SU que el 100% presentó duelos simples y sólo algunos complicados. En cambio, más del 90% de los inmigrantes de la submuestra con SU presentó duelos extremos en todos los estresores, exceptuando el duelo por el grupo de pertenencia, que sólo fue percibido por el 8.9% de los participantes, así como el duelo por la tierra, que no se manifestó en ningún caso.

Tabla 8. Distribución de frecuencias en Vulnerabilidades y Estresores

| Grupos | Tipo del duelo | sin SU | | | | | | con SU | | | | | |
|----------------|----------------------|--------|------|------------|------|---------|---|--------|------|------------|------|---------|------|
| | | Simple | | Complicado | | Extremo | | Simple | | Complicado | | Extremo | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % |
| | Duelos migratorios | | | | | | | | | | | | |
| Vulnerabilidad | Familia | 119 | 82.1 | 26 | 17.9 | 0 | 0 | 25 | 55.6 | 20 | 44.4 | 0 | 0 |
| | Lengua | 145 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 45 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Cultura | 145 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 45 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Tierra | 145 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 45 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Estatus social | 58 | 40 | 87 | 60 | 0 | 0 | 8 | 17.8 | 37 | 82.2 | 0 | 0 |
| | Grupo de pertenencia | 145 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 45 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Riesgo físico | 132 | 91 | 13 | 9 | 0 | 0 | 24 | 53.7 | 15 | 33 | 6 | 13.3 |
| Estresores | Familia | 135 | 93.1 | 10 | 6.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 45 | 100 |
| | Lengua | 64 | 44.1 | 81 | 55.9 | 0 | 0 | 1 | 2.2 | 8 | 17.8 | 36 | 80 |
| | Cultura | 145 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2.2 | 44 | 97.8 |
| | Tierra | 145 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 45 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Estatus social | 95 | 65.5 | 50 | 34.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4.4 | 43 | 95.6 |
| | Grupo de pertenencia | 130 | 89.7 | 15 | 10.3 | 0 | 0 | 13 | 28.9 | 28 | 62.2 | 4 | 8.9 |
| | Riesgo físico | 138 | 95.2 | 7 | 4.8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 6.7 | 42 | 93.3 |

2.5.4 Síndrome de Ulises y variables sociodemográficas.

En la Tabla 9 se muestran los datos relativos a las variables sociodemográficas en función de la presencia/ausencia del SU.

- **Sexo:** La variable sexo se distribuye en la muestra de estudio con 105 hombres y 85 mujeres, lo que equivale al 55.3% y 44.7% respectivamente. Se aplicó la prueba χ^2 para constatar si hay relación entre sexo y presencia/ausencia del SU, siendo el resultado significativo ($\chi^2=7.78$; $p\leq.004$).
- **Estado civil:** el grupo “sin SU” presenta un porcentaje más alto de casados (68.3%) respecto al grupo “con SU” (35.6%) y un porcentaje bajo de divorciados. La posible relación entre estado civil y SU se exploró mediante la prueba de χ^2 pero al haber casillas con frecuencias esperadas inferiores a 5, hubo que leer el valor de la Razón de Verosimilitud (LR), siendo ésta significativa (LR= 18.379; $p\leq.001$).
- **Nivel educacional:** el 63% del grupo “sin SU” han alcanzado e incluso terminado la educación universitaria, en cambio solo un 22.2% de los “con SU” han logrado lo mismo. Los resultados de la prueba χ^2 aplicada revelan que hay relación estadísticamente significativas entre la presencia/ausencia del SU y el nivel educativo ($\chi^2= 6.748$; $p\leq.03$).
- **Situación laboral:** en el momento de realizar la entrevista esta variable se organizó en cuatro categorías (empleados, desempleados, ama de casa y otros). Los resultados de la prueba χ^2 aplicada indican que hay diferencias estadísticamente significativas entre la situación laboral y presencia/ausencia del SU ($\chi^2= 59.884$; $p\leq.001$), concretamente en la submuestra “con SU” hay más desempleados (77.3%).
- **Tener hijos:** el 55.8% de la población inmigrante es padre o madre. En el grupo “sin SU” un 63.4% tiene hijos mientras que en el grupo “con SU”, solo un 31.1 % tiene hijos. Las diferencias entre ambos grupos en esta variable son estadísticamente significativas, según

los resultados de la prueba χ^2 aplicada, ($\chi^2 = 14.560$; $p \leq .001$).

- Las variables edad, tiempo de estancia en España y grado de práctica religiosa presentaron anomalías en su distribución, según la prueba Shapiro-Wilk ($p > .05$), por lo que se analizaron las diferencias de grupo con la prueba U Mann-Whitney.

Tabla 9. Asociación entre Síndrome de Ulises y variables sociodemográficas

| Variables | | Grupos | | | | χ^2 | g. l | p |
|-------------------|---------------|--------|------|--------|------|----------|------|------|
| | | sin SU | | con SU | | | | |
| | | n | % | n | % | | | |
| Sexo | Hombre | 72 | 49.7 | 33 | 73.3 | 7.788 | 1 | .004 |
| | Mujeres | 73 | 50.3 | 12 | 26.7 | | | |
| Estado civil | Soltera | 36 | 24.8 | 27 | 60 | 19.214* | 2 | .001 |
| | Casado | 99 | 68.3 | 16 | 35.6 | | | |
| | Divorciado | 10 | 6.9 | 2 | 4.4 | | | |
| Nivel educativo | Primario | 34 | 23.6 | 14 | 31.1 | 6.748 | 2 | .03 |
| | Secundario | 47 | 43.8 | 21 | 46.7 | | | |
| | Universitario | 63 | 33.3 | 10 | 22.2 | | | |
| Situación laboral | Ama de casa | 46 | 32.4 | | | 59.884 | 3 | .001 |
| | Empleados | 34 | 23.9 | 10 | 22.7 | | | |
| | Desempleados | 27 | 19 | 34 | 77.3 | | | |
| Tener hijos | Otros | 39 | 24.6 | | | 14.560 | 1 | .001 |
| | Si | 92 | 63.4 | 14 | 31.1 | | | |
| | No | 53 | 36.6 | 31 | 68.9 | | | |

Nota:*Razón de Verosimilitud (LR) para variables nominales con frecuencias esperadas < 5

- **Edad:** los sujetos “con SU” tienen una edad media de 31,84 años y los del grupo “sin SU”, una edad media de 36.22 años. La diferencia media de edad es significativa estadísticamente, según indica la prueba U de Mann-Whitney ($U=2.116E3$; $P \leq .001$).
- **Tiempo de estancia en España:** los sujetos “sin SU” llevan una media de 10.59 años en España y los del grupo “con SU”, una media de 3.47 años. Según los resultados de la prueba U de Mann-Whitney, estas diferencias son significativas estadísticamente ($U=667.000$; $p \leq .001$).

- **Grado de práctica religiosa:** es muy similar en ambos grupos y no presenta diferencias estadísticamente significativas, según la prueba U de Mann-Whitney aplicada ($U=2472.00$; $p \leq .092$). Para el grupo “sin SU” la media en esta variable es de ($\bar{X}=3.63$) años y para el grupo “con SU” es ($\bar{X}= 3.31$).

Tabla 10. *Descriptivos de las variables edad, tiempo, práctica religiosa y Síndrome de Ulises*

| Grupo | | Edad | Tiempo | Práctica religiosa |
|--------|-----------|-------|--------|--------------------|
| Sin SU | \bar{X} | 36.22 | 10.59 | 3.63 |
| | DS | 7.138 | 6.346 | 1.040 |
| Con SU | \bar{X} | 31.84 | 3.47 | 3.31 |
| | DS | 6.34 | 1.687 | 1.104 |

Nota: Sin SU (n= 145); Con SU (n= 45)

Tabla 11. *Comparación de medias para las variables edad, tiempo, práctica religiosa y Síndrome de Ulises*

| | Edad | Tiempo | Práctica religiosa |
|---|---------|---------|--------------------|
| U | 2.116E3 | 667.000 | 2742.000 |
| Z | -3.414 | -8.076 | -1.683 |
| P | .001 | .001 | .092 |

Nota: Escala de respuesta: 1 (nada) - 5 (mucho)

2.5.5 Síndrome de Ulises y variables premigratorias.

- **Motivos migratorios.**

En la submuestra “sin SU” (ver Figura 13) el principal motivo de emigración es el deseo de trabajar (el 58.6% de los participantes marcó la respuesta como “Mucho/Bastante”). El 46.9% indicó que emigró por motivo económico, siendo los motivos políticos y de desarrollar el país los menos indicados (respondieron “nada” el 83.4% y el 83.5%

respectivamente). Respecto a la submuestra “con SU”, el 91% emigró por el motivo económico (indicando “Mucho/ Bastante” por razones de trabajo en un 95.6% del total, así como por la pobreza del país de origen, en un 60% (ver Figura 14).

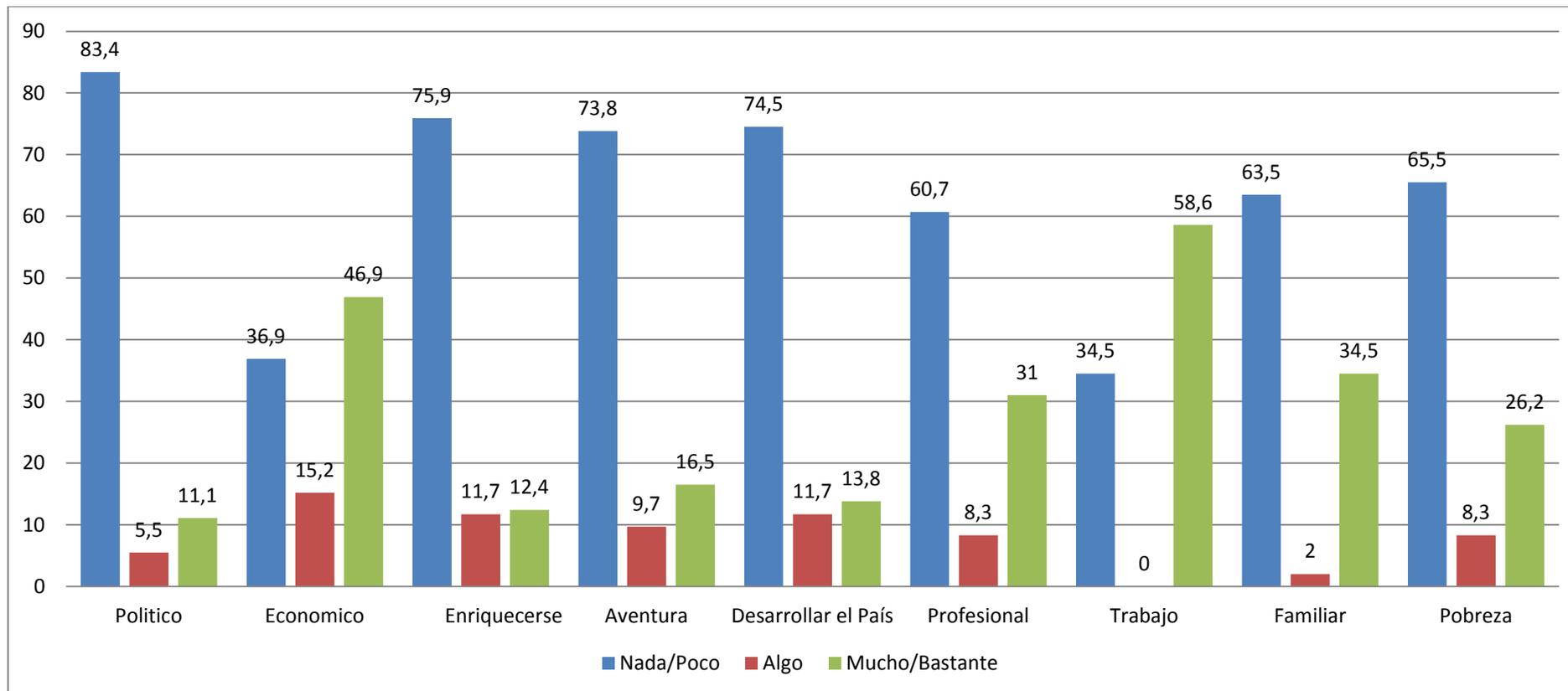


Figura 13. Motivos migratorios en el grupo “sin Síndrome de Ulises”

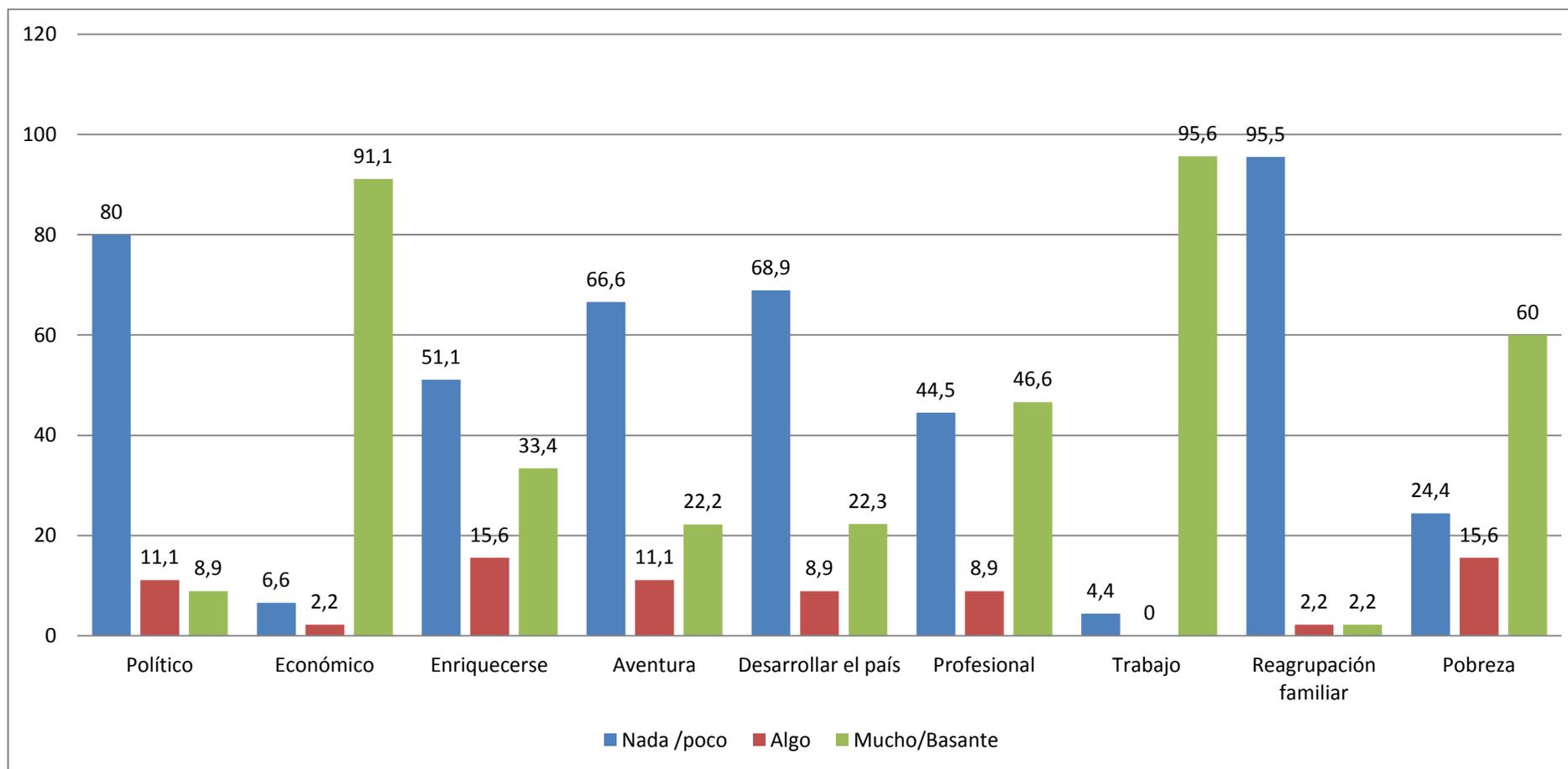


Figura 14. Motivos migratorios en el grupo “con Síndrome de Ulises”

La comparación de medias del grupo “sin SU” y el grupo “con SU” con la prueba U de Mann Whitney muestra diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (ver Tablas 12 y 13).

El grupo “con SU” presentó valores significativamente más altos en los motivos económicos (U=1483.500; $p \leq .001$), enriquecerse (U=2164.500; $p \leq .001$), aventura (U=2508.500; $p \leq .008$), trabajo (U=1654.000; $p \leq .001$) y pobreza (U=1687.000; $p \leq .001$). En cambio, el grupo “sin SU” presentó valores significativamente más altos en motivos migratorios de reagrupación familiar (U=2242.000; $p \leq .001$).

A continuación se presentan las Figuras representativas de los porcentajes respectivos para la variable “motivos migratorios” en las submuestras “sin SU” y “con SU”

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de motivos migratorios y Síndrome de Ulises

| | | Motivos migratorios | | | | | | | | |
|--------|-----------|---------------------|-----------|--------------|----------|---------------------|-------------|---------|---------------|---------|
| Grupos | | Político | Económico | Enriquecerse | Aventura | Desarrollar el país | profesional | Trabajo | Rea. familiar | Pobreza |
| sin SU | \bar{X} | 1.59 | 3.03 | 1.80 | 1.81 | 1.78 | 2.34 | 2.28 | 2.41 | 2.22 |
| | DS | 1.234 | 1.600 | 1.234 | 1.282 | 1.272 | 1.634 | 1.722 | 1.869 | 1.534 |
| con SU | \bar{X} | 1.64 | 4.51 | 2.67 | 2.33 | 2.16 | 2.87 | 4.69 | 1,18 | 3,67 |
| | DS | 1.246 | .991 | 1.523 | 1.537 | 1.522 | 1.660 | .793 | .684 | 1.523 |

Tabla 13. Comparación de medias de motivos migratorios y Síndrome de Ulises

| | Político | Económico | Enriquecerse | Aventura | Desarrollar el país | Profesional | Trabajo | Rea-familiar | Pobreza |
|---|----------|-----------|--------------|----------|---------------------|-------------|---------|--------------|----------|
| U | 3146.500 | 1483.500 | 2164.500 | 2508.500 | 2787.000 | 2702.500 | 1654.00 | 2242.000 | 1687.000 |
| Z | -0.483 | -5.738 | -3.762 | -2.669 | -1.724 | -1.874 | -5.347 | -3.909 | -5.158 |
| P | .629 | .000 | .000 | .008 | .085 | .061 | .000 | 0.000 | 0.000 |

Nota: La escala de respuesta oscilaba entre 1 (nada) y 5 (mucho)

• **Tener familiares o amistades en España.**

En la Tabla 14 se muestra los datos de tener familiares en España y experiencia migratoria previa en función de la presencia/ausencia del SU. Respecto a variable tener familiares en España se observa que el 42.1% de los inmigrantes del grupo “sin SU” los tienen mientras que en el grupo “con SU” el porcentaje se reduce a un 17.8 %. Se aplicó la prueba χ^2 para constatar si hay relación entre esta variable y la presencia/ausencia del SU, siendo el resultado estadísticamente significativo ($\chi^2=9.666$; $p\leq.008$).

• **Experiencia migratoria vivida en otro país.**

En cuanto a la experiencia migratoria previa alrededor del 80% de la muestra total de estudio no había emigrado a otro país antes de su asentamiento en España. El 20% restante había estado en un país europeo o bien en un país árabe. Sin embargo. La posible relación entre este variable y SU se exploró mediante la prueba Razón de Verosimilitud (LR), que indicó diferencia significativa (LR= 18.379; $p\leq.001$) (ver Tabla 15)

Tabla 14. Asociación entre red familiar, estar en otro país y Síndrome de Ulises

| | | sin SU | | con SU | | χ^2 | g.l | p |
|----------------------------|--------------|--------|------|--------|------|----------|-----|-------|
| | | n | % | n | % | | | |
| Tener familiares en España | No | 45 | 31 | 23 | 51.1 | 9.666 | 2 | .008* |
| | Si | 61 | 42.1 | 8 | 17.8 | | | |
| | Amigos | 39 | 26.9 | 14 | 31.1 | | | |
| Estar en otro país | No | 118 | 81.4 | 34 | 75.6 | 1.107* | 2 | .549 |
| | País europeo | 20 | 13.8 | 7 | 15.8 | | | |
| | País árabe | 7 | 4.8 | 4 | 8.9 | | | |

Nota.*Razón de Verosimilitud (LR) para variables nominales con frecuencias esperadas < de 5:* $p\leq 0.05$

2.5.6 Síndrome de Ulises y Actitud de aculturación general

Respecto a los variables de aculturación actitud de aculturación general y estrategias y actitudes específicos por ámbitos como se señaló en el capítulo de metodología, la combinación de las respuestas de los participantes a estas preguntas (tomadas dos a dos) conduce a un modelo de cuatro opciones: “asimilación”, “integración”, “separación” “marginación”, y permite conocer la actitud de aculturación deseada (general o específica), así como la estrategia de aculturación en práctica. Las puntuaciones medias inferiores a 3 en ambas preguntas indicarían una estrategia/actitud de aculturación de marginación; si la puntuación es superior a 3 en la primera de las preguntas (sobre el mantenimiento de la cultura de origen) e inferior a 3 en la segunda (sobre la adopción de la cultura de la sociedad de acogida), la estrategia/actitud de aculturación sería de separación. Si la puntuación es inferior a 3 en la primera pregunta y superior a 3 en la segunda, la opción sería de asimilación. Por último, si la puntuación media en ambas preguntas fuera superior a 3, la estrategia/actitud sería de integración. Por tanto, los análisis de datos se han realizado para situar el inmigrante en una de las cuatro estrategias/actitudes y se ha aplicado la prueba U de Mann –Whitney para ver si hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias de cada estrategia y cada ámbito de ambos grupos.

En el caso de la actitud de aculturación general la muestra de estudio manifestó su un 41.6% su conformidad con mantener las costumbres de la sociedad de origen a la vez que su intención de participar plenamente en la sociedad de acogida, “integración”.

En cuanto a las submuestras (ver Figura 15), el 46.9% de los participantes “sin SU” manifiesta una actitud de integración y un 14.5% de asimilación autopercebiéndose sólo un 16.1% como marginado en relación a la sociedad de acogida, y hasta un 22.1% como

separado de la misma. En el caso de los integrantes del grupo “con SU” se observa que manifiestan una mayor actitud de marginación (31.1%) y separación (40%) respecto a integración (24.4%), no reconociéndose ninguna actitud de asimilación.

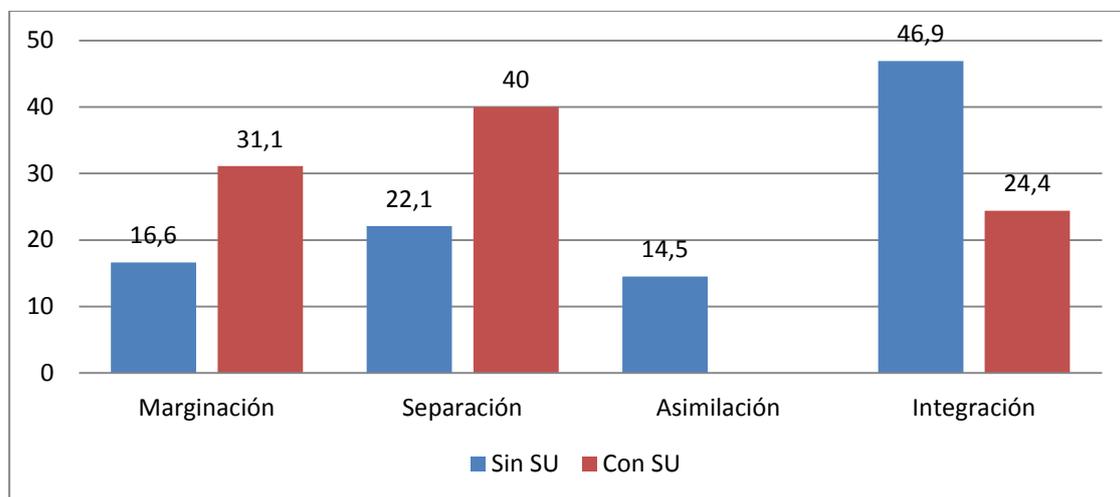


Figura 15. Distribución de frecuencias de actitud de aculturación general

En cuanto a la actitud de aculturación general, la distribución presentó anomalías ($p \leq 0.05$) al ser analizadas con la prueba Shapiro-Wilk, por lo que se analizaron las diferencias de grupo con respecto a dicha variable con la prueba U Mann-Whitney.

En la Tabla (15) se presentan los principales estadísticos descriptivos la comparación de medias del grupo "sin SU" ($\bar{X} = 2.92$; $DS = 1.64$) y el grupo "con SU" ($\bar{X} = 2.19$; $DS = 1.160$) con la prueba U de Mann-Whitney, muestran diferencias estadísticamente significativas ($U = 2109$; $p \leq .001$) entre los dos grupos (ver Tabla 16), los "sin SU" alcanzan un mayor nivel de aculturación.

Aunque no se observaron diferencias significativas entre los grupos en sus actitudes hacia el mantenimiento de sus costumbres ($U = 3184$; $p \leq .801$), sí las hubo en su actitud hacia

la participación en la sociedad de acogida ($U= 2545$; $p\leq.022$) ($\bar{x}=3.26$; $\bar{x}=2.91$) (Ver Tabla 15), los "sin SU" presentan niveles más altos de participación en la sociedad de acogida.

Tabla15. Estadísticos descriptivos de actitud de aculturación general y Síndrome de Ulises

| | | sin SU | con SU |
|--|-----------|--------|--------|
| Actitud de aculturación general | \bar{X} | 2.92 | 2.19 |
| | DE | 1.164 | 1.160 |
| Mantenimiento de sus costumbres | \bar{X} | 3.56 | 3.51 |
| | DE | 1.317 | 1.308 |
| la participación en la sociedad de acogida | \bar{X} | 3.26 | 2.91 |
| | DE | 1.302 | 1.769 |

Tabla 16. Comparación de medias para las variables actitud de aculturación general y Síndrome de Ulises

| | U | Z | P |
|---|----------|--------|------|
| Actitud de aculturación general | 2109.000 | -3.397 | .001 |
| Mantenimiento de sus costumbres | 3184.000 | -0.252 | .801 |
| Participación en la sociedad de acogida | 2545.500 | -2.285 | .022 |

Nota. La escala de respuesta oscilaba entre 1 (nada) y 5 (mucho)

2.5.7 Síndrome de Ulises y estrategias/ actitudes de aculturación por ámbitos

En la Tabla (17) se presentan los principales estadísticos descriptivos que resumen las puntuaciones de las estrategias de aculturación y las actitudes de aculturación, por plano real e ideal.

Plano real: Se observa (Ver Tabla 17) que la muestra de estudio en el plano real que la media más alta en el ámbito de trabajo ($\bar{x}=3.03$) y más baja en el ámbito de religión (R) ($\bar{x}=2.16$). Se observa en la Figura 16 que la muestra opta más por la "integración" en los

ámbitos Trabajo (T) (46.3%), Económico (Ec) (46.3%), Social (S) (41.1%), y por la actitud de aculturación de “separación” religión (84.7%) y forma de pensar (53.7%), así como por la “marginación” en el ámbito social (32.6%).

Plano ideal: Se observa en la Tabla 17 que la media en las actitudes es más alta en los ámbitos trabajo (T) (\bar{X} = 3.31), económico (Ec) (\bar{X} = 3.49) y social (S) (\bar{X} =3.49) mientras la actitud de aculturación “integración”, sería la más utilizada en los ámbitos Trabajo (T) (55.8%), Económico (Ec) (58.4%) y social (S) (78.4%). Mientras que la actitud de aculturación de “separación” se utilizaría más en los ámbitos Religión (R) (80%) y forma de pensar Valores (V) (48.9%), siendo una media más alta en el plano ideal que el plano real (ver Figura 16).

Tabla 17. Distribución de frecuencias para estrategias/actitudes de aculturación por ámbitos

| | Ámbitos | n | \bar{X} | DS |
|-------------|-------------------------------|-----|-----------|-------|
| Plano real | Trabajo (T) | 189 | 3.03 | 1.127 |
| | Económico (Ec) | 189 | 2.74 | 1.29 |
| | Relación familiar (F) | 181 | 2.50 | 1.167 |
| | Ideológico (R) | 188 | 2.16 | .651 |
| | Forma de pensar y Valores (V) | 190 | 2.72 | 1.06 |
| | Relación social (S) | 190 | 2.53 | 1.31 |
| Plano ideal | Trabajo (T) | 188 | 3.31 | .949 |
| | Económico (Ec) | 189 | 3.04 | 1.26 |
| | Relación familiar (F) | 190 | 2.59 | 1.146 |
| | Ideológico (R) | 190 | 1.94 | .584 |
| | Forma de pensar y Valores (V) | 190 | 2.47 | 1.116 |
| | Relación social (S) | 190 | 3.49 | 1.027 |
| | Político (P) | 190 | 2.92 | 1.080 |

Se observa una clara diferencia entre “plano real” y “plano ideal” en el ámbito social (S) (ver Figura 16), en cambio en el ámbito ideológico: “Religión (R) y forma de pensar y Valores (V) “y el ámbito Familiar (F) mantienen una fuerte separación tanto en el plano real como el plano ideal.

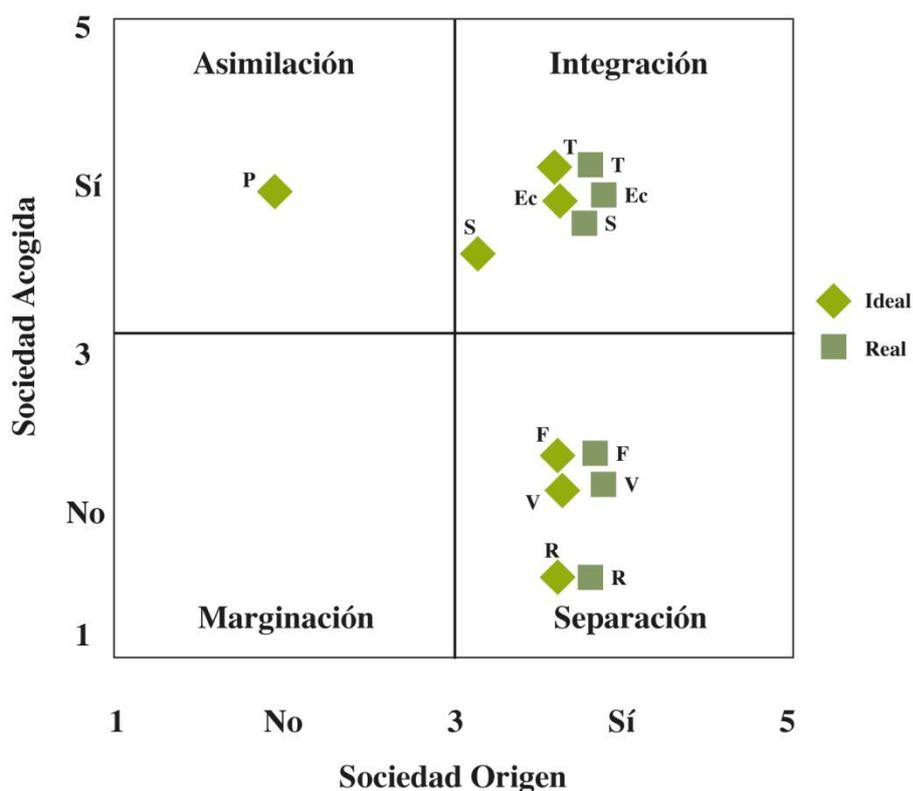


Figura 16. Comparación entre estrategias/actitudes de aculturación por ámbitos

A continuación se detallan los resultados de las estrategias de aculturación por ámbitos, plano real y actitudes de aculturación por ámbitos plano ideal, para cada submuestra:

- **Estrategias de aculturación por ámbitos “plano real”.**

En la Figura (17) podemos observar que los integrantes de la submuestra “sin SU” son quienes más optan por la “integración” tanto en el ámbito Trabajo (T) (47.6%) como en el económico (Ec) (47.6%) y el social (S) (48.3%), pero no así en el ámbito ideológico; “Religión (R) y forma de pensar y valores (V)”, en el que utiliza estrategias de “separación” (87.6%) y (53.1). Además más de un cuarto de este grupo el 28.3%- opta por la estrategia de marginación en el ámbito Social (S).

