



Características sociodemográficas, experiencias migratorias y salud mental en una unidad de apoyo psicológico a inmigrantes.

Karmele Salaberria¹, Paz de Corral, Analía Sánchez y Estitxu Larrea

*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco (España)*

RESUMEN

El objetivo de este estudio descriptivo fue conocer las características sociodemográficas, migratorias y psicopatológicas de una muestra de 23 inmigrantes que acudieron a recibir asistencia psicológica en un programa de apoyo psicológico para inmigrantes dirigido a paliar la sintomatología ansioso-depresiva-somática y confusional (denominada síndrome de Ulises) derivada del estrés migratorio. Los resultados ponen de manifiesto la existencia de un mayor porcentaje de mujeres, fundamentalmente de procedencia latinoamericana, en su gran mayoría en situación irregular y con niveles de psicopatología y sufrimiento psicológico altos. Los inmigrantes en situación irregular presentan mayores temores y miedos, más dificultades para la supervivencia y se sienten más fracasados y vulnerables.

Palabras clave: inmigrantes; estrés migratorio; síndrome de Ulises; salud mental; estudio descriptivo.

INTRODUCCIÓN

Los movimientos migratorios forman parte de la historia de la humanidad, pero a comienzos del siglo XXI la sociedad se encuentra cara a cara con el fenómeno de la inmigración globalizada. Se habla de inmigrantes para referirse a todas aquellas personas extranjeras que entran en el territorio nacional con el propósito de mejorar o cambiar una situación ocasionada por causas políticas, religiosas o étnicas (refugiado o asilado) o económicas y con el objeto de escapar de una persecución o mejorar su nivel de vida, dentro de un proyecto laboral o de reagrupación familiar (Colegio Oficial de Psicólogos, 1994).

De acuerdo con el avance provisional del Padrón municipal a 1 de enero de 2008 del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es), del total de personas empadronadas, 40,84 millones corresponden a personas de nacionalidad española y 5,22 millones son extranjeros. La proporción de ciudadanos extranjeros es del 11,3%. Entre los extranjeros el 53,2% son hombres y el 46,8% son mujeres. La mayoría, el 63,9%, tiene entre 16 y 45 años. Entre los extranjeros residentes en España, los pertenecientes a la Unión Europea-27 son 2,1 millones, de los que la mayoría son ciudadanos rumanos, británicos y alemanes. Entre los no comunitarios, destacan los marroquíes, seguidos de los ecuatorianos y los colombianos. Los ciudadanos de América del Sur suponen un 29,5% de los extranjeros y entre ellos hay mayor proporción de

mujeres que de hombres. Dentro de la Comunidad Autónoma Vasca (CAPV), según datos del año 2007 del Observatorio Vasco de inmigración (www.ikuspegi.org), los extranjeros suponen un 4,6% de la población de la comunidad y en concreto en Guipúzcoa un 4,2%.

Desde un punto de vista psicológico, la migración supone afrontar tres tareas principales: a) elaborar duelos y pérdidas de lo dejado en el país de origen (Salvador Sánchez, 2001); b) hacer frente a múltiples situaciones de estrés y supervivencia (Hovey, 2001); y c) adaptarse a una nueva cultura y crearse una nueva identidad (Villar, 2002).

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

Según Achotegui (2000) y García-Campayo (2000), el proceso migratorio supone la elaboración de duelos por la pérdida de elementos importantes para la vida de las personas: la pérdida de la red social (amigos y familia), la identidad (la lengua, la cultura, la tierra, el grupo de pertenencia), el estatus social, el contacto con el grupo étnico y la integridad

¹ Karmele Salaberria

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. de Tolosa, 70. 20018 San Sebastián. Teléfono: 943015635. Correo electrónico: mcarmen.salaberria@ehu.es

física (por los riesgos físicos ligados a la inmigración). Estos duelos tienen como característica que no son definitivos y que además se reavivan periódicamente.

Así, emigrar supone un proceso de aculturación que ha sido estudiado desde la psicología social y que da lugar a cuatro procesos principales (Berry, 2001), derivados, por un lado, del deseo de relacionarse con la nueva cultura y, por otro, del deseo de mantener la identidad y cultura original: *a) marginación*: separación de la cultura original y de la receptora; *b) separación*: mantenimiento de la propia cultura y evitación de la receptora; *c) asimilación*: abandono de la propia cultura a favor de la receptora; y por último *d) integración o biculturalismo*: mantenimiento de la propia identidad y relación con la cultura receptora. Es este último proceso el que correlaciona con un mejor estado psicológico, pero requiere de esfuerzos por parte del inmigrante y también por parte del país receptor, que no siempre está dispuesto a respetar y crear identidades multiétnicas y una sociedad multicultural. La aculturación es un proceso de cambio psicológico y cultural que se da a nivel grupal e individual y supone modificaciones en las estructuras sociales, en las instituciones y en las prácticas culturales; y a nivel individual, cambios en el repertorio conductual de las personas (Berry, 2005).

En un estudio reciente realizado con 182 inmigrantes residentes en España (Ramos y León, 2007), la mayoría de la muestra estudiada (un 82,2%) se inclinaba por la integración en la sociedad receptora: esa era su aspiración. Los mismos resultados aparecen en el estudio realizado en la Comunidad Autónoma Vasca en el año 2004, donde el 74% de los inmigrantes optaban por la integración (Basabe, Zlobina y Paéz, 2004).

Según Tizón (1994), para que el proceso migratorio se pueda elaborar de modo satisfactorio tienen que darse una serie de fases: un primer período de asentamiento, seguido de uno de adaptación, para poder llegar finalmente al de la integración. En cada una de las fases existen múltiples tareas que los inmigrantes deben realizar, a distintos niveles. En la primera fase de asentamiento deben buscar y mantener un trabajo, deben encontrar vivienda, deben cumplir con obligaciones económicas y legales (obtención de "papeles") aquí y con la familia dejada en el país de origen (Alma, 1986). Para encarar todas estas tareas la principal herramienta que tiene el inmigrante es su estado de salud física y mental y sus recursos psicológicos.

