



Salud en Jóvenes Migrantes Extutelados en Jerez de la Frontera:

Principales Barreras de Acceso al Sistema Sanitario.

María Del Pilar Gil Bonilla

Máster en Migraciones Internacionales, Salud y Bienestar: Modelos y

Estrategias de Intervención, Universidad de Sevilla.

Francisco Javier Saavedra Macías.

Dirección de contacto de la alumna:

C/Azucena. Blq. 5. 1ºA. C.P: 11408. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Email: maria.gil.bonilla@hotmail.com. TLF: 622743741

Resumen

El presente trabajo de fin de máster tiene como finalidad analizar los factores que afectan a la salud de un grupo de jóvenes migrantes extutelados por la Junta de Andalucía y estudiar las principales barreras que encuentran para acceder al Sistema Sanitario Andaluz. La investigación se llevó a cabo con un grupo de jóvenes migrantes extutelados usuarios de pisos de acogida de la ONG ``Voluntarios Por Otro Mundo`` en Jerez de la Frontera. La recogida de información necesaria se ha realizado mediante metodología cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas al profesional coordinador de los pisos de acogida y a los jóvenes residentes en los mismos; y de observación participante en las visitas al centro de salud.

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que una vez que los jóvenes cumplen 18 años y dejan de ser tutelados por el Sistema de Protección de Menores quedan en una situación de exclusión social que afecta gravemente a su salud. Además, esta situación empeora debido a las barreras tanto internas como externas que encuentran para acceder y hacer uso de los recursos sanitarios. Para finalizar, podemos concluir que son necesarios los programas de alfabetización en salud en esta población y una mayor sensibilización en el propio sistema sanitario.

Palabras Clave: barreras, extutelados, exclusión, migrantes, salud.

Abstract

The purpose of this End of Master's Project is to analyse the factors that affect the health of young migrants who had been previously attended and protected by the Government in Andalusia and to study the main obstacles they encounter to access the healthcare system. This investigation was carried out on a group of young migrants who live in welfare flats from the NGO "Voluntarios Por Otro Mundo" in Jerez de la Frontera. The collection of the necessary information was completed by using a qualitative methodology in semi-structured interviews with the professional coordinator of the welfare flats and with the residents who live there; also by the participatory observation in the visits to the Health Centre.

The obtained results show that the young migrants end up in a situation of social exclusion that severely affects their health by the age of 18 when they are no longer protected and attended by the Child Protection System. Furthermore, this situation worsens due to the internal and external barriers that they encounter to access and make use of the health resources. Lastly, we can conclude that literacy programs are necessary as is an increased awareness in the sanitary system itself.

Key words: barriers, exclusion, health, migrants, protection.

Salud en Jóvenes Migrantes Extutelados en Jerez de la Frontera:

Principales Barreras de Acceso al Sistema Sanitario.

Introducción

La globalización junto al deterioro de la situación social, económica y política de los países empobrecidos aumentan el flujo migratorio y una modificación de los mismos. En los años 90 España comienza a ser testigo de un nuevo fenómeno migratorio compuesto por menores extranjeros no acompañados por adultos (APDHA, 2006). Según Suárez (2006 ; citado en Jiménez e Izquierdo , 2013) este fenómeno relativamente reciente ha supuesto un nuevo reto para el sistema de protección a la infancia ya que se ha visto alterado el perfil de usuarios y problemática que solía atender.

Para conocer mejor el fenómeno, es fundamental definirlo. Por tanto, para referirnos a estos jóvenes usaremos el término MENA (menor extranjero no acompañado), que es definido de la siguiente manera:

En derecho español, un menor extranjero no acompañado es:

Menor de dieciocho años que llegue a territorio español sin venir acompañado de un adulto responsable de él, ya sea legalmente o con arreglo a la costumbre, apreciándose riesgo de desprotección del menor, mientras tal adulto responsable no se haya hecho cargo efectivamente del menor, así como a cualquier menor extranjero que una vez en España se encuentre en aquella situación (LEY 4/2000, 2000, art.189).

En caso de que se localice en España a un presunto menor extranjero no acompañado, la forma de verificar su minoría de edad se hace a través de dos fórmulas: (a) A través de la consulta en el Registro de menores extranjeros no acompañados de la Dirección General de la Política y de la Guardia Civil y/o (b) Mediante la realización de unas pruebas médicas bajo la

dirección del Ministerio Fiscal (Red Europea de Migraciones, 2009). Una de las pruebas mencionadas anteriormente es una prueba radiológica de la muñeca, si como resultado muestra una mayoría de edad, la persona queda fuera del sistema de protección de menores (Gizarte & Saila, 2009).

Concretamente en Andalucía la técnica de Greulich- Pile es la más utilizada. Esta técnica consiste en un análisis radiológico de los huesos de la muñeca y la mano izquierda y una comparación de los resultados con unas tablas elaboradas mediante estudios estadísticos que estiman el desarrollo de los huesos a diferentes edades por lo que sitúa a la persona en una franja de edad comprendida entre dos años. Por ejemplo, entre los 14 y 16 años (Chamizo y Senovilla, 2007).

Si el chico o chica tuviese menos de 18 años y se le declara en situación de desamparo pasa a ser tutelado por la administración competente. En el caso de España, cada comunidad autónoma desarrolla la tutela de diferentes formas: Algunas asimilan la tutela de forma inmediata y otras esperan 9 meses, ya que es el tiempo que otorga la ley para estudiar la opción de repatriar al menor (Gizarte y Saila, 2009).

En caso de duda acerca de la minoría de edad y hasta que se determine la misma con seguridad, la persona queda bajo la custodia de la Administración Estatal salvo en caso de que exista la necesidad de asistencia inmediata. En este caso, queda provisionalmente bajo la custodia de la administración autonómica que tenga la competencia en materia de menores (Chamizo; Pallarés y Senovilla, 2007).

En el caso de Andalucía, la asunción de la tutela corresponde a la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía a través de sus ocho delegaciones provinciales (Chamizo, Pallarés y Senovilla, 2007).

“La Comunidad Autónoma de Andalucía cuenta con 249 centros de protección, con una capacidad de 2459 plazas. De esos centros de acogida, 30 son específicos para los MENA, con una capacidad total de 600 plazas”(APDHA, 2006,p13). En la actualidad se encuentran desbordados debido a las deficiencias del servicio y la sobreocupación (Goenechea, 2007).

Estos centros se encargan de su integración social y de la regularización administrativa (permiso de residencia) además, estos menores gozan de derecho a la educación y por el hecho de estar en situación de riesgo y bajo la guarda y/o tutela de una entidad de protección de menores tienen derecho al uso de los servicios públicos y la sanidad (aun cuando no estén autorizados a residir) (Red Europea de Migraciones, 2009).

En cuanto al número de MENAS en España, es complicado saber exactamente cuántos son, esto es debido a la falta de coordinación entre las comunidades autónomas y la escasez de estadísticas y coherencia en las mismas (Jiménez y Izquierdo, 2013). Los datos de muchas comunidades autónomas no están disponibles y los criterios para incluir a los menores en los datos estadísticos no son los mismos en todas (UNICEF, 2009).

Además de lo anterior, otra dificultad deriva de la gran cantidad de menores que no son localizados y su gran movilidad por el territorio nacional que hace que en muchas ocasiones sea acogidos por diferentes entidades de protección de menores (Etxeberria, Murua, Garmendia y Arrieta , 2012).

Estos factores tienen como consecuencia la dificultad en la descripción y análisis de esta realidad social además de suponer un déficit para realizar un abordaje con datos veraces (UNICEF, 2009) .

Teniendo en cuenta lo anterior, los datos que ofrecemos a continuación serán considerados aproximados. Con el paso del tiempo, el número de menores residentes en los centros de protección de menores de Andalucía y toda España ha ido aumentando.

A nivel nacional a 31 de diciembre de 2017 se encontraban registrados un total de 6414 menores bajo la tutela o acogida de servicios de protección dándose un incremento del 60,47% con respecto a 2016 (Segarra, 2018).