Respecto a la submuestra “con SU” se observa en la Figura (17) que la estrategia más optada en el “plano real” es marginación en el ámbito social (S) (46.6%), separación en el ámbito familiar (F) (35.6%), ideológico -“religión” (R) (75.6%) y forma de pensar - valores (V) (55.6%). La estrategia de aculturación “integración”, por su parte, es más utilizada en el ámbito trabajo (T) (47.6%) y económico (Ec) (42.2%). Comparando ambos grupos, se observa que el grupo con SU opta por una estrategia de “marginación” en el ámbito social (S) (ver Figura 17)

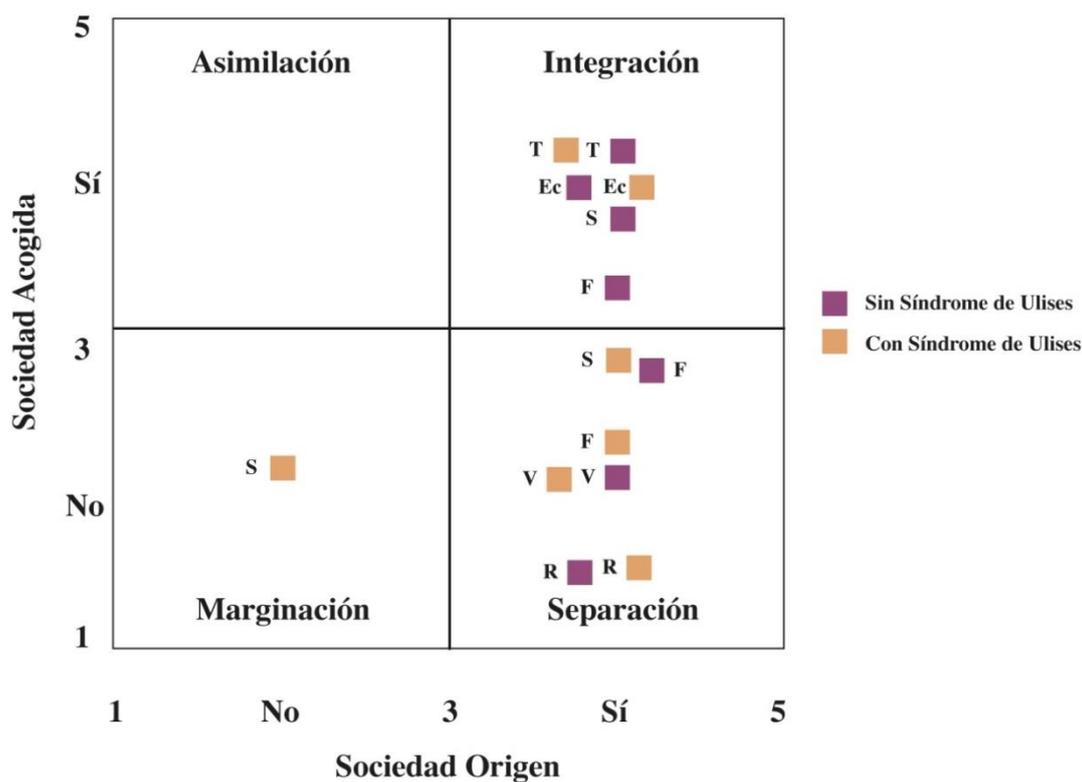


Figura 17. Comparación entre estrategias de aculturación y grupos sin/con Síndrome de Ulises

- **Actitudes de aculturación por ámbitos “Plano ideal”.**

Grupo “sin SU” opta más por la opción “integración” en los ámbitos Trabajo (T) (55%), económico (Ec) (60%) y social (S) (80%), excepto en el ámbito político que se caracteriza por asimilación (45%), mientras que en el ámbito ideológico - “religión” (R) (77.2%) y “Forma de pensar y Valores” y el ámbito familiar, donde optan por la separación.

Grupo “con SU” sus miembros optan por la “integración” en el ámbito trabajo (T) (57.8%), económico (Ec) (53.3%) y social (S) (73.3%) pero no así en el ámbito ideológico; religión (R) (88.9%) y forma de pensar y valores (V) (57.8%), cuya estrategia más utilizada es la “separación”. El único ámbito donde opta la asimilación es el ámbito político (P) (42.2%).

Comparando ambos grupos, se observa un fuerte deseo de integración en el ámbito social tanto en el grupo “sin SU” como en el grupo “con SU” (ver Figura 18).

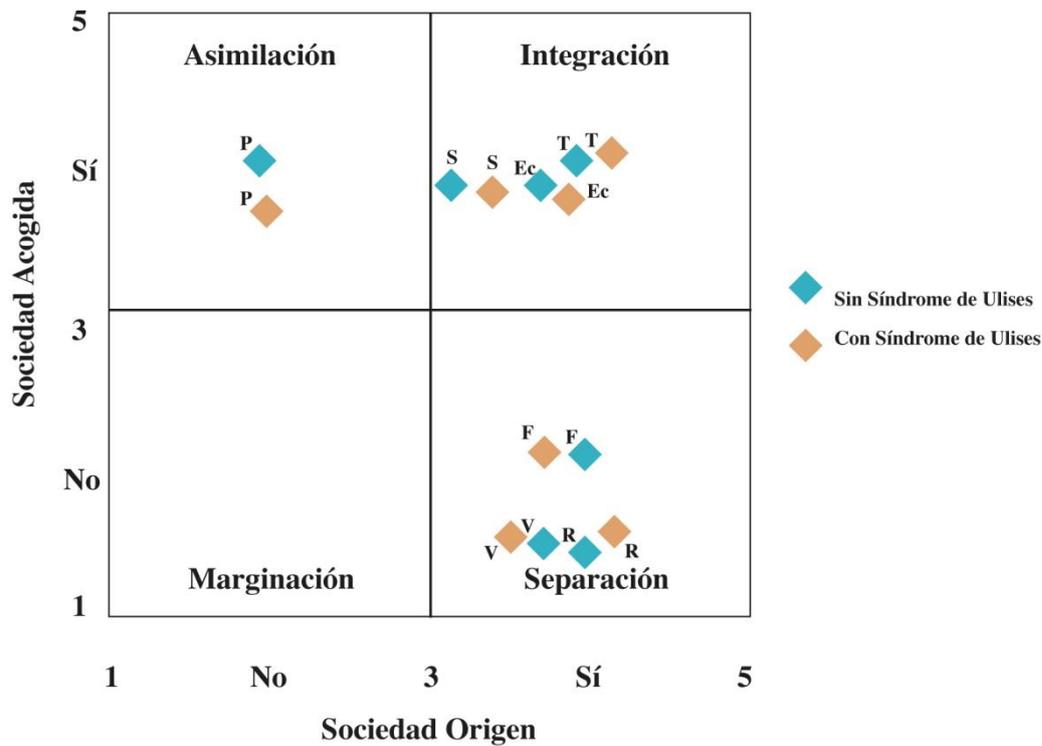


Figura 18. Comparación entre actitudes de aculturación y grupos sin/con Síndrome de Ulises

La distribución de las puntuaciones en la variable “estrategias/actitudes de aculturación por ámbitos” presentó anomalías al ser analizadas con la prueba Shapiro-Wilk ($p \leq .05$), por lo que se analizaron las diferencias de grupo con la prueba U de Mann-Whitney.

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de aculturación para “relación social” (S) ($U = 2190.500$; $p \leq .001$) y para “religión” (R) ($U = 2649.500$; $p \leq .003$). La prueba U de Mann-Whitney aplicada al grupo “con SU” mostró

que dicho grupo presentó una mayor aculturación en el ámbito religión (R) que el grupo “sin SU” ($\bar{X}= 2.19$ vs. $\bar{X}=2.08$), no siendo así en “relaciones sociales” (S), donde los “con SU” presentan un mayor nivel de aculturación. ($\bar{X}=2.72$ vs. $\bar{X}=1.89$) (Ver Tablas 18 y 19).

Tabla 18. Estadísticos descriptivos de estrategias de aculturación y Síndrome de Ulises

| Grupos | | T | Ec | F | R | V | S |
|--------|-----------|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| sin SU | \bar{X} | 3.08 | 2.80 | 2.59 | 2.08 | 2.77 | 2.72 |
| | DS | 1.100 | 1.282 | 1.191 | .545 | 1.059 | 1.320 |
| con SU | \bar{X} | 2.84 | 2.56 | 1.89 | 2.19 | 2.53 | 1.89 |
| | DS | 1.205 | 1.341 | 1.042 | .866 | 1.057 | 1.092 |

Nota. T = Trabajo; Ec= Ámbito económico; S = Ámbito social; F =Ámbito familiar; R = Creencias y costumbres religiosas. V = forma de pensar y valores

Tabla 19. Comparación de medias para las variables estrategias de aculturación y Síndrome de Ulises

| | T | Ec | F | R | V | S |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| U | 2911.50 | 2935.00 | 2417.50 | 2649.50 | 2877.50 | 2190.50 |
| Z | -1.098 | -1.019 | -1.803 | -2.930 | -1.348 | -3.520 |
| P | .272 | .308 | .071 | .003 | .178 | .000 |

Nota. La escala de respuesta oscilaba entre 1 (nada) y 5 (mucho).

T = Trabajo; Ec= Ámbito económico; S = Ámbito social; F =Ámbito familiar; R = Creencias y costumbres religiosas V = forma de pensar y valores

Como se puede ver en la Tabla 20 y Tabla 21, no existen diferencias significativas en relación a las actitudes de aculturación del “plano ideal” y el tipo del duelo migratorio excepto en la estrategia “religión” (R), donde el grupo “con SU” presenta valores más altos en actitud de aculturación ámbito religión (R) que los “sin SU” ($U=2581.00$; $p\leq.002$).

Tabla 20. Estadísticos descriptivos de actitudes de aculturación y Síndrome de Ulises

| Grupos | | T | Ec | F | R | V | S | P |
|---------|-----------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|
| sin SU | \bar{X} | 3.33 | 3.05 | 2.61 | 1.88 | 2.44 | 3.54 | 2.97 |
| | DS | .925 | 1.281 | 1.135 | .564 | 1.142 | .986 | 1.054 |
| con SU" | \bar{X} | 3.27 | 3.00 | 3.33 | 2.52 | 2.16 | 2.56 | 2.73 |
| | DS | 1.031 | 1.206 | 1.191 | .601 | 1.035 | 1.148 | 1.156 |

Nota. T = Trabajo; Ec= Ámbito económico; S = Ámbito social; F =Ámbito familiar; R = Creencias y costumbres religiosas V = forma de pensar y valores; P= Político:

Tabla 21. Comparación de medias para las variables actitudes de aculturación y Síndrome de Ulises

| Grupos | T | Ec | F | R | V | S | P |
|--------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| U | 3194.000 | 3125,500 | 3014.500 | 2581.000 | 3008.000 | 3027.000 | 2902.000 |
| Z | -.083 | -.404 | -.525 | -3.039 | -.859 | -1.017 | -1.204 |
| P | .934 | .687 | .600 | .002 | .390 | .309 | .229 |

Nota. T = Trabajo; Ec= Ámbito económico; S = Ámbito social; F =Ámbito familiar; R = Creencias y costumbres religiosas V = forma de pensar y valores; P= Político

- **Síndrome de Ulises y variables psicosociales.**

La prueba U de Mann Whitney (U= 2629.500; $P \leq .044$) describe diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a su percepción de permeabilidad de los límites grupales el grupo “sin SU” ($\bar{X}=3.56$) puntúan más de acuerdo que los inmigrantes “con SU” ($\bar{X}=3.51$) en cuanto a sus posibilidades de poder traspasar los límites grupales de la sociedad española (ver Tabla 22).

- **Enriquecimiento cultural percibido**

No existen diferencias significativas entre los grupos “sin SU” y “con SU” de acuerdo a la prueba U de Mann Whitney ($p \leq .090$). En cuanto a la percepción de enriquecimiento cultural (ver Tabla 22) el grupo “sin SU” ($\bar{X}=2.98$) puntúa más en la categoría “de acuerdo” que los inmigrantes “con SU” ($\bar{X}=2.73$).

- **Contacto con los miembros del exogrupo**

La comparación de medias de la submuestras “sin SU” y “con SU” con la prueba U de Mann Whitney ($U= 1929.500$; $p \leq .009$) muestra diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (ver Tabla 23) en cuanto a su percepción de relación con los miembros de la sociedad de acogida. Los “sin SU” ($\bar{X}= 104.69$) puntúan más alto que los inmigrantes con duelo extremo, grupo “con SU” ($\bar{X}=2.29$), en cuanto al contacto que pueden establecer con la población española (ver Tabla 22).

Tabla 22. Estadísticos descriptivos de variables psicosociales y Síndrome de Ulises

| | | Permeabilidad de los límites grupales | Enriquecimiento cultural percibido | Contacto con el exogrupo |
|--------|-----------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| sin SU | \bar{X} | 3.12 | 2.98 | 3.72 |
| | DS | 1.338 | .829 | .977 |
| con SU | \bar{X} | 2.69 | 2.73 | 3.58 |
| | DS | 1.203 | .780 | 1.055 |

Tabla 23. Comparación de medias para las variables psicosociales y Síndrome de Ulises

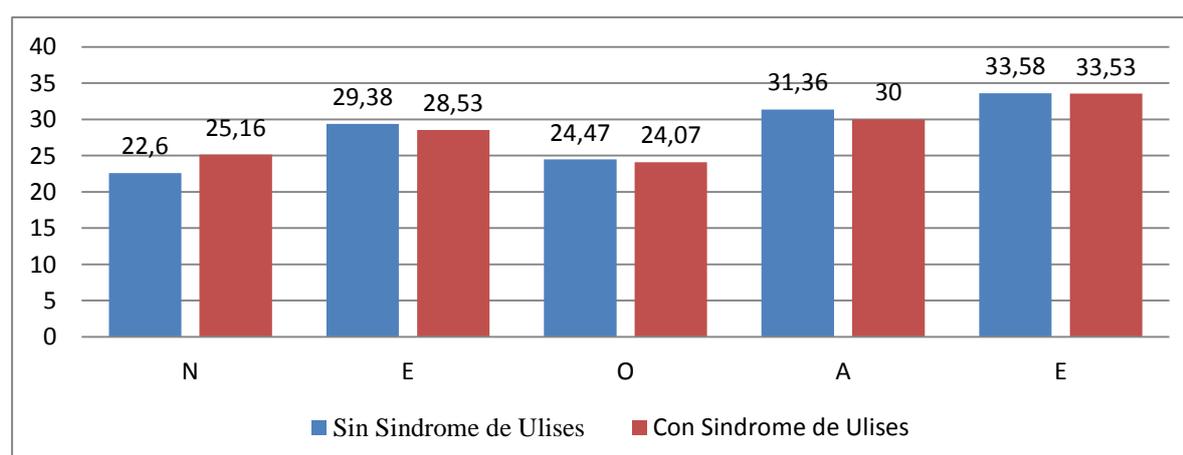
| | Permeabilidad de los límites grupales | Enriquecimiento cultural percibido | Contacto con el exogrupo |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| U | 2629.500 | 2763.000 | 3036.500 |
| Z | -2.011 | -1.694 | -.736 |
| P | .044 | .090 | .462 |

Nota. La escala de respuesta oscilaba entre 1 (nada) y 5 (mucho)

2.5.8 Síndrome de Ulises y Factores de personalidad

- Factores de personalidad

Respecto a la distribución de los resultados de acuerdo a los factores de personalidad se puede observar en la Figura 19 que las puntuaciones medias de la muestra de estudio para cada grupo no presentan grandes diferencias excepto en la variable Neuroticismo (N), donde los “sin SU” presentan puntuaciones más altas.



Nota. N= Neuroticismo; E= Extraversión; O=Apertura; A= Amabilidad; C= Responsabilidad

Figura 19. Valores medios de los factores de personalidad y Síndrome de Ulises

Al ser analizados los datos en función del SU con la prueba Shapiro-Wilks se constató que todas las dimensiones de personalidad cumplieron los criterios de normalidad, excepto la dimensión Responsabilidad (E), que presentó anormalidad en su distribución ($p > .05$). Consecuentemente se analizaron las diferencias entre ambos grupos con la prueba U Mann-Whitney (ver Tabla 25), siendo estadísticamente significativa la diferencia en la dimensión *Neuroticismo* (N) ($U=2.504$; $p \leq .01$) (ver Tablas 24 y 25).

Tabla 24. Estadísticos descriptivos de los factores de personalidad y Síndrome de Ulises

| | | N | E | O | A | C |
|--------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| sin SU | \bar{X} | 22.60 | 29.38 | 24.47 | 31.36 | 33.58 |
| | DS | 5.635 | 4.927 | 4.450 | 4.518 | 5.364 |
| con SU | \bar{X} | 25.16 | 28.53 | 24.07 | 30.00 | 33.53 |
| | DS | 6.389 | 5.655 | 3.869 | 4.899 | 5.093 |

Nota. N= Neuroticismo; E= Extraversión; O=Apertura; A= Amabilidad; C= Responsabilidad

Tabla 25. Comparación de medias entre los factores de personalidad y Síndrome de Ulises

| | N | E | O | A | C |
|----------|---------|---------|---------|---------|---------|
| U | 2.504E3 | 2.922E3 | 3.042E3 | 2.652E3 | 3.098E3 |
| Z | -2.356 | -1.060 | -0.686 | -1.901 | -0.513 |
| P | .018 | .289 | .493 | .057 | .608 |

Nota. N= Neuroticismo; E= Extraversión; O=Apertura; A= Amabilidad; C= Responsabilidad

2.5.9 Síndrome de Ulises, factores de personalidad y sexo

La distribución de los factores de personalidad presentó diferencias según la variable sexo ($p > .05$) al ser analizadas con la prueba Shapiro- Wilks, por lo que se analizaron las diferencias de grupo con la prueba U de Mann-Whitney

Las diferencias entre los hombres del grupo “sin SU” (ver Tabla 26) ($\bar{x} = 21.83$) y los del grupo “con SU” ($\bar{x} = 25.27$) fueron significativas sólo para *Neuroticismo* (N) ($U = 791.500$; $p \leq .006$). Los hombres del grupo “con SU” presentaron valores significativamente más altos de *Neuroticismo* (N) (ver Tabla 27).

Tabla 26. Estadísticos descriptivos de los factores de personalidad, Síndrome de Ulises y sexo

| | | | N | E | O | A | C |
|---------|--------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Hombres | Sin SU | \bar{x} | 21.83 | 28.99 | 24.56 | 30.62 | 33.10 |
| | | DS | 5.439 | 5.258 | 4.565 | 4.023 | 5.198 |
| | Con SU | \bar{x} | 25.27 | 28.29 | 24.24 | 29.80 | 33.36 |
| | | DS | 6.311 | 6.071 | 3.221 | 4.900 | 4.722 |
| Mujeres | Sin SU | \bar{x} | 23.36 | 29.77 | 24.38 | 32.08 | 34.05 |
| | | DS | 5.760 | 4.581 | 4.354 | 4.878 | 5.517 |
| | Con SU | \bar{x} | 24.83 | 27.83 | 23.58 | 30.42 | 34 |
| | | DS | 6.873 | 4.469 | 5.418 | 5.089 | 6.208 |

Nota. N= Neuroticismo; E= Extraversión; O=Apertura; A= Amabilidad; C= Responsabilidad. \bar{x} = Media; DS=Desviación Típica.

Tabla 27. Comparación de medias entre los factores de personalidad y el Síndrome de Ulises en función del sexo

| | | N | E | O | A | C |
|---------|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Hombres | U | 791.500 | 1.136E3 | 1.113E3 | 1.034E3 | 1.176E3 |
| | Z | -2.742 | -.356 | -.520 | -1.066 | -.080 |
| | p | .006 | .722 | .603 | .286 | .937 |
| Mujeres | U | 402.000 | 357.000 | 388.000 | 337.500 | 402.000 |
| | Z | -.455 | -1.025 | -.633 | -1.274 | -.456 |
| | p | .649 | .305 | .527 | .203 | .648 |

Nota. N= Neuroticismo; E= Extraversión; O=Apertura; A= Amabilidad; C= Responsabilidad.

2.5.10 Perfil característico del inmigrante de origen árabe

Se realizó un análisis correlacional del modelo de los cinco factores NEO FI (McCrae & Costa, 1992), las variables sociodemográficas, motivos migratorios y actitudes y estrategias de aculturación, con el fin de determinar un perfil de características de personalidad del inmigrante. Como las dimensiones de la escala de los factores de personalidad no cumplieron los criterios de normalidad de acuerdo a la prueba Shapiro-Wilk ($p > 0.05$) se correlacionaron con la prueba Rho de Spearman.

- **Variables sociodemográficas**

Como se observa en la Tabla 28 se obtuvo una correlación significativa y negativa entre *Neuroticismo* (N) y el tiempo de estancia en España ($\rho > -.146$; $p \leq .004$) y una correlación significativa y positiva entre *Apertura* (O) y años escolares ($\rho > .246$; $p \leq .001$).

Tabla 28. Correlaciones entre factores de personalidad y variables sociodemográficas

| Rho Spearman | N | E | O | A | C |
|--------------------------------|--------|-------|--------|-------|-------|
| Edad | -.022 | -.087 | .038 | .040 | .061 |
| Tiempo de estancia en España | -.146* | -.072 | -.052 | .108 | .049 |
| Años escolares | -.119 | .052 | .246** | -.012 | .010 |
| El grado de práctica religiosa | .037 | -.058 | -.001 | -.032 | -.046 |

Nota. ** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$.

N= Neuroticismo; E= Extraversión; O=Apertura; A= Amabilidad; C= Responsabilidad

En cuanto a los motivos migratorios se observa (ver Tabla 29) una correlación significativa y positiva entre *Neuroticismo* (N) y motivos: económico ($\rho > .180$; $p \leq .03$), riqueza ($\rho > .165$; $p \leq .02$) y trabajo ($\rho > 0.163$; $p \leq .02$). Así mismo se constata una correlación significativa y negativa entre *Extraversión* (E) y motivo “trabajar” ($\rho > -.157$; $p \leq .03$); y una correlación significativa y negativa entre la dimensión *Amabilidad* (A), motivo político ($\rho > -.148$; $p \leq 0.04$) y motivo “trabajar” ($\rho > -.188$; $p \leq .009$), así como con reagrupación familiar ($\rho > .216$; $p \leq .003$). Por último, se constata una correlación significativa y negativa entre *Responsabilidad* (C) y “enriquecerse” ($\rho > -.03$; $p \leq .03$).

Tabla 29. Correlaciones entre factores de personalidad y motivos migratorios

| rho Spearman | N | E | O | A | C |
|-----------------------|-------|--------|-------|---------|-------|
| Motivo político | -.035 | -.065 | .083 | -.148* | -.127 |
| Motivo económico | .180* | -.152 | .021 | -.088 | -.053 |
| Motivo enriquecerse | .165* | .027 | -.043 | -.050 | -.152 |
| Motivo aventura | -.024 | .051 | .086 | -.013 | -.034 |
| desarrollar el país | -.084 | .090 | .118 | -.027 | .054 |
| Motivo profesional | -.069 | .004 | .80 | -.038 | .021 |
| Motivo trabajar | .163* | -.157* | -.119 | -.188** | -.053 |
| Reagrupación familiar | -.022 | .133 | -.013 | .216** | .127 |
| Pobreza | -.101 | .001 | -.086 | -.025 | .122 |

Nota. ** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$.

N= Neuroticismo; E= Extraversión; O=Apertura; A= Amabilidad; C= Responsabilidad

Respecto a “actitud de aculturación general” (ver Tabla 30) encontramos correlaciones negativas y significativas con *Neuroticismo*(N) ($\rho > -.148$; $p \leq .04$) y una correlación positiva y significativa con *Extraversión* (E) ($\rho > .165$; $p \leq .02$).

Respecto a estrategias y de aculturación por ámbitos y factores de personalidad (ver Tabla 30), encontramos correlaciones negativas y significativas entre la dimensión *Neuroticismo*(N) y las estrategias de aculturación en el ámbito de trabajo ($\rho > -.202$; $p \leq .005$), el ámbito económico ($\rho > -.229$; $p \leq .002$) y el ámbito social ($\rho > -.281$; $p \leq .000$). Así mismo se constatan correlaciones negativas y significativas en actitudes de aculturación en el ámbito de trabajo ($\rho > -.153$; $p \leq .03$) y en el ámbito económico ($\rho > -.143$; $p \leq .04$).

La dimensión *Extraversión* (E) presentó correlación significativa y positiva con estrategias de aculturación en al ámbito de trabajo ($\rho > .165$; $p \leq .03$) y una correlación significativa y positiva con actitudes de aculturación en al ámbito trabajo ($\rho > .172$; $p \leq .08$), en el ámbito social ($\rho > .277$; $p \leq .000$) y el ámbito político ($\rho > .177$; $p \leq .01$).

La dimensión *Apertura* (O) mostró correlación significativa y positiva con estrategias de aculturación en el ámbito social ($\rho > .191$; $p \leq .008$) y con actitud de aculturación en el ámbito social ($\rho > .198$; $p \leq .006$).

La dimensión *Amabilidad* (A) mostró correlación significativa y positiva con estrategias de aculturación en el ámbito tecnológico ($\rho > .241$; $p \leq .001$), ámbito económico

($\rho > .175$; $p \leq .01$), ámbito familiar ($\rho > .166$; $p \leq .02$) y actitud de aculturación en el ámbito político ($\rho > .196$; $p \leq .007$).

Y por último la dimensión **Responsabilidad**(C) correlación positiva y significativamente con actitud de aculturación en el ámbito social ($\rho > .147$; $p \leq .04$) y en el ámbito político ($\rho > .155$; $p \leq .03$).

Tabla 30. Correlaciones entre factores de personalidad y estrategias/actitudes de aculturación

| rho Spearman | N | E | O | A | C |
|---------------------------------|---------|--------|--------|--------|-------|
| Actitud general de aculturación | -.148* | .165* | .112 | .032 | .123 |
| Estrategias ámbito trabajo | -.202** | .165* | .118 | .241** | .111 |
| Estrategias ámbito económico | -.119** | .104 | .033 | .175* | .061 |
| Estrategias ámbito familiar | -.072 | .046 | .012 | .166* | .092 |
| Estrategias ámbito ideológico | -.071 | -.075 | -.050 | -.049 | -.067 |
| Estrategias forma de pensar | -.028 | -.099 | -.025 | -.051 | -.066 |
| Estrategias relación social | -.281** | .127 | .191** | .211** | .078 |
| Actitud ámbito trabajo | -.153* | .172* | .040 | .141 | .009 |
| Actitud ámbito económico | -.143* | .094 | .051 | .057 | .073 |
| actitud ámbito familiar | .056 | .066 | .072 | .065 | .076 |
| actitud ámbito ideológico | .001 | .058 | .077 | .094 | .002 |
| actitud forma de pensar | .029 | .072 | .111 | .093 | .062 |
| actitud relación social | .023 | .277** | .198** | .105 | .147* |
| Actitud ámbito político | -.015 | .177* | .01 | .196** | .155* |

Nota. ** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$.

N= Neuroticismo; E= Extraversión; O=Apertura; A= Amabilidad; C= Responsabilidad

- **Factores de personalidad y estrategias/actitudes de aculturación en el grupo “sin Síndrome de Ulises”**

En el subgrupo “sin SU” (ver Tabla 31) encontramos correlaciones negativas y significativas entre la **actitud de aculturación general** y **Extraversión** (E) ($\rho > -.168$; $p \leq .04$). Respecto a las estrategias y actitudes de aculturación por ámbitos “plano real y plano

ideal” y los factores de personalidad (ver Tabla 43), encontramos correlaciones negativas y significativas del plano real entre la dimensión

Neuroticismo(N) y las estrategias de aculturación en el ámbito tecnológico ($\rho > -0.176$; $p \leq .03$), el ámbito económico ($\rho > -0.250$; $p \leq .04$), y una correlación positiva y significativa con el ámbito social ($\rho > -0.242$; $p \leq .003$). En cuanto las actitudes de aculturación del “plano ideal” encontramos una correlación negativa significativa de esta dimensión en el ámbito tecnológico ($\rho > -0.184$; $p \leq .02$).

La dimensión *Extraversión* (E) mostró una correlación significativa y positiva con actitudes de aculturación en el ámbito social ($\rho > 0.231$; $p \leq .005$) y una correlación significativa y positiva con actitudes de aculturación en el ámbito político ($\rho > .188$; $p \leq .02$).

La dimensión *Apertura* (O) mostró una correlación significativa y positiva con estrategias de aculturación en el ámbito social ($\rho > .205$; $p \leq .01$) y una correlación significativa y positiva con actitud de aculturación en el ámbito social ($\rho > .243$; $p \leq .003$).

La dimensión *Amabilidad* (A) mostró una correlación significativa y positiva con estrategias de aculturación en el ámbito tecnológico ($\rho > .242$; $p \leq .003$) y el ámbito social ($\rho > .168$; $p \leq .04$), así como en las actitudes de aculturación en el ámbito ideológico ($\rho > .219$; $p \leq .008$), el ámbito “forma de pensar” ($\rho > .171$; $p \leq .007$) y el ámbito político ($\rho > .206$; $p \leq .013$).

Finalmente la dimensión **Responsabilidad** (C) mostró sólo una correlación positiva significativa en el ámbito político ($\rho > .230$; $p \leq .005$).

Tabla 31. Correlaciones entre factores de personalidad y estrategias/actitudes de aculturación grupo sin Síndrome de Ulises

| rho Spearman | N | E | O | A | C |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Actitud general de aculturación | -.116 | .168* | .064 | -.029 | .088 |
| Estrategias ámbito tecnológico | -.176* | .076 | .089 | .242** | .096 |
| Estrategias ámbito económico | -.250* | .053 | -.023 | .122 | .068 |
| Estrategias ámbito familiar | -.071 | .068 | .013 | .156 | .110 |
| Estrategias ámbito ideológico | -.033 | -.018 | .003 | .028 | -.031 |
| Estrategias forma de pensar | -.038 | -.069 | .013 | -.031 | -.056 |
| Estrategias relación social | .241** | .049 | .205* | .168* | .071 |
| Actitud ámbito tecnológico | -.184* | .122 | .071 | .131 | .030 |
| Actitud ámbito económico | -.147 | .074 | .017 | .060 | .105 |
| actitud ámbito familiar | .113 | .085 | .027 | .123 | .070 |
| actitud ámbito ideológico | -.047 | .068 | .088 | .219** | .033 |
| actitud forma de pensar | .011 | .136 | .103 | .171* | .083 |
| actitud relación social | .051 | .231** | .243** | .063 | .143 |
| Actitud ámbito político | -.070 | .188* | .008 | .206* | .230** |

Nota. ** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$.

N= Neuroticismo; E= Extraversión; O=Apertura; A= Amabilidad; C= Responsabilidad

- **Factores de personalidad y estrategias/ actitudes de aculturación en el subgrupo “con Síndrome de Ulises”**

En cuanto el subgrupo “con SU” (ver Tabla 32), se constata una correlación negativa estadísticamente significativa entre la dimensión **Neuroticismo** (N) y estrategias de aculturación en el ámbito económico ($\rho > -.298$; $p \leq .04$).

La dimensión **Extraversión** (E) mostró una correlación significativa y positiva con estrategias de aculturación en el ámbito tecnológico ($\rho > .431$; $p \leq .003$) y el ámbito social

(rho> .344; p ≤ .02) así como con las actitudes de aculturación en el ámbito social (rho>-.403; p ≤.006). Y por último, la dimensión **Amabilidad (A)** muestra una correlación positiva significativa con estrategias de aculturación en el ámbito social (rho>-.301; p≤.04).

Tabla 32. Correlaciones entre factores de personalidad y estrategias/actitudes de aculturación grupo con Síndrome de Ulises

| rho Spearman | N | E | O | A | C |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Actitud general de aculturación | -.123 | .079 | .285 | .104 | .163 |
| Estrategias ámbito tecnológico | -.259 | .431** | .196 | .210 | .137 |
| Estrategias ámbito económico | -.298* | .252 | .200 | .301* | .012 |
| Estrategias ámbito familiar | .082 | -.087 | .014 | .119 | .008 |
| Estrategias ámbito ideológico | .208 | -.183 | -.153 | -.100 | -.141 |
| Estrategias forma de pensar | .119 | -.235 | -.206 | -.161 | -.128 |
| Estrategias relación social | -.285 | .344* | .084 | .216 | .056 |
| Actitud ámbito tecnológico | -.070 | .348* | -.097 | .191 | -.063 |
| Actitud ámbito económico | -.156 | .173 | .190 | .025 | -.056 |
| actitud ámbito familiar | -.083 | .040 | .225 | -.123 | .095 |
| actitud ámbito ideológico | -.013 | .147 | .131 | -.275 | -.101 |
| actitud forma de pensar | .048 | -.110 | .167 | -.141 | -.018 |
| actitud relación social | -.014 | .403** | .025 | .220 | .130 |
| Actitud ámbito político | .219 | .171 | -.018 | .125 | -.087 |

Nota. ** p≤.01*p≤.05.

N= Neuroticismo; E= Extraversión; O=Apertura; A= Amabilidad; C= Responsabilidad

3. ESTUDIO CUALITATIVO

3.1 Introducción

El análisis cuantitativo de los datos se ha completado con una aproximación cualitativa a los mismos, a fin de profundizar más en nuestros objetivos y salvar también algunas limitaciones de los propios datos, vinculadas al tamaño de muestra, que dificultan la generalización de las conclusiones. La combinación de dos procedimientos metodológicos denominada triangulación- tanto en la recogida de datos como en el proceso de análisis, reflejando así diferentes miradas epistemológicas y ontológicas, facilita la explicación, interpretación y justificación de los datos, aportando más información. Utilizar diferentes metodológicas en una misma investigación permite analizar e identificar los determinantes que afectan la situación de salud en la población inmigrante. En el caso de las investigaciones cualitativas también es factible tener un indicador correlacional de dos o más conceptos, categorías o variables, aunque no se midan relaciones, ni se establezca numéricamente su magnitud. Por lo general tales relaciones no se fijan previamente, sino se descubren durante el proceso de la investigación. La utilidad y el propósito de los estudios correlacionales cualitativos es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables (Hernández, Fernández & Baptista, 2007). El enfoque cualitativo se basa en la existencia de una relación dinámica entre el mundo real y el sujeto, esto es, un vínculo indisoluble entre la subjetividad del sujeto y el mundo objetivo. De alguna manera es la confrontación entre lo objetivo y lo subjetivo, considerando que la mirada subjetiva puede llegar allí donde los datos cuantitativos no llegan. En palabras de Álvarez-Gayou, (2003, p. 25) “*el análisis cualitativo trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia*

de ellas mismas, experimenta la realidad tal como ellas la experimentan.”. Además, estudia la persona en el contexto de su pasado y de su situación actual. El investigador cualitativo aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones, ve las cosas como si estuvieran ocurriendo por primera vez, recoge todos los detalles e interactúa con los informantes de un modo natural y no intrusivo. El método cualitativo le ofrece la posibilidad de estudiar lo que caracteriza la organización social y cultural de un grupo. (Pérez Serrano, 1994). Se puede resumir las características de la investigación cualitativa en los siguientes puntos:

- Los estudios cualitativos se centran en el proceso en lugar de en los resultados o productos de aprendizaje.
- El análisis cualitativo está interesado en el significado de la vida de la gente y cómo interpretan sus experiencias.
- El investigador es el instrumento principal para la recogida de datos y puede adaptar las técnicas según las circunstancias.
- Generalmente los estudios cualitativos se centran en los fenómenos naturales no experimentales. La selección adecuada del diseño y de los casos depende de cuatro factores:
 - La naturaleza de la pregunta del estudio: “cómo” y “por qué” en lugar de “qué” y “cuánto”.
 - El escaso control que el investigador ejerce sobre los comportamientos.
 - El resultado final está vinculado a la naturaleza del estudio.
 - El estudio cualitativo es un examen de un fenómeno específico, un evento, una persona, un grupo social (Sorin-Peters, 2004).