En diversos estudios se ha encontrado que el estrés en el emigrante aumenta entre los tres y cinco primeros años, principalmente por la escasez de apoyo social (Flaherty, Kohn, Levav y Birz, 1988), y posteriormente, años después del asentamiento, cuando emergen los problemas familiares con los hijos (por reagrupamiento familiar o por nacimiento en el país receptor), cuando hay malas condiciones de salud y cuando persisten las dificultades económicas (Lerner, Kertes y Zilber, 2005; Pernice y Brook, 1996; Ritsner y Ponizovsky, 1999; Ritsner, Ponizovsky and Ginath, 1997). En el estudio realizado por Martínez-Taboada, Arnos y Elgorriaga (2006) se describen tres etapas en el proceso migratorio: una primera de acogida donde los

inmigrantes presentan grandes necesidades de asistencia social; una segunda de adaptación sociolaboral; y una última de autonomía social. Es en la primera etapa -donde los inmigrantes llevan menos de cinco años en el país receptor- cuando se presentan mayor número de síntomas ansiosos, somáticos y depresivos.

Desde el punto de vista de la salud mental, y en la primera fase de asentamiento, los procesos de aculturación y los esfuerzos para la adaptación suponen un aumento del estrés y de la sintomatología ansioso-depresiva (Hovey y Magaña, 2000). En España hay algunos estudios realizados sobre la salud de los inmigrantes. Así, Jansá y García Olalla (2004) señalan en un estudio realizado en Barcelona en el año 1997 que un 48% de los hombres inmigrantes y un 65,7% de las mujeres declaraban tener un estado de salud regular, malo o muy malo. En el estudio realizado por Valiente, Sandín, Chorot, Santed y González de Rivera (1996) los inmigrantes muestran mayor nivel de psicopatología que los no inmigrantes, evaluados por medio del SCL-90-R (Derogatis, 1983). Estos resultados se dan también en estudios recientes realizados en Alemania donde los inmigrantes tienen más ansiedad y depresión que los alemanes y además acuden menos a las instituciones sanitarias (Wittig, Lindert, Merbach y Brähler, 2008) y en Bélgica (Levecque, Lodewyckx y Vranken, 2007) donde los inmigrantes procedentes de Turquía y Marruecos presentan más síntomas depresivos y ansiosos que la población europea.

García-Campayo y Sanz (2002) señalan que los problemas más frecuentes que se presentan en la población inmigrante son el trastorno de estrés postraumático en refugiados y asilados, así como la ansiedad, la depresión, las somatizaciones y, en los casos más graves, la esquizofrenia y la paranoia. Achotegui (2002, 2003) ha hecho referencia al término de Síndrome de Ulises para agrupar la sintomatología del inmigrante caracterizada por síntomas depresivos, ansiosos, confusionales y somatizaciones (dolores de cabeza, dolores abdominales, intensa fatiga y problemas de sueño). Esta sintomatología está directamente relacionada con el nivel de estrés crónico, múltiple e intenso y con el escaso apoyo social, así como con la situación legal que padecen los inmigrantes para poder salir adelante. Otros autores señalan la posibilidad de que los inmigrantes presenten más trastornos adaptativos (Matamala y Crespo, 2004) y mayores tasas de violencia doméstica y juego patológico (Petry, Armentano, Kuoch, Norinth y Smith, 2003; Steele, Lemieux-Charles, Clark y Glazier, 2002).

En el proceso de adaptación a la nueva cultura y sociedad se han detectado diversos factores de riesgo y protectores de la salud, que pueden ayudar o dificultar la adaptación. Así, la mayor distancia cultural, la situación de irregularidad, las características disfuncionales de la familia de origen, la existencia de trastornos psicológicos previos, la baja autoestima, los problemas en la salud física, una mayor edad, un menor nivel de instrucción, la baja religiosidad y la escasez de redes de apoyo social dificultan la adaptación a la nueva cultura y sociedad y facilitan la aparición de problemas y trastornos psicológicos (García-Campayo y Sanz, 2002; Hovey y Magaña, 2000; Jarvis, Kirmayer, Weinfeld y Lasry,

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

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Este estudio tiene como objetivo general conocer las características sociodemográficas, migratorias y psicopatológicas de aquellos inmigrantes de primera generación que acuden al programa de ayuda psicológica a inmigrantes de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco; además se plantean objetivos más concretos como son analizar si existen diferencias entre inmigrantes legales o ilegales y conocer qué objetivos terapéuticos se plantean al acudir a solicitar ayuda psicológica.

Respecto a las hipótesis del estudio se plantean las siguientes: 1) los inmigrantes que acuden al programa lo harán principalmente en la primera fase de asentamiento (menos de 5 años de estancia); 2) los inmigrantes presentarán mayores niveles de síntomas psicopatológicos en comparación con la población general; y 3) los inmigrantes irregulares presentarán más síntomas psicopatológicos y un mayor nivel de estrés que los regulares.

Este estudio forma parte de una investigación más amplia, actualmente en curso, sobre la eficacia de un programa cognitivo-conductual de apoyo psicológico a los inmigrantes.

MÉTODO

Participantes

La muestra está compuesta por 23 inmigrantes del total de 52 que solicitaron cita en el Programa de Apoyo Psicológico a Inmigrantes de la Universidad del País Vasco, durante el período de mayo de 2007 a mayo de 2008. Todos ellos eran residentes en Guipúzcoa. El programa de apoyo psicológico a inmigrantes se dio a conocer entre las instituciones que trabajan con ellos (Cáritas, Cruz Roja, Sos-Racismo, Asesoría jurídica y legal del Gobierno Vasco para inmigrantes HELDU, trabajadores sociales), así como en los locutorios.

En la tabla 1 se muestra el proceso de obtención de la muestra.

