

ESTRÉS MIGRATORIO Y SALUD MENTAL

Karmele Salaberria Irizar y Analía del Valle Sánchez Haro
Universidad del País Vasco (España)

Resumen

El proceso migratorio supone hacer frente a múltiples situaciones de estrés y supervivencia que afectan a muchas áreas de la vida. El estrés se puede prolongar durante años y es intenso y relevante. El principal recurso del inmigrante es su salud física y mental que puede dañarse en el proceso de adaptación migratoria. En este estudio, se analiza la sintomatología y el nivel de autoestima de 65 inmigrantes de primera generación residentes en Guipúzcoa que acuden a un programa de apoyo psicológico y se indaga si pueden existir diferencias en función de la situación legal y el tiempo de permanencia. Los resultados muestran que los inmigrantes presentan altos niveles de estrés migratorio, sintomatología clínica y bajos niveles de autoestima. Los inmigrantes en situación irregular cuentan con menor apoyo familiar, menores ingresos económicos y más estrés migratorio. Las personas que llevan cinco o más años de permanencia, se sienten menos vulnerables pero presentan mayores niveles de hostilidad. Estos resultados plantean la necesidad de ofrecer dispositivos de ayuda psicológica a modo de prevención primaria.

PALABRAS CLAVE: *estrés migratorio, salud mental, autoestima.*

Abstract

The migration process involves dealing with multiple stress situations that affect many areas of life. Stress can extend for years and is intense and relevant. The main resource of migrants is their physical and mental health, which may be damaged in the process of migratory adaptation. In this study, the level of symptoms and self-esteem of 65 immigrants residents in Guipuzcoa attending a psychological support program are presented. In addition, differences depending on the legal situation and the residence time were analyzed. The results show that migrants have high levels of migratory stress, clinical symptoms and low self-esteem. Irregular migrants have less family support, lower income and more migratory stress. People who have five or more years of residence feel less vulnerable but display higher levels of hostility. These results suggest the need to provide psychological support and counseling as a primary prevention.

KEY WORDS: *migratory stress, mental health, self-esteem.*

Introducción

Desde el punto de vista de la salud mental, la migración supone afrontar diversos aspectos psicológicos y atravesar distintas fases de adaptación. El inmigrante tiene que responder a cuatro procesos psicológicos principales: a) elaborar los duelos y las pérdidas de lo dejado en el país de origen (Salvador Sánchez, 2001), b) hacer frente a múltiples situaciones de estrés y supervivencia (Hovey, 2001), c) adaptarse a una cultura distinta afrontando el estrés aculturativo (Berry, 2001) y d) reconstruir una nueva identidad (Villar, 2002).

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

El estrés migratorio se caracteriza por ser múltiple ya que afecta a muchas áreas de la vida; crónico porque se puede prolongar durante años; intenso y relevante por su fuerza; y desorganizador por la pérdida de control en situaciones permanentes. Estas características del estrés migratorio se agudizan generalmente por la carencia de una red de apoyo social (Achotegui, 2009a). Talarn, Navarro, Rosell y Rigat (2006) señalan que el proceso migratorio se puede considerar un estrés crónico en sí mismo. Implica una sobrecarga permanente y de larga duración que puede desencadenar una reacción emocional intensa. Necesita de esfuerzo y voluntad para adaptarse a la persistencia en el tiempo. En la tabla 1 aparecen algunas de las fuentes de estrés que vive un inmigrante en el lugar de llegada.

Todas estas situaciones tienen que ver con la lucha por la supervivencia en el proceso migratorio. El principal recurso que tiene el inmigrante, para hacer frente a las mismas, es su salud física y psíquica. Los inmigrantes, en general, son personas con fortalezas ya que se dieron la posibilidad de buscar nuevos horizontes para proyectarse en un futuro distinto, pero la migración puede debilitarles. A pesar que algunos inmigrantes hayan mejorado su nivel de vida con respecto a la situación que tenían en sus países de origen, muchos de ellos permanecen en la pobreza y en la exclusión social durante largo tiempo en el país de llegada (Díaz-Olalla, 2009).

Los trabajos que se han realizado para comparar el estado de salud de la población inmigrante y autóctona, revelan que en general en los primeros la salud es inferior (Bischoff y Wanner, 2007). Las dificultades en los procesos de adaptación y la necesidad de hacer frente a múltiples situaciones estresantes llevan a que los inmigrantes presenten mayor grado de ansiedad, depresión y somatizaciones que la población autóctona (Bhugra, 2003). Estos resultados

también aparecen en estudios elaborados en Alemania (Witting, Lindert, Merbach y Brähler, 2008), en Bélgica (Leveque, Lodewyckx y Vranken, 2007) y en España (Elgorriaga, 2011).