3.2 Objetivo

- Analizar los estresores que viven aquellos sujetos que cumplen los criterios de Síndrome de Ulises en comparación con los síntomas que presentan.

3.3 MÉTODO

4.3.1 Muestra

La muestra estaba compuesta por 45 inmigrantes de origen árabe (corresponde al grupo 2, con SU, descrita en el estudio cuantitativo). A efectos de la aproximación cualitativa se dividió en tres perfiles:

- a) El primer perfil (A) lo compusieron 36 inmigrantes que habían sido identificados con duelo migratorio extremo, así como con sintomatología de SU, considerando la situación ilegal/semi legal como factor causante del éste.
- b) El segundo perfil (B) estaba compuesto por tres inmigrantes que se caracterizaron por estar en situación de residencia ilegal -“situación de Ulises”- pero no presentaban sintomatología del SU
- c) El último perfil (C) lo compusieron seis inmigrantes que contaban con residencia legal pero estaban afectados por los estresores extremos debido a la crisis económica del país y, por lo tanto, manifestaban SU –ya que, aunque tenían la residencia, aún tenían pendiente tramitar la primera renovación de su autorización y no habían acumulado los meses necesarios de cotización (seis meses) para llevarla a cabo-.

Los sujetos fueron diagnosticados según la Escala Ulises, que efectúa una evaluación cualitativa de la realidad del sujeto y estructura la información acerca del estrés y duelo migratorio.

La Tabla 33 recoge datos sobre las características sociodemográficas de la muestra según cada perfil. La estratificación por sexo muestra que el 73.3% de la muestra son hombres, la mayoría de origen marroquí, con una edad entre 30 y 44 años, la mayoría eran solteros, con nivel educativo secundario y tiempo de residencia en España entre 1 y 6 años.

Tabla 33. Características sociodemográficas del grupo con Síndrome de Ulises

| Datos personales | | Perfiles | | |
|------------------------------|---------------|----------|---|---|
| | | A | B | C |
| Sexo | Hombre | 25 | 2 | 6 |
| | Mujer | 11 | 1 | 0 |
| Edad | 18- 29 años | 14 | 2 | 1 |
| | 30 – 44 años | 20 | 1 | 5 |
| | 45- 59 años | 2 | 0 | 0 |
| Estado Civil | Soltero | 18 | 2 | 0 |
| | Casado | 16 | 1 | 6 |
| | Divorciado | 2 | 0 | 0 |
| Nivel educativo | Primario | 10 | 0 | 2 |
| | Secundario | 18 | 2 | 2 |
| Tiempo de estancia en España | Universitario | 8 | 1 | 2 |
| | 1- 6 años | 35 | 3 | 2 |
| Situación documental | 7- 12 años | 1 | 0 | 4 |
| | Regular | 0 | 0 | 6 |
| | Irregular | 36 | 3 | 0 |
| Situación laboral | Empleado | 10 | 2 | 0 |
| | Desempleado | 26 | 0 | 6 |
| | Ama de casa | 0 | 1 | 0 |
| País de origen | Marruecos | 27 | 2 | 5 |
| | Argelia | 5 | 1 | 1 |
| | Sudán | 2 | 0 | 0 |
| | Palestina | 2 | 0 | 0 |

3.3.2 Muestreo bola de nieve

El criterio fundamental para el diseño de la muestra de los inmigrantes en situación irregular y en riesgo de perder la regulación, fue obtener un número “lo más representativo posible” de entrevistados. Pero debido a las características de los inmigrantes que están en situación irregular, constituyen una población de difícil acceso, por lo que se tuvo que optar por el muestreo en bola de nieve, estructurado según las siguientes etapas:

- Construcción de un mapa de redes sociales: asociaciones, organizaciones (humanitarias, religiosas, pro inmigrantes...) y con población inmigrante particular, a través de comercios, estaciones de transporte, locutorios, cursos de español y cursos de árabe infantiles. Esta parte no fue fácil, planteó muchas dificultades para poder llegar a hacer una descripción de los inmigrantes sin papeles y, por lo general, la mayoría de ellos eran originarios de Marruecos
- Proceso de referencia: buscar personas que tienen contacto con inmigrantes, como mediadores sociales o propietarios de locutorios, que además tuvieran la confianza de los inmigrantes.
- Selección de los inmigrantes que participarían en el estudio mediante una entrevista. Fue importante tranquilizarlos, asegurarles que la entrevistadora no era espía de la policía, pero también aclararles que no iba a ayudarlos a arreglar su situación documental. Hubo que encontrar un lugar tranquilo para realizar la entrevista y administrar los instrumentos, pidiéndoles además que propusieran a su vez a otras personas dentro de la población objetivo.

3.3.3 Instrumento

La Escala de Ulises es un elemento, una parte de la exploración, pero lo que finalmente cuenta es la valoración global del inmigrante que efectúa el profesional que le atiende y que es quien

debe ligar todo el conjunto de la información obtenida en la exploración (Achotegui, 2009). La escala no mide síntomas, sólo situaciones de estrés en los siete duelos como factores de riesgo, desarrollando el modelo VEDA: Vulnerabilidad, Estresores, Duelo, Afrontamiento. Se contemplan los factores protectores y agravantes, culturales y subjetivos del proceso migratorio, así como los síntomas., utilizando el guion de entrevista que contiene los temas y subtemas que deben cubrirse, de acuerdo con los objetivos informativos de la investigación. En la entrevista semidirigida las preguntas están definidas previamente en un guion pero la secuencia puede variar en función de cada sujeto entrevistado, que tiene libertad para profundizar en alguna idea que pueda ser relevante, realizando nuevas preguntas. El relato, la narrativa que plantea la persona en situación de riesgo de exclusión social posee un extraordinario valor fenomenológico y antropológico, pero en el trabajo asistencial es muy importante asimismo tratar de estructurar y operativizar la información que poseemos de modo que resulte comparable con la obtenida por otros profesionales.

3.3.4 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron analizados mediante la técnica de Análisis de Contenido (AC), con el software QDA Miner, que permite codificar y analizar datos cualitativos tales como transcripciones de entrevistas.

Es una técnica de investigación según Berelson (en Bermúdez, 1982) que “*pretende ser objetiva, sistemática y cuantitativa en el estudio del contenido manifiesto de la comunicación y tiene como finalidad interpretarlas*”. Es una manera de análisis de cualquier forma de comunicación humana, es de los procedimientos que más se acercan a los postulados cualitativos desde sus propósitos: busca analizar mensajes, rasgos de personalidad, preocupaciones y otros aspectos subjetivos (Álvarez-Gayou, 2003). Esta técnica según López

Noguero (2002) se constituye en un instrumento de respuesta a esa curiosidad natural del hombre por descubrir la estructura interna de la información, bien en su composición, en su forma de organización o estructura, bien en su dinámica. Centra su búsqueda en los vocablos u otros símbolos que configuran el contenido de las comunicaciones y se sitúan dentro de la lógica de la comunicación interhumana. Uno de los campos del AC es el dominio terapéutico; análisis de personalidad. Esta técnica aplica al resumen del comportamiento de grupos al estudio de fenómenos evaluativos cuya precisión permitiría explicaciones y relaciones. En AC, existen dos procedimientos básicos, el primero exploratorio o descriptivo del material y el segundo verificativo de hipótesis (Bermúdez, 1982). Álvarez-Gayou (2003) explica los pasos del análisis de contenido:

- Determinar qué contenido se estudiará (un tema previo, una o varias preguntas de investigación y objetivos).
- Tener claros los elementos que vamos a buscar (tener una guía de análisis).
- Definir el campo de observación del contenido.
- Dependiendo del propósito de la investigación, se debe decidir la forma de recabar la información.
- Habrá que asegurarse de unificar criterios para la observación y para la codificación.

La metodología cualitativa se basa en dos procesos:

a) **Codificación**, que es un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos. Este proceso incluye la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos e interpretaciones y proposiciones de los datos (Tayer & Bogdan, 1987). Los códigos son etiquetas que utilizan para organizar, identificar o marcar los temas específicos en un texto (Núñez, 2006).

b) **Categorización**, se denominan categorías a cada uno de los elementos o dimensiones de las variables investigadas y que van a servir para clasificar o agrupar según ellas las diversas unidades (López Noguero, 2002).

En el proceso de las entrevistas, las ideas resultantes fueron agrupadas en cuatro categorías, y a cada una le corresponde un código, tal y como se recoge en el siguiente cuadro:

Tabla 34. *Categorías y códigos del Análisis de Contenido*

| CATEGORÍA | CÓDIGO |
|------------------------------|--|
| Contexto de origen | Motivos migratorios |
| Contexto de llegada | Estresores de Ulises |
| Sintomatología e inmigración | Depresiva, ansiosa, somatización, confusional e interpretación cultural de la sintomatología |
| Factores protectores | Apoyo sociofamiliar |

3.4 CONTEXTO DE ORIGEN

- **Motivos migratorios**

El mundo árabe no es una realidad homogénea. Al contrario, las particularidades económicas, políticas, geográficas, sociales, demográficas y culturales de cada país la convierten en una región especialmente diversa, heterogénea y compleja. Uno de los principales problemas que comparten los países árabes es el desempleo, especialmente entre los jóvenes. Según el informe de Desarrollo Humano Árabe, el paro juvenil afecta a los países árabes de una forma “desproporcionada”. La tasa media de desempleo entre los jóvenes ronda el 30% y es especialmente preocupante en países como Argelia, que presenta un 45% de desempleo juvenil (Orozco & Lesaca, 2009).

“Cuando terminé mis estudios el único trabajo que había era de pescador lo que ganaba era sólo para comer, allí no hay trabajo ni futuro.....”: (A: 2).

“Emigré para mejorar mis condiciones de vida. En mi tierra no hay futuro para los jóvenes.”(A: 25).

“Allí en Marruecos no hay futuro para los jóvenes, quería trabajar y ganar dinero para tener un futuro mejor” (A:3).

Muchos de los inmigrantes huyen de las situaciones de pobreza, de falta de oportunidades educativas y profesionales, de la persecución político-religiosa, que a menudo encuentran en sus países de origen.

“Cuando murió mi padre, yo era muy pequeño, tuve que hacerme responsable de mi familia”(A: 6).

“Tuve que dejar de ir a la escuela porque no tenemos dinero, trabajé desde pequeña para ayudar mi madre. Llegué a Portugal con un contrato de trabajo, pero me dijeron que no había trabajo, decidí aprovechar el visado con la esperanza de encontrarlo en España” (A: 30).

“Éramos siete hermanos, yo el mayor y varón, tuve que dejar la escuela para ponerme a trabajar en el campo con mi padre”(A: 1)

“Mi objetivo es ganar lo suficiente para comprar una casa a mi mujer y a mis hijos.” (A: 4).

La decisión de emigrar proviene del agotamiento del futuro que una persona pueda percibir en su propia tierra. Todo el que emigra experimenta una pérdida afectiva, pero a su vez, se instala en una esperanza de encontrar otro territorio que le permita alentar un futuro. Según Aguirre & Morales (1999), los motivos que originan las migraciones son variados, políticos y religiosos, refugiados de guerras, catástrofes ambientales, etc. , pero sin lugar a

dudas el motivo más importante es económico, ir en búsqueda de una mejora de vida ya sea por búsqueda de mejor calidad de vida o por búsqueda de trabajo. Esta categoría se identifica como “migración económica”, como vemos en el primer perfil “situación de Ulises y sintomatología de Ulises” y tercer perfil “situación semilegal y sintomatología de Ulises”

“Decidí buscar nuevas oportunidades en España” (A: 7).

“Soy el padre de mis hermanos, emigré para mejorar su situación, para que mis hermanos tengan un futuro mejor.” (A: 14).

Comparando los tres perfiles en cuanto a los motivos de migración, los casos del primer perfil se caracterizan por el motivo económico, en cambio ninguno de los casos del segundo perfil uno emigró por motivo político: “la señora de Argelia”-lo hizo por motivo político personal, buscando la libertad y los derechos que no existían en su país de origen. Esta mujer inmigrante rechazaba la vida que le correspondía culturalmente por género, las tradiciones asociadas, la política del gobierno... y buscaba la libertad y los derechos humanos, por lo que emigró sin el apoyo ni la protección del varón, buscando estos derechos que no se encuentran en su país de origen. No es un caso muy frecuente en los países árabes donde, como ya señalamos anteriormente, la mayoría de las mujeres emigran acompañadas del hombre.

“Busco la libertad y los derechos humanos, en Argelia la mujer no tiene derechos” (B: 37).

Mientras los otros dos casos de este perfil emigraban por motivos familiares: en el primer caso el motivo era reunirse con sus padres.

“Vivía con mis abuelos desde que tenía 10 años porque mis padres viven en España, emigré por vivir con ellos” (B: 39).

El segundo caso emigró para reunirse con sus hermanos, ya que era el hermano menor y todos sus hermanos viven en Barcelona

“mis padres viven en Marruecos pero vienen cada año a Barcelona, donde vive mi hermana y mis tres hermanos” (B:38).

Sea cual sea el motivo migratorio, el inmigrante abandona su país, su mundo social y su propia cultura pensando en un día de mañana distinto; ven en el país de acogida una oportunidad de salir adelante y mejorar su futuro y el de sus familia. Si la persona creyera que lo que le espera no va a ser mejor que lo que tiene en la actualidad, no tomaría esa decisión de cambio tan importante. La inmigración es un coste, un precio a pagar por el futuro, es una entrega de la vida propia a cambio de un sueño de mejora (Ruiz Olabuénaga, Ruiz Vieyetz, & Vicente Torrado. 1999).

“Como pescador, veía en la otra parte del Mediterráneo la libertad, la ilusión de que mi vida cambiaría” (A: 2).

3.5 CONTEXTO DE LLEGADA

- **Estresores del Síndrome de Ulises**

Lo primero que debe hacer el inmigrante al llegar el país receptor es legalizar su situación documental. Por ley, las vías de Legalización de Residencia (“papeles”) en España son:

- Extraordinaria: como el proceso de normalización 2005. (Un proceso especial de normalización para inmigrantes en condiciones de ilegalidad, aplicó el ex I Presidente José Luis Rodríguez Zapatero se abrió el 7 de Febrero hasta el 7 de Mayo del 2005) Pajares (2006).

- Regularización por arraigo social (reagrupación familiar), que exige muchos requisitos difíciles de cumplir para los que están en situación laboral inestable.
- Regularización por arraigo laboral (oferta de trabajo), requiere un contrato de trabajo por un mínimo de seis meses (Izquierdo - Aguilera, 2006).

Por lo tanto, el acceso de los inmigrantes a sus puestos de trabajo es un elemento clave para normalizar su situación social y alejarles de redes mafiosas y de extorsión.

“Para tener la residencia necesito contrato de trabajo o dinero para comprarlo.....me encuentro atrapado sin salida” (A: 9).

“Tuve un suerte de encontrar un trabajo por dos euros a la hora a cambio de un contrato, seis horas al día, con la condición de que yo me pagará la seguridad social” (A: 11).

La renovación del permiso exige, por regla general, seis meses de cotización. Pero también se renueva la autorización cuando se ha trabajado sólo durante tres meses, siempre que se tenga un nuevo contrato de trabajo en el momento de solicitarlo (Izquierdo -Aguilera, 2006). Si no consigue ni oferta, ni contrato de trabajo, entonces su autorización de residencia y trabajo no se renovará y deberá abandonar el país en el plazo de 15 días desde la notificación de la denegación. Los datos muestran que el 20% de la inmigración en situación regular posee una autorización de residencia temporal. Para renovarla necesitan acreditar haber trabajado al menos 3 meses durante el año (Loé, 2012). Al no poder regular su situación se encuentran en una situación jurídica de ilegalidad, conocida como “ilegales”, “sin papeles” , “indocumentados”, lo que conlleva muchas veces inseguridad y explotación laboral; asimismo la precariedad económica, el analfabetismo funcional, provocado por el desconocimiento del idioma, las leyes, la cultura y las costumbres del país de acogida, la

ausencia de familia y redes primarias de protección social, el racismo y el desarraigo, crean una situación de mayor vulnerabilidad.

3.5.1 La soledad (duelo por la familia).

Lo primero que tiene que afrontar un inmigrante en su nuevo contexto, es la soledad y el duelo por la familia, uno de los principales desencadenante del SU. Ambos están muy relacionados con el duelo migratorio. El inmigrante deja atrás con frecuencia a sus hijos pequeños, a su pareja o a padres ancianos y enfermos. No puede traerles con él, ni ir a visitarles porque no tiene los documentos que le permitan entrar otra vez al país. Aparecen en consecuencia sentimientos de soledad, un estado en el que el ser querido no se ha perdido pero está lejos, como manifiestan la mayoría de los casos del perfil (A) y (C):

“Llevo cinco años sin ver a mis padres, son mayores y me necesitan” (A: 15).

“Quiero ver a mi madre, está enferma, es mayor, me necesita, pero no puedo, esto me llena de tristeza” (A: 32).

“Mi cuerpo está aquí pero mi vida y mi corazón están allá, es muy duro estar lejos de la familia” (A: 21).

Para los padres es muy duro separarse de sus hijos sacrificándose para que ellos tengan un nivel de vida mejor,

“Me duele mucho no poder ver crecer a mis hijos pequeños” (A: 1).

“Llevo cinco años sin ver mis hijos, es un sufrimiento vivir lejos de ellos, no puedo verles crecer,.....quiero mandarles dinero para que puedan vivir mejor” ” (A: 16).

“He dejado a mi hija con mi madre, llevo cuatro años sin verla, no soporto esta situación, me acuerdo constantemente de ella...quiero arreglar mi situación para poder visitarla o traerla conmigo, mi hija me necesita, porque mi madre se hace mayor” (A: 18).

Muchos de los casos de la categoría C, que están en situación regular, no han podido cumplir los requisitos que exige la reagrupación familiar, cuando antes de la crisis actual iban a visitarla cada año. Actualmente muchos han perdido sus trabajos y para ellos es muy difícil volver a encontrarse con su familia al regresar habiendo fracasado.

“Llevo dos años sin ver a mi mujer y a mis padre “(C: 44).

“Mi madre me reclama y mi familia me espera, pero no puedo volver sin nada” (C: 42).

“Se fastidió la construcción, perdí el trabajo, llevo dos años sin ver a mis hijos y no puedo mandarles el dinero de antes” (C: 41).

El sentimiento de soledad y aislamiento aumenta la depresión del inmigrante frente otras pérdidas, ya que no cuenta con el apoyo de su medio social y familiar habitual, que pueda acompañarle en su duelo. Se debe tener en cuenta que en la cultura musulmana el núcleo familiar es lo más importante. Cuando se habla de familia no sólo se refiere a los hijos y a los padres, sino a primos, sobrinos, tíos y hasta a los vecinos, que son como la familia. El apoyo de este núcleo familiar es vital, separarse de él es vivir un sentimiento de soledad nunca experimentado antes.

“Añoro mi entorno, mi familia, mis amigos, mi cultura, aquí no soy nadie, soy ilegal” (A: 31).

“No soporto la separación de mi familia, me siento solo” (A: 26).

“Que sola me encuentro sin ellos, que duro estar lejos de ellos” (A: 19).

A este sentimiento de soledad se añade el no poder cumplir con la responsabilidad de cuidar y proteger a los suyos día a día.

“Me veo que no puedo cumplir mis responsabilidades, mi familia me necesita” (C: 44)

“Mi familia ya no puede contar con mi ayuda, me duele mucho no poder verles” (C: 43).

Aumenta la soledad y el aislamiento debido a la dificultad en el contacto con la nueva cultura por el desconocimiento del idioma que, lógicamente produce falta de comunicación entre los inmigrantes y la sociedad receptora. En este marco se hace difícil o improbable la comunicación entre los dos, siendo el resultado, en cualquier caso, que los inmigrantes y los autóctonos no se comunican, ni mantienen conversaciones, ni en el contexto de vecindad ni fuera de ella, en los espacios públicos. Así, uno de los problemas iniciales que encuentran los inmigrantes de origen árabe es el desconocimiento del idioma.

“Cómo puedo aprender el español, no tengo contacto con nadie” (A: 5).

“No hablo español porque no tengo dinero ni papeles para ir una academia de idiomas y tampoco tengo contacto con la gente de aquí” (A: 10).

El inmigrante debe hacer un esfuerzo para entender cuáles son los roles asignados en la nueva cultura y establecer normas sociales nuevas. El sentimiento de impotencia, debido a la gran dificultad de actuar en la nueva cultura, le incapacita para afrontarla e integrarse en ella. Todo eso genera estrés al no tener los recursos que tenía en su vida anterior. Si añadimos otro factor, el de tener que ser invisible por ser ilegal, su integración en la nueva sociedad se hace muy complicada.

“No entiendo a la gente, no puedo comunicarme con ellos, me siento tan solo” (A:2).

3.5.2 El fracaso del proyecto migratorio

El sentimiento de desesperanza y el fracaso del proyecto migratorio por la falta de oportunidades, dificultades en el mercado de trabajo, por todo el esfuerzo del viaje, el dinero que gastaron, la ilusión que tenían, los sueños de una vida mejor... hace que los inmigrantes se encuentren con una realidad difícil de superar.

“Qué horror mi vida en España, no hay salida.....la situación actual no tiene salida...tengo que mandar dinero a mi familia, ellos no entienden que no tenga dinero porque no saben la situación de aquí, creen que aquí es más fácil todo...tampoco puedo coger chatarra, porque la policía lo tiene todo controlado, tengo miedo que me cojan” (A: 5).

“Mis padres tienen puestas sus esperanzas en mí, no puedo decepcionarles” (A: 26).

“No quiero volver con las manos vacías, es un fracaso” (A: 2).

El fracaso del proyecto migratorio es un gran estresor sobre todo si tienen hijos en el país de origen, lo que les causa un gran sufrimiento.

“Actualmente mi situación es más complicada, estoy solo, sin trabajo, sin familia y sin futuro” (A:7).

“Quiero casarme y formar una familia, pero con lo que gano no puedo...gasté todos mis ahorros para venir aquí, no me ha servido de nada estoy peor que antes” (A:3).

Esta situación no afecta sólo a los sin papeles, sino también a los que están en riesgo de perder la legalización, que sienten que han fracasado y piensan que su lucha no les ha servido de nada, porque a pesar de estar haciendo su máximo esfuerzo para salir adelante, progresar se les hace muy difícil. Para ahorrar más dinero, viven en condiciones infrahumanas.

“Tengo que renovar la tarjeta de residencia,.... pero no consigo trabajo, estoy en el mismo punto de partida, la crisis me ha roto mis sueños” (C: 44).

La regularización de la situación es la principal obsesión para todos los inmigrantes sin papeles. Muchos de ellos son víctimas de engaño y estafa y tienen que comprar el contrato de trabajo, que a veces es falso.

“Me ha engañado dos veces al intentar comprar contrato, después de entregar el dinero.....no puedo denunciar, soy un ilegal, sin derechos, en un país donde los derechos humanos tendrían que ser importantes” (A:23).

“Mi familia me mandó 2000 mil euros para comprar contrato de trabajo, pero hay mucha estafa” (A: 34).

Los “papeles” significan trabajar, estar en paz con la policía, vivienda digna, un futuro mejor. Para conseguir este objetivo están dispuestos a aceptar cualquier tipo de trabajo en cualquier condición.

“Trabajo en unas condiciones inhumanas, muchas horas y mal pagado y tengo que aceptarlo” (A: 24).

“Trabajo todas las noches y gano poco, mi jefe me dice “si no te gusta busca otro trabajo”. (A: 35).

“Si no tienes papeles trabajas más y cobras menos” (A: 33).

“Tengo que aceptar cualquier trabajo porque soy ilegal y se aprovechan” (A: 25).

A ello se suma el elevado índice de accidentes laborales entre los inmigrantes sin papeles

“Gracias al accidente que sufrí en el trabajo me están arreglando mis papeles de residencia que antes era imposible” (A: 4).

Y consecuentemente, trabajar en condiciones muy difíciles da lugar a perder su salud.

“No le importa que esté embarazada, trabajo sin parar” (A: 11).

“Por mi trabajo de esclavo estoy perdiendo mi salud” (A: 23).

A diferencia de la categoría C, las categorías A y B se caracterizan por estar en el país en situación administrativo-legal. Debido a la crisis económica muchos de estos

inmigrantes son también víctimas de la misma, ya que llegaron cuando había trabajo en la construcción, un trabajo muy duro y con mucho peligro:

“Llegué con ilusión de mejorar mi situación económica, trabajaba muchas horas, con alto riesgo, para ganar dinero y conseguir los papeles(C: 43).

“Lo tuve muy difícil para conseguir los papeles y con la crisis me veo en la situación del principio, sin trabajo, sin dinero con riesgo de perder los papeles.... estoy desesperado por no poder cumplir mis objetivos” (C: 42)

Considerando la situación socioeconómica actual en España se han añadido nuevas adversidades a los inmigrantes, incrementando las dificultades de elaboración del duelo migratorio, lo que se observa claramente en los casos del tercer perfil.

“Después de conseguir la residencia con mi trabajo, pensé que las cosas me irían bien, y con la crisis me he quedado sin trabajo, tengo que renovar mi residencia o perderé los papeles, que pena perder todo esto con el esfuerzo que me costó conseguirlo” (C: 45).

La migración se ha convertido en una pesadilla para ellos, han sido excluidos y marcados por no poder renovar la residencia y no tener contrato de trabajo. No pueden vivir aquí y tampoco pueden marcharse a sus países, fracasados tras todo el esfuerzo para conseguir los papeles.

“Al principio mi situación era buena, mandaba dinero a mi familia, las vacaciones las pasábamos juntos,.....no veo salida con esta crisis, no puedo volver a mi país y no veo salida” (C: 41).

3.5.3 La lucha por supervivencia.

La lucha por supervivencia se manifiesta en dos áreas: alimentación y vivienda. Muchas veces estos inmigrantes se hallan subalimentados por no tener suficiente dinero.

“Como las sobras de los demás” (C: 45).

“Lo que gano a penas me da para mis gastos básicos” (A: 17).

Y otras veces por mandar todo lo que ganan a su familia en el país de origen, con el resultado de que tienden a comer alimentos de baja calidad, con muchas grasas saturadas y bajo índice de proteínas. Todo eso tiene efectos directos sobre la salud física. Y por lo general, no acuden a los servicios de salud, ya sea por miedo, desconocimiento o desconfianza en los profesionales y porque no suele haber una adecuada comunicación por el desconocimiento del idioma.

“Todo lo que gano lo mando para mis hijos, mi salud se resiente(A: 19).

“Vivo peor que en Marruecos, estoy perdiendo mi salud, últimamente no me encuentro bien”(A: 4).

Conseguir una vivienda es uno de las principales preocupaciones para los inmigrantes, pero hay muchos factores que dificultan este proceso, especialmente para los ilegales. Por motivos económicos y a veces por racismo, muchos propietarios se niegan a alquilar pisos a inmigrantes. Miles de ellos viven en habitaciones alquiladas a veces en camas o sofás, en viviendas que carecen de servicios básicos y en un entorno insalubre. Muchos de ellos viven en pisos compartidos con decenas de personas, hacinadas en pocos metros cuadrados –los denominados *pisos patera*– (Ruvira, 2008). Observamos que los casos de las categorías A y C viven en pisos compartidos -llegan hasta a reunirse ocho personas en el

mismo piso-. Así, en nuestro estudio nos encontramos casos extremos, como que un emigrante trabajaba a cambio de un techo en una habitación pequeña.

“Trabajo a cambio de pagar el alquiler de la habitación, me pagan 100 euros al mes y el alquiler es de 100 euros, para no dormir en la calle” (A: 34).

Otro manifestaba dormir en la calle

“.....a veces duermo en la calle porque no tengo donde ir” (A: 32).

Y otro dormía en un sofá temporalmente, en casa de un amigo:

“Dormí en la calle, ahora duermo en el sofá de los amigos” (C: 45).

3.5.4 El miedo y la indefensión

El miedo y el terror se relacionan con el propio viaje de desplazamiento, ya que muchos inmigrantes sin papeles sufren graves riesgos físicos en el trayecto migratorio.

“Decidí emigrar, fue un viaje por mar muy peligroso, vi morir a algunos de mis compañeros, pasé mucho hambre, frío y miedo” (A: 12).

Además, el miedo a ser detenido y expulsado de España hace que se sientan "perseguidos" por ser sospechosos de no tener papeles.

“Me encuentro en un país donde los inmigrantes tampoco son bien tratados, la policía nos persigue por ser ilegales...” (A: 24)

“No salgo mucho de casa, tengo miedo de que la policía me vuelva a detener otra vez” (A: 10).

“Me detuvo la policía por no tener papeles, me trataron como un delincuente, desde entonces tengo mucho miedo” (A: 15).

Son personas que viven en situaciones generalizadas de indefensión.

“Aquí me siento desprotegido y siento pavor a que me coja la policía, peor que en Gaza”
(A:2).

“Mi ex marido tampoco tenía papeles en regla, él no aguantó la situación, se volvió a su país dejándome sola, embarazada y con una niña de dos años... tengo mucho miedo, estoy sola, qué hago cuando llegue la hora del parto” (A: 11).

3.6 SALUD MENTAL, PSICOPATOLOGÍA E INMIGRACIÓN

Este síndrome se caracteriza por poseer un conjunto de síntomas del área depresiva, ansiosa, somática y confusional, en el que se pueden presentar hasta diez síntomas, pero no constituye ninguna enfermedad ni trastorno. Los síntomas no pueden entenderse sin el contexto que provocan su aparición, que se ubica en el ámbito social, dejando poco margen de acción a la persona. Achotegui (2009b) considera que el diagnóstico que integra estresor y síntomas es de más calidad epistemológica que el diagnóstico categorial por síntomas tal como está planteado en el DSM. La OMS (2002) definió la salud mental no solo por la ausencia de enfermedades sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Desde esta perspectiva se considera, por tanto, que estos inmigrantes no son enfermos, sino que los síntomas que presentan son respuestas adaptativas que todos los seres humanos presentamos ante situaciones extremas.

3.6.1 SINTOMATOLOGÍA DEL ÁREA DEPRESIVA.

- **Tristeza y llanto**

El sentimiento de tristeza está relacionado con el duelo por la familia, la separación de los seres queridos, que se da en todos los casos del primer y tercer perfil (A y C respectivamente), tanto en hombres como en mujeres.

“No paro de pensar en mis hijos, qué hará el pequeño” -(A:18)

“Estoy lejos de mi familia, mis amigos.....” (A: 19).

También está relacionada con el fracaso del proyecto migratorio salida a la angustia. En este aspecto se observa una diferencia de género clara, ya que por motivos culturales el llanto es más frecuente en las mujeres que en los hombres, y en nuestro estudio lo constatamos en todas las mujeres inmigrantes en situación ilegal y sintomatología de Ulises.

“Nunca he llorado en mi vida como he llorado aquí” (A: 28).

“Lloro mucho, cada noche” (A: 27).

En este contexto el llanto no describe una tristeza depresiva porque faltan síntomas principales, como son la culpa e ideas de muerte. Quizás la ausencia de estos dos síntomas sea debida a que son personas religiosas y a que la religión es un factor protector: a pesar de los estresores los inmigrantes son capaces de superar el miedo, tienen la fortaleza de convertir el trauma en una oportunidad de crecimiento, de superar las dificultades y salir fortalecidos de ellas, ya que son personas fuertes y capaces a pesar del sentimiento de tristeza que va unido a la lucha por mejorar la situación, por ello no se desaniman sino que experimentan una tristeza compatible con la esperanza. Así el 60% de los inmigrantes ilegales que llevan menos de cinco años en España conservan la esperanza de conseguir una regularización de su situación, mientras que entre los que superan los cinco años se observa que el 50% han perdido la esperanza (Olabuéngas, Vieytez & Torrado, 1995).

“Sea como sea conseguiré lo que me propongo” (A: 10).

“Lo voy a seguir intentando, si no fue a la primera, será a la segunda o a la tercera” (A:6).

- **Baja autoestima**

No es un síntoma muy frecuente, se observa sólo en el caso de un señor marroquí originario de un pueblo pequeño, de nivel educativo y estatus social muy bajo, procedente de una familia muy pobre, que vive el fracaso migratorio como un fracaso personal.

3.6.2 SITOMATOLOGIA DEL ÁREA DE ANSIEDAD

- **Preocupaciones excesivas y recurrentes**

Constituyen un síntoma común entre los inmigrantes en situación ilegal y semilegal. Las preocupaciones se relacionan con los estresores, con el fracaso del proyecto migratorio, con los papeles... con la lucha diaria por conseguir lo básico para vivir. El inmigrante tiene que tomar decisiones muy importantes en poco tiempo, sin tener los recursos que tenía en su país de origen.

“Es más difícil encontrar trabajo con un contrato, me mato a trabajar y gano una miseria.....quiero formar una familia y tener un futuro, pero cada vez lo veo más difícil y el tiempo va pasando” (A: 2).

- **Tensión, nerviosismo**

Se hallan relacionadas con los estresores que el inmigrante debe afrontar solo. Es un síntoma frecuente entre los inmigrantes en situación ilegal y semilegal tanto en hombres como mujeres.

“No hay salida de esta situación, me siento muy nervioso, muy estresado” (A:4).