Los criterios de admisión para este estudio han sido que el paciente sea mayor de 18 años, que desee participar voluntariamente en el programa después de haber sido informado, que sea capaz de completar los cuestionarios y tenga un mínimo conocimiento del castellano. Desde el punto de vista psicopatológico, se ha tenido en cuenta que no presente un trastorno psicótico, un trastorno adictivo, un trastorno afectivo grave, un trastorno de alimentación, ni una enfermedad crónica grave.

De acuerdo a los criterios de admisión, 23 sujetos fueron evaluados y entraron a formar parte del programa de apoyo psicológico para inmigrantes. Los participantes eran todos inmigrantes de primera generación.

Entre las 12 personas que no cumplían los criterios de admisión, 3 fueron remitidas al médico de cabecera y 1 fue remitida a la Asociación de Ayuda a Ludópatas de Guipúzcoa Ekintza-Dasalud. El resto fueron atendidos igualmente aunque sus datos no se incluyeron junto con los de la muestra de este estudio.

Desde Mayo de 2007 hasta Mayo de 2008, 52 inmigrantes contactan con el programa de apoyo psicológico, de ellos:

- 9 personas solicitan cita pero no acuden a la misma.
- 3 personas acuden a solicitar información sobre el programa.
- 2 personas no completan la evaluación pre-tratamiento
- 2 personas rehúsan participar en el programa después de haber sido informados del mismo
- 1 persona es despedida del programa por la imposibilidad de concertar y acudir a las citas y cumplir con la asistencia
- 12 personas no cumplen los criterios de admisión:
 - 2 son analfabetas
 - 2 desconocen el castellano
 - 1 desconoce el castellano y es refugiado humanitario
 - 1 es víctima de acoso laboral
 - 3 están en un proceso de duelo patológico
 - 2 personas deciden el regreso voluntario a sus países de origen
 - 1 persona padece un problema de ludopatía
- 23 personas son evaluadas y admitidas de acuerdo a los criterios de admisión.

Tabla 1. Evolución en el proceso de obtención de la muestra.

Diseño

El estudio utiliza un diseño descriptivo, transversal con un único grupo de sujetos evaluados antes de recibir las sesiones de apoyo psicológico.

Medidas de evaluación

a) Variables sociodemográficas y migratorias

Se ha llevado a cabo una entrevista inicial, donde se obtenían datos referidos, por un lado, a variables demográficas y, por otro, a variables migratorias analizadas en este trabajo: edad, sexo, estado civil, vivienda, procedencia y fecha de salida, situación familiar, formación académica, situación laboral y económica, situación legal, así como al estado de salud (historia psiquiátrica anterior, enfermedades y posesión de tarjeta sanitaria). La entrevista se elaboró específicamente para este estudio teniendo en cuenta las variables más relevantes citadas en los estudios sobre inmigración y salud mental.

b) Variables de estrés migratorio

Se ha utilizado para valorar el nivel de estrés migratorio la Escala Ulises, referida a duelos extremos en la migración (Achetogui, 2005) y que se utiliza en el contexto de una entrevista. La escala se divide en 8 apartados, que recogen datos sobre el nivel de estrés que padece el inmigrante en diferentes ámbitos. Cada ítem se puntúa de 0 a 3. Éstos son los apartados:

- La escala de familia (rango 0-60) evalúa la existencia de familiares, amigos o instituciones cercanos para pedir ayuda, el haber dejado a hijos y padres ancianos o enfermos en el país de origen, la separación o el divorcio de la pareja, la posibilidad de que exista peligro para la familia en el país de origen, etc.
- La escala de estrés aculturativo (rango 0-24) evalúa las diferencias entre la lengua, la cultura, la tierra y la identidad étnica del país de origen y el país receptor.
- La escala de fracaso (rango 0-48) recoge información sobre la situación legal, laboral, las

deudas, las expectativas, la posibilidad de regreso, la existencia de enfermedades y discapacidades o dificultades escolares de los hijos.

- La escala de supervivencia (rango 0-9) evalúa si el inmigrante tiene vivienda, pasa hambre o tiene dificultades de salud no atendidas.
- La escala de miedo (rango 0-15) evalúa las situaciones de peligro para la vida vividas durante el viaje migratorio y en el país de origen.
- La escala de factores epidemiológicos evalúa el estrés que suponen la edad y el sexo en el proceso migratorio (rango 0-6).
- La escala de otras variables (rango 0-9) recoge información sobre la historia infantil, la decisión de emigrar y la presencia de síntomas psicológicos.
- La escala de vulnerabilidad (rango 0-18) recoge información sobre la percepción que tiene el inmigrante de sí mismo en cuanto a sus características de personalidad (timidez, dependencia, desconfianza, etc.).

La puntuación máxima que se puede obtener en la escala es de 189 puntos. Se considera estrés leve entre 0-30 puntos, moderado entre 30 y 60 puntos y extremo más de 60.

c) Variables psicopatológicas, de personalidad y relacionadas con el tratamiento

Se utilizó la escala SCL-90-R (Derogatis, 1983; versión española de González de Rivera, 2002) para evaluar la presencia de síntomas psicopatológicos generales. La escala consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (nada) y 4 (mucho). La escala evalúa 9 dimensiones de síntomas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Ofrece además 3 índices globales que reflejan el malestar del sujeto y que son el índice global de severidad (GSI), el índice de distrés de síntomas positivos (PST) y el índice de sintomatología positiva total (PSDI). La consistencia interna del cuestionario oscila entre 0.81 y 0.90 y la estabilidad temporal entre 0.78 y 0.90.

La Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965) tiene como objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango del cuestionario es de 10 a 40, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima. La fiabilidad test-retest es de 0,85 y el coeficiente alfa de consistencia interna de 0,92.

La Escala de Conductas-Objetivo (Echeburúa y Corral, 1987) es un autoinforme diseñado para que los pacientes concreten una lista de cinco conductas que quieren mejorar y supondrían un beneficio importante para su vida cotidiana. Estas cinco conductas se valoran según su grado de dificultad de 1 a 10.