El objetivo de este estudio es conocer el nivel de salud mental y autoestima de un grupo de inmigrantes, e indagar si la situación legal y el tiempo de permanencia en el país receptor influyen en el nivel de sintomatología que puedan presentar.

Tabla 1
Fuentes de estrés migratorio

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

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 65 inmigrantes de primera generación que residían en Guipúzcoa, cuya razón principal para emigrar fue la económica. En la tabla 2 se presentan las características sociodemográficas y migratorias de la muestra. Los participantes proceden de Latinoamérica principalmente y son mayoritariamente mujeres. Se encuentra sin trabajo un 35,4%, de los que tienen trabajo, un 18,5% desempeña labores de limpieza y hostelería y la mayoría, un 46,2%, trabajan en el servicio doméstico y cuidado de mayores dependientes.

Los criterios de admisión para el estudio fueron: ser mayor de 18 años, participar voluntariamente en el programa después de haber sido informado, cumplimentar los cuestionarios y tener un mínimo conocimiento de español. Desde el punto de vista psicopatológico, se tuvo en cuenta que no presentara un trastorno psicótico, un trastorno adictivo, un trastorno afectivo grave, un trastorno

de alimentación, ni una enfermedad crónica grave, ya que estas patologías no eran objetivo del programa de apoyo psicológico.

Tabla 2
Características sociodemográficas y migratorias (N= 65)

Variables sociodemográficas			Características migratorias		
	n	%		n	%
Procedencia			Tiempo fuera de su país		
Centroamérica/Caribe	23	35,4	0-1 año	18	27,7
Latinoamérica norte	22	34,0	1-3 años	19	29,2
Cono Sur	13	20,0	3-5 años	11	16,9
África	7	10,7	6-10 años	17	26,1
Sexo			Deuda adquirida		
Hombre	9	13,8	Sin deuda	40	61,5
Mujer	56	86,2	Con deuda	25	38,5
Edad			Vivienda		
18-30 años	22	33,8	Piso compartido	32	49,2
31-40 años	29	44,6	Piso de asistencia	9	13,8
41-60 años	14	21,6	Unidad familiar	14	21,5
Estado civil			Interna	10	15,4
Soltero	22	33,8	Convivencia en habitación compartida		
Casado/emparejado	29	44,6	2 personas	20	30,8
Separado	12	18,5	3 personas	4	6,2
Viudo	2	3,1	4 personas	3	4,6
Pareja			Padres e hijos	5	7,7
Sin pareja	25	38,5	Permiso de residencia		
Con pareja	40	61,5	Sí	37	56,9
En el país de acogida	23	57,5	No	28	43,1
En el país de origen	17	42,5	Permiso de trabajo		
Hijos			Sí	34	52,3
Sí	43	66,2	No	31	47,7
No	22	33,8	Empadronamiento		
Formación académica			Sí	57	87,7
Estudios primarios	19	29,2	No	11	12,3
Estudios secundarios	24	36,9	Tarjeta sanitaria		
Formación profesional	9	13,8	Sí	54	83,1
Estudios universitarios	13	20,0	No	11	16,9

Instrumentos

- a) Entrevista *ad hoc*. En esta entrevista inicial se obtenían datos referidos por un lado, a variables sociodemográficas (p. ej., edad, sexo, estado civil, vivienda, formación académica, situación laboral y económica), variables migratorias (p. ej., lugar de procedencia, fecha de salida y situación legal), estado de salud (p. ej., 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 trabajos sobre inmigración y salud