3.6.3 SINTOMATOLOGÍA DE SOMATIZACIÓN

- **Insomnio**

Para los inmigrantes la noche es el momento más duro. Afloran los recuerdos, se percibe con toda su crueldad la soledad, la magnitud de los problemas a los que debe hacerse frente, y no se consigue la relajación suficiente como para poder conciliar el sueño.

“Sobre todo por la noche es cuando soy más consciente de mi realidad” (A: 19).

“Me cuesta dormir por la noche, me vienen los recuerdos de mi pequeño” (A: 17).

- **La cefalea**

Es un síntoma muy frecuente en la consulta de los servicios de atención en salud general y en salud mental en particular (Achotegui et al., 2012). En nuestro caso es más frecuente entre las mujeres que los hombres, describiendo cefalea de tipo tensional, que está relacionada con las frecuentes preocupaciones en las que se hallan sumidos.

“Tengo un dolor de cabeza insoportable, ni él te ni las pastillas me ayudan” (A: 19).

“No paro de pensar en mi situación, por eso me duele mucho la cabeza” (A: 27).

3.6.4 SINTOMATOLOGÍA DEL ÁREA CONFUSIONAL.

La confusión tiene relación con la complejidad de las situaciones que el inmigrante debe abordar. Hay sensación de fallos de la memoria y de la atención, de sentirse perdido y perderse físicamente.

“Todos los inmigrantes mienten, dicen que la situación está bien y no es la realidad. Si hubiera sabido la realidad no habría emigrado(A:23).

3.6.5 LA INTERPRETACIÓN CULTURAL DE LA SINTOMATOLOGÍA

Es frecuente entre las mujeres realizar interpretaciones suprahumanas positivas o negativas de su sintomatología.

“Si, la familia de mi ex marido me hizo brujería para que mis cosas no fueran bien” (A: 18).

3.7 FACTORES PROTECTORES

- **Apoyo sociofamiliar**

Lograr superar estas situaciones depende de muchos factores, personales, sociales y culturales. Se ha de tener en cuenta que el inmigrante, aparte de los problemas que hemos recogido, puede poseer por ejemplo apoyo social y/o familiar por pertenecer a un grupo religioso, o a una asociación política... o ser una persona muy madura, inteligente, con habilidades sociales...todo ello evidentemente ayuda a superar las dificultades (Achotegui, 2009b). Se observa que el apoyo social de los inmigrantes en situación ilegal sin síntomas de Ulises es de tipo familiar muy cercano: padres y marido, a diferencia de a los otros inmigrantes.

“Por fin estoy junto a mis padres, tengo casa, y trabajo, amigos, estoy bien no me preocupa la situación”. (B: 39).

“Estoy protegida por mi marido, conozco mis derechos” (B: 37).

En encontrar trabajo, los procesos de regularización de los documentos, los familiares o amigos o una ONG u organización son los factores que más ayudan el inmigrante (Diez Nicolás, 2005). Al realizar comparaciones observamos en la mayoría de los casos, tanto entre los inmigrantes en situación ilegal y síntomas como los inmigrantes en situación semilegal, que el apoyo social es muy limitado. La principal red de este apoyo es el propio grupo migratorio de familiares o amigos que también está afectado por la crisis económica.

“Mis amigos me ayudan pero ellos tampoco tienen mucho” (A: 9).

“Mis amigos me ayudaron al principio a encontrar trabajo, pero ahora cada vez me sale menos” (A: 3).

Y en otros casos perdieron este apoyo por la crisis económica.

“Al principio mi cuñado me ayudó a encontrar trabajo en la construcción con él.....llevo un año sin trabajo, mi cuñado cobra el paro... yo no tengo derecho” (A: 8).

“Al principio mis hermanos me ayudaban mucho” (A:7)

“Estoy preocupado, soy una carga para mi hermano, y no veo salida a mi situación” (A: 13).

Respecto al contacto que se establece con la población autóctona, se observa que es un contacto muy limitado en la mayoría de los casos debido a muchos factores, como el miedo a ser detenido por la policía y el desconocimiento del idioma y de la cultura. El apoyo social de la sociedad receptora es inferior en la mayoría de los casos ya que la muestra tiene poco contacto con el exogrupo. Por otra parte el contacto con el endogrupo, personas inmigrantes del mismo país o personas inmigrantes de otros países, es muy fuerte, pero el apoyo social percibido tampoco es alto, porque la mayoría de los inmigrantes comparten la misma situación y por lo tanto cuentan con menos recursos. Probablemente, el apoyo social percibido es mayor cuando viene por parte la sociedad receptora. Otros cuentan con el apoyo de algunas asociaciones e inmigrantes de las que reciben ayuda alimentaria.

“Cada semana nos dan una bolsa de alimentos, no es mucho pero algo es algo” (A: 28).

El aspecto positivo de la emigración es ese enriquecimiento que tendrá el conocer nuevas culturas o el tener la posibilidad de mejorar no solo económicamente sino también intelectualmente. Por eso cuando se habla del duelo migratorio no significa negar la existencia

del lado positivo de la emigración, en muchos casos la emigración es una solución más que un problema. Si las condiciones del destino y los factores individuales concuerdan, hay buena acogida, la ocupación laboral es adecuada y se participa de un buen soporte familiar y comunitario, se logra el anhelo y llega la satisfacción del logro de lo deseado del proyecto migratorio. Por tanto, la emigración muchas veces es más una solución que un problema (Gómez Campayo, 2004), especialmente cuando se da en buenas condiciones.

“Vivo con mis hermanos, tengo trabajo y mis padres vienen a Barcelona cada año” (B: 38).

En los casos del segundo perfil los motivos migratorios fueron el familiar y político. Ningún caso de esta categoría emigró por motivos económicos, al contrario de los casos del primer y tercer perfil. Anteriormente se comentó que en la emigración habría una parte de duelo que se hallaría enmarcada dentro de un proceso más general de cambio que incluye aspectos positivos, ya que la emigración también permite la posibilidad de acceder a nuevas oportunidades sobre todo cuando las condiciones son favorables.

“Me siento mucho mejor aquí estoy satisfecha de mi vida en España” (B:38).

“No me falta nada, me siento mejor que en Marruecos” (39).

Por último, según el enfoque transaccional (Lazarus & Folkman, 1986) el estrés depende de la valoración que haga una persona acerca de su relación con el entorno en una determinada situación de daño, amenaza o desafío. Por lo tanto se puede considerar que el estrés tiene un aspecto objetivo y un aspecto subjetivo, y las diferencias en la cantidad de estrés que experimentan las personas pueden reflejar estos aspectos. Si se considera a dos inmigrantes que poseen los mismos patrones de valoración, ambos considerarían que estar en situación ilegal es amenazador, por lo tanto estresante, pero si el primer inmigrante considera que la situación ilegal es amenazante y el segundo no, el primero experimentará más estrés

que el segundo por razones subjetivas.

“Ya sabía que no es fácil la situación en España, mis hermanos ya me informaron” (38) .

“No tengo que preocuparme, tengo techo, comida y trabajo para mis gastos...mis padres vienen de visita cada año a España” (B:39).

Así, existen aspectos de la personalidad que minimizan el estrés, algunas personas tienden a evaluar las situaciones difíciles de un modo que minimiza sus sentimientos de vulnerabilidad.

“Hablo bien el español, conozco bien la cultura española, ¿Por qué tengo que tener miedo a la policía?” (B: 37).

“Es cuestión de tiempo para conseguirlos” (B: 38).

Si la personalidad previa del inmigrante ha sido suficientemente sana, las motivaciones de la migración son racionales, las condiciones en que se ha realizado son adecuadas y el nuevo medio razonablemente acogedor, el individuo se irá comprometiendo gradualmente con su nueva forma de vida. Si su situación emocional le permite ser realista, sin recurrir a negaciones o disociaciones extremas, aceptando las limitaciones, será capaz de aprender lo nuevo de la experiencia y valorar los aspectos positivos del nuevo país, lo que le posibilitará un enriquecimiento psicológico y un ajuste real al medio (Grinberg & Grinberg, 1996).

4. DISCUSIÓN

El presente trabajo pretende ser uno de los estudios pioneros sobre el cuadro diagnóstico conocido como “Síndrome de Ulises”, propuesto por J. Achotegui (2002) para describir algunos cuadros de estrés intensos presentados por la población inmigrante. A partir de una muestra de inmigrantes de origen árabe residentes en Barcelona, esta investigación ha pretendido obtener información tanto desde el punto de vista subjetivo, considerando la perspectiva del inmigrante acerca de su proceso migratorio, como objetivo, a través de la recogida de datos mediante una entrevista semidirigida. Conjuntamente, el presente estudio también ha intentado evaluar la relación entre el SU con el proceso de aculturación según el modelo del MAAR (Navas et al., 2004) y la personalidad, tal y como la describe el modelo de los Cinco Factores (Costa & McCrea, 1992).

En el presente capítulo se revisarán las hipótesis propuestas, se comentarán los resultados más significativos y se expondrán las principales conclusiones derivadas del estudio llevado a cabo, contrastando las hipótesis formuladas y discutiendo los hallazgos a la luz de los resultados obtenidos en otros estudios. Finalmente, junto con las aportaciones del trabajo, se identificarán sus limitaciones con el objeto de proponer futuras líneas de investigación.

Podemos comenzar la discusión mencionando algunas particularidades observadas en la muestra estudiada. Una de éstas tiene relación con los síntomas que presentan los participantes en el estudio, son síntomas menores que no afectan a su capacidad de interdependencia, su nivel de funcionamiento social, ni al efectuar actividades cotidianas. Los

integrantes de nuestra muestra suelen mejorar, siendo sus reacciones sintomatológicas plenamente proporcionales a los estresores inhumanos a los que se ven expuestos: soledad forzada, exclusión social estructural, miedo, indefensión... Es importante señalar que el SU es un cuadro reactivo de estrés ante situaciones extremas, no es un trastorno mental. En el presente trabajo los síntomas han sido estudiados de forma dependiente del diagnóstico y no de modo separado, a partir de preguntas específicas acerca de la presencia de los síntomas que definen el SU, expuestos en el marco teórico, es decir, síntomas del área depresiva (tristeza, llanto), del área de la ansiedad (tensión, nerviosismo, pensamientos recurrentes, irritabilidad, insomnio), síntomas somatomorfos (cefalea, astenia, fatiga, molestias osteoarticulares, etc.) y síntomas disociativos (síntomas puntuales de despersonalización, y pérdidas parciales de atención y memoria).

Una variable importante es el estatus de residencia (regular o irregular) de los inmigrantes. La situación de irregularidad tiene muchos efectos negativos considerables sobre la salud de los inmigrantes: en España la situación de regularidad ha sido relacionada con problemas psicológicos en diferentes estudios (Navarro & Rodríguez, 2003; Ramos-Villagrasa & García-Izquierdo, 2007). La posesión del permiso de residencia se asocia inversamente con estrés (Finch & Vega, 2003; Porthé, et al., 2009; Ramos-Villagrasa & García-Izquierdo) y la situación laboral (Porthé, et al., 2009), ya que estar en situación de residencia legal significa tener más recursos y facilidad para solucionar los problemas que se presentan, y poder recibir tanto apoyo social como familiar. No es de extrañar que en nuestro estudio la mayoría de los sujetos que presentó significativamente una mayor sintomatología del SU, menor aculturación, y puntuó más alto en el rasgo de personalidad “Neuroticismo”, se encontrara “sin papeles”.

Otra particularidad de la muestra tiene relación con el nivel educativo alcanzado por la mayoría de sus inmigrantes. El 39% contaba con formación universitaria ya fuera completa o incompleta. El último censo realizado en España (García-Arboleda, 2013) observó que el 47.6% inmigrantes tenía estudios secundarios, al igual que constatará previamente el estudio de Agudelo-Suárez et al. (2009), en el que el 51.2% de los inmigrantes tenía estudios secundarios y el 15.4% contaban con estudios universitarios. En consecuencia, y al contrario de lo que dice la opinión pública, la masa laboral extranjera corresponde a una masa laboral “cualificada”.

En nuestro estudio más de la mitad de los sujetos emigraban por motivos económicos, lo que confirma los datos obtenidos por otras investigaciones anteriores, las cuales han observado que en el desempleo y en la falta de oportunidades entre los jóvenes, descansan las motivaciones más habituales por las que una persona puede involucrarse en un proceso migratorio (Orozco & Lesaca, 2009), como se constató mediante el análisis cualitativo de nuestros datos.

Conjuntamente, más de la mitad de la muestra de estudio (57.2%) no tenía ningún trabajo o ingreso en el momento de realizar el estudio. Por otra parte, sólo el 5.3% del grupo “con SU” tenía un trabajo no cualificado, con jornadas intensivas y de bajos ingresos debido a la situación ilegal. Estos últimos datos nos remiten a un hallazgo anteriormente mencionado por otros estudios, la importancia de permitir a los inmigrantes acceder a trabajos con condiciones laborales adecuadas como una manera de preservar su integridad mental (Aycan & Berry, 1996; Beiser, Johnson & Turner, 1993; Porthé et al., 2009; García, 2010). No obstante, incluso cuando existe trabajo, muchas veces la salud puede verse afectada, especialmente la salud mental, debido a las condiciones duras o precarias del trabajo

(Pernice et al., 2000). Los resultados de nuestro análisis cualitativo confirman estos datos: la mayoría de estos inmigrantes aceptan trabajar en condiciones muy difíciles lo que da lugar a un deterioro de su salud. Lo observamos en el caso etiquetado como A:24, que trabaja en la construcción, un trabajo muy duro o en el caso A:33, que trabaja en un restaurante todas las noches y no tiene ni un día festivo: los inmigrantes han de aceptar trabajos de muchas horas y mal pagados, como el caso A:25, o trabajar todas las noches, como el caso de A:35; llegando incluso a sufrir accidentes laborales como el caso de A:4, que sufrió un accidente laboral grave, aunque gracias al cual ya se están tramitando sus papeles. Otro casos, sin embargo, no tuvieron esta suerte: A: 23 y A: 34 cayeron en la trampa de una estafa, se les ofrecía un contrato de trabajo a cambio de dinero y en realidad se trataba de un contrato falso, con lo que perdieron el dinero tan difícil de conseguir y el sueño de vivir legalmente, sin tener opción a denunciar. En el caso A: 34 ni siquiera podía trabajar a cambio de pagar el alquiler de una habitación a fin de no dormir en la calle.

A continuación y siguiendo el orden de presentación de los resultados del estudio, se discutirán los datos obtenidos de acuerdo a las hipótesis propuestas por este estudio.

4.1 Sintomatología del Síndrome de Ulises

Hipotesis 1: Las personas identificadas “con Síndrome de Ulises” por la Escala de Evaluación de la Vulnerabilidad y los Estresores como factores de riesgo en la salud mental del inmigrante (Achotegui, 2009b), presentarán más sintomatología asociada al Síndrome de Ulises.

Los datos nos permiten contrastarla **primera hipótesis**: el grupo “con SU” presentó más síntomas, describiendo un cuadro vinculado a la intensidad del estrés crónico, derivado

de los estresores vividos por el inmigrante. Confirmando el estudio de Ritsner, Ponizovskya et al. (1996) y el trabajo de Achotegui (2002; 2008; 2009a), constatamos que la incidencia de los síntomas del Síndrome de Ulises será mayor o menor según los factores de riesgo, como los cambios culturales y de idioma, el sentimiento de soledad por la separación de la familia y los seres queridos o la sensación de desesperanza y agotamiento por la incapacidad para cumplir con el proyecto migratorio que se ha fijado la persona. Cabe señalar que todo ello apoya la teoría de los sucesos vitales (Holmes & Rahe, 1967), que establece que a mayor cambio mayor probabilidad de enfermar. Cabe considerar la inmigración, en consecuencia, como un acontecimiento vital (*life event*) que comporta una ruptura de la vida cotidiana en el contexto social y familiar y nuevos cambios que debe afrontar el inmigrante, pero sin disponer de los recursos que tenía en su país de origen. En este caso el estrés es consecuencia natural de los estresores que viven estos inmigrantes; en nuestro análisis cualitativo hemos constatado que las 45 personas inmigrantes coinciden con estresores extremos, y estudiando la relación entre los estresores y la sintomatología, se ha observado que la sintomatología más presente en las personas inmigrantes es la depresiva, describiéndose una relación muy fuerte entre la tristeza y el duelo por la familia, lo que se expresa muy claramente en todos los casos del perfil “A” (inmigrantes en situación de Ulises que manifiestan síntomas de Ulises y “C” (inmigrantes en situación semilegal que manifiestan síntomas de Ulises).

Otros síntomas comunes observados en nuestro grupo “con SU” refieren a somatizaciones, de acuerdo a lo establecido por Achotegui, Llopis et al. (2012) respecto a que los síntomas de somatización son mayores en los inmigrantes con SU. En nuestro caso hemos constatado especialmente insomnio y cefalea. El primero se relaciona estrechamente con soledad y duelo por la familia -el fracaso del proceso migratorio es un gran estresor especialmente para los que tienen hijos pequeños o padres ancianos o enfermos-. La cefalea,

por su parte, se relaciona con los estresores vividos por los inmigrantes, como ilustra el caso A:27 en nuestro estudio. Por otra parte, las preocupaciones excesivas y recurrentes e vinculan a variables como la situación de irregularidad ilegalidad, la lucha diaria, la necesidad de tomar decisiones importantes en poco tiempo, etc.

De la información recogida de nuestra entrevista semidirigida hemos podido observar que los tres casos del perfil “B” en situación de SU no presentan su sintomatología debido a que contaban con un apoyo social de tipo familiar muy fuerte -padres y marido-, siendo éstos los únicos casos que viven con la familia, lo que nos permite sustentar la idea de que el apoyo familiar es un protector muy fuerte ante la aparición de la sintomatología del SU.

Por último, también se observó una mayor frecuencia de síntomas del área de la ansiedad/depresión en los inmigrantes con el SU, hallazgo anteriormente mencionado por otros estudios (Rodríguez, Lanborena et al., 2009). En general, nuestros resultados van en la misma línea del estudio de Barro, et al. (2004), según el cual el grado de ansiedad y depresión es más alto en inmigrantes que se hallan en situación irregular.

Considerando la definición de salud dada por la OMS (2002), referida a un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, queda claro que aquellas personas en situación extrema y con un amplio número de síntomas, como los integrantes de nuestra muestra con SU, se alejan de dicho estado. Sin embargo, es importante destacar que su salud era buena cuando llegaron a la sociedad receptora –así lo indica el análisis cualitativo de los 45 casos de inmigrantes con SU-, y su vulnerabilidad empieza justamente en el país receptor, debido a los hábitos y situaciones sociales adquiridas, las

malas condiciones laborales y de vivienda y el escaso apoyo familiar y social de que disponen, con las consiguientes repercusiones psicológicas que todo ello implica. En este sentido, damos apoyo a lo aportado por Fuertes & Martín Laso (2006) y por J. Achotegui en diferentes trabajos (2002; 2005; 2006; 2008). Por lo tanto, ante el reconocimiento de los problemas psicosociales y el hecho de que los síntomas psicopatológicos están directamente relacionados con la situación de migración extrema a la que ha estado expuesto el inmigrante (Achotegui, 2002; 2005; 2008; 2009b), podemos confirmar que los factores psicosociales jugarían un importante rol, como factores mediadores, en el camino entre la migración y el estado de salud mental del inmigrante.

4.2 Estresores y Vulnerabilidades del Síndrome de Ulises

Hipótesis 2: Las personas diagnosticadas “con Síndrome de Ulises” presentarán un número mayor de Estresores extremos y Vulnerabilidades simples y estos serán más intensos que los correspondientes a las personas “sin Síndrome de Ulises”.

Nuestros datos nos permiten contrastar **la segunda hipótesis**: el subgrupo “con SU” presentó una mayor frecuencia de estresores extremos y vulnerabilidades simples y/o complicadas respecto al subgrupo “sin SU”. Tales resultados confirman lo ya propuesto previamente por Achotegui (2002; 2006; 2009b), para quien la vulnerabilidad simple y/o complicada está en la base del SU, lo que le lleva a concluir que un único estresor extremo, de los que se incluyen en la categoría “estresores Ulises”, es suficiente para incluir a una persona dentro de la categoría “SU”. Sin embargo, hemos de señalar que nuestro análisis cualitativo puso de manifiesto tres casos de perfil B sin permiso de residencia y sin síntomas de Ulises pero que en los tres casos contaban con apoyo social de tipo familiar (marido, padres y hermanos), no siendo sus motivos migratorios económicos, a diferencia de los otros casos.

Como hemos dicho, los resultados de nuestro estudio confirman la hipótesis: ambas submuestras presentaban vulnerabilidad simple (100%) en casi todos los duelos, lengua, cultura, tierra y grupo de pertenencia. En el grupo “sin SU” cabe señalar que el duelo por el estatus social alcanzó en un 60% la valoración de “complicado” y además un pequeño porcentaje de inmigrantes valoraron como “complicado” el duelo por la familia (79%). En cambio el duelo por el estatus social fue mucho más intenso en los inmigrantes identificados “con SU”, al presentar un duelo “complicado” (82%); además en este subgrupo el duelo por la familia se repartió casi equitativamente entre “simple” (56%) y “complicado” (44%).

Los resultados del análisis cualitativo nos permiten entender bien el contexto de origen: muchos de los inmigrantes huyen de las situaciones de pobreza, de falta de oportunidades que a menudo encuentran en sus países de origen, ya que el desempleo, especialmente entre los jóvenes, y la pobreza son los principales problemas de los países árabes. Así lo indicaron algunos casos, por ejemplo el caso A: 2, quien tenía que trabajar como pescador habiendo finalizado sus estudios universitarios; o los casos A: 3 y A:25, quienes emigraron porque en Marruecos no hay trabajo y futuro para los jóvenes, de acuerdo a lo planteado en estudios previos (Orozco & Lesaca, 2009)

Respecto a los estresores, el grupo “sin SU” presentó un duelo simple para la mayoría de ellos, con excepción del duelo por la lengua, que alcanzó un 55.9% en la categoría de “complicado” y el estatus social, también valorado como complicado pero en un 34.5%.. En cambio, los inmigrantes “con SU” presentaron duelo extremo en todos los estresores (más del 90% de los inmigrantes así lo valoraron), con excepción del duelo por la tierra y el duelo por el grupo de pertenencia (que en este caso se valoró como “extremo” en un 8.9%).

En el análisis cualitativo se observa que el contacto con el endogrupo, es decir, personas inmigrantes del mismo país, es muy fuerte. Los inmigrantes se apoyan emocionalmente entre ellos, comparten lo poco que tienen, porque la mayoría comparte la misma situación y, por lo tanto, cuentan con menos recursos. Se constata en los casos A: 3 y A:9; al principio conseguían trabajos a través de la ayuda de amigos, pero por la crisis económica se limitó mucho este tipo de ayuda. El caso A: 8 relata cómo perdió el apoyo económico y la ayuda de familiares porque éstos tampoco trabajaban.

- Duelo por la lengua: el 80% presentó duelo extremo en la lengua. Dicho porcentaje es coherente dado que el árabe es una lengua muy distinta al castellano y como ya sabemos, el conocimiento de la lengua del país receptor es un factor fundamental para poder integrarse. La mayoría de inmigrantes árabes desconocen el idioma antes de emigrar y tampoco pueden aprenderlo por la falta del contacto con la sociedad receptora, como refleja el caso A: 5. Otras veces acusan la falta de dinero para matricularse en una academia, como el caso A: 10. Todo eso produce un sentimiento de aislamiento y soledad muy intenso, como mostró el caso A: 12. Los únicos dos casos que no tenían duelo extremo en el idioma son de categoría B (37 y 38), porque estudiaron español en sus tierra antes de emigrar.
- Duelo por la cultura: al igual que por el idioma, también la cultura supuso un duelo extremo que alcanzó al 97.8% del grupo con SU. La distancia entre la cultura árabe y la cultura española es notable, y una mayor distancia exige mayor esfuerzo con lo que mayor será la probabilidad de percibir un desbordamiento y sensación de pérdida de control,

apoyando así lo que sugieren los estudios de Martínez y colaboradores (e.g., García-Ramírez & Martínez, 2005; Martínez et al., 1996)

- Duelo por el estatus social: el 95.6% de los integrantes de nuestra muestra presentó duelo extremo en este estresor, relacionado con la crisis económica como hemos explicado anteriormente. El análisis cualitativo mostró la dificultad para arreglar la situación documental al no poder cumplir los requisitos de tener trabajo con contrato, consecuencia directa del SU.
- Duelo por el riesgo físico: el 93.3% experimenta duelo extremo en este estresor. Para algunos el riesgo empieza desde el viaje mismo, como el caso C: 12, que llegó en patera y era uno de los que tuvo la suerte de llegar salvo, tras ver a sus compañeros muriendo en el mar.

En conclusión, podemos establecer que el factor “Vulnerabilidad” es simple con independencia de manifestar o no el SU, excepto en lo que respecta a la familia y al estatus social para ambos grupos, intensificándose la experiencia de estos duelos entre los inmigrantes con SU. La vulnerabilidad son las limitaciones que trae el inmigrante, y tal como se ve, la mayoría son personas sanas. En cuanto a los estresores, queda claro que para cada uno de los factores contemplados en la Escala de Ulises los inmigrantes con SU se ven afectados en mayor medida y desencadenan duelos más intensos. Sin embargo, nuestros datos muestran que, a pesar de la menor intensificación en la valoración de los estresores mostrada por los inmigrantes sin SU, el idioma –la lengua- constituye una fuente generadora de estrés para todos que hay que valorar desde una perspectiva de intervención social, a fin de facilitar

la integración de todos los inmigrantes.

4.3 Síndrome de Ulises y variables sociodemográficas

Hipótesis 3: Existe una relación significativa y positiva entre el SU y algunas variables sociodemográficas. Concretamente, con el sexo -ser hombre-, el estado civil –ser soltero y no tener hijos-, el nivel educativo –menor-, situación de legalidad –ilegal, sin papeles-, empleo –desempleado-, práctica religiosa – mayor- y tiempo de residencia en España –menor-.

Nuestros resultados también nos permiten contrastar **la tercera hipótesis** sobre la relación entre el SU y las variables sexo, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, situación de legalidad, situación laboral y tiempo de residencia, salvo en el caso de la variable referida a la práctica religiosa. Estos datos, obviamente, facilitan la aproximación a un posible perfil de las personas con SU.

- Edad: En primer lugar, respecto a la edad nuestro trabajo confirma lo ya constatado en numerosos estudios previos (Agudelo-Suárez et al., 2009; Gee, Ryan, Laflamme & Holt, 2006; Pardo et al., , 2007; San Juan et al., 2005; Aerny et al, 2010; García Arboleda, 2013; Pérez, 2008), y es que en general las muestras de inmigrantes corresponden a una población joven y sana en la que aquellos sujetos más proclives a desarrollar el SU son más jóvenes en conjunto. Nuestros resultados replican estos datos: el grupo con SU es significativamente más joven que el otro grupo: los 43 participantes con SU tienen entre 18 y 44 años, con una media de 31.84 años; mientras que la media del grupo “sin SU” es de 36.22 años.

- **Sexo:** considerando la variable sexo, vemos que la relación con el SU es también significativa, y ya en el grupo con SU encontramos más hombre que mujeres (73%). Sin embargo, nuestros resultados contradicen las investigaciones que describen una mayor prevalencia de sintomatología en las mujeres (OMS, 2001; Álvaro & Garrido, 1996; Alegría, Mulvaney-Day et al., 2007; Berry & Sam, 2006; Achotegui, 2002; Patiño & Kirchner, 2009; Barro, et al., 2004; Martínez, García, et al., 1996; Rodríguez, Lamborena et al., 2009; Cuéllar & Roberts, 1997; Rivera, 2007; Valiente, Sandínet al., 1996; Ritsner, Ponizovsky, et al., 2001; Ritsner & Ponizovsky, 1998b; Ritsner, 1998). La razón de esta discrepancia la vinculamos al papel que los roles de género ejercen sobre la forma con que se enfrenta la emigración, y concretamente a que la inmigración del Oriente Medio es de tipo masculino. Emigra el hombre sólo en busca de trabajo y la mujer lo hace por agrupación familiar, puesto que el trabajo tiene mayor impacto en los hombres por ser un rol central de la propia masculinidad, a modo de exigencia de género orientada a la instrumentalidad con la que no se encuentra la mujer, cuyo rol es eminentemente asistencial y subordinado al hombre. Por este motivo podemos afirmar que para la población inmigrante de origen árabe el SU se relaciona mayoritariamente con el hombre. Esta afirmación no niega la existencia de mujeres árabes que emigran solas, algo cada vez más frecuente dentro de la todavía minoría que representa. Para la mujer emigrar sin el apoyo ni la protección del varón y trabajar supone una independencia no sólo económica, una garantía de libertad personal lejos de la forzada tutela masculina que impone su cultura de origen, y poco a poco se van sumando mujeres a este viaje hacia la libertad personal que rompe con las ataduras de su cultura patriarcal (Soriano & Santos, 2002; Soriano, 2006; Oliver, Baraza & Martínez, 2008). No obstante, la propia cultura dificulta a las mujeres este paso y aún son pocas las que se atreven a darlo, pues supone enfrentarse a la tradición y a las propias raíces.

- Estado civil: tener hijos: respecto a estas variables, se confirma la existencia de una relación significativa de ambas variables con el SU. Entre aquellos inmigrantes que lo manifiestan predominan los solteros sin hijos, existiendo una proporción mayor de sujetos sin SU que viven junto a sus hijos. Estos datos apoyan estudios previos según los cuales las personas solteras que viven solas o bien con personas a las que no conocen manifiestan índices superiores de ansiedad ((Navarro & Rodríguez, 2003). Pero además ponen de manifiesto la importancia de las redes sociales y, especialmente, de la familia, como un factor de protección (Suárez-Hernández et al., 2011; Rivera, 2007; Montoro & López, 2013) que ayuda a superar las dificultades y a solucionar muchos problemas, siendo este tipo de apoyo generalmente el más fuerte. En general tener a familiares cerca reduce la ansiedad, estar junto a la familia permite compartir las experiencias y las dificultades, comunicarse con facilidad y confianza, y en el caso de la población inmigrante resulta particularmente beneficioso en el proceso de aculturación (Rivera, 2007). En el caso de los inmigrantes en situación de irregularidad, el apoyo sociofamiliar es un factor de protección muy importante contra la sensación de separación y pérdida por lo que ha dejado atrás y frente al esfuerzo de adaptación que le exige la nueva cultura (Achetegui, 2002; Navarro & Rodríguez, 2003). Todo ello se observa en el análisis cualitativo de los casos del perfil B; son los únicos en los que vemos cómo el estado civil y tener hijos tiene relación directa con el duelo por la familia (la soledad y la separación de los seres queridos, “que su cuerpo está aquí y su corazón está en su tierra”, como explica C: 21; el no poder ver a sus hijos (casos A:1, A:16 y A:18)... Todo este dolor se expresa con síntomas depresivos: tristeza y llanto en el caso de A: 19, no parar de llorar pensando en su hijo pequeño, llorando cada noche, caso de A: 27 o la tristeza de A: 12 por estar lejos de su familia.

- Nivel educativo: en nuestro estudio se observa que, en conjunto, los inmigrantes de la muestra han alcanzado un nivel educativo bastante alto, especialmente los del grupo “sin SU”, entre los que el 33.3% han alcanzado e incluso terminado la educación universitaria. En el caso de los inmigrantes con SU este porcentaje se reduce al 22.2%. Pero si en principio el nivel educativo constituye un recurso que debiera facilitar el encontrar trabajo y contribuir a resolver los problemas económicos, y además se considera se relaciona con la depresión (Rivera, 2007), actuando como factor protector ante esta, la relación no se cumple entre los inmigrantes con SU, a pesar de su nivel educativo. Como ya hemos explicado anteriormente, la crisis económica iniciada en el año 2007 está afectando a toda la población española y, en consecuencia, también al inmigrante, con independencia de su nivel educativo.
- Tiempo de residencia: también ha resultado significativa respecto al SU. Según nuestros datos, los integrantes del grupo "sin SU" llevan más tiempo residiendo en España (10.59 años de media respecto a los 3.47 años de los inmigrantes con SU), lo que nos lleva a considerar que se da una mayor frecuencia de dicho síndrome en los primeros años del proceso migratorio. Este dato apoya el planteamiento del estudio de Falces et al. (2008), según el cual el estrés aumenta en los inicios de la residencia en el país de acogida pero posteriormente va disminuyendo debido a los cambios en el nuevo contexto que llevan a un progresivo proceso adaptativo del inmigrante. Así, en los primeros años migratorios, debido a la acumulación de acontecimientos estresantes, habría un aumento del riesgo de padecer problemas psicológicos, tal como ha sido demostrado por algunos estudios (Breslau, Borges, et al., 2011; Bhugra & Jones 2001; Fuertes & Martín Laso, 2006; Engel & Agudo 2007; Pardo et al., 2007) y como se ha comentado con anterioridad, en el marco

teórico del presente trabajo: el estrés aumenta durante los primeros meses o años de residencia en el país de acogida, pero se reduce con el paso del tiempo (Ritsner & Ponizovsky, 1999; Ritsner & Ponizovsky, 1998; Khuwaja et al., 2007; Navarro & Rodríguez, 2003). De acuerdo a este planteamiento y según los resultados obtenidos en el presente trabajo, podríamos considerar que el periodo de vulnerabilidad psicológica se alarga dada la situación económica actual y las dificultades para mantener la situación administrativa y sociolaboral, favoreciendo que con el paso del tiempo estos estresores se potencien y el estrés sea acumulativo. No hay que olvidar que muchos de estos inmigrantes desarrollan auténticas odiseas en su viaje migratorio y que éstas duran años (Achotegui, 2002; 2004; 2006; 2008; 2009b).