Procedimiento

Se divulgó el programa de apoyo psicológico a inmigrantes en las instituciones que trabajan directamente con esta población (SOS-

Racismo, Cáritas, Cruz Roja, Asesoría jurídica y legal del Gobierno Vasco para inmigrantes HELDU, técnico de inmigración del Ayuntamiento de San Sebastián) y en los locutorios entre abril y junio de 2007. En la divulgación se entregaron marca-páginas con la dirección y el teléfono al que podían llamar los inmigrantes para solicitar la ayuda. Cuando un inmigrante llamaba, se le daba cita para realizar la primera entrevista y en ella se explicaba el programa y los objetivos, se entregaba una hoja informativa donde se describía el programa de intervención y una carta de consentimiento y si el inmigrante estaba de acuerdo se pasaba a realizar la evaluación pretratamiento. Esta evaluación podía durar entre 2 y 3 sesiones.

La entrevista inicial y la evaluación pretratamiento fueron realizadas por una psicóloga clínica con más de 10 años de experiencia.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados referidos a las variables sociodemográficas y migratorias en primer lugar; en segundo lugar se exponen los datos referidos a las variables de estrés migratorio; y en tercer lugar, los referidos a variables psicopatológicas y de personalidad. Por último, se lleva a cabo una comparación entre los inmigrantes en situación regular e irregular en las variables estudiadas. Para analizar los datos se utilizó el paquete estadístico SSPS versión 14.0.

Variables sociodemográficas y migratorias

Las características sociodemográficas de la muestra aparecen descritas en las tablas 2 y 3.

La muestra está compuesta en su gran mayoría (87%) por mujeres, con una edad media de

Sexo	Mujeres 20 (87%)	Hombres 3 (13%)
Edad (rango 18-47)	M 30,26	DT 8,53
Número de hijos (rango 0-4)	M 1,39	DT 1,15
Deuda (rango 0-9000€)	M 1320,43	DT 2347,71
Meses fuera de su país (rango 5-72)	M 28,22	DT 20,68

Tabla 2. Variables sociodemográficas y migratorias.

Estado civil	
Casado/a	9 (39,1%)
Con pareja	3 (13%)
Separado/a	2 (8,7%)
Viudo/a	1 (4,3%)
Soltero/a	8 (34,8%)
Hijos	
No	7 (30,4%)
Sí	16 (69,6%)
Hijos aquí	
No	10 (43,5%)
Sí	6 (26,1%)
No tiene hijos	7 (30,4%)
Estudios	
Primarios	4 (17,4%)
Secundarios	10 (43,5%)
Formación profesional	5 (21,7%)
Universitarios	4 (17,4%)
Trabajan en	
Servicio doméstico-cuidado de ancianos o niños	13 (56,5%)
Limpieza	2 (8,7%)
Hostelería	2 (8,7%)
Paro	6 (26,1%)

Ingresos	
Menos de 1000 €al mes	21 (91,3%)
Más de 1000 €al mes	2 (8,7%)
Vivienda	
Piso compartido por varias personas	12 (52,2%)
Piso de asistencia (Cáritas, Cruz Roja)	2 (8,7%)
Unidad familiar	4 (17,4%)
Interna	5 (21,7%)
Comparten habitación	
2 personas	6 (26,1%)
3 personas	1 (4,3%)
Padres e hijos	2 (8,7%)
No la comparten con nadie	14 (60,9%)
Antecedentes psiquiátricos	
No	20 (87%)
Sí	3 (13%)
Víctima de malos tratos, abusos en su país de origen	
No	17 (73,9%)
Sí	6 (26,1%)
Víctima de agresión física en el país receptor	
No	19 (82,6%)
Sí	4 (17,4%)

Tabla 3. Variables sociodemográficas y migratorias.

30 años, con una media de hijos de 1,39, que llevan casi dos años y medio fuera de sus países de origen y que en el momento de acudir al programa tienen una deuda con un importe medio de 1.320 € si bien el rango es muy amplio (desde 0 a 9.000 €). La motivación para salir de sus países es fundamentalmente económica, es decir, mejorar su vida y la de sus familias. Acuden al programa en la primera fase de asentamiento, en los tres primeros años desde que salieron de su país.

Excepto una persona de Malí (África), el resto de la muestra es de procedencia latinoamericana. La mayoría procede de Honduras (6 personas; 26,1%) y de Colombia (5 personas; 21,7%), seguidos de Bolivia, Nicaragua, Ecuador y Perú, con dos personas de cada país (8,7%). Por último, hay personas de Chile, Cuba y Venezuela (con 1 persona de cada país).

La mitad de los participantes están casados (39,1%) o emparejados (13%), pero sólo una persona tiene como pareja a un vasco. Las personas solteras constituyen el 34,8% de la muestra.

Un 69,6% de la muestra (16 personas) tiene hijos. En estas circunstancias, 10 personas (el 62,5% de los que tienen hijos) no los tienen aquí, sino que residen en los países de origen junto a otros familiares, normalmente los abuelos maternos. Predominan aquellas personas que tienen un nivel de

estudios secundarios (43,5%). El 56,5% trabajan en el servicio doméstico y cuidado de ancianos principalmente, pero también existe un porcentaje del 26,1% que acude al programa de apoyo psicológico en situación de paro. La mayoría (91,3%) no llega a cobrar 1000 €de ingresos mensuales.

En general los participantes viven en pisos compartidos (el 52,2%), pero el 21,7% viven internas al cuidado de personas ancianas en muchos casos dependientes.

Respecto a los antecedentes psiquiátricos, en su gran mayoría (87%) no existen. En el 13% restante los antecedentes están referidos a depresiones en la adolescencia. Sin embargo, hay un 26,1% de la muestra que ha sufrido malos tratos o abusos sexuales en su infancia o adolescencia, o en su relación de pareja en su país de origen. De la muestra que accede al programa el 17,4% ha sufrido alguna agresión física por parte de su pareja o de algún familiar aquí.