Según el Sistema de Información de Menores (citado en Observatorio de la Infancia en Andalucía, 2018) durante el año 2017 ingresaron en el Sistema de Protección de Menores 3.306, siendo el 97% chicos y el 3% chicas. Las provincias dónde más registros se obtuvieron fueron Cádiz (56,9%), Granada (20,9%) y Almería (10,6%).

Cuando estos jóvenes cumplen la mayoría de edad (18 años) deben abandonar los centros de protección de menores. Jóvenes que a pesar de alcanzar la mayoría de edad legal, siguen necesitando apoyo y acompañamiento hasta alcanzar un alto grado de autonomía. (Observatorio de la Infancia en Andalucía, 2017). En cuanto a su situación administrativa, la persona podrá conservar la antigüedad de residencia, pudiendo darse los siguientes casos:

- Si ha residido en España durante más de 5 años, su permiso de residencia temporal pasará a ser permanente.
- Si reside en el territorio nacional durante menos de 5 años y está sin documentar, podrá obtener la documentación si acredita tener una oferta de empleo. Así podrá obtener permiso de residencia y de trabajo.
- Si reside en territorio nacional desde hace menos de cinco años y puede acreditar tener una oferta de trabajo, se le prorrogará la antigua autorización de residencia 6 meses más, acreditando el servicio de protección autonómico competente que se

ocupará durante este período de su manutención y que le proporcionará medios de vida (UNICEF, 2009).

Entre los numerosos problemas administrativos que los menores inmigrantes deben afrontar se encuentran, por una parte, la cercanía a la mayoría de edad en el periodo en el que la administración obtiene la tutela del menor y, por otra parte el retraso en la regularización antes de cumplir la mayoría de edad. Esto último implica que al cumplir los 18 años el joven no pueda acceder al mercado laboral y probablemente termine abocado a la marginalidad (UNICEF, 2009)

Jiménez e Izquierdo (2013) manifiestan que todos los esfuerzos realizados por ayudar a estos menores dirigida a su inserción laboral y autonomía se frustran al verse sus derechos suspendidos al llegar a la mayoría de edad (Jiménez e Izquierdo , 2013)

Ante esta situación, la salud física y mental corre gran riesgo, ya que poseen un doble factor, ser extranjero y la incertidumbre por el futuro. El proceso de inmigración es complejo e implica dejar atrás un modelo de vida e identidad para adaptarse al de la sociedad de acogida y supone un cambio vital y un acontecimiento vital estresante (Barnils y Sirito, 2009). Durante este proceso la persona tiene que asumir múltiples pérdidas y experimentar un proceso de duelo (Grinberg y Grinberg, 1993). A diferencia del duelo por un ser querido se caracteriza por lo siguiente:

- Es recurrente. Debido a que los vínculos con el país de origen siguen activos tanto de forma consciente como inconsciente (Azpiazu et al., 2009).
- Parcial. Debido a que a diferencia del ser querido que fallece, el país sigue permanente y pueden volver cuando lo deseen. En el caso de las personas refugiadas este criterio no se puede aplicar y supone un duelo más complicado. (Martínez Moneo y Martínez Larrea, 2006).

- Múltiple. Achotegui (citado en Achotegui et al., 2010) afirma que el duelo migratorio puede dividirse en siete tipos de duelo: (a) la separación de personas queridas, (b) la lengua materna, (c) cultura, (d) la tierra, (e) situación social, (f) contacto con el grupo étnico y (g) pérdida de la seguridad física. De estos procesos de duelo los más importantes son los que se hacen por la familia, por la situación social y por la pérdida de la seguridad física.

Para los casos de duelo extremo y estrés crónico, generalmente en inmigrantes irregulares, Achotegui (2006) ha acuñado el término de “Síndrome de Ulises”. Podríamos describirlo como un cuadro múltiple y de carácter crónico que irrumpe cuando el inmigrante llega al país de acogida (Achotegui et al., 2010; Achotegui, 2009).

Además de afrontar el duelo migratorio, los menores deben adaptarse a las nuevas formas de vida y costumbres de la sociedad receptora. Por ello, es probable que manifiesten síntomas depresivos por las pérdidas y de ansiedad y confusión por el proceso adaptativo (Barnils y Sirito, 2009). A estos síntomas generados por el proceso de adaptación nos referimos con el término de ‘estrés por aculturación’. Un estrés que las personas que inician un proceso migratorio pueden sufrir durante un tiempo o toda la vida. (Barnils y Sirito, 2009). Para aclarar este concepto, atenderemos a la siguiente definición:

“El estrés aculturativo es la tensión que produce la confrontación con una nueva cultura, que se puede manifestar en forma de problemas de salud psicológica, somática y de relación social ” (Barnils y Sirito, 2009, p.65).

Una vez que estos jóvenes alcanzan sus objetivos aparecen sentimientos de nostalgia y soledad entre otros aspectos propios del duelo migratorio. Estos sentimientos son reforzados por el desconocimiento del idioma. Estos sentimientos son vividos como inevitables y necesarios para cumplir su cometido (Gizarte y Saila, 2009).

A todo lo anterior hay que sumarle el sentimiento de frustración ya que muchos de estos jóvenes son proyectos familiares orientados a aumentar su estatus socioeconómico y así conseguir mejor calidad de vida. Estos jóvenes comienzan su proyecto migratorio dejándose llevar por el efecto llamada y llenos de ilusión por encontrar trabajo y enviar dinero a sus familiares. Ante estas expectativas, se encuentran con otra realidad: Quedar bajo la tutela de la administración y posteriormente con la llegada de la mayoría de edad enfrentarse a la realidad que en muchos casos supone la pérdida de derechos y la marginalidad. Como resultado de lo anterior, estos jóvenes desarrollan una autopercepción negativa y baja autoestima que dificulta el alcance de sus objetivos. Además, se une el sentimiento de no retorno por la negativa de reconocer el fracaso (Blancas y Jurado, 2010). La realidad descrita anteriormente influye directamente en su salud, ya que los malos hábitos y la situación de infravivienda o sinhogarismo suponen un deterioro considerable de la salud, para estos jóvenes, la salud pasa a un segundo o tercer plano, en primer plano, se encuentra la cobertura de las necesidades básicas. (Blancas y Jurado, 2010)

En España, hasta 2012, en el ámbito legislativo, la salud era entendida como un derecho de todas las personas empadronadas independientemente de su situación administrativa, así lo describía la Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. Sin embargo, esto cambia con la llegada del Real Decreto 16/2012 en su artículo 3 define que para ser beneficiario del sistema sanitario, hay que ser poseer la condición de asegurado o beneficiario de asegurado:

“La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.” (Boletín Oficial del Estado, 2012, p.9).

Una vez reconocida la condición de asegurado o de beneficiario del mismo, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual. (Boletín Oficial del Estado, 2012, p.10).

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica
- b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles (Boletín Oficial del Estado, 2012).

Atendiendo a esta ley un elevado número de jóvenes extutelados por la Junta de Andalucía quedaría excluido de la cobertura del sistema sanitario ya que durante su estancia en los centros de protección de menores no consiguen regularizar su situación administrativa o laboral, hecho que se vuelve más complicado al cumplir la mayoría de edad. Sin embargo, en Andalucía, se establecen las “Instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud” que permite la asistencia sanitaria a los siguientes casos:

- a) Un año a inmigrantes irregulares con bajos recursos económicos empadronadas en municipios de Andalucía
- b) Un mes en caso de no estar empadronada (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2013) Todo lo anterior con posibilidad de renovación.

Por tanto, en Andalucía estos jóvenes tendrían derecho a la asistencia sanitaria. Sin embargo, tras esta revisión y ante la forma de vida de estos jóvenes, surgen las siguientes preguntas: ¿Conocen estos jóvenes como acceder al sistema sanitario? ¿Encuentran barreras que les impiden acceder plenamente? Teniendo en cuenta lo anterior, los objetivos del presente trabajo son:

- Analizar factores que afectan a la salud de un grupo de jóvenes extranjeros tutelados por la Junta de Andalucía.
- Analizar las barreras de acceso al sistema sanitario.