- Situación laboral: constituye una de las variables más consistentes a la hora de explicar los problemas de salud mental de la población inmigrante (Beiser et al., 1993; Martínez, et al., 2005) y en nuestro estudio también se relaciona significativamente con la presencia del SU. Tener un trabajo estable exige tener la correspondiente situación jurídico-administrativa en regla, lo que explica que ambas variables estén relacionadas entre sí en la mayoría de los estudios. Los inmigrantes pertenecen a una clase social desfavorecida que los expone a un mayor número de sucesos estresantes a la par que disponen de un repertorio menor de recursos materiales y psicológicos, lo que contribuye a un deterioro psicológico. Por tanto, su control sobre el medio social es menor y sus estrategias de afrontamiento resultan más deficitarias y menos exitosas (Alvaro & Garrido, 1996). De todos modos, hay tener en cuenta que el mercado de trabajo español accesible a los inmigrantes es un mercado segmentado (Solé, et al., 2002; Pajares, 2009), y la mayoría de los inmigrantes ocupan los trabajos más rechazados por los españoles y menos cualificados (Martínez, et al., 2001), trabajos etiquetados como “ocupación de

inmigrantes”, en sectores como la agricultura, la construcción, el servicio doméstico, la hostelería, el textil y la confección (Moya & Puertas, 2008; Solé, et al., 2002). Dichos sectores, actualmente, son los más castigados por la crisis económica, especialmente el de la construcción, siendo directamente afectados los inmigrantes “sin papeles” o “con SU”. Las estadísticas sobre permisos de trabajo vigentes muestran que los trabajadores marroquíes sufren la inestabilidad laboral en mayor medida que otros colectivos de extranjeros (Pérez Díaz, et al., 2004).

- Práctica religiosa: por último, nuestros resultados muestran que no existen diferencias en práctica religiosa entre los inmigrantes que desarrollan el SU y los que no. Este dato apoya estudios previos según los cuales las creencias religiosas ejercen un efecto positivo sobre la salud (Othelia, Leea & Chana, 2009). Así, se podría considerar la práctica religiosa como un recurso psicológico utilizado para afrontar las diferentes situaciones sociales (Lazarus & Folkman, 1986) y nuestros resultados podrían reflejar el hecho de que el Islam, religión mayoritariamente practicada por los miembros de nuestra muestra, confiere una identidad cultural al penetrar en todos o casi todos los órdenes de la vida cotidiana y las relaciones sociales (Diez 2000: Pérez Díaz, et al., 2004). De este modo se explicaría que la práctica religiosa no diferencie en nuestro estudio entre las personas que manifiestan el SU y las que no, lo que va en la misma línea del estudio Navas et al. (2006), según el cual el 87% de los inmigrantes musulmanes practican la religión. El hecho se intensifica al compartir ambos grupos una problemática presente de la que es imposible desviar la mirada en la situación sociopolítica mundial, la “islamofobia” EUMC (2006). Dado que los inmigrantes musulmanes tienen menos éxito social y económico que los nativos (muchas veces incluso de su misma extracción social) y que el inmigrante promedio (Pérez Díaz, et al., 2004), los dos grupos de nuestro estudio, al autodenominarse

musulmanes, comparten los prejuicios y la discriminación, especialmente tras los atentados de Nueva York en 2001, y los posteriores en Madrid (2004) y Londres (2005) EUMC (2006). Dichos atentados provocaron un aumento de la distancia entre la sociedad occidental y la sociedad árabe, así como el rechazo a los musulmanes y la idea de que la fe y la práctica del Islam pueden ser incompatibles con las normas sociales o, incluso, con los derechos humanos en los países occidentales, como mostraron Planet & Moreras (2008). Es importante resaltar este resultado, porque al contrario de lo propagado por los medios de comunicación al incidir en el gran abismo cultural que se establece en occidente respecto al Islam, podríamos esperar que aquellos sujetos con una mayor práctica religiosa desarrollaran más sintomatología del SU al proteger sus creencias con una estrategia de separación.

Las variables sociodemográficas anteriormente discutidas apoyan la hipótesis de que el propio proceso migratorio y las condiciones de vida en el nuevo país se constituyen como factores de riesgo para la salud mental del inmigrante (Bhugra & Jones 2001), en interacción con la falta de disponibilidad de recursos materiales adecuados, que es lo que caracteriza a nuestro grupo con SU. Que no sea el caso de los sin SU sugiere que, probablemente, la urgencia por resolver las necesidades básicas prime sobre el lamento por lo dejado atrás, apoyando la opinión a Achotegui (2002) en su afirmación de que la migración se relaciona con patología, fundamentalmente si hay vulnerabilidad, y que es un factor de riesgo en salud mental, no una causa de patología.

Con nuestros resultados, por tanto, se comprueba que las variables utilizadas para describir las características sociodemográficas y psicosociales de los inmigrantes (estado

civil, situación legal, etc.) tienen mayor influencia en aquellos sujetos que presentan el SU en comparación con los que no lo desarrollan.

4.4 Síndrome de Ulises y variables premigratorias

Hipótesis 4: Existen diferencias de grupos entre los grupos con o sin Síndrome de Ulises en cuanto a las variables premigratorias, motivos de inmigración y experiencia migratoria previa. Las motivaciones del grupo “con SU” serán principalmente económicas; además tendrán un mayor número de experiencias migratorias anteriores en comparación con los inmigrantes “sin SU”.

Nuestros resultados nos permiten contrastar la **cuarta hipótesis**. En nuestro estudio, para todos los inmigrantes evaluados el “trabajo” y “económico” constituyen los motivos principales que promueven la inmigración, a fin de garantizar una vida digna para ellos y sus familiares en el país de origen, lo que supone una valoración negativa de estas condiciones en el mismo. A él se unen, en menor proporción, los motivos “pobreza” y “profesional”, relegando a un segundo término los motivos “enriquecerse”, “aventura” y “desarrollar el país”. Cabe señalar que cada uno de los motivos citados se intensifica en el grupo de los inmigrantes con SU, mostrando diferencias estadísticamente significativas respecto al otro grupo, resultados que contrastan los ya señalados por otros estudios (e.g., Zarza & Parados, 2007; Boneva & Frieze, 2001; Sánchez & López, 2008; Khalaf, 2003; San Juan et al., 2005; Pajares, 2008; Díez-Nicolás, 2005; Dávila-Quintana, & López-Valcárcel, 2009). Concretamente, la gente emigra por varios motivos, pero siempre hay uno común, el de la esperanza de mejorar su situación socioeconómica. Para poder mejorar hay que obtener recursos económicos, trabajar y salir de la pobreza, constituyendo así las tres razones

principales para la mayoría de los inmigrantes que salen de sus países con el objetivo común de obtener un futuro mejor (Basabe et al., 2004; Martínez-Taboada, Arnosó, Elgorriaga 2006; Boneva & Frieze, 2001). Como decimos, nuestros resultados confirman estos datos y los describen como factores intrínsecos al hecho migratorio.

Desafortunadamente, la mayoría de los inmigrantes encuentran una situación muy difícil y una realidad diferente a la que soñaban (Achotegui, 2002; 2009b). Para estos inmigrantes el empleo es un objetivo principal para garantizar una vida digna para ellos y sus familiares en el país de origen, como hemos constatado en nuestros resultados: el estudio cualitativo ha mostrado que en nuestra muestra el motivo económico es el motivo migratorio principal, y a la vez ha mostrado que el grupo con SU no ha alcanzado el principal objetivo planteado antes de emigrar, lo que contribuiría a llevarlos a sentimientos de tristeza.

Respecto a otros motivos migratorios posibles, cabe señalar en concreto una diferencia significativa entre ambos grupos respecto a “aventura”. Salir de la pobreza en que se hallan en el país de origen, buscar trabajo en un país nuevo con el fin de mejorar la situación económica... requiere de mucha voluntad, pero también de un espíritu aventurero para lograr este objetivo mediante el cual ser capaz de obviar las posibles dificultades que supondrá la migración, como pueden serlo el estar en situación ilegal en el país de acogida, no encontrar trabajo, tener dificultades con el idioma, etc. En este sentido se puede valorar el hecho de que sean los inmigrantes con SU los que, significativamente respecto al grupo sin el síndrome, se identifiquen más con el contenido aventurero de la migración y, por tanto, dicho motivo sea uno de los que les caracteriza.

Sin embargo, el motivo “reagrupación familiar” ha caracterizado significativamente la muestra de inmigrantes sin SU respecto al grupo que manifiesta dicho síndrome. En el

presente estudio la reagrupación familiar se refería a la reagrupación o reencuentro con hijos y cónyuges, y recordemos que era el grupo sin SU el que más se caracterizaba por estar casado y tener hijos, lo que explica que mayor sea esta necesidad entre ellos sugiriéndose, además, que dicha reagrupación constituya, a su vez, un factor más de protección ante el estrés crónico y sostenido.

En general, como hemos señalado antes, la emigración de origen árabe es de tipo masculino, como también se observa en la muestra de nuestro estudio, en la que hemos constatado una relación significativa entre “sexo” y SU, de manera que éste es significativamente menos frecuente entre mujeres. Los contenidos de género vinculados a la cultura árabe explican en parte que la mayoría de las mujeres emigren acompañando al hombre, “marido o padre” (Soriano & Miras, 2006; Khalaf, 2003), lo que a su vez lleva a estas mujeres a tener mayor dependencia del hombre en la nueva sociedad (Sayed-Ahmad, Río & Fernández, 2008). Sin embargo, esto no debería afectar severamente a la salud mental de estas mujeres inmigrantes, dado que el motivo de reagrupación familiar, y no el de trabajo, que es el que caracteriza a los hombres mayoritariamente, evitaría a las mujeres enfrentarse a muchos estresores laborales, económicos y legales -como los permisos para “residir y circular libremente” en el país al cual emigran-, disminuyendo así la probabilidad de desarrollar el SU, según se entiende éste. Además, como ya hemos señalado, el ser reagrupado se manifiesta como un posible factor protector contra el SU.

Siendo la reagrupación familiar tan importante según nuestros resultados, el hecho de tener familiares en España, consecuentemente, se plantea también como otro posible factor protector. En nuestro estudio el grupo “sin SU” tienen más familiares en España que el grupo “con SU”. Al parecer, tanto reagrupación familiar como tener familiares ya en el país receptor

constituyen motivos que empujan a la emigración pero a su vez se erigen como una red social protectora en dicho país receptor, dado que tener familiares cerca reduce la ansiedad (Boneva & Frieze, 2001). Estar junto a la familia permite compartir las experiencias y las dificultades, y comunicarse con facilidad y confianza, reduciendo la ansiedad, como señalábamos (Rivera, 2007). Ya es sabido que los motivos migratorios son muy complejos, que se requiere profundizar aún más en ellos, pero nuestros resultados, aun apoyando la idea de que constituyen una combinación multifactorial en la que se entremezclan los motivos económicos, familiar, políticos biológicos, psicológicos, culturales, etc., ponen de manifiesto que son los motivos económicos y la esperanza de mejorar su situación socioeconómica los que claramente empujan más a la gente a emigrar (Boneva & Frieze, 200; Barrola-Armendariz et al., , 2007; Malgenini & Giménez, 2000; Zarza & Parados, 2007).

4.5 Síndrome de Ulises y actitud de aculturación general

Hipótesis 5: Existen diferencias significativas entre los grupos con o sin Síndrome de Ulises con relación a la actitud de aculturación general: el grupo “con SU” se sentirá más marginado y menos integrado.

Como indican nuestros resultados de la **quinta hipótesis**, existen diferencias entre nuestros dos grupos en el modo de enfrentarse al proceso de aculturación. El grupo “sin SU” manifiesta una mayor actitud de integración, mientras que el grupo “con SU” manifiesta actitudes más intensas de separación y marginación que de integración. Pero existe además una diferencia significativa entre ambos en cuanto al nivel de aculturación general logrado, que consecuentemente es mayor entre los inmigrantes sin SU. Los resultados van en la misma dirección que las investigaciones desde el modelo del estrés y aculturación, según las cuales se ha observado que las situaciones de estrés más agudo son las más relacionadas con las

estrategias de separación y marginación, mientras que la integración se ha asociado a un nivel de estrés menor (Berry et al., 1987; Martínez, García & Martínez, 2004).

En nuestro estudio, en el grupo de inmigrantes con SU, como mostró el análisis cualitativo, predomina el miedo a ser detenido y expulsado de España. Esto hace que los inmigrantes se vean obligados a vivir escondidos y con frecuencia sólo salen a la calle por la noche, como explicaron los casos A: 10, A: 24, A: 19 o A: 15, quien narra que una vez lo detuvo la policía y lo trató muy mal por ser irregular. En consecuencia, muchos de estos inmigrantes viven aislados, expuestos de este modo a una situación de estrés más aguda por su situación “ilegal”, intensificada además por el sufrimiento psicológico derivado de situaciones de exclusión social a las que suelen enfrentarse. Es un hecho constatado que para los inmigrantes indocumentados el contacto diario con la sociedad receptora, las demandas del medio y todas las situaciones que pueden ser consideradas como estresantes, les somete a un alto nivel de estrés sostenido (Martínez et al., 2004). En otras palabras, estos inmigrantes viven el “estrés de aculturación”, que es una consecuencia directa del proceso migratorio en situaciones difíciles (Berry et al., 1987). Por tanto, consideramos que es probable que recurran a estrategias de aculturación del tipo separación y marginación como un posible medio para apartarse de una fuente de estrés crónico. Cabe añadir además que el grupo con SU lleva menos tiempo en el país de acogida que el otro grupo y, como sabemos, en la primera etapa del proceso aculturación los inmigrantes mantienen una estrategia de “separación”, consecuencia de la adquisición de conocimientos acerca de la cultura de acogida y de las relaciones mantenidas con ella, pero con el tiempo cambian sus estrategias hacia la “integración”, o incluso hacia la asimilación (Navas et al., 2010).

Continuando con lo anterior, esta exposición al estrés podría relacionarse con la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en los inmigrantes “con SU”, así como ocurre en cualquier grupo sometido a un estrés crónico y sostenido (Rebolloet al., 2011; OMS, 2001). En los inmigrantes en particular, estos estresores son vividos de manera más intensa, por ser además “múltiples”; para ellos tanto los estresores del contexto sociocultural, como los del contacto personal, el idioma, la nueva cultura... son especialmente estresantes – y ya hemos señalado anteriormente que el idioma en particular constituye una fuente de estrés para los inmigrantes de origen árabe-. En definitiva, la inmigración sitúa a las personas en una situación de riesgo psicosocial, pues requiere de ellas un reajuste en casi todos los ámbitos de su vida (Martínez, 2005).

Conjuntamente, nuestro análisis ha demostrado, mediante las dos preguntas de aculturación, que sí existen diferencias significativas entre las actitudes hacia la participación en la sociedad de acogida. Los inmigrantes "sin SU" presentan niveles más altos de participación en la sociedad de acogida, es decir se “integran más”, no evitan la cultura receptora, porque aparentemente no significa para ellos una fuente de estrés perturbadora. Consideramos que esta actitud tiene una gran relación con su situación de legalidad.

4.6 Síndrome de Ulises y estrategias/actitudes de aculturación por ámbitos

Hipótesis 6: Existen diferencias significativas entre los grupos con o sin Síndrome de Ulises en cuanto a las estrategias de aculturación: en el “plano real”, los inmigrantes “con SU” tenderán a la “marginación”, y en el “plano ideal” tenderán la integración, a diferencia de los “sin SU”, quienes tentarán la integración tanto en el “plano real como en el “plano ideal.

Esta **sexta hipótesis** ha sido contrastada. Nuestros resultados confirman el claro dominio de la estrategia de “integración” para el grupo sin SU tanto en las estrategias de aculturación del “plano real” como en las actitudes de aculturación del “plano ideal”, para los ámbitos “tecnológico”, “económico” y “social”. En general estos resultados van en la misma línea de estudios previos según los cuales la estrategia más deseada, es decir a lo que aspiran los inmigrantes, es la integración, siendo la menos deseada la marginación (e.g., Navas, García et al., 2006; Navas et al., 2004; Martínez-Taboda et al, 2006; Sabatier & Berry 1996). A través del contacto diario con la sociedad de acogida los inmigrantes añaden nuevos elementos a su propia cultura y aportan elementos culturales a la sociedad receptora, como hacen los inmigrantes sin SU.

Sin embargo, si nos centramos en las estrategias de aculturación en el “*plano real*”, el análisis de los datos confirma que la integración es la opción más preferida por ambos grupos tanto en el ámbito “Trabajo” como en el ámbito “Económico”, aunque los resultados del estudio de Navas et al. (2004), según el cual la asimilación es la estrategia preferida por los marroquíes en los dos ámbitos citados. En nuestra opinión para llegar a la asimilación se ha de pasar primero por la integración, por lo que podemos decir que tanto la asimilación como la integración son las dos estrategias preferidas por los inmigrantes especialmente en estos dos ámbitos.

Respecto a los ámbitos centrales “Ideológico”, “Forma de pensar” y “Familiar” ambos grupos optan por una estrategia de “separación”, confirmando los resultados de estudios previos (e.g., Navas et al., 2004; 2010; Navas, Rojas et al., 2007; Navas et al., 2006; Salvador, Pozo & Alonso, 2010; Arends-Tóth & Van de Vijver, 2003). Cabe considerar que el proceso migratorio oscila desde cambios fáciles de alcanzar hasta cambios muy

complejos, produciendo estrés de aculturación que se manifiesta por la incertidumbre, la ansiedad y la depresión. Estos ámbitos centrales constituyen el “núcleo duro” de la cultura, algo muy difícil de cambiar aunque la persona lleve muchos años viviendo en una nueva sociedad. En el ámbito “social” el grupo sin SU opta por una estrategia de integración, en cambio el grupo con SU opta por una estrategia de marginación que supone ausencia de contacto con la sociedad receptora o un contacto con la sociedad de origen muy limitado, debido a la situación de irregularidad, la precariedad laboral, las condiciones de vivienda, la falta de soporte sociofamiliar, etc.

Lo comprobamos en el análisis cualitativo: al no tener una vida familiar ni un trabajo estable, el inmigrante no tiene contacto diario con la sociedad receptora ni mucho contacto con la sociedad de origen. Muchos factores contribuyen a ello, pero como ya hemos señalado, el desconocimiento del idioma es uno de los más importantes e influye de forma notable en el proceso de integración, al limitar el contacto y la comunicación con los españoles, como se ve en los casos A:5, A:10, A:2.. Otro motivo es el miedo a la policía, por ser detenido y expulsado de España, como expresan los casos A: 24 y A: 10. Estos inmigrantes son personas que viven aisladas, salen a la calle por noche para comprar o ir al locutorio para hablar con la familia (A: 12, A:30, A:15, A:29, A:16 y A:22): son personas que viven en situaciones generalizadas de indefensión. Nuestros resultados, en consecuencia, apoyan los estudios de Achotegui y su definición de SU (Achotegui; 2002; 2006; 2998; 2009a; 2009b).

Todo ello, en la línea de estudios previos (e.g., Navas et al., 2001; 2004; 2005; 2006; Navas & Cuadrado, 2003; Salvador, Pozo & Alonso, 2010), nos permite plantear que no existe una única estrategia y/o actitud de aculturación, que éstas van desde lo más periférico a la cultura, como el ámbito político, el laboral y el económico, a lo más central o núcleo duro

de la cultura, como el ámbito familiar, religioso y de formas de pensar, pasando por ámbitos intermedios como el ámbito social.

Respecto a las actitudes de aculturación, coinciden los datos de ambos planos, *real* e *ideal* (que refiere las actitudes que los inmigrantes adoptarían si pudieran elegir libremente): los resultados muestran que ambos grupos optan por la integración en los ámbitos “trabajo”, “social” y “económico” pero coinciden en la separación en los ámbitos ideológicos: “forma de pensar y valores”, “religión” y “familia”. La diferencia entre el plano real e ideal para el grupo sin SU, no indica una gran distancia entre lo que los inmigrantes perciben que están haciendo en la sociedad receptora y lo que les gustaría hacer si pudieran elegir. En cambio en el grupo con SU se observa en el ámbito social una gran diferencia entre el plano real, “marginación”, y el plano ideal, “integración”, lo que coincide lo propuesto por Navas et al., (e.g., Navas et al., 2004). El único ámbito en el que predominan estrategias de asimilación para ambos grupos es el del “sistema político”. Posiblemente esta opción obedezca a que hay unanimidad en la valoración positiva de un sistema sustentado en la democracia y las libertades individuales, lo que Navas et al. (2004) interpreta como una estrategia de integración.

Respecto el análisis de cada ámbito psicosocial por separado, constatamos en conjunto diferencias significativa entre permeabilidad de los límites y SU, así como con el contacto con los miembros del exogrupo. Los inmigrantes "sin SU" indicaron que podían establecer contacto con la población española, lo que facilita su adaptación al entorno, tal y como han señalado diferentes estudios, junto con el hecho de que dicho contacto con la población autóctona correlaciona negativamente con el estrés (Berry et al., 1987). No obstante los inmigrantes con SU no manifiestan lo mismo. Una explicación plausible lo relaciona con el hecho de que, por lo habitual, los inmigrantes viven en zonas y barrios marginales y ocupan

los lugares más bajos en la escala social. En estos lugares existe una buena relación entre ellos, que consolidan lazos formando grupos entre ellas, sin apenas relacionarse con los vecinos autóctonos. Todo eso explica porque, en el análisis cualitativo, el grupo con SU se caracteriza por vivir junto con inmigrantes árabes en un entorno donde mantienen las tradiciones, como alimentos, vestido, lengua, mobiliario e incluso contacto con su cultura de origen a través de la televisión (vía parabólica). En este sentido la transmisión de su cultura de origen y costumbres puede llegar a un grupo homogéneo, dentro de su espacio privado, por lo tanto se reproduce una cultura totalmente diferente a la que caracteriza la sociedad de acogida.

4.7 Síndrome de Ulises y personalidad

Hipótesis 7: Existen diferencias de medias entre ambos grupos respecto a los rasgos de personalidad, concretamente se espera que el grupo “con SU” se caracterizará por puntuaciones en Neuroticismo significativamente más altas respecto al grupo sin Síndrome de Ulises.

Nuestros resultados confirman **la séptima hipótesis**: la única dimensión en la que existen diferencias significativas entre ambos grupos es la de Neuroticismo. Los valores medios de las dimensiones Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad no presentan diferencias estadísticamente significativas, según los análisis realizados, por lo que no se puede establecer una diferencia esencial en la estructura de personalidad de los inmigrantes en función de expresar o no el SU.

Concretamente el grupo “con SU” muestra una puntuación media en la dimensión Neuroticismo significativamente superior a la del grupo “sin SU, ya que el síndrome se caracteriza por poseer un conjunto de síntomas del área depresiva, ansiosa, somática y

confusional, en el que se pueden presentar hasta diez síntomas, pero no constituye ninguna enfermedad ni trastorno. Los síntomas no pueden entenderse sin el contexto que provocan su aparición, que se ubica en el ámbito social, dejando poco margen de acción a la persona (Achotegui, 2002, 2006, 2009a). Así, la relación entre Neuroticismo y SU era de esperar, considerando que tanto esta dimensión de personalidad como las otras cuatro han sido evaluadas mediante el NEO FFI, diseñado para personalidad normal, no patológica, y según el cual una puntuación elevada en Neuroticismo indica únicamente disposición o vulnerabilidad de la persona al desarrollo de cuadros psicológicos caracterizados por estrés, ansiedad y/o rasgos depresivos, pero no afirma dicha consecuencia. Por lo tanto, considerando todos los estresores presentes en el entorno de los inmigrantes junto con una disposición temperamental, podemos afirmar que son más vulnerables al desarrollo de estrés, ansiedad y depresión, de acuerdo con lo planteado en los trabajos de Achotegui (2002, 2004, 2006, 2009b). Todo ello queda también demostrado en nuestro análisis cualitativo, según el cual los síntomas que presentan los inmigrantes no son sino respuestas adaptativas comunes a todos los seres humanos ante situaciones extremas.

En cuanto a las otras dimensiones de personalidad evaluadas, cabe destacar que en general la muestra se caracteriza por una puntuación alta en la dimensión de Responsabilidad, lo que describe a los inmigrantes con un alto grado de responsabilidad que les permite desarrollar bien el trabajo. Las personas trabajadoras, responsables, organizadas...tienden a tener más experiencias positivas y menos experiencias negativas porque estos rasgos fomentan el éxito social y se relacionan con el logro. Según Pervin (1998) en conjunto los rasgos implícitos en esta dimensión de personalidad contribuyen a una vida con más influencias cotidianas edificantes y menos disputas en el contexto interpersonal. No obstante, en nuestra muestra la dimensión Responsabilidad no se relaciona significativamente con el

SU, por lo que no caracteriza específicamente a los inmigrantes que forman parte de este grupo.

También constatamos una puntuación alta en la dimensión Amabilidad y, en menor medida, Extraversión; siendo las menores puntuaciones las correspondientes a las dimensiones Apertura y Neuroticismo. Por tanto, nuestra muestra describe un perfil de inmigrantes caracterizados por rasgos correspondientes a Responsabilidad y Amabilidad – según los autores del modelo de personalidad aplicado, muestran tendencias hacia el orden, el sentido del deber, la necesidad de logro, la autodisciplina, la eficiencia, la voluntad, el control de impulsos, así como hacia la franqueza, la actitud conciliadora, la modestia, la sensibilidad hacia los demás...-, y en menor medida Extraversión. Sin embargo, hemos de señalar que una importante limitación de nuestro estudio es que no disponemos de unos datos normativos de la población árabe para poder evaluar las puntuaciones de nuestra muestra.

4.8 Síndrome de Ulises, personalidad y sexo

Hipótesis 8: Existen diferencias en cuanto al Síndrome de Ulises y los factores de personalidad en función del sexo: las mujeres con Síndrome de Ulises puntuarán más bajo en Neuroticismo.

Con relación a los resultados en términos de personalidad y sexo se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los hombres y mujeres de la muestra estudiada, según las cuales las puntuaciones de los hombres con SU superaron a las mujeres en el valor medio de la dimensión Neuroticismo. Este resultado era esperable, dado que en el grupo con SU hay más hombres que mujeres y éstos han emigrado por motivo económico principalmente. Como ya hemos indicado previamente, por lo general en la cultura

árabe la mujer emigra acompañando al hombre, marido y/o padre. Hay que tener presente que la cultura tradicional árabe confiere al hombre la mayor autoridad, tanto moral como efectiva, así como la máxima capacidad de decisión, estando la mujer obligada a obedecerle. Aunque la crisis económica se tradujera para los hombres en una pérdida del 33% de los puestos de trabajo en tanto que las mujeres lograron un balance moderadamente positivo (Loé 2012), los hombres son los que deben afrontar los estresores económicos, por imperativo cultural y de género. Por tanto, son ellos los que más estrés experimenta, lo que se refleja en sus altas puntuaciones en Neuroticismo respecto a las mujeres inmigrantes. Estas particularidades de la cultura árabe contribuyen a entender unas características que, en principio, pudieran parecer contradictorias con una revisión de la literatura sobre Neuroticismo, según la cual son las mujeres, en conjunto, quienes manifiestan más estrés que los hombres (Álvaro & Garrido, 1996; OMS, 2001) y se considera que son más vulnerables a los estresores que ellos (Berry & Sam, 2006; Achotegui, 2002; Patiño & Kirchner, 2009). Pero como hemos indicado, entre los inmigrantes de origen árabe son los hombres quienes tienen que afrontar los diferentes estresores, especialmente económicos y laborales, mientras que las mujeres inmigrantes de origen árabe se concentran básicamente en el rol de amas de casa, lo que en apariencia las protege de esa fuente de estrés respecto a los hombres, o al menos se ven expuestas de forma indirecta. Nuestros propios datos confirman esta situación: el 32.4% de las mujeres de la muestra son amas de casa y muy probablemente sus motivos migratorios fueran la reagrupación familiar. En cambio los datos del análisis cualitativo, con catorce mujeres, indican que trece de ellas emigraron por motivo económico, con excepción del caso del perfil B, cuyo motivo fue político. Este análisis indicó, además, que la mayoría de estas mujeres trabajan en la limpieza, una actividad de pocas horas y mal pagado, como describen los casos A:11, que trabaja en la limpieza dos horas el día, o el caso A:19, quien también trabaja en la limpieza por 4 euros a la hora.

4.9 Análisis del perfil de característico del inmigrante de origen árabe

Debido a la falta de los estudios y bibliografía en el campo de personalidad e inmigración, se ha intentado buscar un perfil de personalidad del inmigrante árabe. Con ello no pretendemos dar a entender que el inmigrante tenga unas características de personalidad diferentes o exclusivas, sino que pretendemos explorar si hay determinados factores de personalidad que contribuyan a tomar la decisión de emigrar, en asociación con otras variables, y si en el nuevo contexto hay rasgos que facilitan el proceso de aculturación más que otros. Por tanto, se trata de una aproximación al esbozo de un perfil del inmigrante de origen árabe a partir de los datos de que disponemos. Como referente, hemos de hacer mención a los estudios de Boneva (Boneva & Frieze, 2001; Boneva et al, 1998), según los cuales los inmigrantes tienen un mayor rendimiento en el trabajo, mayor motivación de poder y menos apego a la familia que los que deciden quedarse. Estos rasgos, unidos a otros factores psicológicos entre los que destacamos el poseer un yo más fuerte y capacidad para afrontar riesgos -como la soledad que sufrirá quien emigra, considerando que la capacidad de estar solo es uno de los rasgos más importantes de madurez en el desarrollo emocional (Grinberg & Grinberg, 1984).

Variables sociodemográficas y personalidad. Para dar respuesta a este planteamiento se realizó un análisis correlacional entre los factores de personalidad medidos y las variables sociodemográficas. Los resultados muestran una correlación significativa y negativa únicamente entre *Neuroticismo*, N, y el tiempo de estancia en España. Como ya demostrara la séptima hipótesis de nuestro trabajo, cuanto menos tiempo de residencia lleva el inmigrante mayor puntuación muestra en Neuroticismo, mostrando así posiblemente una intensificación de alguno de los rasgos de esta dimensión debido a los estresores que está viviendo estos emigrantes. En cuanto al tiempo de escolaridad, la única dimensión que ha correlacionado

positiva y significativamente con dicha variable es Apertura, O, apoyando lo propuesto por estudios previos sobre inteligencia, personalidad y rendimiento académico, según los cuales esta dimensión de personalidad es un posible factor predictivo del rendimiento académico y de la inteligencia (e.g., Farsides & Woodfield, 2002; Caprara et al., 2004). Recordemos que Apertura describe una dimensión de personalidad que ha sido objeto de fuertes controversias entre los teóricos de la personalidad, dado que tiende a describir a personas con muchos intereses, abiertas, y refiere a un contenido intelectual que, sin ser sinónimo de inteligencia, podemos entender que facilita la escolaridad y favorece el rendimiento académico –y en nuestra muestra una gran proporción de participantes tenían estudios universitarios-. No obstante, la dimensión Responsabilidad, que la literatura previa sugiere también muy relacionada con el rendimiento académico (e.g., Blickle, 1996; Busato et al., 1999; Costa & McCrae, 1999) no mostró en nuestra muestra una asociación significativa con años de escolaridad. Al no haber establecido en nuestro estudio medidas de rendimiento académico específicas ni de inteligencia, nuestros resultados no nos permiten ahondar más en esta cuestión, tan sólo señalar que no es un dato habitual. Por otro lado, ninguna de las dimensiones de personalidad evaluadas mostró una relación significativa estadísticamente con el grado de práctica religiosa, de hecho todas las correlaciones observadas son muy bajas y, con excepción de Neuroticismo, inversas.

Motivos migratorios y personalidad. En cuanto los motivos migratorios y personalidad, las correlaciones observadas son bajas pero algunas de ellas, estadísticamente significativas. Así se constata que la dimensión Neuroticismo correlaciona significativa y positivamente con los motivos económicos, riqueza y trabajo, es decir, tres motivos que reflejan un estresor común referido a unas situaciones de vida precarias en el país de origen, que empujan al inmigrante a tomar la difícil decisión de abandonar su país a fin de solucionar

esos problemas. Las puntuaciones altas en Neuroticismo nos permiten entender, además, que dichos problemas se experimenten con mayor intensidad, al amplificarse la preocupación ante ellos y tender a reacciones emocionalmente negativas ante situaciones estresantes. El motivo de trabajo también correlaciona, pero negativamente, con las puntuaciones en Extraversión y en Apertura, lo que nos remite a personas más reflexivas y rígidas, que hacen planes a largo plazo y no toman decisiones de forma impulsiva, luego el proyecto migratorio puede entenderse, para este motivo y en términos de rasgos de personalidad, más como resultado de una combinación del estrés vivido por la falta de trabajo en el país de origen, con todas sus manifestaciones en la persona, y el resultado de una reflexión y planificación por parte del inmigrante, acuciado por la ansiedad que le representa la situación vivida.

Cabe señalar que la dimensión Amabilidad ha presentado correlaciones significativas, inversa con el motivo político y directa con el de reagrupación familiar. Los rasgos que definen esta dimensión describen una tendencia a la empatía, la sensibilidad hacia los demás, el altruismo, la franqueza en las relaciones interpersonales... lo que explica la importancia concedida al grupo de referencia, el familiar, con el que establecen vínculos a los que no parecen dispuestos a renunciar por la distancia, real y simbólica, impuesta por la inmigración. Caracterizarse por puntuaciones altas en Amabilidad, por tanto, implica una mayor valoración del motivo de reagrupación con los seres queridos, en comunión con los rasgos que define la propia dimensión de personalidad. La relación inversa con el motivo político podría relacionarse, sin embargo, con la distancia emocional que puede implicar el estamento del gobierno y sus contenidos, no directamente orientados a las personas, que es lo que valoraría la dimensión A como un contenido específicamente caracterial.