La mayoría de la muestra no toma medicación alguna, excepto un 17,4%, que toman algún analgésico para los dolores de cabeza o, en algunas ocasiones, algún hipnótico para dormir.

Desde el punto de vista de su *situación legal*, la mayoría de la muestra (14 personas; 60,9%) no tienen permiso de residencia ni de trabajo, y de las personas que poseen permisos de residencia y trabajo ninguna lo tiene permanente. Sin embargo, un 78,6% de la muestra está empadronada, y de ella 16 personas (el 69,6%) cuentan con tarjeta sanitaria y, por lo tanto, tienen posibilidad de acceso al sistema público de salud.

Variables de estrés migratorio

A continuación, en la tabla 4, se presentan los resultados obtenidos por los 23 sujetos de la muestra en la escala Ulises de estrés migratorio.

El nivel de estrés de la muestra es moderado-alto, ya que una puntuación mayor de 60 así se considera. Esta puntuación señala que el nivel de estresores a los que se enfrentan los inmigrantes es muy alto. Por lo tanto, la posibilidad de padecer síntomas psicológicos es elevada. La escala de familia, que evalúa la lejanía de los seres queridos, la imposibilidad de verlos y el sentimiento de soledad, y la escala de fracaso, donde el inmigrante vive las dificultades que tiene para salir adelante, también presentan puntuaciones moderadamente altas.

Escala Ulises			
Total (rango 0-189)	M	DT	rango 40-94
Escala de familia (rango 0-60)	23,04	4,31	rango 15-29
Escala de estrés aculturativo (rango 0-24)	7,22	3,01	rango 2-15
Escala de fracaso (rango 0-48)	16,85	5,51	rango 4-26
Escala de supervivencia (rango 0-9)	1,83	2,30	rango 0-7
Escala de miedo (0-15)	2,65	1,69	rango 0-6
Factores epidemiológicos (0-6)	1,52	1,23	rango 0-4
Otras variables (0-9)	6,26	1,95	rango 3-9
Vulnerabilidad (0-18)	5,91	3,76	rango 0-13

Tabla 4. Estrés migratorio.

El nivel de estrés de la muestra es moderado-alto, ya que una puntuación mayor de 60

así se considera. Esta puntuación señala que el nivel de estresores a los que se enfrentan los inmigrantes es

muy alto. Por lo tanto, la posibilidad de padecer síntomas psicológicos es elevada. La escala de familia, que evalúa la lejanía de los seres queridos, la imposibilidad de verlos y el sentimiento de soledad, y la escala de fracaso, donde el inmigrante vive las dificultades que tiene para salir adelante, también presentan puntuaciones moderadamente altas.

Variables psicopatológicas, de personalidad y relacionadas con el tratamiento

A continuación se presentan los resultados en la escala SCL-90-R, en la Escala de Autoestima y en la Escala de Conductas-Objetivo.

ESCALAS	M	DT
Escala SCL-90-R		
GSI	1,61	0,47
PST	61,82	13,01
PSDI	2,34	0,47
Somatización	1,51	0,87
Obsesión-compulsión	1,61	0,62
Sensibilidad interpersonal	1,85	0,67
Depresión	2,38	0,54
Ansiedad	1,65	0,60
Hostilidad	1,32	1
Ansiedad fóbica	1,04	0,87
Ideación paranoide	1,60	0,58
Psicoticismo	1,03	0,54
Escala de autoestima (rango 10-40)	27,7	4,28
Escala de conductas objetivo (rango5-50)	41,1	7,77

Tabla 5. Variables psicopatológicas, de personalidad y relacionadas con el tratamiento

El nivel de malestar psicopatológico de la muestra, de acuerdo a la escala SCL-90-R, es muy alto. Con respecto al baremo de la población general, los percentiles de la muestra están por encima del percentil 95 en todas las subescalas, excepto en la de somatización y en el PSDI, que son también muy elevados. Por lo tanto, la muestra se caracteriza por altos niveles de depresión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, preocupaciones y sufrimiento psicológico.

En la *Escala de Autoestima* las puntuaciones se sitúan en un nivel moderado y en la escala de *Conductas-Objetivo* presentan un nivel de dificultad alto.

En la tabla 6 se exponen brevemente algunas de las *conductas-objetivo* que la muestra ha

señalado para trabajar a lo largo de las sesiones del programa de apoyo psicológico. En general, las conductas-objetivo tienen relación con la sintomatología definida en el síndrome de Ulises, principalmente con la ansiedad, la depresión y la confusión. Y, además, se incluyen aspectos como la mejora en las relaciones sociales, la reducción de la ira y el perfeccionismo y el logro de objetivos vitales, tales como poder estudiar y regularizar su situación.

- Ser más fuerte, tener menos miedo y enfrentarse a las situaciones.
- Tener más seguridad y confianza en uno mismo, más autoestima.
- Tener menos preocupaciones, poder centrarse en las cosas.
- Manejar la ansiedad y el nerviosismo.
- Manejar la timidez y la vergüenza
- Mejorar la tristeza, tener más ánimo y sentirse menos culpable.
- Reducir el perfeccionismo.
- Mejorar las relaciones personales con la pareja, con la familia, en la sociedad, entablar y mantener conversaciones.
- Saber decir que no, defender derechos, pedir algo.
- No gritar, manejar la ira, la rabia y la frustración.
- Poder estudiar.
- Poder tener *papeles*, es decir, los permisos de trabajo y residencia.

Tabla 6. Ejemplos de conductas-objetivo a trabajar en el programa

Comparaciones entre inmigrantes en situación regular e irregular

Se realizó una comparación entre inmigrantes regulares (9) e inmigrantes en situación irregular (14), es decir, entre aquellos que poseen permiso de residencia y trabajo y los que no lo poseen en todas las variables incluidas en el estudio, por medio de la prueba t para muestras independientes y la chi-cuadrado. En la tabla 7 aparecen las variables en las cuales aparecen diferencias estadísticamente significativas o tendenciales.