Método

Participantes

La muestra se compone de 19 chicos residentes en un piso de acogida de la ONG Voluntarios Por Otro Mundo. La edad de los participantes estaba comprendida entre los 18 y 21 años con una media de 18.8 y una desviación típica de 1.084. En cuanto al lugar de origen, proceden en su totalidad del continente africano, más concretamente 17 de ellos de Marruecos, 1 de Mali y 1 de Guinea Conakry.

Para la selección de la muestra, se establecieron unos criterios de inclusión que fueron los siguientes: Haber sido tutelado por la Junta de Andalucía, haber residido en Jerez de la Frontera por un tiempo mínimo de 3 meses y tener más de 18 años.

Por otra parte, también contamos con un profesional, en este caso el coordinador de la asociación, el criterio de inclusión fue la cercanía a los jóvenes y ser la persona responsable, ya que permite ofrecer información que sólo se puede obtener mediante el trabajo diario con los jóvenes: sus rutinas, sus hábitos de vida, la forma de obtener recursos, en definitiva, una

visión global de todas las esferas de sus vidas. No se establecieron criterios de exclusión ya que se trabajaba con una muestra a conveniencia dentro de la asociación.

Diseño

El presente trabajo de fin de master se enmarca en un estudio de casos. Según Chetty (1996; citado en Martínez, 2006) el método del estudio de casos es una metodología rigurosa que da explicación a fenómenos en los que se busca responder al cómo y al por qué suceden. Permite estudiar una temática determinada además permite investigar los fenómenos desde diversas perspectivas.

El carácter de este estudio de casos es exploratorio y descriptivo e incluye las siguientes técnicas (tabla 1).

Tabla 1.

Herramientas y objetivos.

Herramienta	Objetivos
Entrevistas semiestructuradas.	Obtener información sobre la situación administrativa de los jóvenes y las problemáticas derivadas de las mismas. Obtener información sobre el conocimiento del Sistema Sanitario Andaluz.
Diario de campo.	Observar barreras de acceso al Sistema Sanitario Andaluz.
GHQ.	Analizar el estado general de salud de la muestra.

En primer lugar, la entrevista. La tipología de entrevista que hemos utilizado ha sido semiestructurada, la elección ha sido motivada por la flexibilidad que caracteriza a este tipo de estructura ya que nos permite realizar preguntas libres o abiertas. De este modo, podemos permitirnos alterar el orden de las preguntas, añadir otras nuevas o eliminar dependiendo del desarrollo de la entrevista (Verd y Lozares, 2016).

El objetivo de esta entrevista es analizar factores que afectan a la salud de este grupo de jóvenes por lo que tomamos como referencia para su creación el modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead (1991) ya que entiende que el ser humano es un ser biopsicosocial y que la salud va más allá de los factores biológicos. Comprende factores como (a) características biológicas (b) estilos de vida (c) redes sociales y comunitarias (d) Condiciones de vida y de trabajo (e) Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

Se realizaron dos tipos de entrevista, en primer lugar una entrevista al profesional coordinador de la entidad y en segundo lugar otra entrevista dirigida a los jóvenes que conviven en los pisos de acogida. Para ambos casos, hemos hecho uso de un cuestionario que hacía la función de guion para encauzar la conversación, aunque en ocasiones, se deje que la conversación fluya si se considera que puede aportar riqueza al estudio.

El objetivo de la entrevista a los jóvenes (Apéndice A) era adquirir información sociodemográfica y por otra parte, acercarnos a la visión que estos jóvenes tienen acerca de la salud/enfermedad y como se desenvuelven en el sistema sanitario. La duración media de estas entrevistas fue de 4.8 minutos. La escasa duración de las entrevistas es debida a dificultades con el idioma que hacía que los participantes tendieran a respuestas cortas.

Por otra parte, se realizó una entrevista a la persona coordinadora de los pisos donde residen los jóvenes (Apéndice B) con una duración de 20.17 minutos. La elección de entrevistar a este profesional fue motivada por ser la persona referente en cuanto al día a día de estos

jóvenes. Para elaborar el guion, se establecieron como referencia los determinantes sociales de la salud, ya que el objetivo era analizar los mismos para obtener información sobre como factores externos al individuo influyen en su salud.

Otra de las técnicas que fueron necesarias para el desarrollo de esta investigación fue la observación participante. La observación participante es una técnica de investigación considerada la base de la etnografía y parte de la idea de que existen muchas realidades que no pueden ser interpretadas de forma unitaria, por lo que cabe una diversificación en la interpretación de dicha realidad, de este modo, se trata de comprender los fenómenos, de indagar la intencionalidad. La etnografía y por tanto la observación participante, se encarga del estudio de los diversos componentes culturales de las personas en su medio, siendo la herramienta de recogida de datos el propio investigador y teniendo como fuente de los datos las situaciones naturales (Amezcuca, 2000). Por tanto, a través de la observación participante captamos la realidad social y cultural de un determinado grupo social mediante la inclusión de la persona investigadora en el colectivo objeto de su estudio (Maestre, 1990). El investigador tendrá como rol recoger datos, mientras el grupo que está siendo observado es consciente de dicha observación (Gurdián, 2007).

En el presente estudio, la observación participante tiene como objetivo recoger información sobre las principales barreras que estos jóvenes encuentran para acceder al sistema sanitario. Para ello, se realizaron 22 acompañamientos médicos dónde el objeto de observación eran los mismos jóvenes y su interacción con el centro y por otro lado, la interacción médico-paciente. Para recabar dicha información, se hizo uso de un diario de campo como herramienta de registro de datos y se tuvieron en cuenta las recomendaciones de Amezcuca (2000).

Se elaboró un guion (Apéndice C) antes de los acompañamientos dónde se recogieron los principales puntos de interés siendo flexible a la hora de recoger otros datos que no

estuviesen registrados, pero aportarar riqueza a la investigación de los que se tomaría nota después del escenario. Se recogieron tanto los hechos observados como los comentarios del investigador.

Por último, para analizar el estado de salud general de los jóvenes se hizo uso del Cuestionario General de Salud (GHQ 28) en su versión de 28 ítems. El GHQ28 se divide en cuatro escalas compuestas por siete ítems cada una: Escala A (síntomas somáticos), escala B (ansiedad), escala C (función social), escala D (depresión) y una puntuación total (Goldberg y Williams, 1996).

Numerosos estudios han investigado la fiabilidad y validez del GHQ 28 en diversas poblaciones clínicas mostrando una alta fiabilidad y consistencia interna (Robinson & Price 1982; Failde & Ramos 2000; Sterling, 2011). En nuestro caso, la puntuación total del GHQ28 muestra una consistencia interna alfa de Cronbach 0.813, la escala de síntomas somáticos 0.572, la de ansiedad 0.720, la de funcionamiento social 0.445, y la de depresión 0.771. El GHQ28 también ofrece una puntuación clínica con puntos de corte 4/5 y 5/6.

Análisis

Los datos se analizaron mediante la técnica del análisis temático. Este tipo de análisis es un método que posibilita identificar y catalogar temas dentro de los datos obtenidos mediante diversas herramientas. Además de lo anterior, ordena y describe el conjunto de datos (Braun y Clarke, 2006). El análisis de la presente investigación se desarrolló inspirado en las fases recomendadas por Braun y Clarke (2006):

- (a) Obtención de la información mediante la realización de entrevistas y observación participante.

- (b) Captación de la información a través de un registro electrónico (grabadora) en el caso de las entrevistas y a través de notas en el diario de campo en el caso de la observación participante (Álvarez-Gayou, 2003; Fernández, 2006).
- (c) Familiarización con los datos mediante la transcripción, lectura de datos y anotación de ideas iniciales.
- (d) Generación de los códigos iniciales producto de las preguntas de investigación y de la anotación sistemática de las características importantes hallados en las transcripciones.
- (e) Búsqueda de temas mediante el análisis de similitudes y diferencias entre los códigos obtenidos para posteriormente unificar los similares. Seguidamente creación y definición de los temas (tabla 2).
- (f) Realización de la discusión a través de los temas con el objetivo de estudio y la literatura.