Estrategias y actitudes de aculturación y personalidad. En cuanto a estrategias y actitudes de aculturación, atendiendo a la muestra general a fin de obtener un perfil del inmigrante de origen árabe, constatamos una correlación significativa e inversa entre Neuroticismo, actitud general de aculturación y estrategias y actitudes tanto en el ámbito de trabajo como en el económico, así como para las estrategias de relación social. Estos resultados vanen la misma línea de las explicaciones anteriores, en las que ya indicábamos que la media del grupo con SU superaba la del grupo sin dicho síndrome.

Respecto a la dimensión de Extraversión, se constata una relación, en conjunto débil pero significativa y positiva, con la actitud general de aculturación y las estrategias en el ámbito tecnológico, así como con las actitudes también en los ámbitos tecnológico, social y político; todas ellas correlaciones esperables según han mostrado estudios previos (e.g., Kotic, 2006). Recordemos que el ámbito tecnológico hace referencia a la conjunto de procedimientos del trabajo (trabajo realizado, herramientas y maquinaria que se emplean, horario de trabajo, etc.), con lo que una puntuación alta en Extraversión podría favorecer el desempeño en general, tanto por estrategias como por actitudes, mediante los rasgos de asertividad y dinamismo, entre otros, que la caracterizan. En cuanto a las actitudes en el ámbito social, referidas a las relaciones y redes sociales que mantiene la persona fuera de la familia, se ven favorecidas por la dimensión de Extraversión en lo que respecta a los rasgos de sociabilidad y necesidad de contacto social, la tendencia a hablar con otras personas y, en conjunto, la necesidad de estímulos sociales, por lo que no sorprende que represente una de las correlaciones más altas del conjunto de dimensiones de personalidad.

La dimensión Apertura mostró correlaciones significativas y directas con las estrategias y la actitud en el ámbito social. Las tendencias comportamentales que caracterizan

esta dimensión y a las que nos hemos referido previamente, esa apertura generalizada hacia los estímulos tanto internos como externos, la novedad, el conocimiento, etc., favorecen de nuevo el desempeño de los inmigrantes en el ámbito social, como indican nuestros datos.

En cuanto a la dimensión de Amabilidad, se constata una relación significativa y directa con las estrategias en el ámbito tecnológico, económico, familiar y social, así como con la actitud en el ámbito político. Como también antes detallábamos, los rasgos implícitos en esta dimensión, como empatía, honestidad, cordialidad en las relaciones interpersonales... favorecen consecuentemente las estrategias adaptativas aplicadas por los inmigrantes en los ámbitos antes señalados.

Por último, la dimensión Responsabilidad presenta correlaciones significativas y directas únicamente con las actitudes en los ámbitos social y político, ambos ámbitos periférico o públicos, donde se produce mayor cambio cultural y para los que la estrategia preferida es la integración o la asimilación. Posiblemente obedece a que hay unanimidad en la valoración positiva de libertad y democracia, pudiéndose interpretar como estrategia de integración (Navas et al., 2004).

Considerando la presencia o ausencia del Síndrome de Ulises y, por tanto, analizando las correlaciones entre personalidad y estrategias/actitudes de aculturación, varían las correlaciones. En el caso del grupo sin Síndrome de Ulises, estas se reducen a una correlación significativa e inversa entre Neuroticismo y estrategias en el ámbito político; correlación positiva y significativa, de valor medio, entre Extraversión y estrategias en el ámbito tecnológico y social y en actitud en el ámbito social y, por último, correlación positiva y

significativa de Amabilidad con las estrategias en el ámbito económico. En cambio, en el grupo con Síndrome de Ulises las correlaciones coinciden más con los resultados constatados en la muestra general: para Neuroticismo, asociaciones significativas e inversas con estrategias en los ámbitos político, económico y social, y con actitud en el ámbito tecnológico. Para Extraversión, correlaciones significativas y positivas con actitud general de aculturación y actitud en los ámbitos social y político. Respecto a Apertura, correlación positiva y significativa con estrategias y con actitudes en el ámbito social; para Amabilidad, correlaciones positivas con estrategias en los ámbitos tecnológico y social, y actitudes en los ámbitos ideológico, forma de pensar y político. Por último, la dimensión Responsabilidad presenta una correlación significativa y positiva con la actitud en el ámbito político. Como era de esperar, en el grupo con Síndrome de Ulises se evidencia el mayor peso de la dimensión Neuroticismo en particular, pero también de las otras dimensiones –con excepción de Responsabilidad- en las estrategias y actitudes de aculturación. Si bien el Neuroticismo media de modo que puntuaciones más elevadas interfieren con las distintas estrategias y actitudes señaladas previamente, el resto de dimensiones implica que a mayores puntuaciones, mejores desempeños en los distintos ámbitos comentados, y que todo ello, repetimos, se intensifica en los inmigrantes que han desarrollado el Síndrome de Ulises.

Perfil del inmigrante con Síndrome de Ulises

En resumen, se podría concluir que el inmigrante con Síndrome de Ulises corresponde a un varón joven, sin antecedentes de trastornos mental previos a la inmigración. El análisis cualitativo mostró que es una persona sana, con una buena salud física y psíquica. Pero sobrevivir en condiciones precarias pueden repercutir negativamente en su estado de salud mental, y ello es lo que recogen nuestros resultados, en consonancia con estudios previos (e.g., Pérez, 2008; Ochoa, et al., 2005). En nuestra muestra, alrededor del 91% de los

inmigrantes son hombres, solteros, que han emigrado por motivos económicos, llevan alrededor de 6 años en España y tienen un nivel de estudios a nivel secundario. En el país de acogida la situación jurídico-administrativa y la falta de oportunidades son los principales estresores con los que se enfrenta, contribuyendo a un reducido contacto con la sociedad receptora, lo que le lleva a optar por una estrategia de marginación.

Finalizamos la discusión destacando que nuestro análisis de datos ha mostrado que el SU es una situación de desamparo debido a irregularidad documental y la pérdida del apoyo social y familiar. El mismo estudio ha mostrado que los inmigrantes con mayor soporte social y contacto con familiares cercanos tendrían menor incidencia depresiva: el apoyo sociofamiliar actúa de efecto protector ante los estresores.

5. CONCLUSIONES

El trabajo sobre el que se ha basado la presente tesis doctoral ha tenido como principal objetivo profundizar sobre el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, descrito por J. Achotegui en 2002, y también conocido como Síndrome de Ulises “SU” (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros en un largo viaje, lejos de su hogar y de sus seres queridos). Se caracteriza por padecer determinados estresores o duelos y un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos producidos por las condiciones de vida derivadas de proceso migratorio que se enmarcan en el área de la salud mental.

Desde la perspectiva psicológica se considera que la inmigración es un acontecimiento como todo cambio, supone una parte de estrés o duelo, un duelo que da en menor o mayor en todo el proceso migratorio, pero cuando este fenómeno psicológico se presenta en el contexto actual de la crisis económica que ha añadido nuevas y dolorosas adversidades a los inmigrantes, convirtiendo la inmigración de un hecho natural a un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos, incrementando las dificultades de elaboración del duelo migratorio. Este sería el aspecto negativo que conlleva la emigración, expresado en el Síndrome de Ulises. Pero la inmigración también tiene un aspecto positivo, al constituirse como un factor de enriquecimiento y diversidad cultural, una oportunidad de conocer nuevas culturas o la posibilidad de mejorar no solo económica sino también intelectualmente si las condiciones son favorables, como es el caso de los inmigrantes sin Síndrome de Ulises.

A partir de los resultados más significativos que hemos comentado en la Discusión, destacamos a modo de conclusiones lo siguiente:

En primer lugar, nuestro estudio nos permite confirmar que las principales causas del Síndrome de Ulises son el estrés psicosocial y el estrés por aculturación. La situación administrativa “sin permiso de trabajo ni de residencia” –la que caracteriza a los inmigrantes denominados “sin papeles”-es, concretamente la variable más directamente relacionada con la presencia del SU y un importante facilitador de la aparición de la sintomatología asociada con dicho síndrome.

Otra variable especialmente significativa es la falta de apoyo social de tipo familiar, que caracteriza a la mayoría de participantes con Síndrome de Ulises. Los estresores de Ulises tienen estrecha relación con la presencia de la sintomatología de Ulises: la separación forzada de los seres queridos, el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades, la lucha por la supervivencia (dónde alimentarse, dónde encontrar un techo para dormir) y el miedo, el terror que se vive en los viajes migratorios (pateras, ir escondidos en camiones...), las amenazas de las mafias ó de la detención y expulsión, la indefensión por carecer de derechos, etc. Esta situación afecta profundamente la salud mental de estas personas dando lugar a una amplia sintomatología que se relaciona directamente con los estresores.

Hay muchos motivos que empujan a las personas a emigrar, pero un motivo común es el motivo económico y la esperanza de comenzar una nueva etapa y lograr una mejora en la vida personal. Los resultados de nuestra investigación confirman que el motivo económico es un factor de riesgo del Síndrome de Ulises.

En segundo lugar, para la inmigración de origen árabe y según nuestros resultados, se constata que describe un grupo mayoritariamente masculino, en respuesta a la estructura de género que caracteriza su cultura de origen, como detallamos en la Discusión, según la cual la mujer ocupa un lugar secundario en la sociedad, subordinada al hombre, dato que nos parece especialmente relevante de cara al diseño de estrategias de apoyo social en la sociedad de acogida. Por otra parte, constatamos que los motivos económicos y de trabajo constituyen los motivos principales que promueven su inmigración actual (de acuerdo al sistema de género que otorga al hombre la responsabilidad económica de la familia).

En cuanto a las estrategias de aculturación, se revela que, para los ámbitos ideológicos “forma de pensar y valores”, “religión” y “familia”, tanto en el plano real como en el ideal la presencia o ausencia del SU no supone variabilidad alguna por lo que la mayoría de nuestros participantes opta por la integración con la sociedad de acogida. No obstante sí constatamos una diferencia en función de la presencia del Síndrome de Ulises, referida al ámbito social, que es donde influye la situación administrativa (estar “sin papeles”). Estos inmigrantes viven en una situación de exclusión social, en la que corren un riesgo muy elevado de ser expulsados si son visibles; es obvio que no pueden tener contacto diario con la sociedad receptora ni muchocontacto con la sociedad de origen, lo que se suma a otros factores como incomunicación (debido a la barrera de la lengua). Este constituye uno de los problemas más importantes que debe afrontara el inmigrante de origen árabe y que influye de forma notable en su proceso de integración.

La puntuación elevada en Neuroticismo en el grupo con SU se explica por los estresores de Ulises, que generan un estado de ansiedad y/o rasgos depresivos, o sentimiento

de soledad. Las circunstancias que vive el inmigrante le desbordan, especialmente cuando se prolongan durante un periodo largo de tiempo. Entonces se agotan todos los recursos de que disponía y siente que no hay salida para la situación.

A fin de conocer la realidad social que viven las personas inmigrantes que están en situaciones extremas y las consecuencias que tiene el proceso migratorio en la salud de las personas, nos ayudaría descubrir si hay un perfil de personalidad del inmigrante árabe en general y el inmigrante con SU. Los resultados de la investigación confirman que por lo general tanto la salud física como mental de la población inmigrante son bastante buenas a priori, pero el contexto sociolaboral se constituye como un factor que genera más estrés entre los inmigrantes y, especialmente, entre los que están en situación irregular, por tener éstos menos asesoramiento, menos ayuda y menos contacto con la sociedad receptora.

Finalmente, nuestros resultados confirman que el Síndrome de Ulises no es una enfermedad sino un conjunto de síntomas leves que no impiden la autonomía personal, un cuadro que pertenece más al campo de la prevención sanitaria que al campo del tratamiento. Constituye un problema de salud mental emergente en los países de acogida de los inmigrantes. Los servicios sanitarios y educadores sociales deben detectar este cuadro ya que su intervención evitará que estas personas acaben padeciendo una enfermedad mental severa, al no recibir una atención sanitaria adecuada y a tiempo. También confirman la opinión de Achotegui respecto a que la inmigración es un factor de riesgo si el nivel de estresores es muy alto y el medio de acogida es hostil.

Por último, queremos destacar que en el grupo sin Síndrome de Ulises se observan los aspectos positivos de la emigración, como el enriquecimiento que supone conocer nuevas

culturas o el tener la posibilidad de mejorar no solo económicamente sino también intelectualmente, como habíamos comentado anteriormente.

- **LIMITACIONES**

Cabe señalar que nuestro trabajo se ha enfrentado a algunas limitaciones que hay que tener en cuenta a la hora de leer, interpretar y replicar los resultados y que habrá que tener presente en el diseño de estudios posteriores. Alguna de ellas se ha puesto de manifiesto con anterioridad, no obstante volvemos a poner de manifiesto las siguientes: en primer lugar, la gran dificultad enfrentada al intentar encontrar una muestra representativa según el país de pertenencia, así como el hecho de que al haber analizado varios países dentro de un mismo grupo cultural se invisibilizan las diferencias que pudieran existir entre los diferentes países árabes. Así mismo, fue harto difícil obtener una muestra representativa de la población de inmigrantes “ilegales” e imposible a la práctica definir grupos equitativos. No obstante, hay que resaltar que esta limitación responde a la realidad social la población de inmigrantes “ilegales”.

El procedimiento de recogida de datos también complicó el estudio. La evaluación de los sujetos tomó un tiempo promedio de hora y media, dificultando el proceso porque es difícil que los sujetos accedan a someterse a una evaluación tan larga, que además les genera cansancio. Además, hay que recordar que la entrevista, como método de análisis de la salud mental, sólo funciona como *screening*, por lo que futuras evaluaciones deberán considerar un método objetivo y más detallado, orientado al síntoma y los criterios diagnósticos.

• **PROPUESTAS DE FUTURO**

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se pueden proponer acciones de futuro referentes tanto al campo de la investigación como de la intervención con la población inmigrante de origen árabe. Por este motivo, para finalizar con el presente trabajo se señalan algunas de las cuestiones sobre las que habría que profundizar en próximas investigaciones.

1. Realizar estudios comparativos con otras muestras de inmigrantes pertenecientes a otros grupos culturales. Ello ayudaría a la mejor comprensión de los problemas de salud mental y psicopatología de los inmigrantes, al plantear cuestiones clínicas y psicosociales de interés.
2. Plantear estudios longitudinales para investigar si, con el paso del tiempo los inmigrantes que manifiestan Síndrome de Ulises tienen más posibilidades de desarrollar problemas mentales.
3. Reflexionar sobre las consecuencias de la inmigración en las personas y cómo pueden ser modificadas una vez mejoradas sus condiciones sociales.
4. Plantear un estudio desde el país de origen hasta el país receptor, que permita conocer el perfil de carácter del inmigrante y profundizar más en los factores de personalidad para cumplir con el objetivo de establecer la existencia de un perfil de personalidad característico del inmigrante con Síndrome de Ulises.
5. Introducir la perspectiva de género en un futuro estudio para considerar la realidad de la mujer inmigrante de origen árabe y compararla con la del hombre, haciéndolo extensivo al SU, con el objeto de conocer sus características y necesidades diferenciales y poder diseñar estrategias de intervención para ambos redefiniendo las relaciones de género.
6. Estudiar el efecto de la práctica religiosa, especialmente del Islam como religión mayoritaria en el mundo árabe, para comprobar hasta qué punto puede ser un factor

protector –según nuestros resultados- o, por el contrario, de riesgo, para el desarrollo de sintomatología de Síndrome de Ulises.

7. Estudiar si el Síndrome de Ulises existe en cualquier proceso migratorio pero no todos los inmigrantes lo desarrollan, y así profundizar en las causas últimas de dicho síndrome.
8. Profundizar más en el Síndrome de Ulises, sobre lo apropiado de esta categoría de clasificación diagnóstica, orientando respecto a la planificación del tratamiento y la distribución de recursos.
9. Profundizar más en de los rasgos de personalidad: nos aportaría información sobre si la no obtención de papeles se relaciona con las vulnerabilidades o características personales que traía el inmigrante antes de inmigrar. Es la respuesta a una pregunta básica, ¿los más sanos tendrán papeles?, es decir, aquellos inmigrantes con una estructura de personalidad considerada previamente como más adaptativa ¿serán los que menos problemas presentarán en forma de estrés de aculturación?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En E. Perdiguero & J.M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 83-100). Barcelona: Editorial Bellaterra.
- Achotegui, J. (2002). La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural. Barcelona: Editorial Mayo.
- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, 21, 39-52.
- Achotegui, J. (2006). Estrés límite y salud mental; el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Migraciones*, 19, 50-85.
- Achotegui, J. (2008). Migración y crisis: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional*, 7 (1), 1-22.
- Achotegui, J. (2009a). Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escala de evaluación de factores de riesgo en salud mental (Escala de Ulises). Girona: Editorial el mundo de la mente.
- Achotegui, J. (2009b). Emigra en el siglo XXI: estrés y duelo migratorio en el mundo de hoy. Girona: Editorial el mundo de la mente.
- Achotegui, J., Llopis, A., Morales, M.M. & Espeso, D. (2012). Cefaleas en inmigrantes. Estudio de 1.043 casos. Análisis comparativo entre cefaleas en inmigrantes con Síndrome de Ulises y otros diagnósticos. *Norte de salud mental*, 10 (44), 34-42.
- Achotegui, J., Morales, M., Cervera, P., Quirós, C., Pérez, J., Gimeno, N... Borrell, C. (2010). Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del

- . inmigrante o Síndrome de Ulises. *Norte en Salud Mental*, 8 (37),23-30.
- Aerny, N., Ramasco, M., Cruz, J., Rodríguez, C., Garabato, S. & Rodríguez, Á. (2010). La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 24 (2), 136–144.
- Agudelo-Suárez, A., Ronda-Pérez, E., Gil-González, E., Vives-Cases, D., García, A. M., García -Benavides, F... Sousa, E. H. (2009). Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (proyecto ITSAL). *Gaceta Sanitaria*, 23 (Supl 1),115–121.
- Agudelo-Suárez, A., Ronda-Pérez, E., Gil-González, D. & Vives-Casas, C. (2008). Percepción sobre las condiciones de trabajo y salud de la población inmigrante colombiana en Alicante, España. *Revista de Salud pública*, 10 (1) ,160-167.
- Aguirre, Á. & Morales, M. (1999). *Identidad cultural y social*. Barcelona: Bardenas.
- Alda Díez, M., Garcia-Campayo, J. & Sobradíel, N. (2010). Diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes y españoles: un estudio controlado. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 262-269.
- Alderete, E., Vega, W. A., Kolody, B. & Aguilar-Gaxiola, S. (2000). Life time prevalence of and risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California. *American Journal of Public Health*, 90(4), 608-614.
- Alegria, M., Mulvaney-Day, N., Torres, M., Polo, A., Cao, Z.& Canino, G. (2007). Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *American Journal of PublicHealth*, 97(1),68-75.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. Barcelona: Paidós.

- Alvaro, J.L. & Pàez, D. (1998). Psicología de salud mental. En J.L. Alvaro, A. Garrido & J.R. Torregrosa (Eds.). *Psicología social aplicada* (pp. 311-406). Madrid: McGraw-Hill.
- American College of Physicians (ACP) (2004). Racial and ethnic disparities in health care: A Position paper of the American college of physicians. *Annals of Internal Medicine*, 141 (3), 221-232.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud* (3ª Ed.). Madrid: Pirámide.
- Andrés, J. D, Barruti, M., Borrell, C., Calafell, J., Pasarín, M. I., Puigpinós, R. & Jansá, J.M. (2002). Salud y marginación social. *Revista de Estudios Sociales y Sociología aplicada*, 127, 97-123.
- Arellano, F.A. (2010). Inmigrantes y periodo de residencia: Asimilación laboral en España en época de crisis. Colección Estudios Económicos (09- 2010). FEDEA. Disponible en: <http://www.fedea.net/documentos/pubs/ee/2010/09-2010.pdf>
- Ataca, B. & Berry, J.W. (2002). Psychological, sociocultural, and marital adaptation of Turkish immigrant couples in Canada. *International Journal of Psychology*, 37(1), 13-26.
- Aycan, Z. & Berry, J.W. (1996). Impact of employment related experiences on immigrants' adaptation to Canada. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 28(3), 240-251.
- Barrette, G., Bourhis, R. Y., Personnaz, M. & Personnaz, B. (2004). Acculturation orientations of French and North Africa undergraduate in Paris. *International Journal of Intercultural Relations*, (28), 415-438. doi: 10.1016/j.ijintrel.2004.08.003.
- Barro, S., Saus, M., Barro, A. & Fons M. (2004). Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Atención Primaria*, 34(9), 106.
- Barrón, A. (1997). Estrés psicosocial y salud. En M.I. Hombrados (Coord.). *Estrés y salud* (pp. 17-94). Valencia: Promolibro.

- Barrón, A. & Sánchez, E. (2001). Estructura Social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13 (1), 17-28.
- Basabe, N. (2007). Diferencias culturales y comunicación: integración socio-cultural de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco. En J. Igartua & C. Muñoz (Eds.). Medios de comunicación, inmigración y sociedad (pp. 233-256). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Basabe, N., Zlobina, A. & Páez, D. (2004). Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural. *Migraciones*, 15, 43-84.
- Bautista, F. (2004). El choque cultural como umbral al etnorelativismo: Jóvenes norteamericanos en Venezuela. *Boletín Antropológico*, 22 (60), 89-122.
- Beiser, M., Johnson, P.J. & Turner, J. (1993). Unemployment, underemployment and depressive affect among Southeast Asian refugees. *Social Science & Medicine*, 28, 183-195.
- Benach, J., Muntaner, C., Chung, H. & Benavides, F.G.(2010). Immigration, employment relations, and health: Developing a research agenda. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(4), 338- 343.
- Benedittis, G. Lorenzetti, A & Pieri,A. (1990). The role of stressful life events in the onset of chronic primary headache. *Pain*, 40(1), 65-75.
- Berg, A.O, Melle, I., Rossberg, J.I., Romm, K.L., Larsson, S., Lagerberg, T.V., Andreassen, O.V. & Hauff, E. (2011). Perceived discrimination is associated with severity of positive and depression/anxiety symptoms in immigrants with psychosis: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 11- 77. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/77>
- Bermúdez, J. (1996). Afrontamiento, aspectos generales. En A. Fierro (Ed.). Manual de psicología de la personalidad (pp. 177-208). Barcelona: Paidós

- Bermúdez, M. (1982). El análisis de contenido procedimientos y aplicaciones. *Revista de Ciencia Social*, 24, 71-80.
- Berry, J. W. (2006 a). Acculturative stress. In Wong P.T.P. & Wong, L.C.J. (Eds.). *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp. 287-299). New York: Springer.
- Berry, J. W., Phinney, J., Sam, D. & Vedder, P. (2006). Immigrant Youth: Acculturation, Identity, and Adaptation. *Applied psychology: An international review*, 55 (3), 303-332.
- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An international review*, 46 (1), 5- 68.
- Berry, J.W. (2001). A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues*. 57 (3), 615–631.
- Berry, J.W. (2005). Acculturation: living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697-712.
- Berry, J.W. (2006 b). Contexts of acculturation. In D.Sam & J.W.Berry (Eds.). *Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 27- 42). Cambridge: Cambridge University Press.
- Berry, J.W. (2008). Globalization and acculturation. *International Journal of Intercultural Relations.*, 32 (4), 328–336.
- Berry, J.W. & Sam, D.L. (1997). Acculturation and adaptation. En J.W. Berry, Segall, M.H. & C. Kagitcibasi (Eds.). *Handbook of cross-cultural psychology* (pp. 296-321). Boston: Allyn and Bacon.
- Berry, J.W., Kim, V., Minde, T. & Mok, D. (1987). Comparative Studies of Acculturative Stress. *International Migration Review*, 21(3), 491-511.
- Bhugra, D., Leff, J., Mallett, R., Der, G., Corridan, B. & Rudge, S. (1997). Incidence and outcome of schizophrenia in whites, African-Caribbeans and Asians in London. *Psychology Medicine*, 27, 791–798.

- Bhugra, D. (2004). Migration and Mental Health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243-258.
- Bhugra, D. & Jones, P. (2001). Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 216-223.
- Blickle, G. (1997). Personality traits, learning strategies, and performance. *European Journal of Personality*, 10, 337-352.
- Blomstedt, Y., Johansson, S.E. & Sundquist, J. (2007). Mental health of immigrants from the former Soviet Bloc: a future problem for primary health care in the enlarged European Union? A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7 (27), 1-12. doi:10.1186/1471-2458-7-27.
- Bloul, R. (2003). Islamophobia and anti-discrimination law: ethno-religion as a legal category in the UK and Australia. National Europe Center Paper No. 78. Recuperado el 15 de marzo de 2012: https://digitalcollections.anu.edu.au/bitstream/1885/41096/3/bloul_paper.pdf
- Boneva, B. S. & Frieze, I. H. (2001). Toward a concept of a migrant personality. *Journal of Social Issues*, 57(3), 477-492.
- Boneva, B. S., Frieze, I. H., Ferligoj, A., Jarošová, E., Pauknerová, D. & Orgocka, A. (1998). Achievement, power, and affiliation motives as clues to (E) migration desires: A four-countries comparison. *European Psychologist*, 3(4), 247-254.
- Boneva, B. S., Frieze, I. H., Ferligoj, A., Jarošová, E., Pauknerová, D. & Orgocka, A. (1997). East-West European migration and the role of motivation in emigration desires. *Migracijske Teme*, 13(4), 335-361.
- Booth-Kewley, S. & Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101(3), 343-362.

- Borrel, L.N., Kiefe, C.I., Williams, D.R., Diez-Roux, A.V. & Gordon-Larsen, P. (2006). Self-reported health, perceived racial discrimination, and skin color in African Americans in the CARDIA study. *Social Science & Medicine*, 63 (6), 1415-1427.
- Bourhis, R.Y., Gagnon, A., & Moïse, I.C. (1996). Discriminación y relaciones intergrupales. En R.Y. Bourhis & J. P. Leyens (Eds.). Estereotipos, discriminación y relaciones intergrupales (pp. 139-169). Madrid: McGraw-Hill.
- Bourhis, R.Y., Moïse, L.C., Perreault, S. & Senecal, S. (1997). Towards an Interactive Acculturation Model: A social psychological approach. *International Journal of Psychology*, 32(6), 369 - 386.
- Bowlby, J. (1998). El Apego y la pérdida. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (2006). Vínculos afectivos-formación, desarrollo y pérdida (5ª Ed.) Madrid: Morata, S. L.
- Brein, M. & Kenneth, H. D. (1971). Intercultural Communication and the Adjustment of the Sojourner. *Psychological Bulletin*, 76 (3), 215-230.
- Breslau, J., Borges, G., Tancredi, D., Saito, N., Kravitz, R., Hinton, L., ... Aguilar-Gaxiola, S. (2011). Migration from Mexico to the United States and Subsequent Risk for Depressive and Anxiety Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68 (4), 428-433.
- Brody, N. & Ehrlichman, H. (2000). Psicología de la personalidad. Madrid: Prentice-Hall.
- Buceta, J.M. & Bueno, A. M, (2001). Estrés y rendimiento y salud. En J.M. Buceta, A.M. Bueno & B. Mas (Eds). Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo (pp. 19-55). Madrid: Dykinson.
- Busato, V. V., Prins, F. J., Elshout, J. J. & Hamaker, C. (1999). The relation between learning styles, the Big Five personality traits and achievement motivation in higher education. *Personality and Individual Differences*, 26, 129-140.

- Campani, G. (2007). Integration of Female Immigrants in Labour Market and Society. Policy Assessment and Policy Recommendations. Working Paper N^a 6. Recuperado el 10 de febrero de 2012:http://www.femipol.unifrankfurt.de/docs/working_papers/wp3/Greece.pdf
- Cantor-Graae, E. & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 165(1), 12-24.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C. & Cervone, D. (2004) .The contribution of self-efficacy beliefs to psychosocial outcomes in adolescence: predicting beyond global dispositional tendencies. *Personality and Individual Differences*, 37, 751-763.
- Carbonell, F. & Paris, F. (1995). Inmigración: diversidad cultural, desigualdad social. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de Publicaciones.
- Castellá, J. (2003). Estudios Actuales sobre Aculturación en Latinos: Revisión y nuevas Perspectivas. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 341-364.
- Centro de Investigación en Salud Laboral. (2010). Inmigración, trabajo y salud en España. Resumen informativo. Disponible en: <http://www.upf.edu/cisal>
- Cheng, C. (1997). Rol of perceived social support on depression in Chinese adolescents: A prospective study examining the buffering model. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(9), 800-820.
- Cloninger, S.C. (2003). Teorías de personalidad (3^a Ed.). México: Prentice Hall.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stresses. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cohen, S. & Hoberman, H. (1983). Positive events and social support as buffer of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99-125.
- Coid, J. W., Kirkbride, J. B., Barker, D., Cowden, F., Stamps, R. , Yang, M.,& Jones, P. B. (2008). Raised Incidence Rates of All Psychoses Among Migrant Groups: findings:

- from the East London first episode psychosis study. *Archives of General Psychiatry*, 65(11), 1250-1258.
- Loé. (2012). Crisis e inmigración Marroquí en España (2007-2011). Colectivo Ioé. Recuperado el 10 de mayo de 2013: <http://www.colectivoioe.org/uploads/16ed2b9a5f0868dc55be62fa17d667ca48a97980.pdf>
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M. & Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 307-315.
- Colom, R. & Jayme, M. (2004). La Psicología de las diferencias de sexo. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cortes, L., Menéndez, M. V. & Navarrete, J. (2004). La vivienda como un factor de integración social en los inmigrantes. *Revista de estudios sociales y sociología aplicada*, (132), 121- 155.
- Costa, P. & McCrae, R. (1999). Inventario de Personalidad NEO revisado. Manual. Madrid: TEA ediciones.
- Costa, P. T. & McCrea, R.R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). Professional manual .Odessa. Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (2008). Inventario de personalidad NEO Revisado (NEO PI-R), Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO- FFI). Manual profesional. Madrid: TEA Ediciones.
- Crespo, M. & Labrador, F.J. (2002). Evaluación y tratamiento del estrés. En J.M. Buceta, A. M., Bueno & B. Más (Eds.). *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conducta de riesgo* (pp. 57-97). Madrid: Dykinson.

- Cuéllar, I. & Roberts, R.E.(1997). Relations of depression, acculturation, and socioeconomic status in a Latino sample. *Hispanic Journal of Behaviour Science*, 19(2), 230-238.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Dalgard, O.S. & Thapa, S.B. (2007). Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(24). 1-10.
- Dávila-Quintana, C. & López-Valcárcel, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 261-265.
- De Maioa, F.G. & Kempa, E. (2010). The deterioration of health status among immigrants to Canada. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 5 (5), 462-478.
- Delgado, P. (2008). Emigración y Psicopatología. *Anuario de Psicología clínica y de la salud*, 4, 15-25.
- Dembroski, T.M & Costa, P.T. (1987). Coronary prone behavior: Components of the type A pattern and hostility. *Journal of Personality*, 55 (2), 211-235.
- Díaz-López, M. (2003). Apoyo social y salud mental en inmigrantes: sus efectos sobre la integración. Madrid: Consejería de Servicios Sociales.
- Díez, A.M., García-Campayo, J. & Sobradie N. (2010). Diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes y españoles: un estudio controlado. *Rev. Actas Españolas de Psiquiatría*, 38 (5), 262- 269.
- Diez- Nicolás, J. (2005). Las dos caras de la inmigración. Documentos del Observatorio Permanente de la inmigración N° 3. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales.

- Díez, B. (2000). Las dificultades psicológicas de adaptación de los trabajadores inmigrantes. Investigaciones y experiencias en España y Alemania. Aragón: Confederación de Empresarios de Aragón.
- Domingo, C. (2008). Inmigración femenina en España y relaciones de género. *Ciencias Sociales e Humanidades*. 20, 71-92.
- Eitinger, L. (1959). The incidence of mental disease among refugees in Norway. *Journal of Mental Science*; 105, 326- 338.
- El Harras, M. (2003). La inmigración marroquí en España: percepciones desde dentro y fuera. En M. Delgado (Ed.). *Inmigración y cultura* (pp. 1676-178). Barcelona: Centre de Cultura Contemporània.
- El ansary, B.M. (1997). The psychometric Properties of NEO Five- Factor Inventory (NEO-FFI-S) based on the Kuwaiti Society. *Psychological Quarterly*, 7 (277-310), Cairo.
- Elgorriaga, E. (2011). Ajuste Psicológico y Salud Mental de la población inmigrante: Influencia del Género y la Cultura. Memoria para obtener el título de Psicología. Facultad de psicología. Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad País Vasco. San Sebastián.
- European Union Military Committee (EUMC). (2006). European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia: Muslims in the European Union. Discrimination and Islamophobia. Viena. Disponible en: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/156-Manifestations_EN.pdf
- Expósito, F. & Moya, M. (2005). Violencia de género. En F. Expósito y M. Moya (Coord.). *Aplicando la Psicología Social* (pp. 201-242). Madrid: Pirámide.
- Eysenck, H. (1994). *Tabaco personalidad y estrés*. Barcelona: Herder.
- Eysenck, H. & Eysenck. M. (1986). *Personalidad y diferencias individuales*. Ediciones Madrid: Pirámide.