Como se puede apreciar en la tabla, los inmigrantes regulares llevan más tiempo fuera de su país (unos 3 años) y tienen mejores niveles de autoestima de modo tendencial.

Variables	Regulares (N=9)		Irregulares (N=14)		t
	M	DT	M	DT	
SCL-90-R					
Ansiedad fóbica	0,64	0,46	1,32	0,99	2,12*
Autoestima	30	4,83	26,46	3,55	-1,87+
Escala Ulises de estrés migratorio					
Total	54,56	9,58	71,36	13,55	3,22 **
Escala de fracaso	13,33	5,59	18,29	4,68	2,29 *
Escala de supervivencia	0,56	1	2,64	2	2,69 *
Escala de miedo	1,56	1,50	3,36	1,44	2,86 **
Vulnerabilidad	3,44	1,50	7,50	3,95	3,46 **
Meses fuera de su país	38,22	24,15	21,79	15,84	-1,98 +

+ Tendencia * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001 **Tabla 7.** Comparaciones entre inmigrantes regulares e irregulares

Desde el punto de vista psicopatológico, los inmigrantes en situación irregular presentan mayores temores, tiene un nivel de estrés migratorio más alto, se sienten más fracasados y vulnerables (dudan más

de sí mismos, son desconfiados, se sienten indecisos y dependientes) y tienen más dificultades para sobrevivir.

CONCLUSIONES

La migración supone un impacto psicológico en el país receptor, en el inmigrante y en su familia que deja en el país de origen, que también vive una situación de duelo (Oztek, 1986; Rodríguez, 1982). La migración siempre supone frustración, dolor o sufrimiento, pero también expectativas de un futuro mejor para los que salen de sus países de origen.

La migración se considera como un factor de riesgo tanto a nivel psicosomático como psicopatológico y, por ello, debería tenerse en cuenta desde un punto de vista sanitario y psicosocial (Tizón, Salamero, Pellegrero, San-José, Sáinz y Atxotegi, 1992).

Los inmigrantes que acuden a pedir ayuda al programa han salido de sus países de origen en los últimos 3 años. Por lo tanto, se puede considerar que están todavía en la primera fase de la adaptación al nuevo lugar y a una nueva vida, con todas las dificultades que esto conlleva (Martínez-Taboada, Arnoso y Elgorriaga, 2006). Es probable que, superadas estas fases iniciales, puedan a pesar de la nostalgia integrarse y desarrollar una vida normalizada (Bravo, 1989). Se confirma por lo tanto la primera hipótesis.

La mayoría son mujeres y de procedencia latinoamericana, son jóvenes (con una media de 30 años) y están casados o emparejados. En general, trabajan en puestos de menor cualificación que el nivel de estudios que tienen, lo que supone una frustración y una reducción de su estatus social. Así, el 91% de la muestra tiene ingresos menores a 1.000 € y tiene una deuda media de 1.320 € contraída en el periodo migratorio para poder llegar a España o contraída en su país de origen y que le empuja a salir de él. Esto supone una carga adicional estresante ya que, además de ganar dinero para poder vivir en el país receptor, deben ahorrar para pagar la deuda y enviar dinero a sus familias de origen, en donde se encuentran sus hijos.

Más de la mitad viven en pisos compartidos con otras personas, o duermen en una habitación con otra persona que en muchos casos es desconocida, lo que supone una situación altamente estresante y que predispone a la aparición de conflictos personales y de grupo (Molero, Fernández, Martín, Pelayo y Vázquez, 2004).

En general, es una población sana. El 87% no tiene antecedentes psiquiátricos, por lo que es el hecho de enfrentarse a múltiples situaciones estresantes lo que les hace enfermar, tal y como señalan los trabajos de Achotegui (2002, 2003, 2004). Las puntuaciones que la muestra obtiene en la escala de estrés migratorio señalan que los inmigrantes tienen que hacer frente a muchas situaciones difíciles: la lejanía de los seres queridos, las dificultades para encontrar y mantener un trabajo y tener una vivienda digna, la sensación de impotencia y de fracaso, la lucha diaria para sobrevivir, etcétera.

Así, en líneas generales, el malestar es intenso, pero los inmigrantes no acuden en busca de ayuda psicológica por su situación habitual, sino porque aparece un nuevo estresor acumulativo (quedarse sin trabajo, sufrir una agresión, tener que cambiar de habitación una vez más, el cansancio de

trabajar con un anciano dependiente, la muerte de las personas a las que cuidan, un problema de sus hijos, sufrir una orden de expulsión, tener que renovar de nuevo los permisos, etcétera). Los inmigrantes resisten frente a muchas situaciones estresantes y luchan durante largo tiempo antes de buscar ayuda. Su fortaleza psicológica es muy alta, pero en ocasiones se quiebra.

De acuerdo a la escala SCL-90-R, los inmigrantes que acuden al programa presentan altos niveles de alteración psicopatológica (ansiedad, miedo, depresión, somatizaciones, dificultades en las relaciones interpersonales) en comparación con los baremos de la población general. Estos datos están en consonancia con otros estudios que han utilizado el mismo instrumento (Plante, Manuel, Menéndez y Marcotte, 1995; Valiente et al., 1996) y confirman la segunda hipótesis del estudio.

Las situaciones estresantes a las que se enfrentan son múltiples: trabajos sin contrato y por horas, múltiples trabajos, ceses de trabajo y necesidades económicas, cambios de habitación, regularización de papeles, etcétera. Estas situaciones son altamente estresantes, se prolongan en el tiempo durante años y deben afrontarse en muchas ocasiones en soledad y sin el apoyo de sus familias.