Por último, también se realizó el análisis de los resultados ofrecidos por el GHQ28. En este caso, hicimos uso del programa estadístico SPSS dónde se introdujeron las variables estudiadas por este instrumento.

Procedimiento

Para la puesta en marcha de este proyecto, fue necesario establecer un primer contacto con la ONG voluntarios por otro mundo, para ello se realizó una llamada telefónica a su coordinador en Jerez de la Frontera, Michel Bustillos y se concertó una reunión. En esta primera reunión se realizó un sondeo de la muestra y se ofreció una explicación detallada sobre la investigación. La segunda reunión tuvo lugar en uno de los pisos de acogida que fue seleccionado al ser donde vivían los jóvenes con menos autonomía. En esta segunda reunión se presentó el proyecto a los jóvenes, se animó a la participación de forma voluntaria y se realizó la entrevista al responsable

En Junio de 2018 se realizan las primeras entrevistas a los jóvenes y al coordinador de la ONG, previamente, se les explicó y animó a firmar el correspondiente consentimiento informado (Apéndice D). Para realizar las entrevistas, fue necesario explicar a los jóvenes en qué consistía cada una de las preguntas y en algunas ocasiones, fue necesario que otro joven con un nivel muy alto de español les tradujese algunas palabras. Seguidamente, cada joven fue entrevistado de forma individual. Además de las entrevistas, seguidamente se les entregaba una copia del GHQ que fue igualmente explicada y cumplimentada con ayuda de la entrevistadora. Esta labor se realizó durante 1 mes.

Por último, se realizó la observación participante, esta observación se realizó durante los meses de agosto, septiembre y octubre.

Al finalizar el periodo establecido y quedando todas las citas médicas resueltas se acordó una última reunión dónde se devolvieron los datos recogidos a los jóvenes para eliminar posibles datos malinterpretados.

Resultados

La exposición de los resultados será guiada por las categorías obtenidas mediante el análisis de las entrevistas y la observación participante, ambas técnicas fusionadas para obtener unos resultados globales (tabla 2)

Tabla 2.

Categorías y Subcategorías.¹

Categorías	Subcategoría
Manutención.	Alimento y alojamiento.
Situación administrativa y laboral.	Inestabilidad administrativa. Recursos educativos sin adaptar. Desempleo y precariedad laboral.
Proceso migratorio	Motivo de la migración Conocimientos previos del sistema de protección. Expectativas Objetivos futuros Presencia familiar.
Percepción de la salud/enfermedad	Definición de enfermedad Definición de salud Estado de salud general. Reacción ante la enfermedad
Conocimiento del sistema sanitario.	Conocimiento sobre trámites de citas. Conocimiento y uso de recursos.
Barreras de acceso al sistema sanitario.	Barreras Internas. Barreras externas.

Manutención.

En lo que se refiere a la manutención, cuando un joven finaliza su periodo de tutela en un centro de la Junta de Andalucía carece de recursos para su subsistencia. En el caso de nuestros jóvenes, los principales recursos que poseen para cubrir sus necesidades básicas son los que ofrece la misma ONG mediante la financiación de entidades públicas y privadas.

¹ La descripción de las categorías se encuentran en el Apéndice E.

“ La financiación de las casas principalmente es privada a través de donativos, de congregaciones religiosas y de la obra social de la Caixa y después también tenemos un sistema de becas por el Ayuntamiento de Jerez. ” Coordinador Voluntarios Por Otro Mundo.

Situación administrativa, formativa y laboral.

Los jóvenes participantes de la investigación se encuentran ante una situación de inestabilidad administrativa. Muchos de ellos finalizan su proceso de protección como menor sin haber regularizado su situación administrativa por lo que en este caso, para comenzar los trámites de regularización, es la misma ONG la que inicia el proceso con extranjería, haciéndose responsable del joven.

“Pues ese es otro de los grandes problemas con los que se encuentran los jóvenes al salir de los centros de menores al cumplir dieciocho años em... la mayoría de los jóvenes que nosotros acogemos salen sin el N.I.E sin una documentación que les permita estar legalmente en España con lo cual tenemos que iniciar un proceso con extranjería a través de la tarjeta... la no lucrativa... una tarjeta que les permite estar en España bajo el sustento de la ONG pero todo eso ralentiza mucho el proceso de inserción e inclusión social de estos jóvenes con lo cual la gran mayoría de los menores que cumplen 18 años inmigrantes en la provincia de Cádiz salen sin haber regularizado su situación administrativa.”

Coordinador Voluntarios Por Otro Mundo.

Por otra parte, un factor importante para su integración social es la educación, en la entrevista obtenemos como conclusión que los jóvenes acogidos presentan dificultades para iniciar y finalizar estudios de educación reglada. A pesar de la falta de N.I.E estos jóvenes tienen la oportunidad de iniciar estudios. El problema deriva de la falta de adaptación del sistema educativo a este perfil. Para acceder a muchos itinerarios es necesario haber finalizado la ESO, requisito que no cumplen muchos de estos jóvenes debido a diversas

dificultades como la barrera del idioma. Por otra parte, la formación profesional, que se presenta como una formación más práctica tampoco es una opción para nuestros jóvenes ya que uno de los requisitos es no haber cumplido los 18 años. Por tanto, dentro del sistema educativo público andaluz, la única opción es la educación secundaria para adultos o formación mediante prácticas de empresa del fondo social europeo o la junta de Andalucía.

“(…) en el tema de los estudios tienen más oportunidad a nivel administrativo en el tema académico no piden el NIE, no es necesario el NIE con un pasaporte se puede estudiar el problema es que oferta pública educativa hay para los jóvenes extutelados inmigrantes con 18 años. Muy poca...muy poca...porque realmente no tienen el graduado el único acceso que tienen es a la educación de adultos (...)la esa es la única opción que tienen...por ejemplo... la formación básica... que es muy práctica no tienen acceso porque uno de los requisitos es no haber cumplido 18 años en el inicio de la formación básica. Antes si había un programa que sustituía a esta formación básica que si permitía entrar teniendo 18 años y creo que es una asignatura pendiente... una formación ocupacional, reglada para estos jóvenes.” Coordinador Voluntarios Por Otro Mundo.

Ante esta falta de formación las posibilidades de encontrar un empleo son escasas, el perfil general de los jóvenes que participan en esta investigación se caracteriza por el desempleo. En los resultados que arroja esta investigación podemos distinguir que influyen factores internos y externos. Factores internos como la falta de formación especializada, dificultades con el idioma y la misma situación administrativa que no otorga permiso de trabajo. Por otro lado, como factores externos encontramos la falta de empleo en Jerez de la Frontera. Ante esto, los jóvenes que se forman mediante programas de prácticas en ocasiones se ven obligados a aceptar empleos precarios e inestables principalmente en el sector de la hostelería.

“Em...ante una provincia con un índice muy alto de paro con una formación escasa, con dificultades en el idioma y con una tarjeta de residencia que no les permite trabajar pues ante ese panorama ummm se nos hace muy difícil pero no imposible entonces aquí es el sistema de prácticas de empresa es lo que está dando muy buen resultado, los chicos con una tarjeta que no les permite trabajar hacen una prácticas de empresa, el empresario conoce al joven y si les gusta cómo va trabajando nos presenta una oferta de empleo con esa oferta de empleo se hace un cambio de documentación con lo cual al terminar la práctica podrían emplearse pero la situación es muy compleja y muy dificultosa por el perfil, 18-21 años inmigrante, dificultades de idioma, dificultades en su situación administrativa, eh... no tienen una cualificación especializada, saben un poco de todo pero no saben de nada entonces eso lo hace más complicado ¿A que acceden? Pues el acceso al mundo laboral principalmente es al mundo agrícola, la campaña de la fresa, la campaña de la habichuela y hostelería precaria”. Coordinador Voluntarios Por Otro Mundo.