- mental (Salvador, Pozo y Alonso, 2010; Witting, Lindert, Merbach y Brähler, 2008).
- b) "Escala Ulises de duelos extremos en la migración" (Achotegui, 2005; 2009b). Para valorar el nivel de estrés migratorio se usó esta escala referida a duelos extremos en la migración. Este instrumento se usa en el contexto de una entrevista. La escala se divide en siete apartados que recogen datos sobre el nivel de estrés que padece el inmigrante en diferentes ámbitos: escala de familia (rango 0-60) (p. ej., *¿tiene familiares próximos que le ayuden en caso de necesidad?*), escala de estrés aculturativo (rango 0-27) (p. ej., *¿tiene trabas para la práctica de su religión?*), escala de fracaso (rango 0-48) (p. ej., *¿regresar sería visto como un fracaso?*), escala de supervivencia y miedo (rango 0-24) (p. ej., *¿tiene dificultades para acceder a una vivienda?*), escala de factores epidemiológicos (rango 0-6) (p. ej., *¿siente limitaciones en su autonomía personal?*), escala de vulnerabilidad (rango 0-18) (p. ej., *¿es una persona desconfiada?*) y escala de otras variables (rango 0-9) (p. ej., *¿padece síntomas psicológicos tras llegar aquí?*). Cada ítem se puntuaba de 0 a 3. La puntuación máxima que se puede obtener en la escala es de 192 puntos. Se considera estrés leve entre 0-30 puntos, moderado entre 30 y 60 puntos y extremo más de 60. El coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,74.
- c) "Listado de 90 síntomas-revisado" (*Symptoms Checklist-90Revised*, SCL-90-R; Derogatis, 1975) versión española de González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez-Abuín y Rodríguez-Pulido (2002). Este listado evalúa la presencia de síntomas psicopatológicos generales. Consta de 90 ítems, con cinco alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (nada) y 4 (mucho). Evalúa nueve dimensiones de síntomas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además ofrece tres índices globales que reflejan el malestar del sujeto: índice global de gravedad (GSI), índice de malestar de síntomas positivos (PSDI) e índice total de síntomas positivos (PST). La consistencia interna del cuestionario oscila entre 0,81 y 0,90. Este cuestionario ha sido utilizado en diversos trabajos sobre la salud mental de los inmigrantes realizados en diferentes países (Haasen, Demiralay y Reimer, 2008; Valiente, Sandín, Chorot, Santed y González de Rivera, 1996).
- d) "Escala de autoestima" (*Self-Steem Scale*; Rosenberg, 1965). Esta escala evalúa 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. Dos ejemplos de ítems de la escala son: *"me inclino a pensar que en conjunto soy un fracasado"*; *"tengo una actitud positiva hacia mí mismo"*. El rango del cuestionario es de 10 a 40, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima. La fiabilidad test-retest es de 0,85 y el coeficiente alfa de consistencia interna de 0,92. El punto de corte para la población adulta es de 29 (Ward, 1977). Este instrumento ha sido aplicado a población inmigrante en Noruega (Oppedal, Roysamb y Lacklud, 2004).

Procedimiento

Para la obtención de la muestra se procedió a la divulgación del programa por medio de una hoja informativa y un marcapáginas. Se difundió en locutorios y en diversas instituciones de ayuda al inmigrante: Sos-Racismo, Cáritas, Cruz Roja, HELDU- asesoría jurídica y legal para los inmigrantes del Gobierno Vasco y servicios sociales de diversos ayuntamientos. En la divulgación se entregaron marca-páginas con la dirección y el teléfono al que podían llamar los inmigrantes para solicitar atención. Cuando un inmigrante contactaba con el programa, se le daba una cita para la primera entrevista. 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. Si el inmigrante estaba de acuerdo se procedía a realizar la evaluación que podía durar entre 2 y 3 sesiones y que fue realizada por la primera autora de este trabajo, psicóloga clínica con más de diez años de experiencia.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa estadístico SSPS-20 para Windows (IBM, 2011). Se efectuaron análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) en las variables cuantitativas y análisis de frecuencias y porcentajes en las variables cualitativas. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar los supuestos de normalidad y al no cumplirse en algunas variables se procedió a emplear análisis no paramétricos. Para las comparaciones entre diferentes subgrupos de inmigrantes se usó la U de Mann-Whitney y r para el tamaño del efecto en variables cuantitativas y chi-cuadrado (χ^2) y V de Kramer en variables cualitativas. Para analizar el peso de diversas variables diferenciales asociadas estadísticamente con la variable criterio situación legal (regular o irregular) y la variable años de residencia (más o menos de 5 años), se utilizó la regresión logística binaria (método avanzar por pasos) respectivamente. El valor predictivo del modelo se evaluó con la R^2 de Nagelkerke y para la bondad del ajuste se calcularon la χ^2 y el índice de Hosmer-Lemeshow ($H-L$).

Resultados

Respecto al nivel de estrés migratorio, la muestra supera el punto de corte establecido en la Escala Ulises (60) en la puntuación total. Los inmigrantes que acuden al programa sienten elevados niveles de estrés principalmente en la escala de familia y en lo concerniente a los sentimientos de fracaso migratorio. Desde el punto de vista sanitario, sólo el 10, 8% tenía antecedentes psiquiátricos. Sin embargo el 38, 5% había sufrido agresiones sexuales o malos tratos en su país de origen. El 30, 8% tomaba medicación, analgésicos para el dolor de cabeza de tipo tensional e hipnóticos para dormir. Ninguno se encontraba en tratamiento psiquiátrico y/o psicológico (tabla 3).