Los inmigrantes irregulares del estudio presentan un mayor nivel de estrés y de vulnerabilidad psicológica que los inmigrantes regulares, por lo tanto se confirma la tercera hipótesis. Tal y como aparece en otros trabajos poseer permiso de residencia y trabajo supone una mejor situación y más posibilidades de integración, así como mejores condiciones de vida y de bienestar (Aierdi, Basabe, Blanco y Oleaga, 2008; Basabe, Zlobina y Páez, 2004; Finch, 2003). Los inmigrantes en situación irregular viven un riesgo real de expulsión o detención, con altos niveles de inseguridad e incertidumbre que se prolongan a lo largo del tiempo (Villar, 2002). De hecho, se enfrentan a múltiples tareas de tipo administrativo (con esperas y colas), de tipo jurídico, laboral y de supervivencia, con la posibilidad de padecer abusos laborales. Si, además, su salud se quebranta, la posibilidad de padecer trastornos es mayor (Cuellar, 2002; Huang y Spurgeon, 2006). Además, al tratarse de inmigrantes recientes, llevan menos tiempo en el país receptor, de manera que desconocen los ritmos y costumbres a los que se tienen que adaptar.

Los resultados del estudio permiten conocer mejor el perfil sociodemográfico de los inmigrantes que solicitan ayuda, así como sus experiencias migratorias y el estado psicológico que presentan, de modo que se pueda ajustar la ayuda y las intervenciones terapéuticas de un modo más adecuado sobre todo en la primera fase de asentamiento, donde los niveles de estrés son más altos. Además los resultados revelan la necesidad de tener en cuenta la situación legal de los inmigrantes de cara a poder ofrecer a esta población dispositivos asistenciales.

Para poder integrarse en una sociedad la salud física y psicológica es fundamental (Ingleby, 2004), ya que los problemas de salud mental no reconocidos e infratratados pueden afectar de modo negativo a la adaptación y posterior funcionamiento de los inmigrantes (Pumariega, Rothe y Pumariega,

2005). Por ello, se creó un programa de apoyo psicológico para fortalecer y ayudar a los inmigrantes en sus procesos migratorios. El programa constituye un dispositivo de salud de tipo preventivo en las primeras fases de adaptación y que tiene como objetivo ayudar a hacer frente a las dificultades emocionales y psicológicas que presentan los inmigrantes y ofrecerles un espacio de escucha y de fortalecimiento de sus capacidades psicológicas.

El estudio que se ha presentado aquí tiene varias limitaciones: el tamaño de la muestra, la carencia de un grupo control que sirva de comparación y la utilización de instrumentos para evaluar el estrés migratorio todavía no contrastados. Sin embargo, supone una primera aproximación al estado psicológico de los inmigrantes que piden ayuda y a su problemática psicológica en la provincia de Guipúzcoa. En una segunda fase se podrán elaborar instrumentos más refinados para medir el estrés migratorio y comparar los resultados con grupos de control, para poder ajustar la ayuda psicológica a las características personales y a la situación psicológica que presentan los inmigrantes. Conocer la problemática que supone la inmigración para la adaptación sociocultural y la supervivencia y sus consecuencias en la salud mental de los inmigrantes, así como los factores de riesgo y protección, es un reto que se presenta ante el futuro (Zarza y Sobrino, 2007).

REFERENCIAS

- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la emigración. *Jano, psiquiatría y humanidades*, 2, 15-19.
- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona. Ediciones Mayo.
- Achotegui, J. (2003). *Depresión y ansiedad en los inmigrantes*. Barcelona. Ediciones Mayo.
- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Norte de Salud mental*, 21, 39-52.
- Achotegui, J. (2005). Escala Ulises de duelos extremos en la migración. Seminario de salud mental e inmigración SOS-Racismo, 3 y 4 de junio de 2005.
- Aierdi, X., Basabe, N., Blanco, C. y Oleaga, J.A. (2008). Población Latinoamericana en el CAPV 2007. Observatorio Vasco de Inmigración.
- Alma, W. (1986). Psychosocial problems of migrants. In Colledge, M. y Svensson, P.G. (Eds.). *Migration and health*. La Haya. OMS.
- Basabe, N., Zlobina, A. y Páez, D. (2004). Integración socio-cultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco. *Cuadernos Sociológicos Vascos*, nº15. Gobierno Vasco.
- Berry, J.W. (2001). A psychology of immigration. *Journal of Social Issues*, 57, 615-631.
- Berry, J.W. (2005). Acculturation: living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 697-712.
- Bravo, M. (1989). La familia latinoamericana en el exilio. Algunos aspectos de su (des)adaptación psicológica. *Revista chilena de psicología*, 10, 31-35.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1994). *Guía de apoyo para el profesional de la intervención social con inmigrantes económicos y refugiados*, Año 1, nº1.
- Cuellar, I. (2002). Mexican-origin migration in US and mental health consequences. *The Julian Samora Research Institute. Occasional Paper 40*. Michigan State University.
- Derogatis, L. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedure manual II for revised version of the SCL-90*. Baltimore. John Hopkins University Press.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de conductas objetivo*. Manuscrito no publicado.
- Finch, B.K. (2003). Acculturation stress, social support and self-rated health among latinos in California. *Journal of Immigrant Health*, 5, 109-117.
- Flaherty, J.A., Kohn, R., Levav, I., Birz, B. (1988). Demoralization in soviet-jewish immigrants to the United States and Israel. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 558-597.
- García-Campayo, J. (2000). Psiquiatría transcultural: el desafío de la psicopatología en el nuevo milenio. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 54, 5-6.
- García-Campayo, J. y Sanz, C. (2002). Salud mental en inmigrantes el nuevo desafío. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 118, 187-191.
- Garza-Guerrero, A.C. (1974). Culture shock: it's mourning and the vicissitudes of identity. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 22, 408-429.
- Gonzalez de Rivera, J.L. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Adaptación española*. Madrid. TEA
- Hovey, J.D. (2001). *Mental health and substance abuse. Program for the study of immigration and mental health*. The University of Toledo.
- Hovey, J.D. y Magaña, C. (2000). Accultuative stress, anxiety and depresión among immigrant farmworkers in the midwest. *Journal of Immigrant Health*, 2, 119-131.
- Huang, S. y Spurgeon, A. (2006). The mental health of chinese immigrants in Birmingham, UK. *Ethnicity and Health*, 11, 365-387.
- Ingleby, D. (2004). *Forced migration and mental health: rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York. Springer.