Proceso migratorio

En primer lugar, encontramos que las principales motivaciones que incitan a los jóvenes participantes a iniciar su proceso migratorio son mejorar su calidad de vida y la de sus familias que están en el país de origen. Además de lo anterior, encontramos que una gran parte de estos jóvenes inician su proceso migratorio con conocimientos previos del sistema de protección del menor e incluso expresan que entrar en este sistema es deseable.

“ Si, pequeño va centro de menores pa’ saber la cosa, saber hablar, saber escribir algo y luego cuando cumplir 18 sales a un piso de Junta de Andalucía. ” (P.6).

Por el contrario, un bajo número de menores manifiestan no haber tenido conocimientos del sistema de protección de menores y haber iniciado el proceso migratorio sin saber que iba a encontrar.

“Creo que no porque cuando en Marruecos quiero pienso que viajar en España para trabajar...no piensa entrar en centro de menores.... ” (P.1).

Conociendo o no el sistema de protección de menores estos jóvenes manifiestan no haber cumplido sus expectativas laborales ni administrativas.

“Todavía no... ¿Dónde están los papeles? ¿Dónde está el trabajo? ¿Dónde está...?”(P.5).

A pesar de todo esto, los jóvenes manifiestan tener objetivos en España, principalmente trabajar y estudiar:

“ Para estudiar aquí, porque yo tengo bachillerato en marruecos y un año de universidad. No tengo muchas cosas que cumplir en Marruecos” (P.19).

“Un buen peluquero, el mejor peluquero de todo el mundo” (P. 13).

Percepción de la salud/enfermedad

En relación con el concepto que estos jóvenes tiene acerca de la salud/ enfermedad encontramos que en su totalidad los jóvenes relacionan la enfermedad a sintomatología física o discapacidad que imposibilita el día a día. De igual modo, la salud es la ausencia de sintomatología y discapacidad:

“ Estoy enfermo pues... *susurra* Estoy mala, me duele la barriga por ejemplo. ” (P.7).

“”Eh...una persona es enfermo ah...*dice algo en árabe* la persona es enfermo la vida es más difícil porque tiene un enfermo. Por ejemplo una persona no puede andar. ” (P.2).

Mediante la observación participante se corrobora esta definición ya que acuden al centro de salud por malestar físico (Apéndice F). Sin embargo, los resultados del GHQ (tabla 3) apuntan a que existe en estos jóvenes un alto grado de malestar psicológico. Tras el análisis del cuestionario GHQ encontramos que el porcentaje de posibles casos clínicos en este grupo

de jóvenes es elevado. De acuerdo con el criterio 4/5 obtenemos una prevalencia del 68,42% igualmente, si aumentamos el umbral a 5/6 el porcentaje de posibles casos clínicos se mantiene en el mismo porcentaje.

En la misma tabla también podemos observar un análisis detallado de los cuatro factores que analiza el GHQ. Como podemos observar, la puntuación media más alta la encontramos en ansiedad (F2) y función social (F3) seguido de los síntomas somáticos (F1) y la depresión (F4).

Tabla 3.

Resultado GHQ.

	MEDIA	D.TÍPICA	% C. 4/5	% C. 5/6
GHQ TOTAL	0.917	0.309	68,42	68,42
GHQ F1	0.808	0.449		
GHQ F2	1.244	0.527		
GHQ F3	1.049	0.362		
GHQ F4	0.582	0.532		

Ante la enfermedad estos jóvenes actúan principalmente haciendo uso del sistema sanitario a través de visitas al centro de salud, mediante la automedicación o pidiendo consejo a familiares o amigos mayores ya que entienden que tienen más experiencia en la vida.

“Pregunto a las personas más mayores que tienen experiencia.” (P.16)

“Llamo a medico por si me manda pastilla o algo.” (P.7)

“ Sentar solo, relajado... si me duele algo tomar pastilla.” (P.13)

Conocimiento de trámites y recursos sanitarios.

Una de las formas más habituales de acceder al sistema sanitario es mediante una cita previa con el médico de familia. Un gran número de estos jóvenes manifiesta no tener conocimientos sobre como tramitar una cita para ver a su médico de familia. Por otra parte, también manifiestan desconocer el sistema de teleasistencia que es muy útil para adquirir autonomía en la expresión de los síntomas cuando se realiza una visita al centro de salud. Estos resultados ofrecidos por las entrevistas coinciden con las observaciones realizadas en las visitas al centro de salud.

“Acude sin cita previa, accedemos mediante el Servicio de Urgencias” (Nota de Campo 6, 20,29 de agosto; 5, 17,20 de septiembre; 16, 24,30 de octubre).

“No solicita servicio de teleasistencia” Nota de Campo. Registrado en las 22 visitas.

Barreras de acceso al sistema sanitario.

Las observaciones realizadas en los acompañamientos muestran que el personal sanitario muestra sensibilidad e interés en comunicarse de forma efectiva con los participantes de la investigación. Las principales estrategias de comunicación de los profesionales sanitarios son usar un ritmo lento en el lenguaje, usar gestos para expresar palabras y adaptar el lenguaje científico por un lenguaje más sencillo. Además de lo anterior, en las visitas donde han sido necesarias la medicación el profesional sanitario se ha cerciorado de que el usuario ha comprendido las pautas, a pesar de esto, encontramos en alguna visita que el profesional sanitario se dirige a la persona observadora más que al paciente.

“No se dirige al paciente, ofrece la receta médica y las pautas a la persona observadora”
Nota de campo (Nota de campo, 12/09/2018; 08/10/2018; 30/10/2018).

“El usuario no ha comprendido las pautas para tomar la medicación” (Nota de campo 12/09/2018; 08/10/2018; 30/10/2018; 29/10/2018).

Como consecuencia de no comprender el diagnóstico me gustaría resaltar una nota de campo que sirve como ejemplo para darse cuenta de la importancia de comprender la medicación.

En la visita del día 22/08/2018 un joven acude con picores en los testículos. El médico mira en su historial y le explica que le fue diagnosticado el virus de papiloma humano y sarna. Por su parte el joven manifiesta no haber comprendido la consulta anterior por lo que siquiera compró la medicación. Ante esto, el profesional sanitario le explica detenidamente la infección y cómo usar la medicación, aunque no le explica cómo no contagiar al resto de jóvenes. En lo referente al uso de estrategias elaboradas, ninguno de los profesionales sanitarios ofreció información sobre la teleasistencia ni hizo uso de pictogramas.

El profesional administrativo tampoco ofreció información en ninguna de las visitas, además de esto, los documentos que nos entrega están en español sin preguntar si necesitamos uno traducido.

“Entrega documentación en castellano” (Nota de campo, 13/08/2018; 19/10/2018; 26/10/2018).

Además de no adaptar los recursos, encontramos que no saben contestar a nuestras dudas.

“En mostrador solicitamos información sobre un error en una de las tarjetas sanitarias de un joven, nos contestan que encuentran dos registros y que llamemos a salud responde” (Nota de campo 6/08/2018).

Otra consecuencia de las barreras idiomáticas es el miedo a enfrentarse a una cita médica y no ir en consecuencia.

“ P.10 manifiesta que apenas va al centro de salud porque el personal sanitario y administrativo no lo entiende ” (Nota de Campo 4/09/2018).

Discusión

Mediante el análisis de los resultados descritos con anterioridad se ha obtenido nueva información sobre los jóvenes migrantes extutelados por la Junta de Andalucía usuarios de pisos de acogida, en nuestro caso, en la ONG Voluntarios Por Otro Mundo. Esta información será utilizada para analizar en primer lugar los factores de riesgo para la salud de estos jóvenes y en segundo lugar, las barreras que encuentran para acceder al sistema sanitario.

A continuación se comprobará mediante los datos obtenidos si existen factores sociales que ponen en riesgo la salud de estos jóvenes, en qué estado de salud general se encuentran y como es su interacción con el centro de salud. Además, indicaremos algunas propuestas para mejorar la calidad de uso del sistema sanitario de este colectivo.

En primer lugar, encontramos que existen factores que ponen en riesgo la salud de estos jóvenes. Este riesgo no viene derivado de factores como el alojamiento ni la alimentación ya que la propia ONG es la encargada de dar una correcta cobertura a estas necesidades. Los riesgos a los que nos referimos son derivados de factores sociales como por ejemplo la situación de irregularidad administrativa y el propio estrés generado por el proceso migratorio.