Los niveles de sintomatología que presentaban son importantes, equivalentes a percentiles por encima de 90 según el baremo de la población general y

alrededor del percentil 60 de acuerdo al baremo de la población psiquiátrica. El nivel de malestar psicológico era alto en depresión, sensibilidad interpersonal, obsesión-compulsión, ideación paranoide y ansiedad. Desde el punto de vista de la autoestima, las puntuaciones se sitúan por debajo del punto de corte de la escala (tabla 3).

Tabla 3
Medias y desviaciones típicas obtenidas en los instrumentos aplicados (n= 65)

Escala Ulises	M	DT	Rango	
Familia	23,72	5,35	(0-60)	
Aculturativo	6,86	2,73	(0-27)	
Fracaso	15,22	5,98	(0-48)	
Supervivencia y miedo	4,11	3,34	(0-24)	
Factores epidemiológicos	1,83	1,23	(0-6)	
Vulnerabilidad	6,42	3,60	(0-18)	
Otras variables	5,60	1,93	(0-9)	
Total	63,75	14,63	(0-192)	
Escala de autoestima	27,06	4,17	(10-40)	
SCL-90-R	M	DT	Percentil pob. general	Percentil pob. psiquiátrica
Somatización	1,66	0,86	90	40
Obsesión	1,79	0,77	95	50
Sensibilidad Interpersonal	1,94	0,74	99	65
Depresión	2,46	0,66	97	65
Ansiedad	1,76	0,87	95	55
Hostilidad	1,30	0,99	90	60
Ansiedad fóbica	0,93	0,86	95	55
Ideación paranoide	1,77	0,82	97	70
Psicoticismo	1,23	0,62	97	65
GSI	1,72	0,58	97	55
PST	61,02	12,99	97	55
PSDI	2,49	0,57	90	50

Notas: Escala Ulises= Escala Ulises de duelos extremos en la migración; SCL-90-R= Listado de 90 síntomas-revisado; GSI= índice de gravedad global; PST= total de síntomas positivos; PSDI= índice de malestar de síntomas positivos. Pob= población.

Se realizó un análisis comparativo en función de la situación legal de los inmigrantes, para lo cual se consideró la posesión o no del permiso de trabajo. En la tabla 4 se indican aquellas variables en las que se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Los inmigrantes regulares tenían más apoyo familiar al contar con su pareja e hijos en el país de acogida, tenían más ingresos, estaban empadronados y contaban con tarjeta sanitaria en mayor proporción. Desde el punto de vista del estrés migratorio, los inmigrantes regulares presentaban menor nivel de estrés global, familiar y sensación de fracaso, las dificultades para la supervivencia eran menores y disminuía la percepción de vulnerabilidad frente a los inmigrantes en situación irregular. El tamaño de las diferencias era, en general,

moderado. Sin embargo no aparecieron diferencias estadísticamente significativas ni en autoestima, ni en el nivel de sintomatología evaluado por el SCL-90-R, es decir, que los inmigrantes regulares no presentaban mejor salud psicológica, ni mayor autoestima que los inmigrantes en situación irregular.

Tabla 4
Comparación entre inmigrantes en situación regular e irregular

Variables	Regulares (n= 34)	Irregulares (n= 31)	U MannWhitney (χ^2)	r/ V Kramer
Pareja				
Si	26	14	6,71**	0,32
No	8	17		
Hijos en España			4,74**	0,33
Si	12	4		
No	11	16		
Procedencia			10,17*	0,39
Centroamérica/Caribe	7	16		
Latinoamérica norte	17	5		
Cono Sur	7	6		
África	3	4		
Tiempo fuera del país			10,32*	0,39
0-1 año	5	13		
1-3 años	9	10		
3 a 5 años	9	2		
5 a 10 años	15	2		
Permiso residencia			53,94***	0,91
Si	34	3		
No	0	28		
Empadronamiento			10,00**	0,39
Si	34	23		
No	0	8		
Tarjeta sanitaria			14,52***	0,47
Si	34	20		
No	0	11		
Ingresos			7,15**	0,33
Menos de 1000€	27	31		
Más de 1000€	7	0		
Escala estrés Ulises	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Total	56,62 (12,24)	71,58 (13,07)	220***; Z= -4,03	0,50
Familia	22,6 (25,90)	24,84 (4,46)	372*; Z= -2,04	0,25
Fracaso	12,09 (5,37)	18,65 (4,62)	183***; Z= -4,52	0,56
Supervivencia- miedo	2,56 (2,41)	5,81 (3,41)	244***; Z= -3,74	0,46
Vulnerabilidad	5,59 (3,27)	7,32 (3,78)	358*; Z= -2,22	0,27