- Instituto Nacional de Estadística (2008). Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2008. Datos provisionales. www.ine.es
- Jansá, J.M. y García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18, 207-213.
- Jarvis, G., Kirmayer, L., Weinfeld, M. y Lasry, J. (2005). Religious practice and psychological distress: the importance of gender, ethnicity and immigrant status. *Transcultural Psychiatry*, 42, 657-675.
- Lerner, Y., Kertes, J. y Zilber, N. (2005). Immigrants from the former Soviet Union, 5 years post-immigration to Israel: adaptation and risk factors for psychological distress. *Psychological Medicine*, 35, 1805-1814.
- Levecque, K., Lodewyckx, I. y Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*, 97, 229-239.
- Mallona, A. (1999). Surfacing the self: narratives of central American immigrant women. *Dissertation Abstract International Behavior Science England*, 59 (8-B), 4510.
- Martinez, M.F., García, M. y Maya, I. (1999). El papel de los recursos sociales naturales en el proceso migratorio. *Intervención Psicosocial*, 8, 221-232.
- Martínez-Taboada, C., Arnosó, A. y Elgorriaga, E. (2006). *Estudio del choque psicosocial de las personas inmigradas en Donostia. Síntesis y Propuestas*. Ayuntamiento de San Sebastián.
- Matamala, P. y Crespo, A. (2004). Pacientes inmigrantes en un Centro de salud Mental Comunitario. VII congreso virtual de psiquiatría. www.interpsiquis.com/2004
- Molero, J.M., Fernández, M.R., Martín, M.A., Pelayo, J. y Vázquez, J. (2004). *Influencia en la salud de los factores culturales y sociales de los inmigrantes*. Madrid. El médico Interactivo. Programa de Formación continuada acreditada para médicos de Atención Primaria. Tema 9.
- Observatorio Vasco de Inmigración (2007). Tablas sobre población en territorios históricos de la CAPV y su porcentaje de extranjeros. www.ikuspegi.org
- Oztek, Z. (1986). Social and health problems of migrant workers. In Colledge, M. y Svensson, P.G. (eds.). *Migration and health*. La Haya. OMS.
- Pernice, R. y Brook, J. (1996). The mental health pattern of migrants: is there a euphoric period followed by a mental health crisis?. *International Journal Social Psychiatry*, 42, 18-27.
- Petry, N., Armentano, C., Kuoch, T., Norinth, T. y Smith, L. (2003). Gambling participation and problems among South East Asian refugees to the United States. *Psychiatric Services*, 54, 1142-1148.
- Plante, T.G., Manuel, G.M., Menendez, A.V. y Marcotte, D. (1995). Coping with stress among Salvadoran immigrants. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 17, 471-479.
- Pumariega, A.J., Rothe, E. y Pumariega, J.B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, 41, 581-597.
- Ramos, P.J. y León, A. (2007). La medida del síndrome de Ulises. *Ansiedad y estrés*, 13, 253-268.
- Ritsner, M. y Ponizovsky, A. (1999). Psychological distress through immigration: the two-phase temporal pattern?. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 125-139.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A. y Ginath, Y. (1997). Changing patterns of distress during the adjustment of recent immigrants: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 494-499.
- Rodríguez, A. (1982). Repercusiones de la emigración sobre la salud mental y psicopatología familiar en la población gallega. *Documentación Social*, 47, 75-82.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey. Princenton.
- Salvador Sánchez, I. (2001). La emigración como proceso de duelo. Protocolo de psicoterapia breve centrada en su elaboración. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 82, 57-64.
- Scott, W.A. y Scott, R. (1985). Some predictors of migrant adaptation available at selection time. *Australian Psychologist*, 20, 313-343.
- Steele, L., Lemieux-Charles, L., Clark, J. y Glazier, R.H. (2002). The impact of policy changes on the health of recent immigrants and refugees in the inner city. A qualitative study of service providers' perspectives. *Canadian Journal of Public Health*, 93, 118-122.
- Tizón, J.L. (1994). Emigrar: soñar, sufrir... tal vez elaborar, tal vez crear. *Revista de Treball Social*, 136, 22-38.
- Tizón, J.L., Salamero, M., Pellegrero, N., San-José, J., Sáinz, F. y Atxotegi, J. (1992). Migraciones y salud mental: una revisión empírica del tema desde una población asistencialmente delimitada. *Psiquis*, 13, 169-187.
- Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A y Gonzalez de Rivera, J.L. (1996). Sucesos vitales mayores y estrés: efectos psicopatológicos asociados al cambio por migración. *Psiquis*, 17, 211-230.
- Villar, V. (2002). Migración extracomunitaria: la realidad que no existe. *Educación Social*, 20, 99-113.
- Walsh, S., Shulman, S., Feldman, B y Maurer, O. (2005). The impact of immigration on the internal

processes and developmental tasks of emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 413-426.

Wittig, U., Lindert, J., Merbach, M. y Brähler, E. (2008). Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry*, 23, s28-s35.

Zarza, M.J. y Sobrino, M.I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: una revisión bibliográfica. *Anales de Psicología*, 23, 72-84.

Agradecimientos: Este estudio ha sido financiado por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad del País Vasco (EHU 06/08). Asimismo, agradecemos la colaboración de instituciones de ayuda a los inmigrantes (Cruz Roja, Cáritas, SOS-Racismo, HELDU y Técnico de inmigración del Ayuntamiento de San Sebastián).