La irregularidad administrativa tiene como consecuencia obstáculos para acceder a una formación adecuada y al permiso de trabajo. Esta escasa formación junto con la barrera administrativa y la coyuntura laboral de la provincia hace que estos jóvenes se encuentren ante precariedad laboral y desempleo. Si analizamos la literatura, encontramos coincidencias con estos resultados. Un ejemplo de ello es el estudio realizado en Córdoba por la Asociación Pro Derechos Humanos de Córdoba, Asociación Pro Inmigrantes de Córdoba y la Fundación

Proyecto Don Bosco que obtiene como resultado que un número alarmante de jóvenes que finalizan su periodo de tutela lo hacen sin haber regularizado su situación administrativa lo cual supone un gran riesgo para su integración social. Otro estudio realizado por la Universidad de Zaragoza apunta a que lo anterior es debido a una involución en materia de extranjería y protección a la infancia (Asociación pro derechos humanos de Córdoba, Fundación proyecto Don Bosco y Asociación pro inmigrantes de Córdoba, 2009; Monterde, 2010).

Estos jóvenes que se encuentran sin permiso de trabajo ni residencia comenzaron su proyecto migratorio según nuestros resultados motivados por mejorar sus condiciones de vida y la de sus familiares residentes en el país de origen. Antes de iniciar el proyecto migratorio estos crean unas expectativas que esperan alcanzar en el país de acogida. Los resultados de esta investigación indican que estas expectativas se crean por una parte por las narraciones de otros jóvenes que ya están en España o por el sueño europeo. Cuando estos jóvenes se encuentran aún en su país de origen otros amigos o familiares les informan acerca de la existencia de los centros de menores y de los beneficios administrativos que pueden obtener.

Conociendo o no la existencia de los centros de protección encontramos que los participantes de la presente investigación manifiestan que no se han cumplido sus expectativas bien por haberse visto frustradas sus ideas de poder trabajar sin pasar por un centro de protección o por no haber sido beneficiado del permiso de residencia y trabajo tras pasar su periodo de protección. Ante esta situación, los jóvenes experimentan una continua frustración debido al choque de las expectativas con la realidad y ante la mayoría de edad presentan episodios de estrés negativo, ansiedad e incluso autolesiones físicas (Rodríguez, 2015; Cabrera, 2018).

Otro factor externo que hemos obtenido en el análisis de los resultados de la investigación es la discriminación sutil que sufren estos jóvenes por el hecho de ser migrantes. Consideramos

la discriminación como un factor de riesgo ya que es una posible fuente de estrés y puede generar problemas de salud física y mental (Noh y Kaspar, 2003).

Ante estos factores de riesgo llegamos a la conclusión de que se debería hacer especial hincapié en prestar atención a la salud de estos jóvenes pero en las observaciones realizadas encontramos barreras que impiden un correcto acceso al sistema sanitario. Podemos dividir estas barreras en internas y externas al usuario.

En primer lugar analizaremos las barreras internas empezando por la propia definición que estos jóvenes tienen acerca de la enfermedad. Según los resultados obtenidos para estos jóvenes una persona está enferma cuando manifiesta malestar físico o una discapacidad. Si observamos los resultados obtenidos mediante la herramienta GHQ encontramos que la media más alta se ubica en los factores de ansiedad junto al de función social, es decir, existe un evidente malestar psicológico en nuestra muestra que puede ser manifestado en insomnio, falta de apetito, síntomas que deben ser atendidos por un profesional de la salud mental. Un estudio realizado por Díaz-Serrano y Stoyanova (2011) comparan la salud de la población autóctona con la de los migrantes que residen en Cataluña, los resultados obtenidos mediante la herramienta GHQ muestran una media global de riesgo superior en la población migrante. Teniendo en cuenta este estudio y nuestros resultados podemos afirmar que la alta media mostrada en el factor de ansiedad puede estar correlacionada con el mismo proceso migratorio. Si tenemos en cuenta la definición de enfermedad de nuestros participantes encontramos que es poco probable que acudan al centro de salud por un cuadro de ansiedad o malestar psicológico. Por el contrario ante el malestar físico actúan mayoritariamente acudiendo al centro de salud, con automedicación y pidiendo consejo a personas con experiencia. Estos datos coinciden con una investigación realizada en la Universidad de Cádiz donde como resultado encuentran que la respuesta ante la enfermedad es acudir al centro de salud y la automedicación cuando los síntomas no son muy importantes, de igual

modo, uno de los pilares en los que los participantes se apoyan es la familia y los amigos. (Bas, Fernández, Albar, y García, 2015).

Una segunda barrera interna es el desconocimiento del propio sistema sanitario. Encontramos en los resultados que estos jóvenes desconocen como tramitar su propia cita previa y los recursos de los que dispone el propio centro de salud. Además de lo anterior, se evidencia la existencia de una barrera lingüística en las visitas que tiene como consecuencia que los jóvenes no puedan expresar su dolencia con claridad por lo que se dificulta el diagnóstico. Por otra parte, se dificulta la comprensión de las pautas ofrecidas por el profesional sanitario. La no comprensión del diagnóstico ni de la medicación puede acarrear como hemos observado en el caso de uno de nuestros jóvenes el agravamiento de la enfermedad y el abandono del tratamiento. La barrera lingüística junto al desconocimiento general de los recursos y procedimientos crean dependencia de terceras personas para acudir al sistema sanitario (Bas-Sarmiento et al., 2015). De igual modo, la literatura afirma que debido a este desconocimiento y a las diferencias del sistema sanitario español con el de su país el paciente acude a urgencias por patologías que podrían tratarse en atención primaria del centro de salud (Fuertes y Martín, 2006).

En cuanto a las barreras externas nuestros resultados aportan las siguientes:

Encontramos como resultados de este estudio que a pesar de que los profesionales sanitarios se muestran sensibles ante las dificultades comunicativas de este colectivo no hacen uso de estrategias que puedan facilitar la comunicación con el paciente como por ejemplo el uso de pictogramas o de teletraducción. En este mismo aspecto, el personal administrativo no muestra conocimientos sobre trámites específicos en materia de migración como por ejemplo solucionar problemáticas derivadas de la situación administrativa de los jóvenes. Por otra

parte, no se hace uso de formularios traducidos a otros idiomas ni informan de la teletraducción.

Respecto a las limitaciones de la presente investigación han estado relacionadas con la capacidad de comunicación en castellano de los jóvenes participantes. Esta barrera lingüística ha supuesto que algunos de los jóvenes que residen en los pisos de acogida no hayan querido participar.

Otra limitación ha estado relacionada con la falta de tiempo. Habría sido interesante establecer una comparación de la salud de los jóvenes que conviven en los pisos de acogida y los que se encuentran en situación de calle.

Por último, a pesar de que las preguntas de la entrevista fueron de carácter cerrado y no se realizó un análisis discursivo un segundo investigador revisó las categorías y solo fueron mostradas aquellas en las que hubo acuerdo como método de fiabilidad. Además de lo anterior habría sido conveniente establecer alguna medida de fiabilidad cualitativa.

Conclusiones

Los objetivos iniciales de la presente investigación son analizar factores que pudieran estar afectando a la salud de un grupo de jóvenes extutelados y analizar las barreras al sistema sanitario. Tras realizar una búsqueda bibliográfica, recoger datos mediante diversas herramientas y analizar los datos obtenidos podemos afirmar que hemos cumplido los objetivos propuestos y hemos obtenido las siguientes conclusiones.

Existen factores que ponen en riesgo la salud de estos jóvenes ya que además de sufrir el estrés derivado del propio proceso migratorio están expuestos a situaciones que afectan a su salud física y mental. Encontramos que un gran número de jóvenes muestran medias muy elevadas en el instrumento GHQ que indican posibles casos clínicos. Por otra parte, la

convivencia con otros jóvenes hace que aumente la posibilidad de contagio de enfermedades infecto contagiosas que necesitan ser atendidas por un profesional de la salud.