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Teniendo en cuenta aquellas variables diferenciales entre inmigrantes regulares e irregulares, -excepto permiso de residencia, empadronamiento y tarjeta sanitaria ya que la situación de regularidad implica la posesión de los mismos-, se realizó un análisis de regresión logística binaria para conocer el peso y el porcentaje de explicación del resto de las variables diferenciales sobre la situación legal. El modelo obtenido está formado por las variables meses fuera del país, fracaso y supervivencia de la Escala Ulises de duelos extremos en la migración, y muestra una $\chi^2(3, N65)= 38,37$; $p < 0,000$ y la prueba de Hosmer-Lemeshow no es significativa $\chi^2(7, N65)= 5,49$; $p= 0, 60$. El modelo explica el 59, 5% de la varianza (R^2 de Nagelkerke) y clasifica correctamente al 80% de los sujetos, con un nivel de especificidad (clasificación correcta de las personas sin permiso de trabajo) del 77, 4% y de sensibilidad (clasificación correcta de las personas con permiso de trabajo) del 82, 4%. En este modelo las variables con mayor poder predictivo resultaron el tiempo fuera de su país Exp (B)= 1, 03 y el fracaso Exp (B)= 0, 83.

También, se procedió a analizar las diferencias teniendo en cuenta el tiempo de permanencia en el país de acogida, más o menos de cinco años. Se tomó como referencia esta cantidad de tiempo ya que supone poder contar con el segundo o tercer permiso de trabajo con mayor estabilidad y también porque el tiempo máximo de residencia en España de los participantes en el estudio era de diez años. En la tabla 5 se muestran aquellas variables en las que se hallaron diferencias estadísticamente significativas. La mayoría de la muestra, un 73, 8% llevaba menos de cinco años de residencia, estaban en la primera fase de asentamiento. Los inmigrantes que llevaban más de cinco años en el país de acogida se sentían menos vulnerables y su situación legal era mejor; sin embargo, el nivel de hostilidad que presentaban era mayor (equivalente a un percentil 90 de la población general) que el de los inmigrantes que llevaban menos tiempo. Es decir, mostraban mayores niveles de irritabilidad, resentimiento, enfado, discusiones e impulsos agresivos.

Tabla 5

Comparación entre inmigrantes con menos o más de cinco años de residencia

Variabes	< 5 años (n= 48)	≥ 5 años (n= 17)	U Mann Whitney (χ^2)	r/ V de Kramer
Migratorias	n	N		
Permiso de residencia			9,20**	0,37
Sí	22	15		
No	26	2		
Permiso de trabajo			8,33**	0,36
Sí	20	14		
No	28	3		
Escala estrés Ulises	M(DT)	M(DT)		
Vulnerabilidad	7,08 (3,25)	4,53 (3,95)	241,5*Z= -2,5	0,31
Psicopatológicas				
SCL-90-R				
Hostilidad	1,12(0,94)	1,77(1,00)	243,00*Z= -2,38	0,29

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Teniendo en cuenta aquellas variables que han mostrado una relación significativa con el tiempo de permanencia (más o menos de 5 años) y realizado un análisis de regresión logística binaria se ha obtenido un modelo formado por las variables permiso de residencia y vulnerabilidad de la Escala Ulises de duelos extremos en la migración (tabla 6). El modelo mostró un ajuste adecuado con un $\chi^2(2, N65)= 15, 59, p<0,000$ y la prueba de Hosmer-Lemeshow no era significativa $\chi^2(6, N65)= 3, 56, p= 0,73$. El modelo explica el 31, 2% de la varianza (R^2 de Nagelkerke) y clasifica correctamente al 73, 8% de los sujetos. El nivel de especificidad (clasificación correcta de las personas que llevan menos de 5 años) era del 91, 7% y el nivel de sensibilidad (clasificación correcta de las personas que llevan más de 5 años) era del 23, 5%. En este modelo la variable con mayor poder predictivo era la escala Ulises vulnerabilidad Exp (B)= 0, 80.