- Fajador, M., Patiño, M. & Patiño, C. (2008). Estudios actuales sobre aculturación y salud mental en inmigrantes: revisión y perspectiva. *Revista iberoamericana de psicología ciencia y tecnología*, (1), 39- 50.
- Falces, A., Vázquez, J & Cañas, E. (2008). Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. Colección Inmigración y Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Farsides, T. & Woodfield, R. (2002). Individual differences and undergraduate academic success: the roles of personality, intelligence and application. *Personality and Individual Differences*, 34, 1225-1243.
- Feist, J. & Fiest, G. (2007). Teorías de la personalidad (6ª Ed.). Madrid: McGraw Hill.
- Fernández-Abascal, E. G., Sánchez, M. P. (2002). *Control del estrés*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Fierro, A. (1996). Manual de psicología de personalidad. Barcelona. Paidós.
- Finch, B. K. & Vega, W.A. (2003). Acculturation Stress, Social Support, and Self-Rated Health Among Latinos in California. *Journal of Immigrant Health*, 5 (3), 109-117.
- Flórez, I., Aguirre, I. & Ibarra, O. (2008). Salud mental en un colectivo de emigrante en Palma de Mallorca. *Medicina Balear*, 23(2), 27-31.
- Fuertes, C. & Martín Laso, M.A. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (Supl.1), 9-25.
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2007 (FEPSM). Disponible en: <http://www.fepsm.org/noticias/detalles/45/la-fundacion-espanola-de-psiquiatria-y-salud-mental-aboga-medidas-para-evitar-errores-de-diagnostico-y-terapeuticos-en-la-poblacion-inmigrante>
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2008 (FEPSM) Disponible en: <http://www.fepsm.org/noticias/detalles/36/la-fundacion-espanola-de-psiquiatria-y-salud-mental-aboga-medidas-para-evitar-errores-de-diagnostico-y-terapeuticos-en-la-poblacion-inmigrante>

[y_salud-mental-fepsm-aboga-por-unidades-especializadas-para-la-efectiva-atencion-al-inmigrante](#)

Gallego-Díaz, S. (2011, 09-20). No es depresión, es Síndrome de Ulises. El país. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/09/20/actualidad/1316469615_850215.html

García- Arboleda, M. (2013). *Incidencia del Síndrome de Ulises en Andalucía*. Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz. Cádiz.

García, M. (1997). Estrés y apoyo social en el proceso migratorio. En M. Hombrados. (Ed.), *Estrés y salud* (pp. 297-318). Valencia: Promolibro.

García, M., Ramírez, M. & Jariego, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, (4)13, 605-610.

García, A.M. (2010). Mercado laboral y salud. Informe SESPAS. *Gaseta sanitària*, 24(Suppl 1), 62-67.

García-Campayo, J & Sanz-Carrillo, C. (2002). Salud mental e inmigrantes: un nuevo desafío. *Medicina Clínica*, 118(5), 187-191.

Garreta, J. (2003). *La Integración sociocultural de las minorías étnicas: gitanos e inmigrantes*. Barcelona: Anthropos.

Garreta, J. (2003). *La integración sociocultural de las minorías étnicas (gitanos e inmigrantes)*. Barcelona: Rubí. Anthropos.

Gee, GC, Ryan A., Laflamme, D. J. & Holt, J. (2006). Self-reported discrimination and mental health status among African descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 initiative: The added dimension of immigration. *American Journal of Public Health*, 96(10), 1821-1828.

- Gee, G.C. Ro, A., Gavin, A. & Takeuchi, D.T. (2008). Disentangling the Effects of Racial and Weight. Discrimination on Body Mass Index and Obesity among Asian Americans. *American Journal of Public Health*, (3) 98, 493-500.
- Goldlust, J. & Richmond, A. H. (1974). A multivariate model of immigrant adaptation. *International Migration Review*, 8, 193-225.
- González de Rivera, J. L. (1991). Factores de estrés y vulnerabilidad a la enfermedad. *Monografías de Psiquiatría*, 3(3), 35-40.
- Graves, T. (1967). Psychological Acculturation in a TriEthnic Community. *Southwestern Journal of Anthropology*, 23, 337-350
- Gregorio, C. & Ramírez, A. (2000). ¿En España es diferente....?: la inmigración femenina y los cambios en la concepción del trabajo. *Papers. Revista de Sociología*, 60, 257-273.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1984). Psicoanálisis de la migración y del exilio. Madrid: Alianza.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1996). Migración y Exilio estudio psicoanalítico. Madrid: Bibliotecanueva.
- Gushulak, B. (2007). Healthier on arrival? Further insight into the “healthy immigrant effect”. *Canadian Medical Association or its licensors*, 176(10), 1439–1440.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. P. (2007). Metodología de la investigación. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Hovey, J. D. (2000). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation in Mexican immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6(2), 134-151.

- Ibarrola-Armendariz, A. & Firth, C.H. (2007). Migraciones en un contexto global- transiciones y transformaciones como resultado de la masiva movilidad humana. Bilbao: Universidad Deusto.
- Ivancevich, J. M. & Matteson, M. T. (1985). Estrés y trabajo, una perspectiva gerencial. México: Trillas.
- Izquierdo - Aguilera, R. (2006). El acceso de los inmigrantes irregulares al mercado de trabajo. Los procesos de regularización extraordinaria y el arraigo social y laboral. *Revista del Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales*, 63, 175-196.
- Izquierdo, A. (2000). El proyecto migratorio de los indocumentados según género. *Papers*, 60, 225-240.
- Jansá, J. M. (1998). Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 165-168.
- Jansà, J.M. & García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl), 207-213.
- Jayme, M. & Sau, V. (2004). Psicología femenina del sexo y el género. Barcelona: Icaria.
- Jeammet, P.H., Reynaud, M. & Consoli, S. M. (1999). Psicología médica (2a ed). Barcelona: Masson.
- Jokela, M. (2009). Personality predicts migration within and between U.S. states. *Journal of Research in Personality*, 43, 79–83.
- Kang, S. (2006). Measurement of acculturation, social formats, and language competence. Their Implications for Adjustment. *Journal of cross-cultural Psychology*, 36(6), 669-693.
- Khalaf, M. (2003). Women's International Labor Migration in the Arab World: Historical and Socio- Economic Perspectives. United Nations Division for the Advancement of Women (DAW). Recuperado el 20 de febrero de 2010: <http://www.un.org/womenwatch/daw/meetings/consult/CM-Dec03-EP5.pdf>

- Khan, A., Siraj, S., Poh. & Li, L. (2011). International Conference on Humanities, Society and Culture. Role of Positive Psychological Strengths and Big five Personality Traits in Coping Mechanism of University Students.20. Recuperado el 10 de febrero de 2012:<http://www.ipedr.com/vol20/41-ICHSC2011-M10027.pdf>.
- Khuwaja, S.A., Selwyn, B.J., Kapadia, A., McCurdy, S.& Khuwaja A. (2007).Pakistani Ismaili Muslim adolescent females living in the United States of America: stresses associated with the process of adaptation to US Culture. *Journal of Immigrant and Minority Health, 9(1)*, 35-42.
- Korotkov, D. & Hannah, T. (2004).The Five-Factor Model of Personality: strengths and limitations in predicting health status, sick-role and illness behavior. *Personality and Individual Differences, 36(1)*, 187–199.
- Kosic, A., Mannetti, L. & Sam, D. (2006). Self – monitoring: A moderating role between acculturation strategies and adaptation of immigration. *Internnational Journal of Intercultural Relation, 3 (2)*, 141- 157.
- Kosic, A. (2006). Personality and individual factors in acculturation.En J.W.Berry&D. Sam (Eds.). *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp.113-128). Cambridge: Cambridge Press.
- L'ockenhoff, C., Terracciano, A., Patriciu, N., Eaton, W. & Costa, P. (2009). Self-Reported Extremely Adverse Life Events and Longitudinal Changes in Five-Factor Model Personality Traits in an Urban Sample. *Journal of Traumatic Stress, 22 (1)*, 53–59
- Larsen, R.J. & Buss, D.M. (2005).Psicología de la personalidad: dominios de conocimiento sobre la naturaleza humana.(2ªed).México: McGraw-Hill Interamericana.

- Lauterbach, D. & Vrana, S. (2001). The Relationship Among Personality Variables, Exposure to Traumatic Events, and Severity of Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 14* (1), 29-45.
- Lazarus, R. & Flokman, S. (1986). Estrés y proceso cognitivos. Madrid: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lee, E.K.O. (2007). Religion and spirituality as predictors of well-being among Chinese American and Korean American older adults. *Journal of Religion, Spirituality and Aging, 19*(3), 77-100.
- León, M., Páez, D. & Díaz, B. (2003). Presentaciones de la enfermedad, estudios psicosociales y antropológicas. *Boletín de Psicología, 77*. 39-70.
- León, O.G. & Mentero, I. (1999). Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación. Madrid: Mcgraw-Hill.
- Leunda, J. (1996). Relaciones entre grupos sociales y sociales. En Andalucía Acoge (Ed.), El acercamiento al otro: formación mediadores interculturales (pp.100-109). Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía.
- Levecque, K., Lodewyckx, I. & Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders, 97*(1-3), 229-239.
- Liebert, M. (2000). Personalidad: estrategias y temas de Liebert y Spiegler Madrid: Internacional Thomson.
- López Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación XXI, *Revista de Educación, 4*, 167-179.
- Lucas, J. & Torres, F. (2002). Inmigrantes: ¿Cómo los tenemos? Algunos desafíos y (malas) respuestas. Madrid: Taiasa.

- Maestre, C., Zarazaga, R. & Martínez, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, 17 (1), 129-137.
- Malagón, J.L. (2005). Las migraciones hoy. En J. L. Malagón & J.L. Sarasola (Eds.). Manual de atención social al inmigrante (pp. 7-19). Córdoba: Almuzara.
- Malgesini, G. & Giménez, C. (2000). Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Madrid: Catarata.
- Martin Muñoz, G.(2003). Marroquíes en España. Estudio sobre su integración. Madrid: Fundación Respo YPF.
- MartinMuñoz, G. (2004). Inmigración y proceso de cambio. La percepción negativa de la sociedad española a los musulmanes, de que no son capaces de integrarse. Barcelona: Icaria.
- Martincano Gómez, J. L. & García Campayo J. (2004). Los problemas de Salud Mental en el paciente inmigrante. Madrid: NOVARTIS.
- Martínez García, M., García- Ramírez, M. & Martínez, J. (2005). Procesos migratorios. En F. Expósito & M. Moya (Eds.). Aplicando la psicología social (pp. 255_ 273). Madrid: Pirámide.
- Martínez -Taboda, C., Arnosó, A. & Elgorriaga, C. (2006). Estudio del choque psicosocial de las personas inmigradas en Donostia. Síntesis y propuestas. Donostia: Donostiako Udala, Ayuntamiento de San Sebastián.
- Martínez, I. (2005). Elogio de la diversidad: estudio interdisciplinar de las migraciones. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Martínez, M. C., Paterna, C., López, J. A. & Martínez, J. M. (2007). Autoestima colectiva y aculturación en inmigrantes ecuatorianos. *Apuntes de Psicología*, 25(1),67-78.

- Martínez, M. F., García, M., Maya, I., Rodríguez, S. & Checa, F. (1996). La Integración Social de los Inmigrantes Africanos en Andalucía. Necesidades y Recursos. Junta de Andalucía: Sevilla.
- Martínez, M. F., García, M. & Maya, I. (2001b). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13(4), 605-610.
- Martínez, M. F., García, M. & Maya, I. (1999). El papel de los recursos sociales naturales en el proceso migratorio. *Intervención Psicosocial*, 8(2), 221-232.
- Martínez, M. F., Martínez, J. & Calzado, V. (2006). La competencia cultural como referente de la diversidad humana en la prestación de servicios y la intervención social. *Intervención Psicosocial*, 15(3), 331-350.
- Martínez, M.F, García, M. & Maya, I. (2001a). El rol del apoyo social y las actitudes hacia el empleo en el emplazamiento laboral de inmigrantes. *Anuario de Psicología*, 32(3), 51-65.
- Martínez, M.F. (1997). Estrés y apoyo social en el proceso migratorio. En M. Hombrados (Ed.). *Estrés y Salud* (pp. 297-318). Valencia: Promolibro.
- Martínez, M.F. (2005). Una aproximación a las actitudes y prejuicios en los procesos migratorios. En J.L. Malagón & J.L. Sarasola (Eds.). *Manual de atención social al inmigrante* (pp. 59-81). Córdoba: Almuzara.
- Masgoret.A. & Ward, C. (2006). Culture learning approach to acculturation. In D. Sam & J. W. Barry (Eds.). *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (pp. 58-77). Cambridge: Cambridge University Press.
- Maya, M. & Puertas, S. (2008). Estereotipos, Inmigración y Trabajo. *PapelesdelPsicólogo*, 29(1), 6-15.
- McCrae, R. R. & John, O. P. (1992).An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175-215.

- Melle, P. (2012). ¿Los inmigrantes son un gasto para los países receptores? *Boletín económico de ICE*, (30)24, 1 – 31.
- Médicos del Mundo (2013). Las consecuencias mortales de la austeridad: Médicos. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle_cn/reلمenu.111/id.3187.
- Mijares, L. (2008). Mujeres, pañuelo e islamofobia en España: Un estado de la cuestión. *Anales de Historia Contemporánea*, 24, 121-135.
- Miller, T. (1991). The Psychotherapeutic Utility of the Five Factor Model of Personality: A Clinician's Experience. *Journal of Personality Assessment*, 57(3), 415-433.
- Miranda, A.O. & Matheny, K. B. (2000). Social-psychological predictors of acculturative stress among Latino adults. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(4), 300-313.
- Molero, F., Navas, M. & Francisco, M., J. (2001). Inmigración, prejuicio y exclusión social: reflexiones en torno a algunos datos de la realidad española. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1(1), 11-32.
- Molero, F., Cuadrado, I. & Navas, M. S. (2003). Las nuevas expresiones del prejuicio racial: aspectos teóricos y empíricos. En J.F. Morales & C. Huici (Eds.). *Estudios de Psicología Social*. (pp. 83–117). Madrid: UNED.
- Molina-Jiménez, T., Gutiérrez-García, A., Hernández-Domínguez, L. & Contreras, C.M. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de psicología*, 24 (2), 353-360.
- Molpeceres, L. (2012). Situación laboral de las mujeres inmigrantes en España. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 30 (1), 91-113.
- Montoro, C. & López, D. (2013). Medir la integración de los inmigrantes en España. *Boletín de la Asociación de Geógrafos españoles*, 36, 203-223

- Moreno-Preciado, M. (2003). Inmigración hoy: el reto de los cuidados transculturales. *Index de Enfermería*, 42, 29-33.
- Moreno Jiménez, B. (2007). *Psicología de la personalidad: procesos*. Madrid: Thomson.
- Moreno, F. J. & Bruquetas, M. (2011). Inmigración y Estado de bienestar en España. Colección estudios sociales (Fundació la Caixa) 31. Recuperado el 11 de enero de 2012: http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/670e2a8ee75bf210VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/vol31_es.pdf
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación.
- Navarro, J.C. & Rodríguez, W. (2003). Depresión y Ansiedad en Inmigrantes: Un estudio exploratorio en Granada (España). *Investigación en Salud*, 3. Recuperado el 5 de febrero de 2012: <http://www.redalyc.org/pdf/142/14250306.pdf>
- Navarro, J.C. & Rodríguez, W. (2003). Depresión y ansiedad en inmigrantes: un estudio exploratorio en Granada (España). *Investigación en Salud*, 5(3), 173-176.
- Navas, M. S., Pumares- Fernández, P., Sánchez - Miranda, J., García –Fernández, M. C., Rojas -Tejada, A., Cuadrado-Guidrado, I.,... Prados, J.S. (2004). Estrategias y actitudes de aculturación: la perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería, Sevilla: Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias Consejería de Gobernación, Junta de Andalucía.
- Navas, M. S., García, M. C., Rojas, A. J., Pumares, P. & Cuadrado, I. (2006). Actitudes de aculturación y prejuicio: la perspectiva de autóctonos e inmigrantes. *Psicothema*, 18(2), 187-193.
- Navas, M. S., Rojas, A. J., García, M. & Pumares, P. (2007). Acculturation strategies and attitudes according to the Relative Acculturation Extended Model (RAEM): The perspectives of natives versus immigrants. *International Journal of Intercultural Relations*, 31(1), 67-86.

- Navas, M. S. & Cuadrado, I. (2003). Actitudes hacia inmigrantes africanos y gitanos: un estudio comparativo. *Apuntes de Psicología*, 21(1), 29-49.
- Navas, M.S., Garcia, M. C. & Rojas, A. J. (2006). Acculturation strategies and attitudes of African immigrants in the South of Spain: between reality and hope. *Cross Cultural Research*, 40(4), 331-351.
- Navas, M. & Rojas, A. (Coords.) (2010). Aplicación del Modelo Ampliado de Aculturación Relativa a nuevos colectivos de inmigrantes en Andalucía: rumanos y ecuatorianos. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Nova, P. (2012). Repercusiones de la reducción de la inversión social en el mantenimiento de las políticas migratorias de inclusión. *Trabajo y Sociedad*, 19.
- Oberga, K. (1960). Culture Shock; Adjustment to New Cultural Environmento. *Practical Anthropology*, 7, 177-182.
- O'Brien, T. & DeLongis, A.(1996). the Interactional Context of Problem Emotion and Relationship-Focused Coping: The Role of the Big Five Personality Factors. *Journal of Personality*, 64(4), 775-813.
- Ocáriz, E., San Juan, C. & Vergara, A.I. (2005). La migración como estresor, pérdida de estatus: estrategias de afrontamiento e impacto psico-social. *Migraciones*, (17), 91-110.
- Ochoa, T., Vicente, N. & Lozano, M. (2005). Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Revista Clínica Española de Medicina Interna*, 205 (3), 116-118.
- Odegaard, O. (1945). The distribution of mental diseases in Norway. *Acta Psychiatr Neurolog*, 20, 247-252.
- Oliver, M.I., Baraza, P. & Martínez, E. (2008). La salud de la mujer inmigrante. Colección Inmigración y Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- OMS. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en: [.http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
- OMS. (2008). 8va Conferencia Sudamericana de Migraciones. Discurso de la Directora de la OPS en la ceremonia de apertura. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/D/DSpeech_URU_Migracion_spa_Sep08.htm
- Ones, D. S.& Viswesvaran, C. (1999). Relative importance of personality dimensions for expatriate selection: a policy capturing study. *Human Performance*, 12(3-4), 275–294.
- Orozco, O. & Lesaca, J. (2009). Impacto de la crisis económica global en los países árabes: una primera aproximación. Comunicación en mesa redonda. Las Dimensiones Políticas de la Crisis Económica. Recuperado el 6 de febrero de 2012: http://www.clubmadrid.org/img/secciones/Documento_de Referencia_Mundo_rabe_Esp.pdf
- Osuna, A. & Navarro, H. (2008). Inmigración, estrategias de aculturación y valores laborales: un estudio exploratorio. *Revista de Psicología del Trabajo de las Organizaciones*, 24 (2), 187-202.
- OtheliaLeea, U. & Chana, K., (2009). Religious/Spiritual and Other Adaptive Coping Strategies Among Chinese American Older Immigrants. *Journal of Gerontological Social Work*, 52 (5), 517-533.
- Padilla, A.M., Cervantes, R.C., Maldonado, M. & García, R.(1988). Coping responses to psychological stressors among Mexican and American immigrants. *Journal of Community Psychology*, 16(4), 418-427.
- Pajares, M. (2009). Inmigración y Mercado de Trabajo. Informe 2009. Observatorio Permanente de la Inmigración. Ministerio de Trabajo e Inmigración Disponible en:

http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/archivos/Inmigracion_y_mercado_de_trabajo_Informe_2009.pdf

Pajares, M. (2006). Inserción laboral de la población inmigrada en Cataluña. Efectos del proceso de normalización 2005. Informe Centre d'estudis i recerca sindicals. Disponible en: http://www.ccoo.cat/revistes/estudis/estudis_15.pdf

Palmero, F. & García, I. (1998). Adaptación y estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4(2-3), 119-133.

Pardo, M. G., Engel, J. & Agudo, P. S. (2007). Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Atención Primaria*, 39 (11), 609–614.

Patiño, C. & Kirchner, T. (2008). Estrés y coping en inmigrantes latinoamericanos residentes en Barcelona. *Revista Iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología*, 1, 29-38.

Peñacoba, C. & Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente, consideraciones Teóricas y Repercusiones Prácticas. *Boletín de Psicología*, (58), 61-96.

Pérez Díaz, V., Álvarez-Miranda, B. & Chuliá, E. (2004). La inmigración musulmana en Europa. Turcos en Alemania, argelinos en Francia y marroquíes en España, Fundación La Caixa. Recuperado el 3 de marzo de 2012: http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/a84f7102892ef010VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/es15_esp.pdf.

Pérez Serrano, G. (1991). Investigación cualitativa. Retos e interrogantes 1. Métodos. Madrid: Muralla S.A.

Pérez, M. D (2008). Mujeres inmigrantes, realidad, estereotipos y perspectivas. *Revista Española de Educación Comparada*, 14. 137-175.

Pérez, M. & Rinken, S. (2005). La integración de los inmigrantes en la sociedad andaluza, Madrid: CSIC Servicio de Publicaciones.

- Pernice, R. & Brook, J. (1996). Refugees and Immigrants Mental Health: association of demographic and postimmigration factors. *Journal of Social Psychology*, (4) 136, 511-519.
- Pernice, R., Trlin, A., Henderson, A. & North, N. (2000). Employment and mental health of three groups of immigrants to New Zealand. *New Zealand Journal of Psychology*, 29 (1), 24–29.
- Pertíñez, J., Viladás, L., Clusa, T., Menacho, I., Nadal, S. & Muns, M. (2002). Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria*, 29(1), 6-13.
- Pervin, L., A. & John, O.P. (1999). Personalidad: teoría e investigación. México: El Manual Moderno.
- Pinillos, M. (2012). Intervención psicosocial y educativa para prevención de riesgos asociados a proceso migratorio. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), 579-591.
- Planet, A.I & Moreras, J. (2008). Islam e inmigración. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Colección Foro 17. Madrid
- Polaino-Lorente, A., Truffino, J. & Armentia, A. (2003). Fundamentos de psicología de la personalidad. Madrid: RIALP.
- Polek, E., Van Oudenhoven, J. P. & Ten Berge, J. M. (2008). Attachment styles and demographic factors as predictors of sociocultural and psychological adjustment of Eastern European immigrants in the Netherlands. *International Journal of Psychology*, 43(5), 919-928.
- Ponizovsky, A. & Ritsner, P. (2004). Patterns of Loneliness in an Immigrant Population *Comprehensive Psychiatry*, 45 (5), 408-414.

- Pons, M. (2009). Efectos económico de la inmigración en España: jornadas sobre inmigración: I Informe FEDEA. Recuperado el 7 de febrero de 2012: <https://www.marcialpons.es/static/pdf/100847694.pdf>
- Porthé, V., Benavides, F. G., Vázquez, M. L., Ruiz-Frutos, C., García, A., Ahonen, E., Agudelo-Suárez, A. & Benach, J. (2009). La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(Suppl. 1), 107-14.
- Qiu, P., Cain, E., Yan, Y., Chen, Q., Li, J. & Ma, X. (2011). Depression and Associated Factors in Internal Migrant Workers in China. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 198–207.
- Ramírez, C., Esteve, R. & López, A.E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, 17(1), 129-137.
- Ramos-Villagrasa, A. & García-Izquierdo, P. (2007). La medida del Síndrome de Ulises. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 253-268.
- Real Academia Española (1989). Diccionario manual e ilustrado de la lengua Española (4ª Edic. Rev.). Madrid: Espasa-Calpe.
- Reboloso, E. & Féranadez-Ramírez, C. P. (2008). Evaluación de programas de intervención social. Madrid: Editorial Síntesis.
- Redfield, R., Linton, R. & Herskovits, M. J. (1936). Memorandum for the study of acculturation. *American Anthropologist*, 38, 149-152.
- Requena, M. & Reher, D. S. (2009). La reciente experiencia inmigratoria en España. En M. Requena & D.S. Reher (Eds.). Las múltiples caras de la inmigración en España (pp.289-320). Madrid: Alianza editorial.

- Retortillo, Á. & Rodríguez, H. (2008). Actitudes de aculturación y prejuicio étnico en los distintos niveles educativos: un enfoque comparado. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 11 (2), 61-71.
- Revollo, H. W., Qureshi, A., Collazos, F., Valero, S. & Casas, M. (2011). Acculturative stress as a risk factor of depression and anxiety in the Latin American immigrant population. *International Review of Psychiatry*, 23(1), 84-92.
- Riera, M.D., Baraza, M.C., Masvidal, R.M., De Frutos, E., Estabanell, A., Cruz, C., ...Guzmán, C. (2009). Aspectos sociofamiliares de la población inmigrante en Cataluña. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 11(43), 439-450.
- Ritsner, M. & Ponizovsky, A. (1998). Psychological Symptoms Among an Immigrant Population: A Prevalence Study. *Comprehensive Psychiatry*, 39 (1), 21-27.
- Ritsner, M., Ponizovskya, A., Chemelevskya, M., Zetsera, F., Dursta, R. & Ginatha, Y. (1996). Effects of immigration on the mentally III—Does it produce psychological distress?. *Comprehensive Psychiatry*. 37(1), 17–22.
- Ritsner, M. & Ponizovsky, A. (2003). Age differences in stress process of recent immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), 135-141.
- Ritsner, M. & Ponizovsky, A. (1999). Psychological distress through immigration: The two-phase temporal pattern?. *International Journal of social psychiatry*, 45. (2), 125-139.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Nechamkin, Y. & Modai, I. (2001). Gender differences in psychosocial risk factors for psychological distress among immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 151-160.
- Rivera, F. I. (2007). Contextualizing the experience of young Latino adults: acculturation, social support and depression. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9(3), 237-244.

- Rodríguez, E., Lamborena, N., Errami, M., Rodríguez, A., Pereda, R C., Vallejo de la Hoz G. & Moreno, G. (2009). Relación del estatus migratorio del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes del País Vasco. *Gac Sanit.* 23 (Supl.1), 29–37.
- Ruiz Olabuénaga, J.I., Ruiz Vieyetz, E.J. & Vicente Torrado, T.L. (1999). Los inmigrantes irregulares en España: la vida por un sueño, Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruvira, J. (2008). Problemáticas y soluciones legales a la multiocupación de viviendas. Los denominados pisos patera. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Elche*, 1(3), 51-63.
- Sabatier, C. & Berry, J.W. (1996). Inmigración y aculturación. En R.Y. Bourhis & J-PH Leyens (Eds.). Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupos (pp. 217-241). Madrid: McGraw-Hill.
- Salaberría, K., Corral, P., Sánchez, A. & Larrea, E. (2008). Características sociodemográficas, experiencias migratorias y salud mental en una unidad de apoyo psicológico a inmigrantes. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 4. 5- 14.
- Salvador, I. (2001). La emigración como proceso de duelo. Protocolo de psicoterapia breve centrada en su elaboración. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI (82), 57-64.
- Salvador, C.M., Pozo, C. & Alonso, E. (2010). Estrategias comportamentales de aculturación y Síndrome de Ulises de los inmigrantes latinoamericanos. *Boletín de Psicología*, 98, 55-72.
- Sam, D. (2006). Acculturation: conceptual background and core components. En D. Sam & Berry J.W. (Eds.). *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp 11-26). Cambridge: Cambridge University Press.
- San Juan, C. Vergara, A. & Ocariz, E. (2005). La migración como estresor, pérdida de estatus: estrategias de afrontamiento e impacto psico-social. *Migraciones*, 17, 91-110.

- San Martín, J. (1997). Estrés intercultural: afrontamiento de una nueva cultura. En M. Hombrados. *Estrés y salud*. (pp. 319-339). Valencia: Promolbiro.
- Sánchez, G.& López, M. J. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Apuntes de Psicología*, 26 (3), 399-410.
- Sandí, C. (2001). Alteraciones psicopatológicas asociadas al estrés. En C. Sandí, M.I. Cordero & C. Venero (Eds). *Estrés, memoria y trastornos asociados: implicaciones del daño cerebral y el envejecimiento* (pp.287-334). Barcelona: Ariel.
- Sandí, C., Venero, C. & Cordero, M. J. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados. Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento*. Barcelona: Ariel.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 2) (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999) (Ed.).*El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- Sandín, B. (2009). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (vol 2, pp. 3-42). Madrid: McGraw Hill.
- Sandín, B. & Valiente, R.M. (1999). El estrés crónico (III): Estrés crónico asociado a factores socioculturales. En B. Sandín (Ed.). *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 245-316). Madrid: Klinik.
- Sayed-Ahmad, N., Río, M-J. & Fernández, G.(2008). *Salud mental*. Colección Inmigración y Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado el 3 de febrero de 2012.http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf

- Schwarzer, R.Hahn, A. & Schroder, H. (1994). Social integration and social support in a life crisis: Effects of macrosocial change in East Germany. *American Journal of Community Psychology*, 22, 685-706.
- Selye, H. (1936). Thymus and adrenals in the response of the organism to injuries and intoxications. *British Journal of Experimental Psychology*, 17, 234-348.
- Serafí, J. & Gimeno, C. (2006). Migración e interculturalidad: De lo global a lo local. Castelló de la Plana: Universidad Jaume I.
- Sharpley, M., Hutchinson, G., McKenzie, K. & Murray, R. (2001). Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England. *British journal of psychiatry*, 178 (suppl. 40), 60-68.
- Singhammer, J. & Bancila, D. (2011). Associations between stressful events and self-reported mental health problems among non-western immigrants in Denmark. *Journal of Immigrant Minority Health, Journal of immigrant and minority health*, 13 (2), 371-378.
- Solé, C. Parella, S., Bergali, A. & Gibert, F. (2002). El impacto de la inmigración en la sociedad receptora, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (9), 131-157.
- Solé, C. (2000). Inmigración interior e inmigración exterior. *Papers*, 60, 211-224.
- Solé, C & Izquierdo, A. (2005). Integraciones diferenciadas: migraciones en Cataluña Galicia y Andalucía. Barcelona: Anthropos.
- Soriano, R. M. (2006). La inmigración femenina marroquí su asentamiento en España. Un estudio desde la Grounded Theory. *Revista internacional de sociología*, 64 (43), 169-191.
- Soriano, R. M. & Santos, C. (2002). El perfil social de la mujer inmigrante marroquí en España y su incidencia en la relación intercultural. *Papeles de geografía*, 36, 171-184.

- Sorin-Peters, R. (2004). The case for qualitative case study methodology in aphasia: An introduction. *Aphasiology*, *18*(10), 937-949.
- Suárez-Hernández, M.T., Ruíz-Pererab, J., Tejera-Ramírez, M., Rodríguez-Navarro, V., Manzanera-Escartie, R. & Artiles Pérez, R. (2011). Estados de ansiedad, depresión y factores relacionados en la población adulta inmigrante latinoamericana en Canarias. *Semergen*. *37*(8), 391-397.
- Syed, H., Dalgard, O., Dalen, I., Clausse, B., Hussain, A., Selmer, A. & Ahlberg, N. (2006). Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC Public Health*, *6*:182.doi:10.1186/1471-2458-6-182
- Syed, M. D. & Juan, M. (2012). Discrimination and Psychological Distress: Examining the Moderating Role of Social Context in a Nationally Representative Sample of Asian American Adults. *Asian American Journal of Psychology* *3*(2), 104-120.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación; la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós.
- Thapa, S. B. & Hauff, E. (2004). Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 78-84.
- Tizón, J. L. (2004). Pérdida, pena, duelo- vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Paidós- Fundación Vidal i Barraquer.
- Tizón, J. L., Salamero, M., Sanjosé, J., Pellejero, N., Achotegui, J. & Sainz, F. (1996). Migraciones y salud mental: un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya. Barcelona: Promociones Publicaciones Universitarias.

- Valiente, R. M., Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A. & González de Rivera, J. L. (1996). Sucesos vitales mayores y estrés: efectos psicopatológicos asociados al cambio por migración. *Psiquis*, 17(5), 211-230.
- Valles, M.S. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis.
- Van Oudenhoven, J. P., Ward, C. & Masgoret, A.M. (2006). Patterns of relations between immigrants and host societies. *International Journal of Intercultural Relations*, 30(6), 637-651.
- Wiebe, D. J. & Smith, T. W. (1997). Personality and health En R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Eds). *Handbook of personality psychology* (891-918). San Diego: Academic Press.
- Yañez, S. & Cárdenas, M. (2010). Estrategias de aculturación, Indicadores de Salud Mental y Bienestar Psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Revista salud & sociedad*, 1 (1), 51 – 70.
- Zaldívar, D.F. (1996). Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Editorial científico-Técnico.
- Zarza, M. J. & Sobrino, M. I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos. España: una revisión bibliográfica. *Anales de psicología*, 23 (1), 72-84.
- Zlobina, A., Basabe, N. & Páez, D. (2004). Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural. *Migraciones*, 15, 43-84.