En Andalucía estos jóvenes y cualquier migrante que lo precise tiene derecho a recibir asistencia sanitaria gracias a las Instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Nuestro estudio arroja que existen barreras que hacen que aunque tengan derecho a la asistencia sanitaria el acceso se dificulta debido a barreras tanto internas como externas.

Son consideradas barreras internas aquellas que derivan del propio joven como (a) el desconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria (b) carencias lingüísticas (c) la propia percepción del concepto salud/enfermedad (d) miedo a ser juzgado. Estas barreras tienen como consecuencia el no tratamiento de enfermedades que se agravan por no haber sido atendidas de forma temprana, la carencia de autonomía para acceder al sistema sanitario y el abuso del acceso mediante el sistema de urgencias. Además cabe destacar que la percepción de la enfermedad como síntomas físicos excluye el malestar psicológico por lo que descarta que acudan al centro de salud para tratar un posible trastorno mental.

Por otra parte encontramos las barreras externas, consideramos barreras externas a aquellas dificultades que derivan de factores externos a los jóvenes. Encontramos carencia de sensibilización cultural en el propio sistema sanitario pues a pesar de que existen diversas herramientas que facilitan los trámites burocráticos y la comunicación en la consulta no han sido usados ni recomendados por parte de ninguno de los profesionales sanitarios que hemos visitado durante nuestro estudio. Estas barreras dificultan que la persona que es atendida y desconoce el idioma comprenda el diagnóstico y las pautas a seguir con la posible medicación. Por parte del personal administrativo, el uso de formularios en castellano dificulta la correcta tramitación de la tarjeta sanitaria.

Para evitar estas barreras es indispensable establecer en primer lugar un programa de alfabetización sanitaria en los pisos tutelados donde residen estos jóvenes para evitar conductas que afecten directamente a la salud, ofrecer unas pautas para hacer un correcto uso del sistema sanitario e instrumentos existentes que puedan facilitar el uso del mismo. Por otra parte, sería necesario añadir dentro de este programa de alfabetización sanitaria una sección de sensibilización en salud mental

Por otro lado, el establecimiento de un programa de sensibilización cultural en el propio centro de salud que informe a los profesionales de las herramientas que tienen a su disposición y que pueden facilitar la atención a personas migrantes que no pueden comunicarse en castellano. Además de lo anterior sería conveniente ofrecer formación sobre aspectos culturales como los conceptos de salud/enfermedad o patologías derivadas del proceso migratorio.

Referencias

- Achotegui, J. (2009). Migración y Salud Mental. El Síndrome del Emigrante con stress crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Abendua*, 46, 163-171. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=331757>
- Achotegui, J., Morales, M., Cervera, P., Quirós, C., Pérez, J., Gimeno, N., Llopis, A., Moltó, J., Torres, A. y Borrell, C. (2010). Características de los inmigrantes con Síndrome de estrés crónico y múltiple del inmigrante o Síndrome de Ulises. *Norte de salud mental*. 8(37), 23-30. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830370>
- Achotegui, J. (2006). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Migraciones*, (19), 59–85. Recuperado de: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones/article/view/3083>
- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). Enfoques o marcos teóricos o interpretativos de la investigación cualitativa. *En Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología* (pp. 41-99). México: Paidós
- Amezcu, M. (2000). El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index Enferm*, 30, 30–35. Recuperado de: <http://www.index-f.com/cuali/observacion.pdf>
- Asociación Pro Derechos Humanos (2006). *Menores extranjeros no acompañados en Andalucía (MENA)*. Sevilla: APDHA.
- Asociación pro derechos humanos de Córdoba, Fundación proyecto Don Bosco, y Asociación pro inmigrantes de Córdoba. (2009). *Jóvenes de origen inmigrante extutelados en la ciudad de Córdoba*. Córdoba: Asociación Pro Derechos Humanos.

- Azpiazu, E., Etxabe, M., Sanzo, L., Sotelo, H., Zalakain, J., Argitalpen, E. J., ... Probanza, C.(2009).La migración como factor de riesgo en la salud mental. *Zerbituzuan*, (46), 7-181. Recuperado de:
<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Migracion%20y%20salud%20mental.pdf>
- Barnils, E. y Sirito, S. (2009). Inmigración y Resiliencia. *Revista de la Sociedad Española Del Rorschach y Métodos Proyectivos*.8(22), 1-116. Recuperado de:
<http://rorschach.com.es/wp-content/uploads/2014/12/REVISTA-22-SERYMP-2009.pdf#page=62>
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Albar-Marín, M. J. y García-Ramírez, M. (2015). Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 244–251. Recuperado de:
<http://www.gacetasanitaria.org/es-percepcion-experiencias-el-acceso-el-articulo-S021391111500062X>
- Blancas, R. y Jurado, G. B. (2010). Estrategias de intervención social con jóvenes inmigrantes ex tutelados por el Servicio de Protección de Menores. *Revista de trabajo y acción social*, 47, 134-142. Recuperado de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3655759&info=resumen&idioma=SPA>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Recuperado de: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735/>
- Cabrera, J. C. (2018). Menores inmigrantes en 2016: un menor al día a su paso por la provincia de Cádiz. *Norba.Revista de Historia*, (29). 273- 291. Recuperado de:
<http://www.historiauex.es/data/catalogues/869/docs/1530299123.pdf>

- Chamizo, José; Pallarés, Elena; Senovilla, D. (2007). Entrada y Tutela. En Save the Children (Presidencia), *La protección jurídica y social de los Menores Extranjeros No Acompañados en Andalucía*. Jornada llevada a cabo en Sevilla, España.
- Chetty, S. (1996). The case study method for research in small and medium sized firms. International. *Small Business Journal*, 15, 73-85. doi.org/10.1177/0266242696151005.
- Consejería de Salud y Bienestar Social. (2013). *Instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud sobre el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía a personas extranjeras*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991) *Policies and Strategies to Produce Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Díaz-Serrano, L. y Stoyanova, A. (2011). El impacto diferencial del capital social sobre la salud de la población autóctona y los inmigrantes residentes en Cataluña. *Documents de Treball*, 23(1), 93–99. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911109003227>
- Etxeberria, F., Murua, H., Garmendia, J. y Arrieta, E. (2012). Menores Inmigrantes No Acompañados (MENA) en Euskadi y Aquitania: elaboración y puesta en marcha de un Plan de Formación para Educadores/as y Responsables. *RES Revista de Educación Social*, 15, 1-28. Recuperado de: http://www.eduso.net/res/pdf/15/mena_res_15.pdf
- Failde, I. y Ramos, I. (2000). Validity and reliability of the SF-36 health survey questionnaire in patients with coronary artery disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(4), 359–365. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(99\)00175-4](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(99)00175-4)

- Fernandez, L. (2006, octubre). ¿Cómo analizar datos cuantitativos?. *La Recerca*. Recuperado de: <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>
- Fuertes, C. y Martín, M. A. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(1), 9–25. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272006000200002>
- Gizarte, E. y Saila, G. (2009). *Drogodependencia en menores extranjeros no acompañados (MENA): su derecho a una educación y salud de calidad*. Vitoria-Gastei: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Goenechea, C. (2007). Menores inmigrantes no acompañados: un estudio de su situación en la actualidad. I Congrés Internacional a Educació a la Mediterrània. Palma de Mallorca, del 11 al 13 de mayo de 2006. <http://weib.caib.es/Documentacio/jornades>
- Goldberg, D. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de Salud general GHQ*. Barcelona: Masson
- Gurdián-Fernández, A. (2007). *El Paradigma Cualitativo en la Investigación SocioEducativa*. San José: CECC-AECI.
- Grinberg y Grinberg. (1993). *Psicoanálisis de la Migración y del Exilio*. Madrid: Alianza Editorial.
- Jiménez, L. e Izquierdo, J. (2013). Lo que se oculta detrás de la categoría “menores marroquíes no acompañados: miedos cruzados, contradicciones europeas y consecuencias para el Trabajo Social, *Cuadernos de trabajo social*, 26, 193–202. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n1.41667
- Martínez, M., y Martínez, A. (2006). Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(1), 63–75. <https://doi.org/10.4321/S1137->

66272006000200006

Martínez, P. C. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestion*,(20), 168–169.