Tabla 6

Variables predictoras de la situación legal regular y más de cinco años de permanencia

Variables	B	Error estándar	Wald	Sig.	Exp (B)	IC 95%	
						Inferior	Superior
Situación legal regular							
Fracaso	-0,18	0,07	6,27	0,01	0,83	0,72	0,96
Supervivencia	-0,32	0,13	6,34	0,01	0,72	0,56	0,93
Meses fuera	0,03	0,01	7,19	0,00	1,04	1,01	1,06
Constante	2,98	1,23	5,83	0,01	19,77		
Permanencia \geq 5 años							
No permiso de residencia	-2,13	0,84	6,52	0,01	0,11	0,02	0,61
Vulnerabilidad	-0,22	0,10	4,59	0,03	0,80	0,66	0,98
Constante	0,83	0,65	1,67	0,19	2,30		

Discusión

La mayoría de los inmigrantes que acuden al Programa son mujeres de procedencia Latinoamericana. Este perfil es similar al de otros estudios que indican que las mujeres inmigrantes presentan niveles de estrés y malestar más altos que los hombres (Alegría, *et al.* 2007; Elgorriaga, 2011; Hidalgo, Peralta, Robles, Vilar-López y Pérez-García, 2009). Las mujeres se sienten más vulnerables, muestran más alteraciones psicológicas seguramente debidas a la sobrecarga de roles, a los trabajos sin contrato y a los horarios exhaustivos, etc. (Patiño y Kirchner, 2008).

Como se ha puesto de manifiesto en este estudio la sintomatología depresiva, ansiosa y psicósomática son afecciones que se dan entre los inmigrantes con mayor frecuencia que entre la población española y se pueden articular con el desarraigo, la soledad, la discriminación y la marginación (Cerezo, 2016; Olivos, 2010). Los resultados obtenidos en el SCL-90-R son similares a los hallados en otros trabajos realizados en España (p. ej., Patiño y Kirchner, 2011). Las condiciones de vida por las que atraviesan los inmigrantes, más difíciles aún en los refugiados, son altamente estresantes y dan lugar a malestar y sufrimiento psicológico intenso

y pueden interferir en su adaptación e integración (Nickerson *et al.* 2015; Pozos, Preciado y Plascencia, 2015).

Los inmigrantes de la muestra presentan intensos sentimientos de soledad, de tristeza, de sentirse atrapados, desesperanzados y con la sensación de que todo requiere un gran esfuerzo, su nivel de autoestima es bajo. Las dificultades en las relaciones, que pueden derivarse del choque cultural, así como las preocupaciones, los problemas de concentración y de memoria son manifiestas. La inmigración, por la carga estresante que conlleva, se relaciona con el posible desarrollo de trastornos psicóticos (Morgan y Hutchinson, 2010). En la muestra, las puntuaciones en ideación paranoide y psicoticismo eran altas, lo que está asociado con gran desconfianza y temor hacia los demás, sensación de distancia respecto a la gente y confusión acerca de cómo se sienten, factores que vuelven más vulnerable al inmigrante.

Aunque los inmigrantes en situación regular presentan mejores condiciones de vida, menos sensación de fracaso y menor sentimiento de vulnerabilidad, sin embargo, sus niveles de sintomatología no son más bajos. Un factor que puede incidir es la inestabilidad. Los participantes del estudio no tenían permiso legal permanente (excepto dos personas) y por lo tanto viven en constante inquietud por la necesidad de renovar su documentación.

El buen estado de salud con el partieron los inmigrantes va sufriendo un proceso de deterioro. Los participantes que llevan más tiempo de residencia (cinco años o más) no están psicológicamente mejor, aunque su situación legal es más estable, se sienten menos vulnerables, tienen más apoyo familiar, menos estrés migratorio y mejor situación económica. Parece que el proceso de afrontamiento de los múltiples estresores psicosociales, las demandas de adaptación cultural y los sentimientos de duelo, hacen disminuir su fortaleza y en ocasiones ésta se quebranta (Morera, Alonso y Huerga, 2009; Salinero, Jiménez-García, De Burgos, Chico y Gómez-Campelo, 2015). Sayed-Ahmad Beiruti (2010) destaca asimismo la presencia de fatiga cognitiva y emocional, derivada del esfuerzo que tiene que realizar el inmigrante para actuar de forma consciente y voluntaria, para entender las claves culturales y los roles. La fatiga emocional enlaza con el aislamiento social y afectivo, con las dificultades para expresar y comunicar las emociones en un nuevo contexto, lo que puede dar lugar al bloqueo emocional e intelectual. Es probable también que el inmigrante perciba una brecha significativa entre las expectativas ocupacionales y económicas con las que llegó y la realidad dificultosa que vive y que se va prolongando en el tiempo (Lerner, Kertes y Zilber, 2005; Murphy y Mahalingam, 2006).