Anexos 1. Escala de Ulises(Achotegui, 2009a)

| Los duelos migratorios | Vulnerabilidad | | Estresores | |
|-----------------------------------|----------------|--|------------|--|
| Duelo por la familia | Simple | | Simple | |
| | Complicada | | Complicada | |
| | Extrema | | Extrema | |
| Duelo por la lengua | Simple | | Simple | |
| | Complicada | | Complicada | |
| | Extrema | | Extrema | |
| Duelo por la cultura | Simple | | Simple | |
| | Complicada | | Complicada | |
| | Extrema | | Extrema | |
| Duelo por la tierra | Simple | | Simple | |
| | Complicada | | Complicada | |
| | Extrema | | Extrema | |
| Duelo por el estatus social | Simple | | Simple | |
| | Complicada | | Complicada | |
| | Extrema | | Extrema | |
| Duelo por el grupo de pertenencia | Simple | | Simple | |
| | Complicada | | Complicada | |
| | Extrema | | Extrema | |
| Duelo por los riesgos físicos | Simple | | Simple | |
| | Complicada | | Complicada | |
| | Extrema | | Extrema | |

| | |
|-----------------------|--|
| Observaciones | |
| Factores protectores | |
| Factores culturales | |
| Factores agravantes | |
| Factores subjetivos | |
| Otros factores | |
| Comentarios generales | |

Anexos 2. Guion de la entrevista semiestructurada

| Temas | Contenidos a indagar |
|--|---|
| 1. La historia personal antes de emigrar (vulnerabilidad) | La vida en el país de origen, la infancia, tipo de familia, trabajo, la relación con la sociedad de origen y su salud (física y psíquica). |
| 2. Datos sociodemográficos | Nivel educativo, edad, estado civil, número de hijos |
| 3. Proceso migratorio | Motivos para emigrar, experiencias previas, el viaje dificultades que encuentra. |
| 4. Situación legal inicial en España | La llegada. Situación legal inicial. La primera vivienda, El primer trabajo. La situación documental.. |
| 5. Experiencias de choque cultural (duelo por la cultura y idioma) | Idioma, cultura, costumbres..etc... contacto con la sociedad española, dificultad y actitud hacia el aprendizaje |
| 6. Contacto con la familia en el país de origen (duelo por la familia) | la separación forzada de la familia, Padres enfermos, Niños pequeños. |
| 5. Estatus social. | Dificultad en encontrar trabajo o/y engaño, dificultades en a reglar los papeles. |
| 8. Contacto con el grupo de pertenencia | La relación con su grupo migratorio, Malos tratos, racismo, abusos, |
| 9. Riesgo para la integridad física. (terror, el miedo, la indefensa) | Peligro en el viaje migratorio o/y en el trabajo, vivir en la calle, accidentes, indefensión, la alimentación |
| 10. Estado actual de salud, física y psíquica (los síntomas) | Enfermedades crónicas. Síntomas (tristeza, llanto, preocupación, nervios, ansiedad, insomnio, cefalea, fatiga, confusión, interpretación cultural de la sintomatología. |
| 11. Recursos personal, social (apoyo social) | Madurez, inteligencia, habilidades sociales. Contacto con familiares, amigos, sociedad española, asociaciones, ONG, grupos religiosos o/y políticos... |
| 13. Valoración personal de la situación actual (últimos seis meses) | Cómo valora su situación? ¿Cómo se siente valorada aquí |
| 14. Perspectivas futuras | Percepción del futuro, proyectos, expectativas, relación entre las expectativas previas y lo vivido. |

Anexo 3: Cuestionario sobre modos de aculturación . “versión para inmigrantes

(Navas y col, 2004).

Instrucciones generales

Se le van a leer una serie de preguntas relacionadas con diversos temas. Su tarea consiste en valorarlas expresando su grado de acuerdo o desacuerdo (1: Muy en desacuerdo; 2: En desacuerdo; 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4: De acuerdo; 5: Muy de acuerdo). No existen contestaciones *buenas* o *malas*, se trata simplemente de conocer su opinión sobre lo que se le pregunta. La información que nos proporcione será tratada de forma global y estadísticamente, además de estar protegida por la ley de protección de datos.

1. Las personas de su país deberían intentar vivir en España de acuerdo con sus costumbres
MUY EN DESACUERDO 1 2 3 4 5 MUY DE ACUERDO

2. Las personas de su país deberían intentar participar plenamente en la vida de esta sociedad.
MUY EN DESACUERDO 1 2 3 4 5 MUY DE ACUERDO

En qué grado mantiene Vd. actualmente las costumbres que tenía en su país de origen, en relación con los siguientes ámbitos?

| | Nada | Poco | Algo | Bastante | Mucho | NS |
|--|------|------|------|----------|-------|----|
| 3. Trabajo (tipo de trabajo , herramientas y maquinaria que utiliza, y horario de trabajo) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 4. Hábitos de consumo y economía familiar (cosas que compra, dinero que gasta, dinero que ahorra, forma de administrar lo que tiene) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 5. Relaciones familiares (relaciones con el cónyuge, con los hijos y con las hijas, y educación de los hijos y las hijas) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 6. Creencias y costumbres religiosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 7. Formas de pensar: princip. y valores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |

¿En qué grado ha adoptado Vd. las costumbres de este país, en relación con los siguientes ámbitos?

| | Nada | Poco | Algo | Bastante | Mucho | NS |
|--|------|------|------|----------|-------|----|
| 8. Trabajo (tipo de trabajo , herramientas y maquinaria que utiliza, y horario de trabajo) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 9. Hábitos de consumo y economía familiar (cosas que compra, dinero que gasta, dinero que ahorra, forma de administrar lo que tiene) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 10. Relaciones familiares (relaciones con el cónyuge, con los hijos y con las hijas, y educación de los hijos y las hijas) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 11. Creencias y costumbres religiosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 12. Formas de pensar: princip. y valores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |

En lo que se refiere a las relaciones sociales y amistades

1. ¿En qué grado se relaciona Vd. actualmente con personas de su país de origen?

NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO
1 2 3 4 5

2. ¿En qué grado se relaciona Vd. actualmente con personas de este país?

NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO
1 2 3 4 5

15. Las personas de su país que viven aquí tienen la posibilidad de participar como uno más en la vida de la sociedad española.

MUY EN DESACUERDO 1 2 3 4 5 MUY DE ACUERDO

16. ¿Cómo cree Vd. que es la influencia de la cultura española sobre su cultura?

(1: Muy mala; 2: Mala; 3: Ni mala ni buena; 4: Buena; 5: Muy buena)

MUY EN DESACUERDO 1 2 3 4 5 MUY DE ACUERDO

Valore las siguientes cuestiones referentes a su grupo de pertenencia (las personas de su país): (sustituir, en cada caso, los puntos suspensivos por la nacionalidad de la persona)

17. ¿En qué grado o medida se siente Vd.....?

NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO
1 2 3 4 5

18. ¿En qué grado se siente Vd. orgulloso/a de ser.....?

| NADA | POCO | ALGO | BASTANTE | MUCHO |
|------|------|------|----------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

19.¿Cuál es el grado de contacto que mantiene Vd. con personas españolas?

1. Ningún contacto. Sólo las ve en la calle o en lugares públicos, pero nunca habla con ellas
2. Las ve a menudo por cuestiones de vecindad, trabajo o estudios, pero no suele hablar con ellas a no ser que se dirijan a Vd
3. Las ve a menudo por cuestiones de vecindad, trabajo o estudios y se relaciona frecuentemente con ellas
4. Tiene amigos de ese grupo
5. Tiene parientes de ese grupo

Antes hemos hablado sobre los cambios que se han producido en su vida desde que está aquí. Piense ahora en cómo le gustaría que fuesen las cosas. Si Vd. pudiese elegir ¿en qué gradole gustaría mantener las costumbres de su país de origen, en relación con los siguientes ámbitos?

| | Nada | Poco | Algo | Bastante | Mucho | NS |
|--|------|------|------|----------|-------|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 20.Trabajo (tipo de trabajo , herramientas y maquinaria que utiliza, y horario de trabajo) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 21.Hábitos de consumo y economía familiar (cosas que compra, dinero que gasta, dinero que ahorra, forma de administrar lo que tiene) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 22.Relaciones familiares (relaciones con el cónyuge, con los hijos y con las hijas, y educación de los hijos y las hijas) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 23. Creencias y costumbres religiosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 24.Formas de pensar: princip. y valores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |

¿En qué grado le gustaría adoptar las costumbres de este país, en los siguientes ámbitos?

| | Nada | Poco | Algo | Bastante | Mucho | NS |
|--|------|------|------|----------|-------|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 25.Trabajo (tipo de trabajo , herramientas y maquinaria que utiliza, y horario de trabajo) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 26.Hábitos de consumo y economía familiar (cosas que compra, dinero que gasta, dinero que ahorra, forma de administrar lo que tiene) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 27.Relaciones familiares (relaciones con el cónyuge, con los hijos y con las hijas, y educación de los hijos y las hijas) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 28. Creencias y costumbres religiosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 29. Formas de pensar: princip. y valores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |

En lo que se refiere a las relaciones sociales y amistades

30. ¿En qué grado se relacionaría con personas de su país de origen?

| | | | | |
|------|------|------|----------|-------|
| NADA | POCO | ALGO | BASTANTE | MUCHO |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

31. ¿En qué grado se relacionaría con personas de este país?

| | | | | |
|------|------|------|----------|-------|
| NADA | POCO | ALGO | BASTANTE | MUCHO |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

En cuanto al sistema político y de gobierno, (forma en que se eligen los gobiernos, toma de decisiones políticas, reparto de la riqueza y del poder, justicia, asistencia sanitaria, y acceso a la educación y a la vivienda)

32. ¿En qué grado mantendría Vd. el de su país de origen?

| | | | | |
|------|------|------|----------|-------|
| NADA | POCO | ALGO | BASTANTE | MUCHO |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

33. ¿En qué grado adoptaría Vd. el de este país?

| | | | | |
|------|------|------|----------|-------|
| NADA | POCO | ALGO | BASTANTE | MUCHO |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

34. Sexo: 1. Hombre. 2. Mujer.

35. ¿Qué edad tiene usted? _____

36. ¿En qué país nació usted? _____

37. ¿En qué país residió la mayor parte de su infancia (hasta los quince años)?

38. ¿Cuántos años ha estado estudiando (Escuela, Instituto, Universidad)? _____

¿En qué medida influyeron las siguientes razones para venir a España? (1: Nada; 2: Poco; 3: Algo; 4: Bastante; 5: Mucho; 9: No sabe/no conoce

| | | | | | | |
|----------------------------------|------|------|------|--------------|-------|----|
| | Nada | Poco | Algo | Bastant e | Mucho | NS |
| 39. Razones políticas de su país | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 40. Necesidad económica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 41. Deseos de enriquecerse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 42. Búsqueda de aventura | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 43. Cooperar en el desarrollo de su país | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 44. Mejorar la propia formación profesional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 45. Cuestiones pendientes con la justicia en su país | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 46. Búsqueda de trabajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 47. Reagrupación familiar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 48. Sacar a familia de la pobreza | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |

49. ¿Conocía usted la cultura y la sociedad española antes de venir?

NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO
1 2 3 4 5

50. ¿Cuánto tiempo lleva usted en España?

1. Años: _____ 2. Meses: _____

51. ¿Tenía Ud. familiares o amigos en España antes de venir?

1. Sí —> Ir a 47.1.2. No.

51.1. ¿Qué familiares eran?

1. Padres 2. Hermanos 3. Primos 4. Cónyuge 5. Otros

52. ¿Ha trabajado en otros países, además de España?

1. Sí —> Ir a 52.1.2. No.

52.1. ¿En cuáles?

1. _____ 2. _____ 3. _____

53. ¿Cuál es su actividad principal?

1. Amo/a de casa. 2. Estudiante 3. Jubilado/Pensionista/Rentista.
4. Parado/a. 5. Trabaja. —> Ir a 49.1
6. Otros. 8. Ns./Nc.

53.1. ¿En qué trabaja principalmente? _____

54. ¿Cuál es su situación documental en España?

1. Regular 2. Irregular 3. En trámite

55. ¿Cuál es su religión?

1. Musulmana 2. Católica 3. Protestante
4. Otra _____
5. Agnóstico o Indiferente (no se contesta la siguiente)
6. Ateo (no se contesta la siguiente)

56. ¿Cuál es su grado de práctica religiosa?

1. Nada practicante 2. Poco 3. Algo 4. Bastante 5. Muy practicante

57. ¿Cuál es su estado civil?

1. Soltero/a 2. Viudo/a 3. Separado/a o divorciado/a
4. Casado/a ———> Ir a 57.1.

57.1. ¿Vive/n su/s cónyuge/s aquí con Vd.?

1. Sí 2. No

58. ¿Tiene Vd. hijos/as?

1. Sí ———> Ir a 58.1.
2. No

58.1. ¿Cuántos de sus hijos viven aquí con Vd.?

59. ¿Cuántas personas de su familia conviven con Vd. en su casa?

60. ¿Cuáles son los ingresos mensuales netos que entran en su casa por todos los conceptos y miembros de familia? Anotar cantidad exacta _____

| |
|-----------------------|
| Entre 0 - 240 € |
| Entre 240,1 - 480 € |
| Entre 480,1 - 720€ |
| Entre 720,1 - 960 € |
| Entre 960,1 - 1,440 € |
| Entre 1.440,1 - 1920€ |
| Entre 1,920,1 - 2.400 |
| Más de 2.400 |

Anexos 4: Versión árabe del cuestionario sobre Estrategias y Actitudes de Aculturación. “versión para inmigrantes (Navas at el., 2004) Traducción propia

بسم الله الرحمن الرحيم

امامك مجموعة من العبارات التي تدور حول طريقة سلوكك و شعورك وحيث ان كل يختلف عن غيره, فانه لا يوجد اجابات صحيحة و اخري خاطئة, فالاجابة الصحيحة هي التي تتفق مع رانك و المطلوب منك ان تقرا كل عبارة جيدا, ثم تقرر درجة انطباقها عليك, في الجزء التالي يوجد مقياس متدرج من اقل درجة الي اعلي درجة حاول اختيار الدرجة التي تعبر عما في شعورك و تصرفك او تتفق مع رايك و ذلك بوضع اشارة (x) في الخانة التي تعبر عن شعورك مستخدم التدرج الاتي

غير موافق بشدة - غير موافق - محايد - موافق - موافق بشدة

1/ الاشخاص الوافدين من بلدك يجب عليهم العيش في اسبانيا بناءاً لعاداتهم
غير موافق على الاطلاق 1 1 2 3 4 5 موافق جدا

(2) الاشخاص الوافدين من بلدك يجب عليهم المشاركة بصورة كلية في هذا المجتمع
غير موافق على الاطلاق 1 1 2 3 4 5 موافق جدا

لأى درجة تحتفظ بالعادات التي كنت تمارسها في بلادك, و علاقتها بالأوساط الاتية:

| لا ادري | كثير | كاف | بعض الشيء | قليل | لا شيء | |
|---------|------|-----|--------------|------|--------|--|
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (3) العمل (نوعية العمل, الادوات و الماكينات المستخدمة و مواعيد العمل |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (4) عادات استهلاكية و اقتصاد عائلي (الاشياء التي تشتريها, ما تصرفه من نفود, ما توفره من نفود و طريقة ادارة ما تبقى لك |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (5) العلاقات العائلية, العلاقات الزوجية, مع الابناء و البنات (تعليم الابناء و البنات) |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (6) اعتقادات و عادات دينية |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (7) طريقة التفكير و المبادي و القيم |

الى اى درجة تتبنى عادات هذا البلد فيما يتعلق بالمجالات الاتية:

| لا ادري | كثير | كاف | بعض الشيء | قليل | لا شيء | |
|---------|------|-----|--------------|------|--------|---|
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (8) العمل (نوعية العمل, الادوات و الماكينات |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | المستخدمة و مواعيد العمل (9) عادات استهلاكية و اقتصاد عائلي (الاشياء التي تشتريها, ما تصرفه من نفود, ما توفره من نفود و طريقة ادارة ما تبقى لك |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (10) العلاقات العائلية, العلاقات الزوجية, مع الابناء و البنات (تعليم الابناء و البنات) |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (11) اعتقادات و عادات دينية |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (12) طريقة التفكير و المبادي و القيم |

- ما يتعلق بالعتادات الاجتماعية و الصداقات

(13) ماهي الدرجة التي تعطيها حاليا لعلاقتك مع ابناء بلدك

| | | | | |
|--------|------|-----------|----------------|------|
| لا شيء | قليل | بعض الشيء | ما فيه الكفاية | كثير |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(14) ما هي الدرجة التي تعطيها حاليا لعلاقتك مع مواطنين هذا البلد

| | | | | |
|--------|------|-----------|----------------|------|
| لا شيء | قليل | بعض الشيء | ما فيه الكفاية | كثير |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(15) ال اشخاص الوافدين من بلدك لديهم الفرصة في حياة المجتمع الإسباني كأشخاص جدد.

| | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|-----------|
| غير موافق على الاطلاق | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | موافق جدا |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|-----------|

قيم الاسئلة الآتية مستخدما المقياس (سيء جدا: 1. سيء: 2. لا سيء و لا حتى جيد: 3. جيد: 4. جيد

(16) ما هو اعتقادك عن تأثير الثقافة الإسبانية على ثقافتك؟

| | | | |
|---------|-----|-----|---------|
| سيء جدا | سيء | جيد | جيد جدا |
| 1 | 2 | 4 | 5 |

قيم الاسئلة الآتية لمجموعة الاشخاص الذين تنتمي اليهم (اشخاص من بلدك) (استبدل , في كل حالة بنقاط جنسية الشخص المعني)

(17) ما هو مقياس او درجة شعورك؟

| | | | | |
|--------|------|-----------|-----|------|
| لا شيء | قليل | بعض الشيء | كاف | كثير |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(18) ما هو مقياس درجة احساسك و فخرك؟

| | | | | |
|--------|------|-----------|-----|------|
| لا شيء | قليل | بعض الشيء | كاف | كثير |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(19) ماهي درجة العلاقة ما بين حضرتك و المجتمع الإسباني؟

- (1) لا علاقة معهم, فقط في الشارع والاماكن العامة ولكن لا اتكلم معهم ابدا
(2) اراهم كثير بحكم الجيرة, العمل او الدراسة لكن لا اتحدث معهم الا في حالات خاصة

- (3) أراهم كثير بحكم الجيرة، العمل أو الدراسة و غالباً لدى علاقة معهم
 (4) لدي اصدقاء من هؤلاء الأشخاص
 (5) لدى اقارب من هؤلاء الأشخاص

من قبل تحدثنا عن المتغيرات التي حدثت في حياتك منذ وصولك الى هنا، فكر الان من كيف سيعجبك ان تؤول الية
 الاشياء اذا اتاحت لك فرصة الاختيار، في أي مستوى او درجة يسرك الاحتفاظ بعاداتك الأصلية مقارنة بالمجالات الآتية:

| لا ادري | كثير | كاف | بعض الشيء | قليل | لا شيء | |
|---------|------|-----|--------------|------|--------|---|
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (20) العمل (نوعية العمل، الادوات و الماكينات المستخدمة و مواعيد العمل |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (21) عادات استهلاكية و اقتصاد عائلي) الاشياء التي تشتريها، ما تصرفه من نقود، ما توفره من نقود و طريقة ادارة ما تبقى لك |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (22) العلاقات العائلية، العلاقات الزوجية، مع الابناء و البنات (تعليم الابناء و البنات) |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (23) اعتقادات و عادات دينية |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (24) طريقة التفكير و المبادئ و القيم |

الى اي درجة يسرك تتبنى عادات هذا البلد فيما يتعلق بالمجالات الآتية

| لا ادري | كثير | كاف | بعض الشيء | قليل | لا شيء | |
|---------|------|-----|--------------|------|--------|---|
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (25) العمل (نوعية العمل، الادوات و الماكينات المستخدمة و مواعيد العمل |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (26) عادات استهلاكية و اقتصاد عائلي (الاشياء التي تشتريها، ما تصرفه من نقود، ما توفره من نقود و طريقة ادارة ما تبقى لك |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (27) العلاقات العائلية، العلاقات الزوجية، مع الابناء و البنات (تعليم الابناء و البنات) |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (28) اعتقادات و عادات دينية |
| 9 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | (29) طريقة التفكير و المبادئ و القيم |

ما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية و الصداقات

(30) في اي درجه يسرك تكون صلتك بأبناء بلدك.

| لا شيء | قليل | بعض الشئ | ما فيه الكفاية | كثير |
|--------|------|----------|----------------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(31) الي اي درجه يسرك تكون صلتك مع المواطنين الاصليين؟

| لا شيء | قليل | بعض الشيء | ما فيه الكفاية | كثير |
|--------|------|-----------|----------------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

فيما يتعلق بالنظام السياسي و الحكومة (طريقة اختيار الحكام, اتخاذ القرارات السياسية, توزيع الثروة, السلطة, العدالة , النظام الصحي و التعليم و السكن)

(32) باي مقدار تقيم بلادك

| لا شيء | قليل | بعض الشيء | كاف | كثير |
|--------|------|-----------|-----|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(33) الى أي نسبة تتبنى نظام هذا البلد ؟

| لا شيء | قليل | بعض الشيء | كاف | كثير |
|--------|------|-----------|-----|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(34) الجنس: 1/ ذكر 2/ انثى

- (35) ما هو عمرك.....
 (36) اين مسقط راسك او في أي بلد ولدت؟.....
 (37) في أي بلد مكنت اكبر وقت من طفولتك؟.....
 (38) كم عدد السنين التي قضيتها في الدراسة(تعليم ابتدائي- متوسط - جامعي)؟.....

الى اي درجة اثرت عليك الاسباب الاتية للمجيء لاسبانيا

| لا ادري | كثير | كاف | بعض الشيء | قليل | لا شيء |
|---------|------|-----|-----------|------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |

(49) هل كان لديك المام بالثقافة و المجتمع الإسباني قبل المجيء

| لا شيء | قليل | بعض الشيء | ما فيه الكفاية | كثير |
|--------|------|-----------|----------------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(50) مدة اقامتك في اسبانيا
 (1) سنوات (2) شهور.....

(51) هل لديك اقارب او اصدقاء في اسبانيا قبل حضورك؟

(1) نعم ----- اذهب الي 1-51

(2) لا

(1-51) من هم الأقارب

(1)الاباء(2)اخوان (3) ابناء عم/خال(4) زوج/زوجة(5) اخرين

(52) هل كنت في دولة اخرى اضافة لاسبانيا؟

(1) نعم ----- اذهب الي 1-52

(2) لا

(1-52) ايهما (1).....(2).....(3).....

(53) ماهي حرفتك او مهنتك الاساسية

(1)ربة منزل (2) طالب (3)متقاعد (4) عاطل (5)عامل..... اذهالي 1-54

(6) اخري (7) لا اجيب / اعرف

(1-53) ما هو عملك الأساسي.....

(54) ما هو وضعك القانوني في اسباني

(1) قانونيا

(2) غير قانونيا

(3) تحت الاجراءات (لجعة قانونيا)

(55) ماهي ديانتك او عقيدتك

(1) مسلم (2) كاثوليكي (3) بروتستانت (4) اخرى (5) لا يجيب (6) ملحد

(56) درجة المواظبة على اداء الشعائر الدينية

غير مواظب قليل بعض الشيء مافيها الكفاية جدا مواظب

1 2 3 4 5

(57) ماهي حالتك المدنية

(1) عازب/عازبه

(2) متزوج/ متزوجه... اذهب الي 1-57

(3) ارملة/ارملة

(4) منفصل, مطلق/مطلقة

(1-57) هل يعيش زوجك/زوجتك معك؟

(1) نعم

(2) لا

(58) هل لديك ابناء/بنات

(1) نعم..... اذهب الي 1..58

(2) لا

(58) كم عدد الابناء اللذين يعيشون معك؟

(59) كم عدد الاشخاص اللذين يعيشون معك بالبيت؟

(60) ما هو الدخل الشهري لكل فرد من افراد الاسرة

1/ بين 0 – 240 يورو

2/ بين 240,1 – 480 يورو

3/ 480,1 – 720 يورو

4/ 720,1 – 960 يورو

5/ 960,1 – 1.440 يورو

6/ بين 1,440.1 - 1,920 يورو

7/ بين 1,920,1 – 2,400 يورو

8/ اكثر من 2,400 يورو

9/ لا يدري

شكر

Anexos 5. Five-Factor Inventory (NEO-FFI).

Five-Factor Inventory (NEO-FFI).

Costa & McCrea (1992).

Direction: The statements below relate to your personality. Describe yourself honestly and state your opinions as accurately as possible. There would be no right or wrong answers.

Please indicate the degree to which each statement applies to you by placing the appropriate number (according to the scale below) in the space provide.

1 - Strongly Disagree 2 – Disagree 3 – Neutral 4 – Agree 5 - Strongly Agree

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1 | I am not a worrier. | | | | | |
| 2 | I like to have a lot of people around me. | | | | | |
| 3 | I don't like to waste my time daydreaming. | | | | | |
| 4 | I try to be courteous to everyone I meet. | | | | | |
| 5 | I keep my belongings neat and clean. | | | | | |
| 6 | I often feel inferior to others. | | | | | |
| 7 | I laugh easily. | | | | | |
| 8 | Once I find the right way to do something, I stick to it. | | | | | |
| 9 | I often get into arguments with my family and co-workers. | | | | | |
| 10 | I'm pretty good about pacing myself so as to get things done on time. | | | | | |
| 11 | When I'm under a great deal of stress, sometimes I feel like I'm going to pieces. | | | | | |
| 12 | I don't consider myself especially "light-hearted". | | | | | |
| 13 | I am intrigued by the patterns I find in art and nature. | | | | | |
| 14 | Some people think I'm selfish and egotistical. | | | | | |
| 15 | I am not a very methodical person. | | | | | |
| 16 | I rarely feel lonely or blue. | | | | | |
| 17 | I really enjoy talking to people.. | | | | | |
| 18 | I believe letting students hear controversial speakers can only confuse and mislead them | | | | | |
| 19 | I would rather cooperate with others than compete with them | | | | | |
| 20 | I try to perform all the tasks assigned to me conscientiously. | | | | | |
| 21 | I often feel tense and jittery . | | | | | |
| 22 | I like to be where the action is. | | | | | |
| 23 | Poetry has little or no effect on me . | | | | | |
| 24 | I tend to be cynical and skeptical of other's intentions. | | | | | |
| 25 | I have a clear set of goals and work toward them in an | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| | orderly fashion. | | | | | |
| 26 | Sometimes I feel completely worthless. | | | | | |
| 27 | I usually prefer to do things alone. | | | | | |
| 28 | I often try new and foreign foods. | | | | | |
| 29 | I believe that most people will take advantage of you if you let them. | | | | | |
| 30 | I waste a lot of time before setting down to work. | | | | | |
| 31 | I rarely feel fearful or anxious. | | | | | |
| 32 | I often feel as if I'm bursting with energy. | | | | | |
| 33 | I seldom notice the moods or feelings that different environments produce. | | | | | |
| 34 | Most people I know like me. | | | | | |
| 35 | I work hard to accomplish my goals. | | | | | |
| 36 | I often get angry at the way people treat me. | | | | | |
| 37 | I am a cheerful, high spirited person. | | | | | |
| 38 | I believe we should look to our religious authorities for decisions on moral issues. | | | | | |
| 39 | Some people think of me as a cold and calculating. | | | | | |
| 40 | When I make a commitment, I can always be counted on to follow through. | | | | | |
| 41 | Too often, when things go wrong, I get discouraged and feel like giving up. | | | | | |
| 42 | I am not a cheerful optimist. | | | | | |
| 43 | Sometimes when I am reading poetry or looking at a work of art, I feel a chill or wave of excitement. | | | | | |
| 44 | I'm hard-headed and tough-minded in my attitudes. | | | | | |
| 45 | Sometimes I'm not as dependable or reliable as I should be. | | | | | |
| 45 | I am seldom sad or depressed | | | | | |
| 47 | My life is fast-paced. | | | | | |
| 48 | I have little interest in speculating on the nature of the universe or the human condition. | | | | | |
| 49 | I generally try to be thoughtful and considerate. | | | | | |
| 50 | I am a productive person who always gets the job done | | | | | |
| 51 | I often feel helpless and want someone else to solve my | | | | | |
| 52 | I am a very active person. | | | | | |
| 53 | I have a lot of intellectual curiosity | | | | | |
| 54 | If I don't like people, I let them know it. | | | | | |
| 55 | I never seem to be able to get organized. | | | | | |
| 56 | At times I have been so ashamed I just wanted to hide. | | | | | |
| 57 | I would rather go my own way than be a leader of others. | | | | | |
| 58 | I often enjoy playing with theories or abstract ideas. | | | | | |
| 59 | If necessary, I am willing to manipulate people to get what I want | | | | | |
| 60 | I strive for excellence in everything I do. | | | | | |

Anexos 6. Five –Factor Inventory (NEO-FFI) Costa & McCrea (1992). Versión árabe árabe

traducir (El ansary)

قائمة العوامل الكبرى للشخصية

إعداد كوستا وماكري (Costa & Mc Crae 1992) تعريب الأنصاري (1997)

امامك مجموعة من العبارات التي تدور حول طريقة سلوكك و شعورك وحيث ان كل يختلف عن غيره, فان هل يوجد اجابات صحيحة و اخري خاطئة, فالاجابة الصحيحة هي التي تتفق مع رانك و المطلوب منك ان تقرا كل عبارة جيدا, ثم تقرر درجة انطباقها عليك حيث كل منا لدية درجة من السلوك قد تكون كبيرة او قليلة .
في الجزء التالي يوجد مقياس متدرج من اقل درجة الي اعلي درجة حاول اختيار الدرجة التي تعبر عما في شعورك و تصرفك او تتفق مع رايك و ذلك بوضع اشارة (x) في الخانة التي تعبر عن شعورك مستخدم التدرج الاتي

غير موافق بشدة - غير موافق - محايد- موافق- موافق بشدة

| الرقم | الفقرات | غير موافق بشدة | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |
|-------|---|----------------|-----------|-------|-------|------------|
| 1 | انا لست قلقا | | | | | |
| 2 | احب ان يكون حوالي عدد كبير من الناس | | | | | |
| 3 | لا احب ان ابدد وقتي في احلام اليقظة | | | | | |
| 4 | احاول ان اكون لطيفا مع كل فرد التقى به | | | | | |
| 5 | احتفظ بممتلكاتي نظيفة و مرتبة | | | | | |
| 6 | اشعر بانني ادني من الاخرين | | | | | |
| 7 | اضحك بسهولة | | | | | |
| 8 | عندما استدل علي الطريقة الصحيحة لعمل شيء استمر فيه | | | | | |
| 9 | ادخل كثير في نقاش مع افراد عائلتي و زملائي في العمل | | | | | |
| 10 | انا جيد الي حد ما في دفع نفسي لإنجاز الاشياء في وقتها المحدد | | | | | |
| 11 | عندما اكون تحت قدر هائل من الضغوط اشعر احيانا كما لو انني سوف انهار | | | | | |
| 12 | لا اعتبر نفسي شخصا مفرحا | | | | | |
| 13 | تعجبنى التصميمات الفنية التي اجدها في الفن او الطبيعة | | | | | |
| 14 | يعتقد بعض الناس بانني اناني ومغرور | | | | | |
| 15 | انني لست بالشخص الذي يحافظ جدا علي النظام | | | | | |
| 16 | نادرا ما اشعر بالوحدة و الكآبة | | | | | |
| 17 | استمتع بالتحدث مع الناس | | | | | |
| 18 | اعتقد ان ترك الكلاب يستمعون الي متحدثين يتجادلون يمكن فقط ان يشوش تفكيرهم و يضلهم | | | | | |
| 19 | أفضل التعاون مع الاخرين علي التنافس معهم | | | | | |
| 20 | احاول انجاز الاعمال المحددة لي بضمير | | | | | |
| 21 | اشعر كثيرا بالتوتر و المنرفة | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|
| | | | | احب ان اكون في مكان حيث يوجد النشاط و الفعل | 22 |
| | | | | ليس للشعر اي تأثير علي قليل او كثير | 23 |
| | | | | اميل الي الشك و السخرية من نوايا الاخرين | 24 |
| | | | | لدي مجموعة اهداف و اضحة اسعي ال تحقيقها بطريقة منتظمة | 25 |
| | | | | اشعر احيانا بانه لا قيمة لي | 26 |
| | | | | افضل عادة عمل الاشياء بفردي | 27 |
| | | | | اجرب كثيرا الاكلمات الجديدة و الاجنبية | 28 |
| | | | | اعتقد بان معظم الناس سوف تستغني لو سمحت لهم بذلك | 29 |
| | | | | اضيع الكثير من الوقت قبل ان استقر لكي اعمل | 30 |
| | | | | نادرا ما اشعر بالخوف او القلق | 31 |
| | | | | اشعر كثيرا و كأني ازيد قوة و نشاط | 32 |
| | | | | نادرا ما الاحظ المشاعر و الحالات المزاجية التي تحدثها اليبينات المختلفة | 33 |
| | | | | يحبني معظم الناس الذين أعرفهم | 34 |
| | | | | اعمل باجتهاد في سبيل تحقيق أهدافي | 35 |
| | | | | اغضب كثير من الطريقة التي يعاملني بها الناس | 36 |
| | | | | انا شخص مبتهج و مفعم بالحيوية و النشاط | 37 |
| | | | | اعتقد بانه علينا ان نلجأ للسلطات الدينية للبت في الامور الاخلاقية | 38 |
| | | | | يعتقد بعض الناس بانني حذر | 39 |
| | | | | عندما اتعهد بعمل شيء استطيع دائما الالتزام به ومتابعته للنهاية | 40 |
| | | | | غالبا عندما تسوء الامور تثبط همتي و اشعر كما لو كنت استسلم | 41 |
| | | | | انني لست بمتفائل او مبتهج | 42 |
| | | | | أحيانا عندما أقرأ شعراً أو أنظر إلى قطعة من الفن أشعر بقشعريرة | 43 |
| | | | | أنا صلب الرأى و متشدد في اتجاهاتي | 44 |
| | | | | احيانا لا يوثق بي و لا يعتمد علي كما ينبغي ان اكون | 45 |
| | | | | نادرا ما اكون حزينا او مكتئبا | 46 |
| | | | | حياتي تجري بسرعة | 47 |
| | | | | لدي اهتمام قليل في التأمل في طبيعة الكون او الظروف الانسانية | 48 |
| | | | | احاول ان اكون حذرا او يقظا و مراع لمشاعر الاخرين | 49 |
| | | | | انا انسان منتج دائما انهى العمل | 50 |
| | | | | اشعر غالبا بالعجز و بحاجة لشخص ليحل مشاكلي | 51 |
| | | | | انا شخص نشيط جدا | 52 |
| | | | | لدي الكثير من حب الاستطلاع الفكري | 53 |
| | | | | إذا لم اكن احب بعض الناس ادعهم يعرفون ذلك | 54 |
| | | | | لم ابد مطلقا علي انني قادر علي ان كون منظما | 55 |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|--|
| | | | | | 56 | احيانا كنت خجولا جد لدرجة انني حولت الاختفاء |
| | | | | | 57 | افضل ان ادبر امور نفسي عن كون قائد للآخرين |
| | | | | | 58 | كثيرا ما استمتع بالعب في النظريات و الافكار المجردة |
| | | | | | 59 | اذا كان ضروري يمكن ان اتحايل علي الناس للحصول علي ما اريد |
| | | | | | 60 | اكافح من اجل التميز في كل شيء اقوم به |

مع خالص شكري و تقديري