<https://doi.org/10.1055/s-0029-1217568>

Maestre, J. (1990). *La investigación en antropología social*. Barcelona: Ariel.

Noh, S. y Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression : Moderating effects of coping , acculturation , and ethnic Support. *American Journal of Public Health*, 93(2),

232–238. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447722/>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm.128, de 29 de mayo de 2003, pp.2003-10715. Recuperada de:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en

España y su integración social. Boletín Oficial del Estado, núm.10, de 12 de enero de

2000, pp.1139 a 1150. Recuperada de: [https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-](https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-544)

2000-544

Observatorio de la Infancia en Andalucía (2017). *Menores de edad en Andalucía: Datos*

cuantitativos. Granada: Junta de Andalucía.

Observatorio de la infancia en Andalucía. (2018). *Menores de edad en Andalucía. Datos*

Cuantitativos: Informe 2018. Granada: Junta de Andalucía.

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la

sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus

prestaciones. Boletín Oficial del Estado . Madrid, 24 de abril de 2012, num. 98, pp.

2012-5403.

Red Europea de Migraciones. (2009). *La política de acogida, repatriación y acuerdos para la integración de los menores extranjeros no acompañados*. Madrid: Gobierno de España.

Robinson, R.G. y Price, T.E. (1982). Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. *Stroke*, 13(5), 635-641. Recuperado de:
<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.STR.13.5.635>

Rodríguez , A. (2015). *Chicos marroquíes buscando su futuro. La experiencia de migrar, entre la violencia estructural y las violencias cotidianas*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Granada

Segarra, M. J. (2018). *Memoria Fiscalía de Menores*. Madrid:Fiscalía General del Estado.

Sterling, M. (2011). General Health Questionnaire - 28 (GHQ-28). *Journal of Physiotherapy*, 57(4), 259. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(11\)70060-1](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(11)70060-1)

Suárez, L. (2006). Un nuevo actor migratorio: jóvenes, rutas y ritos juveniles transnacionales.en Checa, F; Arjona, A y Checa, J.C (Eds) *Menores tras la frontera. Otra inmigración que aguarda* (pp. 17-50). Barcelona, Icaria.

UNICEF. (2009). Ni ilegales ni invisibles. Realidad jurídica y social de los Menores Extranjeros en España. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. Recuperado de: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.

Apéndices

Apéndice A.

ENTREVISTA A JÓVENES EX TUTELADOS
Edad
Sexo
País de origen
Ocupación actual
¿Por qué decidiste migrar a España?
¿Tienes algún familiar que resida en España?
Cuando llegaste a España ¿Cumpliste tus expectativas?
¿Cuáles son tus objetivos para el futuro?
Ahora voy a hacerte algunas preguntas sobre la salud.
¿Qué significa para ti estar enfermo? ¿Y estar sano?
Cuando estás enfermo ¿Qué haces para encontrarte mejor?
¿Sabrías tramitar una cita médica?
¿Conoces los servicios de traducción de los que dispone el centro de salud?

Apéndice B.

ENTREVISTA A PROFESIONAL

1. ¿Dónde viven estos jóvenes? ¿Cuántos son?
2. ¿Cómo se financia la vivienda y los gastos derivados de la misma (luz, agua, alimentación)?
3. ¿Cómo pasan su tiempo libre estos jóvenes? ¿Piensas que disponen de alternativas para disfrutar de un ocio saludable?
4. Cuando estos jóvenes dejan de ser tutelados por la Junta de Andalucía ¿En qué tipo de situación administrativa se encuentran?
5. Su situación administrativa ¿Les da derecho a estudiar y trabajar?
6. ¿Qué perspectiva de empleabilidad tienen estos jóvenes?
7. ¿A qué tipo de educación suelen acceder estos jóvenes?
8. Reciben algún tipo de apoyo de otras instituciones públicas o privadas? ¿Qué tipo de apoyo?
9. Desde su punto de vista como profesional ¿Cree que estos jóvenes sufren algún tipo de discriminación (social o institucional)?
10. ¿Reciben algún tipo de formación para que sepan cómo acudir al centro de salud y los recursos de los que disponen?
12. ¿Cómo suele organizarse una visita al centro de salud?

Apéndice C.

Guía. Observación participante.

Observación participante.	Objetivos
Muestra	Tipo de centro de salud. (Atención primaria, urgencias, especialista) Método por el que ha cogido cita previa. Cita o sin cita previa. Síntomas Acude solo o acompañado. Comunicación verbal con el profesional. Uso de tele-traducción u otros medios de comunicación. Se comunica en castellano. Tarjeta sanitaria (Si tiene o no) Interés por el diagnóstico.
Profesional	Se dirige al paciente Estrategias de comunicación. Orientación hacia otros servicios. Duración de la consulta.

Apéndice D.

Consentimiento informado para participantes de investigación.

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

La presente investigación es realizada por María del Pilar Gil Bonilla y supervisada por el profesor Francisco Javier Saavedra del Master Migraciones Internacionales, Salud y Bienestar: Modelos y Estrategias de Intervención de la Universidad de Sevilla y tiene como objetivos los siguientes:

- Analizar los determinantes sociales de la salud de un grupo de jóvenes extranjeros ex tutelados por la Junta de Andalucía.
- Analizar las barreras de acceso al sistema sanitario.

Si usted accede a participar en este estudio será necesario que cumplimente dos cuestionarios y algunas preguntas relacionadas con sus hábitos que serán grabadas en audio para su posterior transcripción. Por otra parte, también será acompañado a algunas de sus visitas al centro de salud. Ello nos permitirá diseñar algunas líneas de actuación de acuerdo con los resultados que obtengamos.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento. Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99. La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio y una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones podrán ser destruidas si así lo considera necesario. Estos datos serán identificados con un código, por lo que su identidad permanecerá totalmente anónima.

Si requiere información adicional sobre este proyecto puede hacer preguntas durante su participación en el o escribir a la siguiente dirección: maria.gil.bonilla@hotmail.com.

Gracias por su participación.

Consentimiento informado por escrito del participante.

Yo

He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento.

He podido hacer preguntas sobre el proyecto.

He recibido suficiente información sobre dicho proyecto.

Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.

Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Deseo ser informado/a de los resultados que se obtengan en este estudio.

Si No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto titulado:

Firma del Participante

Firma del Investigador

Nombre y apellidos:.....

Nombre y apellidos: M^a Del Pilar Gil

Bonilla

Fecha:

Fecha:

Apéndice E.

Definición de categorías

Categoría	Definición de la categoría
Manutención.	Cobertura de necesidades de alojamiento y alimento.
Situación administrativa, formativa y laboral.	Situación regular o irregular administrativa en la que se encuentran los jóvenes participantes. Oferta formativa a la que estos jóvenes pueden acceder con su documentación. Ofertas laborales a las que suelen acceder estos jóvenes.
Proceso migratorio.	Datos relacionados con la motivación que impulsa a iniciar un proceso migratorio, el cumplimiento de las expectativas y los objetivos que tiene una vez en el país de recepción. Además de esto, si tienen apoyo familiar en España.
Percepción de salud/enfermedad.	Definición basada en la opinión de los participantes de la salud y la enfermedad, como es su estado de salud general y cómo reaccionan ante la misma.
Conocimiento del sistema sanitario.	Nivel de autonomía para acceder al sistema sanitario y usar sus servicios.
Barreras en salud.	Aspectos que dificultan el acceso al sistema sanitario.

Apéndice F.

Visitas al centro de salud.

Motivo de la visita	Número de visitas
Dolores musculares	1
Análisis de sangre	2
Vómitos	1
Enfermedades dermatológicas	2
Enfermedades infecciosas	1
Mareos continuos	1
Diarrea	2
Vacunación	4
Presión en el pecho	1
Dolor de cabeza persistente	2
Consultas administrativas	6