Un dato importante es la presencia de hostilidad junto con la irritabilidad y el enfado en aquellos inmigrantes que llevan más tiempo en el país de acogida. Oberg (1960) ya señaló que los inmigrantes con más tiempo de residencia manifiestan mayor nivel de hostilidad y resentimiento hacia la sociedad receptora. La hostilidad no siempre se expresa externamente y es probable que pueda tener relación con las frustraciones continuas que vive el inmigrante y con el fuerte desgaste que produce conseguir la legalidad y regularidad de la documentación, alquilar una vivienda, obtener un trabajo medianamente estable y hacer frente a los no institucionales ante cada tramitación de "los papeles". Estas reiteradas

negativas administrativas van generando sentimientos de impotencia y van calando internamente.

Este estudio presenta algunas limitaciones como el tamaño de la muestra y las características específicas de la misma, ya que está conformada principalmente por mujeres latinoamericanas. Este perfil impide generalizar los resultados a otro tipo de población inmigrante como hombres africanos o inmigrantes de procedencia asiática. Es un reto de futuro el estudio del impacto psicológico del proceso migratorio con muestras más amplias y diversas, así como el desarrollo de escalas para evaluar el estrés migratorio, o la aplicación en población inmigrante de escalas del estrés percibido (Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Lozoya-Delgado y Rojo-Mota, 2015). También resultaría de interés, el estudio de aquellos factores protectores como la resiliencia o la inteligencia emocional que pueden favorecer los procesos de adaptación y el desarrollo de estrategias de afrontamiento más eficaces (León y Park, 2013; Schmitzl y Schmitz, 2012).

En el estudio se detallan algunas de las múltiples fuentes de estrés que tiene que afrontar el inmigrante, lo que permite a los profesionales que tienen que trabajar con esta población comprender mejor la situación que viven y atraviesan.

Los datos del estudio muestran que los inmigrantes que acudieron al programa de apoyo psicológico, presentan altos niveles de sintomatología ansioso-depresiva y somática y bajos niveles de autoestima, que no remiten con el paso del tiempo. Estos datos señalan la necesidad de disponer de dispositivos de ayuda psicológica, principalmente de carácter primario, para aquellos inmigrantes que lo necesiten (Cabasa y Zayas, 2007; Kaltman, Hurtado de Mendoza, Serrano y Gonzáles, 2016). Dispositivos preventivos que puedan facilitarles el aprendizaje de estrategias para hacer frente a las múltiples situaciones estresantes que viven y que proporcionen un lugar para que el inmigrante pueda ser escuchado, comprendido, apoyado y fortalecido durante un proceso de adaptación de larga duración y altamente punitivo.

Referencias

- Achotegui, J. (2005, junio). *Escala Ulises de duelos extremos en la migración*. Comunicación presentada en el Seminario de Salud mental e inmigración SOS-Racismo, San Sebastián, España.
- Achotegui, J. (2009a). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 46, 163-171.
- Achotegui, J. (2009b). *Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en salud mental: aplicación al estrés y al duelo migratorio Escala Ulises*. Barcelona: Autor.
- Alegria, M., Mulvaney-Day, N., Torres, M., Polo, A., Cao, Z. y Camino, G. (2007). Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *American Journal of Public Health*, 97, 68-75.
- Berry, J. W. (2001). A psychology of immigration. *Journal of Social Issues*, 57, 615-631.
- Bischoff, A. y Wanner, P. (2007). The self-reported health of immigrant groups in Switzerland. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10, 325-335.
- Bughra, D. (2003). Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 68-73.
- Cabassa, L. J. y Zayas, L. H. (2007). Latino immigrant's intentions to seek depression care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 231-242.

- Cerezo, A. (2016). The impact of discrimination on mental health symptomatology in sexual minority immigrant Latinas. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 3*, 283-292.
- Derogatis, L. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Díaz-Olalla, J. M. (2009). Situación actual de la inmigración en España. Desigualdades en salud. En J. Morera, A. Alonso y H. Huerga (dirs.), *Manual de atención al inmigrante* (pp. 11-30). Barcelona: Ergón.
- Elgorriaga, R. (2011). *Ajuste psicológico y salud mental de la población inmigrante. Influencia del género y la cultura*. Tesis doctoral, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España. Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/1080/12204>
- Gonzalez de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas. Adaptación española del SCL-90-R*. Madrid: TEA.
- Haasen, C., Demiralay, C. y Reimer, J. (2008). Acculturation and mental distress among Russian and Iranian migrants in Germany. *European Psychiatry, 23*, S10-S13.
- Hidalgo, N., Peralta, M. I., Robles, H., Vilar-López, R. y Pérez-García, M. (2009). Estrés y psicopatología en mujeres inmigrantes: repercusiones sobre la calidad de vida. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 17*, 595-607.
- Hovey, J. D. (2001). *Migrant health issues. Mental health and substance abuse*. Monográfico, 4. Universidad de Toledo, Estados Unidos.
- IBM (2011). IBM, SPSS Statistics 20 [programa de ordenador]. Armonk, NY: Autor.
- Kaltman, S., Hurtado de Mendoza, A., Serrano, A. y Gonzales, F. A. (2016). A mental health intervention strategy for low-income, trauma-exposed Latino immigrants in primary care: a preliminary study. *American Journal of Orthopsychiatry, 86*, 345-354.
- 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 generalized anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders, 97*, 229-239.
- Leon, F. y Park, Y. S. (2013). Disentangling immigrant status in mental health: psychological protective and risk factors among Latino and Asian American immigrants. *American Journal of Orthopsychiatry, 83*, 361-371.
- Magaña, C. G. y Hovey, J. D. (2003). Psychosocial stressors associated with Mexican migrant farmworkers in the Midwest United States. *Journal of Immigrant Health, 5*, 75-86.
- Morera, J., Alonso, A. y Huerga, H. (2009). *Manual de atención al inmigrante*. Barcelona: Ergón.
- Morgan, C. y Hutchinson, G. (2010). The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: a public health tragedy. *Psychological Medicine, 40*, 705-409.
- Murphy, E. J. y Mahalingam, R. (2006). Perceived congruence between expectations and outcomes: implications for mental health among Caribbean immigrants. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*, 120-127.
- Nickerson, A., Bryant, R., Schnyder, V., Schick, M., Mueller, J. y Morina, N. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma exposure, post-migration living difficulties and psychological outcomes in traumatized refugees. *Journal of Affective Disorders, 173*, 185-192.
- Oberg, K. (1960). Cultural shock: adjustment to new cultural environments. *Practical Anthropology, 7*, 177-182.

- Olivos, X. (2010). *Entrenamiento de habilidades sociales para la integración psicosocial de inmigrantes*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, España. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/10653/1/T31851.pdf>
- Oppedal, B., Roysamb, E. y Lacklud, D. (2004). The effect of acculturation and social support on change in mental health among young immigrants. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 481-494.
- Patiño, C. y Kirchner, T. (2008). Estrés y coping en inmigrantes latinoamericanos residentes en Barcelona. *Revista Iberoamericana de Psicología, Ciencia y Tecnología*, 1, 29-37.
- Patiño, C. y Kirchner, T. (2011). Estrés migratorio y sintomatología depresiva: rol mediador del afrontamiento. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 151-160.
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Lozoya-Delgado, P. y Rojo-Mota, G. (2015). Escala de estrés percibido. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23, 305-324.
- Pozos, E., Preciado, M. L. y Plascencia, A. (2015). Síntomas psicofisiológicos predictores del estrés en inmigrantes mexicanos en Canadá. *Ansiedad y Estrés*, 21, 143-156.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Nueva Jersey, NJ: Princenton.
- Salinero, M., Jiménez-García, R., De Burgos, C., Chico, R. M. y Gómez-Campelo, P. (2015). Common mental disorders in primary health care: differences between Latin American-born and Spanish-born residents in Madrid. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 429-443.
- Salvador, C. M., Pozo, C. y Alonso, E. (2010). Estrategias comportamentales de aculturación y síndrome de Ulises de los inmigrantes latinoamericanos. *Boletín de Psicología*, 98, 55-72.
- 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.
- Sayed-Ahmad Beirut, N. (2010). Experiencia de migración y salud mental. Hacia un nuevo modelo de salud. En L. Melero (dir.), *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes* (pp. 259-292). Valencia: Fundación CeiMigra.
- Schmitzl, P. G. y Schmitz, F. (2012). Inteligencia emocional y aculturación. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 15-41.
- Talarn, A., Navarro, N., Rossell, L. y Rigat, A. (2006). Propuesta de especificadores diagnósticos vinculados al estrés y el trauma: una aportación a la nosología psicopatológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 107-114.
- Valiente, R. M., Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A. y González de Rivera, J. L. (1996). Sucesos vitales mayores y estrés: efectos psicopatológicos asociados al cambio por migración. *Psiquis*, 17, 211-230.
- Villar, V. (2002). Migración extracomunitaria: la realidad que no existe. *Educación Social*, 20, 99-113.
- Ward, R. A. (1977). The impact of subjective age and stigma on older persons. *Journal of Gerontology*, 32, 227-232.
- Witting, U., Lindert, J., Merbach, M. y Brähler, E. (2008). Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry*, 23, S28-S35.

RECIBIDO: 28 de junio de 2016

ACEPTADO: 28 de septiembre de 2016